



Diversitas: Perspectivas en Psicología
ISSN: 1794-9998
revistadiversitas@correo.usta.edu.co
Universidad Santo Tomás
Colombia

Hillesheim, Betina; da Costa Somavilla, Vera; de Lara, Lutiane; Dhein, Gisele
Prácticas de salud y construcción del cuerpo femenino
Diversitas: Perspectivas en Psicología, vol. 1, núm. 2, julio-diciembre, 2005, pp. 174-182
Universidad Santo Tomás
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67910206>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Prácticas de salud y construcción del cuerpo femenino¹

Betina Hillesheim*

Vera da Costa Somavilla

Lutiane de Lara

Gisele Dhein

Universidad de Santa Cruz do Sul

Recibido: Abril 28 de 2005

Revisado: Mayo 18 de 2005

Aceptado: Junio 2 de 2005

Resumen

Este artículo discute cómo las prácticas de salud dirigidas a las mujeres construyen determinadas significaciones sobre la salud y el cuerpo femenino, comprendiendo que las prácticas en salud producen determinadas formas de ser, vivir y sentir, y constituyen modos de ser mujer y de ser hombre. Se presentan los datos de una investigación desarrollada en un servicio académico de salud, con mujeres que se realizaron exámenes de prevención de cáncer de útero y mama, entre mayo y diciembre del 2002. La recolección de datos se realizó mediante observaciones de las prácticas de la salud y entrevistas con las usuarias del servicio. En términos teóricos, el punto de referencia fueron los estudios feministas, especialmente autores(as) cuyas teorizaciones son post-estructuralistas. Se espera que este estudio contribuya con la reflexión sobre las prácticas de salud dirigidas a las mujeres, posibilitando una ampliación sobre lo que se entiende por femenino y, dando espa-

¹ Artículo producido a partir de una investigación realizada en la Universidad de Santa Cruz do Sul (Rio Grande do Sul, Brasil), por los departamentos de Psicología y Enfermería, en la cual participaron las profesoras María Salette Sartori y Suzane Frantz Drug y la estudiante Débora da Silva Noal.

* Correspondencia: betinah@viavale.com.br, Psicóloga, Docente de la Universidad de Santa Cruz do Sul, Magíster en Psicología Social y de la Personalidad (PUCRS). Estudiante del Doctorado en Psicología, PUC-RS.

cio a otras formas de ser y de estar en el mundo, además de aquellas que el discurso hegémónico sobre mujeres propone como adecuadas.

Palabras clave: cuerpo femenino, salud y género.

Abstract

This article discusses how health practices focused on women construct significance on health and feminine body since such practices produce certain ways of being, living and feeling that build ways of being woman or man. Data from a research that took place in an academic health service, with women that went under breast and uterus cancer prevention examinations from May to December 2002 are shown. Data production was accomplished through health practices observations and interviews with service's users. Feminist Studies and mainly authors with post-structuralists theorizations were the theoretical bases. We hope this work contributes to the reflection about health practices focused on women, making possible a broader understanding about feminine and allowing room to ways of being in the world other than those the hegemonic point of view states as appropriate.

Key words: feminine body, health and genre.

Introducción

Este artículo discute cómo las prácticas de salud dirigidas a las mujeres construyen determinadas significaciones sobre la salud y el cuerpo femeninos. Se entiende, a partir de Foucault (2004), que el discurso no es solamente un simple reflejo de los objetos, sino que constituye prácticas que "fueron sistemáticamente los objetos que hablan" (p. 55). De ese modo, comprendemos que las prácticas en salud producen determinadas formas de ser, vivir y sentir, constituyendo modos de ser mujer y de ser hombre. Utilizamos el concepto de género como categoría de análisis, entendiendo que éste, al resaltar el carácter social de las diferencias basadas en el sexo, cuestiona la naturalización de características tenidas como femeninas o masculinas y definidas culturalmente como pertenecientes a polos opuestos (Scout, 1995).

En este estudio, nos distanciamos de toda concepción que identifique *una esencia* femenina o masculina, asumiendo la posición de que género es una construcción social y, por lo tanto, se ubica en el campo de las relaciones entre mujeres y hombres. De este modo, nuestro énfasis se dirige no al plano biológico, sino a las prácticas sociales que crean determinadas formas de ser mujer y no otras. Buscamos, por lo tanto, ir más allá de la constatación de diferencias relacionales entre los sexos, lo que llevaría a una naturalización de desigualdad entre géneros.

