

2. A ginecologia

uma ciência da mulher e da diferença

Fabíola Rohden

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ROHDEN, F. A ginecologia: uma ciência da mulher e da diferença. In: *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher* [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. Antropologia & Saúde collection, pp. 49-108. ISBN 978-85-7541-399-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

2

A Ginecologia: uma ciência da mulher e da diferença

A intensa preocupação com a diferença entre os sexos pode ser vista em vários exemplos, tanto da produção escrita quanto do relato acerca de atuação prática dos médicos, como veremos posteriormente. Mas, nada melhor do que começar com o caso do surgimento de uma especialidade médica que parece ter brotado desse terreno do interesse pela diferença. Trata-se do surgimento da ginecologia, uma disciplina que cresce no bojo dos grandes desenvolvimentos do século XIX e que está intimamente articulada ao movimento científico mais geral de ordenação sistemática do mundo natural.

Ao mesmo tempo que trata dos problemas relativos à mulher e à reprodução, a ginecologia desenha os parâmetros para a distinção entre os sexos – que passa, sobretudo, pelo atrelamento da mulher à função reprodutiva, diferentemente do homem. Se recorrermos às definições expressas em alguns dicionários, veremos como, mesmo mais recentemente, aparece com clareza a idéia de que a ginecologia é uma ‘ciência da mulher’ em sentido amplo, como se a mulher precisasse, mais uma vez em contraste com o homem, ser objeto de mais atentas investigações. É bom lembrar que o tratamento dos fenômenos da reprodução na mulher, como gravidez, parto e puerpério, já há algum tempo constituíam o foco da obstetrícia. A ginecologia marca uma distinção com essa outra especialidade médica.

Na *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura* (s.d.), a ginecologia é apresentada como o “ramo da medicina que estuda a fisiologia e a patologia dos órgãos genitais da mulher fora da gestação, assim como as suas relações com os restantes aparelhos e sistemas”. Para a *Grande Enciclopédia Delta Larousse* (1978), a ginecologia é a “ciência que se dedica ao estudo morfológico, fisiológico e patológico do organismo feminino e de seu aparelho genital”. No *Oxford English Dictionary* (1933), temos a seguinte referência: “Ginecologia: o ramo da ciência médica que trata das funções e perturbações peculiares às mulheres. Em sentido lato, a ciência da feminilidade [*womankind*]”. Ou seja, estamos tratando de uma ciência dos atributos essenciais da mulher ou da sua natureza específica. A definição da *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira* (s.d.) segue a mesma linha quando define a ginecologia como “Estudo da mulher. Parte da medicina que se ocupa especialmente da fisiologia da mulher e das doenças que lhe são próprias”. Na seqüência do verbete aparece ainda a seguinte citação, elucidativa, de Júlio Dantas em *Arte de Amar*: “Costumava (Sousa Martins)... dizer que a *toilette*

feminina tinha um especial interesse para o médico, e que, sobre uma página de jornal de modas, podia escrever-se um tratado de *ginecologia*". E por último temos a definição da *Enciclopédia Mirador Internacional*:

Ginecologia é o ramo da medicina que estuda as doenças e os distúrbios do sistema reprodutivo feminino. Dedicase, portanto, às moléstias peculiares à mulher; isto é, aquelas doenças que têm por sede seus órgãos genitais ou que, direta ou indiretamente lhe dizem respeito. O conceito moderno de ginecologia, entretanto, não se restringe às moléstias e desordens da esfera genital feminina. É mais amplo e complexo o seu campo de ação, porque abrange a totalidade somática e psíquica da personalidade feminina, analisa-lhe o corpo e a alma como um todo integral e solidário nas suas reações aos estímulos partidos dos genitais. (1991:5.335)

Observa-se que as definições são bastante abrangentes e podem ser resumidas na noção de ciência ou estudo da mulher. Certamente essa preocupação da medicina em dedicar-se ao estudo da mulher não nos causaria espanto se houvesse também uma ciência ou estudo do homem. Nos mesmos dicionários aqui citados não há qualquer referência à andrologia, a disciplina que se teria constituído para tratar da sexualidade e reprodução no homem.¹ Quanto à urologia, só em alguns casos sua definição expressa, além do estudo e tratamento do aparelho urinário em ambos os sexos, a preocupação com os órgãos sexuais masculinos. Jamais a noção de um estudo do homem apareceu nas referências.