Nos gustaría traer algunas cuestiones relevantes sobre las explicaciones biológicas para justificar las diferencias entre mujeres y hombres: la comprensión de la biología como narrativa y la tensión existente entre las perspectivas esencialistas y perspectivas no esencialistas de identidad.

Santos (2000), en su artículo "La biología tiene una historia que no es natural", problematiza la idea de un conocimiento biológico como algo incuestionable, que se pone como "verdad" y en una posición de "neutralidad". Para el autor, el conocimiento generado a través de la biología es, así como cualquier otro conocimiento científico,

...un *conocimiento interesado* que hoy viene trazando, a través de sus nuevas y actualizadas narrativas, fronteras muy claras entre los sexos, las diferentes orientaciones sexuales, lo que se entiende por razas, entre lo que es un cuerpo saludable y lo que es un cuerpo enfermo, entre lo que es natural y lo que es naturalizado, etc. (p. 232).

Así, propone entender el conocimiento biológico a partir de una visión del mundo como una invención, que se establece a partir de complejas redes de poder, siendo necesario el cuestionamiento de esas relaciones de poder constitutivas de la ciencia (en este caso, la biología) y vueltas un discurso de verdad.

El conocimiento biológico se vuelve, así, productor de significados que marcan diferencias referentes a género, raza, etnia, generación, entre otros marcadores sociales. Tales significados componen narrativas hegemónicas que naturalizan tales diferencias. Como ejemplo, recordamos las investigaciones de mediados del siglo XX que buscaban la *comprobación científica* de diferencias de la inteligencia entre blancos y negros, en las cuales se demostraba que los primeros eran *naturalmente* más inteligentes; o bien para retomar las relaciones de género, los argumentos, basados en una menor fuerza física de las mujeres, que a éstas les debería ser vedado el acceso a determinadas profesiones, tenidas como masculinas. En los dos ejemplos, la biología dice de una *naturaleza* (y que de esta forma la hace incuestionable, pues lo que es *natural* ya está dado, o sea, no es plausi-

ble de transformación), y los constituye en seres materiales específicos, pues este conocimiento no sólo los describe, sino que los produce.

Sobre el segundo punto (las tensiones existentes entre las perspectivas esencialistas y no esencialistas de identidad), nos apoyamos en las ideas de Woodward (2000). Esta autora dice que una perspectiva esencialista de identidad sugiere que existe un conjunto de características que son compartidas por todos los miembros de determinado grupo y que no se altera a lo largo del tiempo. Por otro lado, una perspectiva no esencialista focaliza no solamente las características compartidas, sino también las diferencias, tanto entre las personas que pertenezcan al grupo en cuestión, como entre estas personas y otros grupos.

Siguiendo esta línea de pensamiento, si consideramos una perspectiva no esencialista sobre lo femenino, debemos prestar atención no solamente a las semejanzas, sino también a las diferencias entre las propias mujeres (que son atravesadas por otros marcadores identitarios² como nacionalidad, raza, etnia, generación, religión, etc.), así como a los cambios acontecidos en relación con la definición de lo femenino.

Woodward (2000) argumenta que el esencialismo puede utilizar tanto la historia como la biología para fundamentar sus afirmaciones sobre la identidad, a partir de la constitución de "verdades". Como ejemplo, cita la maternidad, que sirve como fundamento biológico para la identidad de las mujeres. Así, "el cuerpo es uno de los lugares envueltos en el establecimiento de las fronteras que definen quienes somos, sirviendo de fundamento a la identidad; por ejemplo, la identidad sexual" (p. 15).

Las identidades son construidas dentro del discurso; por lo tanto, es necesario que las comprendamos como producidas en lugares históricos e institucionales específicos y en el interior de formaciones y prácticas discursivas especí-

² Entendemos marcadores identitarios como símbolos establecidos por la cultura que sirven para diferenciar, agrupar, clasificar y ordenar (Veiga-Neto, 2000).

ficas por estrategias e iniciativas concretas. Éstas surgen en un juego de poder específico y, por lo tanto, demarcan la exclusión y no el signo de una unidad idéntica (Hall, 2000).