O trabalho de Sérgio Carrara (1996) revela como o corpo e a sexualidade masculinos serão alvo de grandes preocupações em função da sífilis e de outras doenças venéreas. Analisando a luta contra a sífilis no Brasil da passagem para o século XX até a década de 40, o autor descreve a gigantesca mobilização médica e estatal em torno dessa doença que, uma vez associada à degeneração e ao enfraquecimento da raça, se tornaria uma ameaça à constituição de uma população saudável e à ordem social. Porém, a sifilografia não corresponde, em termos de suas questões centrais, ao enfoque privilegiado que a ginecologia constrói sobre a reprodução, no caso da mulher, e também não se apresenta por definição como a ciência da masculinidade.

Carrara situa os investimentos envolvendo a sífilis no quadro de um processo de regulação da sexualidade e apreensão quanto ao futuro da população diante das aspirações do Estado. A sífilis não era uma questão exclusivamente médica, mas envolvia uma série de outros interesses² e processos em curso. Ao lado do alcoolismo e da tuberculose, era identificada com um grande flagelo social, o que significava que tinha origem em determinadas formas de vida e valores sociais (e aqui é preciso destacar a noção de excesso sexual e a associação entre sífilis e prostituição) e que ameaçava a sociedade. Ao mesmo tempo, colocava em jogo os direitos e liberdades individuais e a coletividade, que aqui aparece sob o rótulo de sociedade, nação, espécie ou raça.

O problema da sífilis era considerado sobretudo com base na noção de degeneração.³ Passando de pai para filho, a doença era apresentada como uma grave ameaça ao futuro da raça e a ela se atribuiu uma série de males cuja definição pode ser considerada imprecisa. A hereditariedade sifilítica foi mesmo responsabilizada pela perversão

instintiva ou psicopatia infantil. Segundo Carrara, era um lugar-comum afirmar que a sífilis enfraquecia a população, destruía a sociedade, degenerava a raça. Este mal não somente consumia o indivíduo e a família, mas também despovoava os territórios, convertendo-se em um perigo nacional; por isso, especialmente a partir do Estado Novo, será tão insistentemente combatido.⁴ Na luta contra a sífilis, foi central a discussão de medidas como o exame pré-nupcial⁵ e o delito do contágio, muito ligadas às preocupações com a transmissão da doença à prole. Foi também sob os auspícios do governo Vargas que se realizou em 1940 a Primeira Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis, em que a doença viria a ser discutida com base nas preocupações relativas à raça e à nacionalidade (Carrara, 1996).

Carrara chama a atenção para a forma como a construção social da sífilis esteve articulada ao processo de construção social da nação nas primeiras décadas deste século com base na idéia central de degeneração da raça:

A idéia de raça cumpriu assim um importante papel, pois servia de comutador entre ciência e política. Transformava a abordagem mais universalista dos cientistas – que, quando lidavam com a sífilis, tratavam teoricamente de uma ameaça à espécie, ou seja, de uma doença do ser humano abstrato e genérico – em uma abordagem mais particularista, imediatamente permeável a interesses políticos diversos, opondo, conforme as circunstâncias, brancos a negros, latinos a anglo-saxões e, enfim, certas sociedades-Estados a outras sociedades-Estados, como quando se falava de uma raça brasileira, de uma raça francesa, de uma raça alemã. (Carrara, 1996:289. Grifos do autor.)

O autor também enfatiza como a luta contra a sífilis põe em destaque a construção de um novo indivíduo, capaz de se autocontrolar, o que seria uma qualidade necessária às novas estruturas políticas em processo de constituição.⁶ Seguindo Norbert Elias, sugere que a consolidação e a expansão dos Estados e o desenvolvimento de um indivíduo que interiorizou os controles sociais são fenômenos complementares. Nesse sentido, “a sífilis se apresenta como um ponto estratégico para a observação e compreensão do modo pelo qual foi concretamente encaminhada essa transformação social simultânea na direção da exigência de um maior *autocontrole* e da própria consolidação do Estado nacional” (Carrara, 1996:292. Grifos do autor).

Carrara destaca que esse autocontrole individual se referia particularmente aos homens. No combate à sífilis estaria em jogo o controle sobre o comportamento sexual masculino. Os médicos e o Estado, por meio das medidas envolvendo a doença,

procuravam atingir aspectos fundamentais do poder oligárquico e patriarcal, pois, afinal, o que questionavam eram sobretudo tradicionais prerrogativas masculinas, em seu ponto talvez mais sensível, por dizerem respeito à possibilidade mesma de gerirem autonomamente seu acesso às mulheres, ou seja, aos prazeres sexuais e às alianças matrimoniais. (Carrara, 1996:292)

Nesse momento, o corpo dos homens, até então mais indevassável que os corpos das mulheres, crianças e perversos sexuais, finalmente se rendia à medicalização. Carrara, (1996:294) afirma:

Era o poder dos homens sobre seu corpo que estava em questão, e para atingi-lo parece ter sido necessário nada menos que um mal absoluto, apocalíptico, como foi a sífilis no período considerado. Não me parece gratuito o fato de ter sido justamente no âmbito de uma luta antivenérea que se tenha gestado uma andrologia, uma ciência dos 'problemas sexuais' masculinos. Parece ter sido justamente através das doenças venéreas que os homens se transformaram mais facilmente em pacientes, e sua masculinidade em objeto passível de intervenção. (Grifos do autor.)

O sexo não pertencia mais aos homens, sugere Carrara (1996), como há algum tempo já não pertencia às mulheres. No contexto dos debates em torno da sífilis, a função e os próprios órgãos reprodutivos seriam vistos como propriedade menos individual do que coletiva. Afinal de contas, em primeiro lugar deveria vir a responsabilidade biológica em relação à prole. A diferença é que agora falava-se prioritariamente do homem.⁷

O interessante é que a preocupação com os homens surgiu a partir de uma doença que comprometia sua descendência, mas que incidia mais imediatamente sobre a sua própria degradação individual. A ciência dos problemas sexuais masculinos está relacionada com a doença que vem de fora ou que é decorrente do excesso sexual. Em ambos os casos, ela sinaliza uma anormalidade. É porque está doente, fora do normal, que o homem e seus órgãos sexuais precisam ser tratados. No caso da mulher e da ginecologia, estuda-se e trata-se a normalidade feminina, que é, por natureza, potencialmente patológica. Como veremos mais adiante, o andamento da vida feminina, nas suas várias fases, desde a puberdade até a menopausa, é percebido como propício a perturbações e desordens e por isso exige um cuidado constante. A ginecologia é a especialidade que se constitui sobre essa lógica. A andrologia associada à sifilografia parece mais ligada às perturbações que não são inerentes ao homem, mas decorrentes de fatores que o retiram da ordem normal. A andrologia, conforme Carrara, seria a ciência dos 'problemas' sexuais masculinos. A ginecologia não se restringe a isso. Ela é apresentada como algo mais abrangente, a 'ciência da mulher'.

A ginecologia – e toda a produção em torno da sexualidade e reprodução na mulher – se constitui como um conhecimento elaborado com base na percepção de como as mulheres são distintas dos homens. Não há nada semelhante no caso masculino, ou seja, uma ciência do homem que tenha como ponto de partida a diferença entre ele e a mulher. Na verdade, do ponto de vista lógico essa ciência poderia e mesmo deveria existir. A questão em jogo, portanto, é uma assimetria que se coloca na prática, que aponta para uma relação particular entre a medicina e a mulher, para uma maior medicalização do corpo feminino em contraste com o masculino.

Ornella Moscucci (1996), que estudou o surgimento da ginecologia na Inglaterra, sustenta que a constituição deste ramo da medicina está atrelada à crença de que o sexo e a reprodução são mais fundamentais para a natureza da mulher do que para a do homem. A passagem pela puberdade, gravidez, menopausa afetaria a mulher de uma tal maneira que não há equivalentes no caso masculino. E é com base nos papéis diferenciados na reprodução que se prescrevem papéis sociais muito distintos para homens e mulheres. Os primeiros seriam mais apropriados para as atividades no mundo público, do trabalho, política e comércio, enquanto as segundas se prestariam às atividades na esfera privada da família, como mães e esposas.

A ginecologia teria legitimado essa visão. Mais do que isso, é a crença na singularidade do corpo feminino como determinado à reprodução que possibilita a formação dessa especialidade que define as mulheres como um grupo particular de pacientes e um tipo distinto na espécie humana.⁸ Não é à toa que a ginecologia se desenvolve simultaneamente às disciplinas dedicadas ao estudo científico da humanidade. É a partir do Iluminismo que se intensifica a demanda de conhecimento empírico que determinaria as leis da existência humana. Além disso, os acontecimentos do final do século XVIII haviam instaurado a necessidade de rever as hierarquias estabelecidas, agora com base nas evidências objetivas observadas na natureza. Moscucci, seguindo o mesmo raciocínio de Laqueur (1987, 1992) e Schiebinger (1986), afirma: “A democracia minara a antiga base da autoridade patriarcal, e, conseqüentemente, era necessário repensar a relação entre os sexos segundo novas linhas. A natureza, não à religião ou à metafísica, cabia definir o lugar que homem e mulher ocupariam na nova ordem social” (Moscucci, 1996:3).⁹