Como señala Silva (2000), la identidad y la diferencia resultan de un proceso de producción simbólica y discursiva, lo que implica decir que no pueden ser comprendidas fuera de los sistemas de significado que les dan sentido. Sin embargo, no se habla aquí de una determinación absoluta, pues el lenguaje, como sistema de significación, es por sí mismo inestable. Utilizando lo que Derrida denomina 'metafísica de la presencia'³, el autor afirma que el signo no puede ser reducido a la identidad, pero siempre lleva consigo la marca de la diferencia.

Así, "la diferencia y, por lo tanto, la identidad, no es producto de la naturaleza: ella es producida al interior de prácticas de significado, en que los significados son cuestionados, negociados, transformados" (Silva, 2001, p. 25).

El proceso de construcción de la identidad está marcado por relaciones de poder, está delimitando lo que no es, aquello que falta; en últimas, es con todo esto que la identidad se constituye. Esto genera sujetos que están al margen, basándose en el acto de excluir y de establecer una jerarquía entre dos polos opuestos.

Por lo tanto, para Hall (2000).el concepto de identidad es el punto en el cual se unen las prácticas y los discursos que intentan "interpelar" para que asumamos nuestro lugar como sujetos sociales de discursos particulares. Las identidades son puntos de apego temporal a las posiciones de sujeto que las prácticas discursivas construyen.

Se vuelve importante pensar el cuerpo como una construcción social y un marcador de identidad, o marcador identitario. Medeiros (2003) señala que: ...tenemos un cuerpo, pero el uso del cuer-

po, la idea de cuerpo, el concepto del cuerpo, el estatus del cuerpo depende del contexto social e histórico. No debemos considerar el cuerpo como algo biológico, dado de antemano, sino como algo que también tiene una historia" (p. 208).

En relación con la salud, Harding (1997) dice que el cuerpo se vuelve un espacio para la aplicación de un conocimiento generado a partir del discurso médico, siendo más fácil medicar los cuerpos que ver cómo las relaciones sociales se articulan y de qué forma los espacios han sido construidos. De esta forma, la salud ha sido retirada del campo social e inscrita en el cuerpo individual, opacando asuntos políticos que son atravesados por relaciones de género, raza, etnia, clase social, etc.

Para sustentar esta discusión, presentamos los datos de una investigación llevada a cabo en un servicio académico de salud, con mujeres que realizaron exámenes preventivos de útero (citología) y examen de mama, durante mayo y diciembre de 2002. La muestra fue escogida intencionalmente y la recolección de datos se hizo mediante observaciones del examen ginecológico. Éstas se centraron en los comentarios, diálogos entre profesionales de la salud y sus usuarias, actitudes sobre el cuerpo y los cuidados con la salud que las mujeres demostraban durante la consulta. En términos técnicos, la investigación se fundamentó en los estudios feministas, especialmente en autores(as) con teorizaciones post-estructuralistas.

Discutiendo la salud y el cuerpo femeninos

Como primera cuestión, se parte de la pregunta: ¿de quién son esos cuerpos de los cuales esta investigación nos habla? Son cuerpos de muje-

³ Una de las características fundamentales del signo es que éste no coincide con la cosa o concepto, pero es una señal de que está en el lugar de otra cosa; es decir, el signo no es presencia; sin embargo, nos causa la ilusión de una presencia, siendo que la propia presencia en el signo es aplazada indefinidamente, lo que obliga a depender de un proceso de diferenciación. De este modo, el signo trae consigo no solamente el rasgo de aquello que representa, sino también el rasgo de aquello que no es. Así, el signo se caracteriza por la diferenciación y por la diferencia, características que están sintetizadas en el concepto derridiano de *différance*.

res, cuerpos jóvenes, cuerpos de mediana edad, cuerpos viejos, cuerpos de estudiantes universitarias, cuerpos de amas de casa, cuerpos de trabajadoras; en fin, cuerpos que cuentan diferentes historias de su constitución en cuanto cuerpos femeninos, atravesados por diferentes marcadores sociales, los cuales, como mujeres, las posiciona de diferentes formas. En este estudio, lo que las acerca es la búsqueda por una atención para la salud, dirigida a los cuerpos de las mujeres: exámenes preventivos de cuello de útero y mama.

Las mujeres investigadas mostraron desconocimiento sobre sus cuerpos, tanto en su anatomía como en sus funciones, sorprendiéndose muchas veces con las informaciones recibidas durante la consulta. Así, por ejemplo, cuando la enfermera les preguntaba qué conocían sobre el útero, en general las mujeres respondían que no sabían (*¡quién sabe!*⁴) o evaluaban su conocimiento como insuficiente (*más o menos...*) o inclusive mostraron tener un conocimiento equivocado (*me parece que es así de grande* -señala un círculo grande con las dos manos-, *¡cómo así!*, *¿es tan pequeño?* -al ser informada por la enfermera que el tamaño del útero era como el puño cerrado de una mano-).

En algunas situaciones, las mujeres se mostraban cohibidas para tocarse o mirarse, siendo que el toque suele hacerse durante *el baño* (lo que consiste en una de las orientaciones que los profesionales de la salud transmiten sobre el examen de mama), pues de lo contrario *es olvidado*. Las fuentes de información sobre los asuntos relativos al cuerpo son percibidas como escasas, remitiéndose éstas a los medios masivos de comunicación (*uno sabe lo que aparece en la televisión, en las propagandas y en las revistas*), conferencias (generalmente promovidas por locales de trabajo) y conversaciones con otras mujeres.

Las mujeres manifestaron dudas acerca de la "normalidad" de sus funciones sexuales y sobre

su deseo, el cual viene definido en tanto referencia al hombre: *¿es normal ser recién casada... y no tener ganas de...a toda hora? Por qué para mi marido en cualquier momento es bueno y para mí no... algunas veces de nada sirve hacerlo, porque tú no tienes la cabeza donde está la de él (sic), ¿sabe? ¡Él dice que yo soy fría y yo le digo que soy mal calentada! Cuando éramos novios, que todo era prohibido, era mejor, pero ahora él no se espera que yo tenga ganas (sic). Él quiere a toda hora. Mi mamá me dice que tengo que aprender a que me guste (...)*

Sin embargo, las mujeres establecen espacios de resistencia para el ejercicio de su sexualidad como mera respuesta (*¿u obligación?*) ante el deseo masculino. El fragmento verbal anterior nos ilustra esta cuestión, pues al mismo tiempo que utiliza como parámetro de normalidad el deseo masculino, también usa su cuerpo como resistencia, en la medida que responsabiliza la inhabilidad del compañero a su falta de deseo sexual y rehúsa el atributo de una supuesta frigidez. Además, otras mujeres relataban que, cuando no deseaban el acto sexual, apelaban a artimañas, como fingir dolores de cabeza o solicitar a la enfermera que les dijera que no deberían tener relaciones sexuales durante los días siguientes a la consulta.

A pesar de los cambios que han venido sucediendo alrededor de la maternidad, debido a los procesos de industrialización, urbanización y de las transformaciones de los procesos sociales, además de la creciente utilización de las tecnologías anticonceptivas y contraceptivas, cuando los profesionales de la salud les preguntan a las mujeres acerca de tener hijos(as) o no tenerlos(as), se mostraban cohibidas cuando no eran madres, necesitando justificar su opción por la no maternidad: *no, no quiero tener hijos, me basta con los niños del lugar donde trabajo; no quiero tener hijos, pero me gustan los niños; no tengo hijos porque tengo mucho trabajo, pero me gustan los niños.*

⁴ Las producciones verbales de las mujeres se encuentran en el cuerpo del texto, en itálicas.

De este modo, si por un lado estas frases representan de alguna forma la gama de transformaciones que vienen dándose en relación con la maternidad (ya no entendida como destino, sino como opción), todavía las mujeres se sienten forzadas a dar explicaciones sobre su elección de no ser madres o demostrar que encuentran satisfacción con la maternidad de otras formas.

En cuanto a la anticoncepción, los relatos indican que es tenida como responsabilidad de las mujeres y resulta significativo que el único método anticonceptivo citado haya sido la píldora femenina, que en muchos casos *es tomada por cuenta propia*.