Autores como Rousseau haviam definido as bases para a distinção das atividades nas esferas pública e privada apoiando-se na diferença sexual. A biologia feminina servia de maneira privilegiada para pensar a ordem social tomando-se por base a natureza. Esse ponto de partida marcará a produção dos médicos que escreviam durante o século XIX. Por meio de uma anatomia e fisiologia comparativas, eles pretendiam criar as bases para uma ciência da espécie humana. A taxonomia da diferença sexual era importante porque, por um lado, permitiria definir os caracteres do ‘homem natural’, e por outro, determinaria as diferenças entre homens e mulheres. A ginecologia, na qualidade de ciência da mulher, faz parte de um sistema de classificação mais amplo que envolvia a antropologia, a ciência do Homem. Esta relação é expressa de maneira clara nas proposições de alguns ginecologistas. James Jamieson, ginecologista e professor de medicina, escreve em 1887 que a história natural da raça humana é o objeto da antropologia, que tem como objetivo a criação de classificações distintivas entre os homens. Entre elas estariam os graus de civilização, as cores da pele, os tipos de fala. Mas, a mais fundamental e definitiva divisão é o sexo, e para dar conta desta classificação primeira, a antropologia comportaria a ginecologia e a andrologia, ou seja, os estudos das peculiaridades da mulher e do homem (Moscucci, 1996; Russet, 1995).

É nesta perspectiva que a ginecologia constitui-se com pretensões muito mais amplas do que a do simples cuidado das doenças femininas. Ela parte do estudo das próprias diferenças sexuais. Uma das suas proposições era a idéia de que essas diferenças não estavam contidas nos órgãos genitais, mas na totalidade fisiológica e psicológica dos indivíduos. O ginecologista James Oliver escrevia em 1889 que a diferença existente entre o homem e a mulher não era estampada em um único órgão do corpo mas estava na totalidade da mente e do corpo, sendo universal e constitucional. A sexualidade, ou seja, as qualidades associadas com masculinidade e feminilidade, também não era percebida como uma essência estática, mas como um processo biológico dinâmico que transcorria desde a concepção até a puberdade. Era por isso que se considerava impossível determinar definitivamente o sexo no momento do nascimento com base na aparência dos genitais. Somente com a chegada da puberdade e a definição do desejo

sexual, dos caracteres sexuais secundários, dos hábitos e traços psicológicos, poder-se-ia fazer um diagnóstico definitivo. Ao mesmo tempo, era evidente que a distinção anatômica e fisiológica confundia-se com o funcionamento de testículos e ovários. Era mediante a atividade regular desses órgãos que todas as outras características da sexualidade se evidenciavam, associadas à capacidade reprodutiva. Dessa forma, era comum falar-se da indefinição até a puberdade ou mesmo da masculinização das mulheres após a menopausa ou da feminização dos eunucos (Moscucci, 1996).

O que se impunha como necessário era o estabelecimento das características específicas de cada sexo e o que, ao contrário, seria comum ao patrimônio de ambos. Sob este empreendimento escondia-se o problema de saber qual dos dois sexos seria mais representativo da humanidade. Estava em jogo uma tensão entre a diferença e a unidade da espécie humana, cara às preocupações científicas da época. A tentativa de reconciliar o conceito da diferença sexual com a idéia de natureza humana expressava-se na fascinação pelo latente hermafroditismo ou bissexualidade da humanidade. A embriologia pode ser usada como exemplo. Os especialistas nessa área acreditavam que pênis e clitóris, escroto e lábios, testículos e ovários compartilhavam uma origem comum nos primórdios da vida fetal. Para eles, era a partir do desenvolvimento do embrião até a idade adulta que os órgãos se diferenciavam na estrutura e função. Mas, cada órgão masculino tinha um correspondente análogo no corpo feminino. A crença nesta homologia vem desde a Antigüidade, mas a medicina do século XIX a teria reformulado em termos mais contemporâneos. Embora nesta época a afirmação da diferença fosse fundamental, também era necessária a afirmação de uma unidade entre homens e mulheres (Moscucci, 1996).¹⁰

O parentesco admitido entre as duas metades da espécie humana aparecia em temas como ‘menstruação masculina’. Referências nas décadas de 80 e 90 ainda reconheciam escorrimentos sanguíneos do pênis como provas da existência da menstruação no homem. Outra teoria contemporânea era a que defendia que as mamas eram comuns aos dois sexos e acima de tudo representativas da espécie. Neste terreno, podia-se até mesmo conceber o hermafrodita não como uma aberração ou falsidade, o que aconteceria mais tarde, mas como o representante mais legítimo da raça humana (Moscucci, 1996).

Além disso, os grandes progressos da fisiologia e da anatomia patológica propiciavam um conhecimento mais íntimo dos órgãos e dos tecidos, mostrando aos médicos as semelhanças entre o homem e a mulher. Mas, a despeito da semelhança reconhecida, os médicos irão se ocupar com a tarefa de encontrar evidências da inferioridade feminina. É certo que eles também se esmeram em descrever a ‘doçura’ e as ‘virtudes morais’ da mulher, mas, ao mesmo tempo, multiplicam as suas patologias, os seus desregramentos, causados em última instância pelo ‘predomínio do seu sistema genital’. A mulher é governada pela sua fisiologia e esta fisiologia é inerentemente patológica. Perturbações ginecológicas e vacilações de espírito são devidas aos movimentos normais da ‘genitalidade’ feminina. Esta perspectiva dará origem a uma série de teorias explicativas das propensões criminosas da mulher, como a de Lombroso. É uma natureza feminina específica e patológica definida pelos médicos que propiciará o novo discurso da diferença (Peter, 1980).

Não se pode deixar de mencionar o impacto da obra de Darwin nessa discussão. Afinal, este autor tinha definido que a sexualidade fazia parte do processo evolutivo da espécie. Pela divisão das atividades, especialização das funções, alguns indivíduos teriam desenvolvido uma variedade de estrutura corporal e qualidades mentais que lhes garantiam vantagens reprodutivas sobre os outros. Os machos adquiriam esses caracteres sexuais no processo de luta pela posse das fêmeas. E cada vez mais eles foram divergindo delas e tornando-se superiores física e mentalmente. Esta teoria científica da diferença atraiu ginecologistas como o eminente Tait, que em 1869 se aventurou na publicação de um artigo sobre a seleção natural. Tait teve o privilégio de ser citado por seu mestre Darwin, anos mais tarde. Além disso, conta-se que no seu trabalho, no Birmingham Hospital for Women, ele examinava as mulheres procurando encontrar os vestígios físicos da existência de uma cauda (Moscucci, 1996).

Contudo, Darwin também foi importante na medida em que deu ao debate sobre a relação entre o homem e seu ambiente o tom que seria incorporado pelos teóricos ginecologistas. A obra deste autor possibilitava, por meio da idéia da ação do ambiente sobre a biologia, a concepção de que as diferenças entre homens e mulheres surgiram na história da espécie e, portanto, estavam sujeitas a modificações. Mas esse não foi o aproveitamento mais comum do darwinismo. Os ginecologistas estavam mais interessados em estudar as especificidades provocadas pela influência do clima, da dieta, da ocupação e da educação na menstruação ou na menopausa. A comparação entre as civilizações poderia determinar a construção de uma ‘ginecologia etnográfica e antropológica’. Em consonância com os desafios científicos da época, os ginecologistas tentavam estabelecer os parâmetros da dicotomia entre natureza e cultura para o caso das mulheres. Alguns chegaram mesmo a afirmar que a menstruação não existia nas tribos primitivas, sendo um efeito da civilização, causado ou pelo rompimento com o antigo padrão primitivo de gravidezes sucessivas ou por uma melhora na dieta e a conseqüente geração de um excedente nutritivo eliminado pelo fluxo menstrual. Muitas vezes, era ambígua a definição do que seria natural ou cultural. O ginecologista Oliver comenta que teria sido em função da civilização e da divisão de tarefas que a mulher desenvolvera sua estrutura mais delicada. Ao mesmo tempo ele se refere a algo preexistente que determinaria esta mesma característica (Moscucci, 1996).¹¹

Algumas idéias eram recorrentes para os ginecologistas. Uma delas referia-se ao fato de que as qualidades distintas eram distribuídas em graus diferentes para homens e mulheres. As capacidades intelectuais eram mais características do homem, o que ficava evidente nas medidas do seu crânio e no tamanho do seu cérebro. As mulheres eram mais dominadas pelas funções sexuais e por isso eram caracterizadas como mais físicas, instintivas e emotivas. O instinto sexual era de tal forma determinante para a mulher na concepção desses médicos que se tornou mesmo comum usarem o termo ‘sexo’ para se referirem à mulher. O homem, evidentemente, também era dotado de funções instintivas e emocionais, mas estas eram governadas pelo cérebro. Barnes, escrevendo no *Dictionary of Medicine*, de 1882, explica que o termo ginecologia abarca muito mais que as doenças da mulher, pois para entender as suas patologias é preciso observá-la nas relações sociais, estudar suas características morais e intelectuais,

constituindo um estudo colateral infinitamente mais importante no caso da mulher que no do homem. O conhecimento da ‘mulher natural’ era a fundação necessária da ginecologia. A mulher seria determinada, em seu corpo e mente, pela função sexual, fazendo com que sua fisiologia e patologia sexual afetassem o seu comportamento, com consequências sociais e morais que não teriam paralelos no caso do homem. A noção dessa dominação natural que se passa na mulher era tão propagada que servia para justificar sua absolvição em casos de infanticídio, por exemplo. Em momentos como o parto e o puerpério, quando as influências do sexo predominariam ainda mais na mulher, ela se tornaria física e moralmente vulnerável e não poderia ser responsabilizada plenamente pelas suas ações (Moscucci, 1996).