Los exámenes de prevención de cáncer de cuello uterino (citología) y exámenes de mama son entendidos por las mujeres como *desagradables, incómodos, invasivos (la dejan a una expuesta)*, pero necesarios e importantes, puestos en una esfera de obligación (*toca hacerlos*). Sin embargo, las mujeres refirieron que los sentimientos desagradables que vienen junto con la realización del examen son algo a lo cual *ya están acostumbradas*, haciendo parte de una "naturaleza" femenina, y entienden por ello que la propia experiencia de la maternidad ya las prepara para esto (*ya estoy acostumbrada, es tanta gente tocando, ya no me molesta; antes del embarazo todo era más penoso*). Además, las mujeres expresaron una preocupación en presentarse limpias al examen, pues llegaron perfumadas y con el pelo mojado al servicio de salud (*le dije a mi marido que tenía que llevarme a la casa primero para bañarme antes de venir. Entonces me dijo ¿para qué? ¿Cómo para qué?; estaba preocupada por el examen, si tendría mal olor... y me lavé, lavé, lavé...*), lo cual entendemos como una internalización del concepto higienista de la salud,

así como una representación del orden social y de la moral de las clases sociales (Vigarello, 1985).

En este punto, podemos construir el problema: ¿de cuál cuerpo hablan estas mujeres?, ¿cómo se construyen esos cuerpos por las prácticas sociales que a ellos se dirigen?, ¿cuáles lugares en las prácticas de salud (aquí entendidas como prácticas sociales) les determinan y cómo se posicionan las mujeres frente a esas prácticas?

Meyer (1999) cuestiona las prácticas que se organizan a partir del área denominada "salud de la mujer", enfatizando que el examen ginecológico es uno de los exámenes realizados de forma rutinaria y obligatoria por las mujeres, lo que implica una noción de salud vinculada a la salud ginecológica (u obstétrica). Además, como lo señala el Ministerio de la Salud (2001), el cuerpo de la mujer pasa por un proceso de medicalización, es decir, eventos fisiológicos (menstruación, embarazo, menopausia) que son tratados como enfermedades.

A partir del artículo de Lupton (2000), "Cuerpo, placeres y prácticas del yo", podemos comprender mejor sobre cuáles sujetos (y cuerpos) son privilegiados en los discursos de la salud, es decir, un sujeto autorregulado, consciente, de clase media, racional y civilizado así como un cuerpo que es contenido y que está bajo el control de la voluntad. La autora busca describir tanto las estrategias de gobernamentalidad⁵ dirigidas a la salud de la población cuanto las respuestas de los individuos a esas estrategias. Para eso señala que en los escritos de Foucault hay una paradoja de difícil solución: la idea de que el poder es simultáneamente productivo y represivo⁶.

⁵ Para Foucault (1989) gobernamentalidad comprende tres aspectos de los cuales destacamos los siguientes: "1- el conjunto constituido por las instituciones, procedimientos, análisis y reflexiones, cálculos y tácticas que permiten ejercer esta forma bastante específica y compleja de poder, que tiene por objetivo la población, por forma principal de saber la economía política y por instrumentos técnicos esenciales los dispositivos de seguridad; 2- la tendencia que en todo el Occidente condujo incesantemente, durante mucho tiempo, a la preeminencia de este tipo de poder, que se puede llamar gobierno, sobre todos los demás -soberanía, disciplina, etc.- y llevó al desarrollo de una serie de mecanismos específicos de gobierno y de un conjunto de saberes (...) " (pp. 291-292).

⁶ "Si el poder fuese solamente represivo, si no hiciese otra cosa a no ser decir no usted cree que sería obedecido? Lo que hace que el poder se mantenga y que sea aceptado es simplemente que no pesa sólo como una forma que dice no, pero que de hecho él atraviesa, produce cosas, induce al placer, forma saber, produce discurso" (Foucault, 1989, p. 8).

Partiendo del supuesto de que el término 'positivo' no implica necesariamente una función positiva, pero sí una mayor posibilidad de control y vigilancia (actuando en la creación de 'cuerpos dóciles'), la autora cuestiona si en el esquema foucaultiano es posible la no conformidad a los imperativos de la gobernamentalidad. Y al analizar los escritos de Foucault, concluye que el autor sugiere la existencia de "fuentes alternativas, extradiscursivas o no discursivas, de resistencia a las estrategias externas de gobernamentalidad" (Lupton, 2000: 17). Las nociones de resistencia dentro de este concepto, tienden a localizarla en el micronivel, refiriéndose a los modos por los cuales los individuos contestan, rechazan o discuerdan de las exigencias de gobernamentalidad. En el caso de las prácticas en salud, se puede incluir la no aceptación de las reglas dictadas por los(as) profesionales de salud y la escogencia de prácticas alternativas de cuidado de sí mismo. El concepto de cuidado de sí mismo implica, por lo tanto, un determinado grado de gestión y no simplemente reproducción de reglas impuestas a los individuos.

De esta manera, aunque las prácticas de salud enfaticen los cuidados de las mujeres en el ámbito de la salud reproductiva, percibimos que los sentidos que las mujeres dan a sus cuerpos y a los cuidados personales no son solamente de sometimiento, sino también de resistencia. Esto coincide con la idea foucaultiana de que el poder debe ser analizado como algo que circula, se ejerce en red y donde los individuos están siempre en posición de ejercer y de sufrir su acción. De este modo, el poder no es algo que pertenezca a un grupo específico y es ejercido sobre otro, pues los individuos no son blancos inermes del poder, son siempre centros de transmisión (Foucault, 1989). No se pretende así una universalidad de sentido pero "el juego de disolución impuesta, con un poder fundamental de afirmación" (Foucault, 1998. 70).

En esta perspectiva, los sentidos que las mujeres dan a sus cuerpos son múltiples, discontinuos,

irregulares, coexistentes, dispersos. Como propone Foucault (1998):

...¿qué estatuto conviene dar a ese dis-continuo? No se trata, bien entendido, ni de la sucesión de los instantes del tiempo ni de la pluralidad de los diversos sujetos pensantes; se trata de censuras que rompen el instante y disper-san el sujeto en una pluralidad de po-siciones y de funciones posibles (p. 58).

Mujeres cuyos deseos son evaluados como normales o no de acuerdo con los deseos del otro; mujeres que utilizan sus cuerpos para no ceder frente al deseo masculino; mujeres que tienen como función primordial la maternidad; mu-jeres de incumplen la prescripción de la maternidad y encuentran otras formas de ser mujeres; mujeres que tocan sus cuerpos para atender las prácticas de prevención en salud; mujeres que se ven como responsables por la reproducción y también por los cuidados en evitarla; mujeres cuyos cuerpos son bañados, sin resquicios de marcas de sí; mujeres que se presentan sudadas después de un día de trabajo; mujeres que sienten sus cuerpos invadidos, escudriñados, constantemente examinados; mujeres que en-contran otras formas de cuidar de sí además de las dictadas por los servicios de salud; en fin, mujeres múltiples, contradictorias, enma-rañadas en redes de poder y constantemente sujetas y/o en oposición a las estrategias de gobernamentalidad propuestas por los discursos de salud y las relaciones con los hombres y con otras mujeres. Cuerpos de mujeres que se pro-ducen en las relaciones de poder y por sí mis-mas, que instituyen determinadas formas de ser y estar en el mundo.

A manera de conclusión: algunas cues-tiones para los servicios de salud

Los estudios feministas ya mostraron cómo la "objetividad" y la "verdad" son instrumentos

utilizados por la ciencia para producir y mantener relaciones desiguales entre hombres y mujeres señalando que si es necesario preservar algún tipo de objetividad, debe ser uno que posibilite la convivencia con la multiplicidad (Hacking, 2001).

La idea de la universalidad, tan cara a la Modernidad, propone que todas las mujeres son mujeres de un mismo modo. Sin embargo, estamos frente a una situación de cuestionamiento de las universalidades y se debe trabajar con la lógica de que existen muchos femeninos y masculinos, evitando generalizaciones y conceptos preestablecidos. Mujeres y hombres deben entenderse, en esa visión, a partir de la diversidad y no como identidades únicas, ahistóricas y esencialistas (Matos, 1997).