Supondo tal predominância da função sexual na mulher, os ginecologistas tentavam determinar como se processava essa complexa interação entre corpo e mente. Eram consideradas as relações entre instinto e razão, sentidos e faculdades morais, organização e ambiente, temas que também compunham as preocupações da antropologia na época. Mas a diferença entre a ginecologia e a antropologia residia principalmente em uma grande assimetria. Enquanto a primeira tratava da mulher, frequentemente associada aos primitivos e às crianças, representando um homem incompleto ou incivilizado, a antropologia tratava da humanidade. E fazia isso com base no modelo do homem ocidental, branco, adulto, civilizado. E, diferentemente da ginecologia, a antropologia não se propunha a cuidar das doenças masculinas (Moscucci, 1996).

De um lado temos uma ciência do homem que é também uma ciência da humanidade, aquela que permite a instauração da diferença e a comparação entre outras unidades, as raças, os povos, as civilizações. De outro, temos uma ciência da mulher, que descreve e justifica a diferença sexual. O interessante é que ambas têm em comum o recurso a supostos dados biológicos que legitimam visões de mundo e hierarquias sociais.

Outro ponto importante se refere à consideração da mulher como mais sujeita a doenças e instabilidades e à necessidade de uma ciência específica para dar conta disso. A ginecologia se constituía com base na relação intrínseca entre a patologia e a natureza feminina. Em contraposição, embora existissem as doenças caracteristicamente masculinas, como as desordens na próstata e nos testículos, a patologia do sistema sexual não determinava a natureza do homem. Isso explicaria por que a andrologia, ou mesmo a urologia, como especialidades do aparelho sexual masculino, não tiveram grande êxito na época (Moscucci, 1996).¹²

Um fator importante no desenvolvimento da ginecologia foi o destaque dado à teoria ovular durante a década de 50 no século XIX. Segundo esta teoria, era a produção espontânea do óvulo que causava a menstruação, que por sua vez coincidia com o período fértil e de maior desejo sexual na mulher. A redefinição dos ovários como os centros de controle do sexo e da reprodução caminha ao lado da sua valorização como determinantes da natureza da mulher. Enquanto o útero e os seios eram representativos do papel maternal da mulher, os ovários eram responsáveis pelo instinto sexual feminino, que, em última instância, tinha a ver com a reprodução da espécie. Ao mesmo tempo, expande-se a noção da beleza feminina associada com o período fértil ou com a conformação da pelve. Por isso, mulheres na menopausa ou aquelas que tinham extraído os ovários perderiam também seus atrativos (Moscucci, 1996).

Não é sem razão que ganha impulso, ao lado da craniometria, a pelvimetria, inicialmente técnicas adotadas como meios de classificar as raças com base nas capacidades cranianas e pélvicas. O tamanho da pelve poderia ser relacionado com o tamanho da cabeça fetal, e assim dar parâmetros para a estimativa do cérebro e das faculdades intelectuais de cada raça. Mas, enquanto a craniometria era aplicada para a mensuração do cérebro no homem, na mulher a pelvimetria era vista como mais adequada. E enquanto o homem europeu era definido como superior em relação a outras raças pela medida do seu crânio, a mulher européia ganhava o título análogo, mas em termos de maior capacidade pélvica.¹³ Nada mais natural, já que homens e mulheres eram especializados para funções diferentes e complementares. Essa diferença indiscutível, e até mesmo mensurável, justificava, por exemplo, a capacidade inferior da mulher para os estudos, uma vez que ela era determinada prioritariamente para a maternidade (Moscucci, 1996).¹⁴

O SURGIMENTO DE UMA MEDICINA DA MULHER

Como foi possível observar, a ginecologia reflete então um amplo interesse da medicina no estudo da mulher. Porém, é preciso destacar que esse é um acontecimento que só surge com tamanha intensidade no século XIX. Nem sempre os médicos se interessaram tanto em descrever minuciosamente as características particulares de homens e mulheres. E o seu conhecimento fisiológico e anatômico do corpo feminino teria ficado mais subordinado à especulação do que à observação, fenômeno agravado pelo fato de que durante muito tempo o corpo das mulheres ficara interdito aos médicos homens.