En este contexto, las prácticas de salud dirigidas a las mujeres deben trasladarse de las cuestiones únicamente ligadas a las funciones reproductivo-biológicas para considerarse como integrales. Los estudios de género problematizan la práctica normativa utilizada que busca adecuar las mujeres a la posición de madres saludables de hijos igualmente saludables (Costa y Aquino, 2002).

Compartimos la posición de Lupton (2000) de que no se puede afirmar que los discursos de la salud pública y de la promoción en salud sean coercitivos de manera uniforme, dado que modelan los procesos de corporificación y las posiciones de sujeto que los individuos asumen. Sin embargo, es necesario evaluar en qué medida esas prácticas corporales están disponibles de modo igualitario para todos los individuos, ya que muchas veces sirven para perpetuar relaciones de desigualdad a partir de diferencias de género, orientación sexual, raza, etnia, clase social, etc.

Así, consideramos que el acto de investigar también es una práctica social que permite problematizar cuestiones ya naturalizadas, así

como las prácticas que se construyen sobre y a partir de ellas. En ese sentido, esperamos que este estudio pueda contribuir para la reflexión sobre las prácticas en salud dirigidas a las mujeres, posibilitando una ampliación sobre lo que se entiende por femenino y dando espacio para otras formas de ser y estar en el mundo, además de aquellas que el discurso hegemónico sobre mujeres sostiene como adecuadas. Ese es nuestro compromiso ético.

Referencias

- Costa, A. M. y Aquino E. A. (2002). Saúde da mulher na Reforma Sanitária Brasileira. En Merchán-Hamann, E; Costa, A. M.; Tajer, D. (Org). *Saúde, eqüidade e gênero: um desafio para as políticas públicas* (pp.181-202). Brasília: Editora Universidade Brasília.
- Foucault, M. (2004). *Arqueología do saber*. 7^aed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- _____ (1998). *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France*. 4^a ed. São Paulo: Edições Loyola.
- _____ (1989). *Microfísica do poder*. 8^a ed. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Hall, S. (2000). Quem precisa de identidade? En Silva, T. T. da (org.) *Identidade e diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais* (pp.103-133). Petrópolis: Vozes.
- Hacking, I. (2001). ¿Qué pasa con las ciencias naturales?. En: _____. *La construcción social de qué?* (pp. 109-167). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Harding, J. (1997). *Bodies at risk*. En Petersen, A. y Burton, A. *Foucault, health and medicine*. London: Routledge.

- Lupton, D. (2000) Corpos, prazeres e práticas do eu. *Educação e realidade*. Porto Alegre, v. 25, 2, 15-48, jul/dez.
- Matos, M I. S. de (1997). Gênero e história: percursos e possibilidades. In.: SCHUPUN, Mônica R. (Org.) *Gênero sem fronteiras* (73-91). Florianópolis: Editora Mulheres.
- Medeiros, P. Flores de. (2003). Pintando corpos: demarcando identidades. En Guareschi, N.M. De F. y Bruschi, M.E. (org.) *Psicologia social nos estudos culturais*. (pp. 205-220). Petrópolis: Vozes.
- Meyer, D. E. E. (1999). Saúde da Mulher: indagações sobre a produção de gênero. En *O mundo da saúde*. São Paulo: [s.n.], 23, 2, 113-19.
- Ministério da Saúde. (2001) *Parto, Aborto e Puerpério*: Secretaria de políticas. Área técnica de saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde.
- Santos, L. H. dos. (2000). A Biologia tem uma história que não é natural. In: COSTA, M.V. (org.) *Estudos culturais em educação* (229-256). Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.
- Scott, J. W. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, 20, 2, 71-99.
- Silva, T. T. da. (2000). A produção social da identidade e da diferença. En _____. (org.) *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes.
- _____. (2001). *O currículo como fetiche*. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica.
- Veiga-Neto, A. (2000). As idades do corpo: (material)idades, (divers)idades, (corporal)idades, (ident)idades... En Azevedo, J.C. (org.) *Utopia e democracia na educação cidadã*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.
- VIGARELLO, G. (1985). *O limpo e o sujo: a higiene e o corpo desde a Idade Média*. Lisboa: Fragmentos.
- Woodward, K. (2000). Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. En Silva, T. T. da (org.) *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. (7-72). Petrópolis: Vozes.