É somente a partir do século XIV que a medicina vê pouco a pouco alguns dos seus empecilhos, especialmente aqueles de origem religiosa, se enfraquecerem. É o caso da retomada das dissecações, especialmente na Escola de Bolonha e mais tarde em Montpellier. Mas, ao contrário do que se poderia imaginar, as dissecações não mudam a antiga imagem do corpo feminino como apenas uma versão inferiorizada do masculino. Entre outros fatores, destaca-se o fato de que nessa época a dissecação era obra dos cirurgiões, afastados dos conhecimentos teóricos detidos pelos médicos.

Tal separação teria origem na Reforma Gregoriana (século XII), que tenta limitar as atividades dos médicos à vida monástica, especialmente pela interdição de praticar a cirurgia. Enquanto a medicina tornou-se uma arte dos clérigos baseada na especulação, a cirurgia veio a ser uma prática reservada aos leigos, que podiam ter contatos com os corpos alheios. A separação entre cirurgia e medicina se agrava com o distanciamento dos cirurgiões do ensino médico.¹⁵ Como conseqüência, o trabalho de dissecação dos cirurgiões estava distante de uma pesquisa para o melhor entendimento do corpo humano. Ele apenas servia para ilustrar o que as teorias antigas diziam desde muito tempo.

O italiano Mundino de Luzzi, que em 1315 dissecou duas mulheres, viu no corpo feminino simplesmente a inversão do masculino (Knibiehler & Fouquet, 1983). É a mesma imagem que aparece na *Chirurgie* (1306–1320) de Henri de Mondeville. A mulher lhe interessa exclusivamente pela capacidade de tornar-se mãe, e seus órgãos são

descritos em perfeita analogia com os órgãos masculinos. Cada órgão feminino é comparado anatomicamente ao órgão masculino e apresentado como tendo a mesma função. O corpo feminino não existia nem como especificidade anatômica, nem em um vocabulário preciso e particular (Berriot-Salvadore, 1993).

Outro dado interessante dessa época é a necessidade dos médicos de justificar por que dedicavam seu tempo a escrever sobre a mulher, um empreendimento ainda um tanto inusitado. É o que aparece, por exemplo, em *A Prática* (1556) de Arnaldi Villanovani: “Tratarei aqui, com o auxílio de Deus, do que concerne às mulheres, e como na maior parte do tempo as mulheres são bestas cruéis, tratarei em seguida da picada de animais peçonhentos” (*Arnaldi Villanovani Praxis Medicalis*, Lugduni 1556, apud Berriot-Salvadore, 1993:15).

A partir dos séculos XVI e XVII, um amplo e complexo processo de transformação, que tinha como núcleo a perda de poder por parte da Igreja, traz como uma de suas conseqüências a gradativa autonomização da medicina. Os médicos passam a praticar atividades e a desenvolver concepções antes interdítadas pelo clero. A anatomia, por exemplo, ganha um impulso decisivo (Knibiehler & Fouquet, 1983).

A obra *De Humani Corporis Fabrica* (1543), de Vesálio, comporta o caráter das mudanças que ocorreriam a partir do século XVI. Segundo David Le Breton (1993), esse volumoso tratado de 700 páginas e 300 gravuras, contemporâneo à revolução de Copérnico, teria inaugurado o processo de ‘invenção’ do corpo humano no pensamento ocidental. O frontispício do livro (possivelmente realizado por Tiziano) representa uma aula de anatomia que tem como figura central o corpo de uma mulher com o ventre aberto, deixando ver seus órgãos internos. Uma mulher que, para escapar da condenação à morte por crime, teria alegado estar grávida, dúvida que autorizou a sua dissecação após a execução. Vesálio vive o período de passagem da ilegalidade da dissecação e do roubo de cadáveres em cemitérios para o das dissecações públicas convertidas em grande espetáculo. Apesar disso, para descrever a anatomia dos órgãos femininos ele só contou com seis cadáveres, entre eles o de “uma bela prostituta” (Le Breton, 1993:79). De todo modo, embora Vesálio tenha marcado a história da medicina pela originalidade de seu trabalho como anatomista, ele continuou vendo na mulher uma imagem do homem (Berriot-Salvadore, 1993).¹⁶

No século XVI o tema do papel da mulher na geração ganha uma nova expressão. A tendência é uma volta a Hipócrates e à teoria da dupla semente que formaria o embrião, fugindo da predominância de Aristóteles e da sua idéia da mulher como simples receptáculo da semente masculina. A dissecação parece confirmar essa teoria ao revelar que os chamados ‘testículos’ femininos também produziam uma espécie de ‘semente’ que, contudo, ainda é vista como inferior à masculina. A questão da qualidade da semente feminina e obviamente da mulher que a gera entra na ordem do dia, já que dela dependerá também a qualidade do feto. A preocupação com a formação física e moral da jovem futura esposa e mãe cresce à medida que aumenta a consciência de que ela toma parte na geração. A qualidade do coito também passa a ser visada. O prazer feminino é importante para a fecundação e, portanto, para a reprodução da espécie. Propaga-se a idéia de que a semente feminina deve escorrer abundantemente e que para isso é necessário o prazer venéreo da mulher, com o qual os médicos passam a se preocupar, com intuítos pedagógicos (Knibiehler & Fouquet, 1983).

Nos séculos XVII e XVIII desenvolvem-se as novas teorias científicas da procriação, baseadas em dados de observações. Anteriormente, uma descoberta significativa havia sido a descrição dos condutos que ligam os ‘testículos das mulheres’ à matriz, proposta pelo italiano Gabriel Fallopio em 1561. Mas, é só em 1660 que Nicolas Sténon descobre a natureza do ovário, possibilitando que em 1672 De Graaf desenvolva a teoria ‘ovista’. Segundo este autor, todos os animais e o homem têm origem em um ovo contido nos ‘testículos das mulheres’, antes mesmo do coito. Observando os ovários, De Graaf descobre também os folículos (que ele confunde com os próprios ovos) e defende a idéia de que eles são fecundados pela *aura seminalis*, um tipo de vapor que se desprenderia do esperma masculino. Essas descobertas pareciam representar grandes inovações no entendimento da concepção. Contudo, uma forte objeção moral se fez presente. Imaginar que a mulher “poria ovos assim como as galinhas” era, por um lado, degradante para ela e para a espécie humana e, por outro, daria à mulher quase toda a honra e responsabilidade na geração, o que parecia impossível (Darmon, 1977).

A teoria ‘ovista’ é condenada ao mesmo tempo que progridem as observações sobre o papel masculino na fecundação. Em 1677, o holandês Louis de Ham observa ao microscópio ‘pequenos animais’ presentes no líquido espermático. Impressionado com a vitalidade desses ‘pequenos peixinhos’ que nadavam em todas as direções, ele chama a atenção de Antony Van Leeuwenhoek, que ficou conhecido por descrever esses ‘animáculos’ que seriam a alma animal do embrião. A fascinação com a novidade provoca uma onda de interesse nesses ‘animais’, ‘vermes’, ‘insetos espermáticos’, que, plenos de vida, reconquistam lugar preponderante sobre o do ovo inerte, restaurando o prestígio masculino. Logo a imaginação científica ganharia asas e passava-se a ver de tudo nos ‘animáculos’. Leeuwenhoek dizia ser capaz de distinguir seus costumes, os sexos, as diferenças de idade, os momentos do acoplamento entre eles e a gravidez das fêmeas. Mas, os animaculistas eram, então, desacreditados, e especialmente atacados desde a experiência que Spallanzani realiza no fim do século XVIII. Este cientista fez a fecundação artificial de ovos de rã com esperma diluído que, acreditava ele, não continha ‘animáculos’. Somente na segunda metade do século seguinte é que a função procriativa do espermatozóide seria unanimemente aceita. No fim do século XVIII ainda não se tinha uma solução precisa para o problema da geração. Muitos autores chegavam mesmo a duvidar se essas questões, tão misteriosas e divinas, seriam algum dia resolvidas pela humanidade (Darmon, 1977).

O PERÍODO DAS GRANDES TRANSFORMAÇÕES

Até o século XVI o cuidado com as doenças femininas pouco interessava aos médicos.¹⁷ O parto era muito mais um ritual de mulheres e quem assistia a mulher neste e em outros momentos era a parteira, que até então não contava com nenhuma formação especializada, exceto por sua própria experiência. É também no século XVI que se iniciam as tentativas de regulação da sua atividade. Na Inglaterra, por exemplo, é em 1512 que se estabelece uma licença para as parteiras administrada pelas autoridades eclesiásticas. Vale notar que a Igreja sempre se preocupou com esta atividade, pois as parteiras poderiam denunciar crimes como infanticídio e aborto, certificar a paternidade

e mesmo batizar a criança em risco de vida, em alguns casos ainda dentro do útero. A evocada associação com bruxaria também incitava um maior controle (Moscucci, 1996).

Na França, as tentativas de regulação que ocorrem no século XVI também são mais sujeitas às iniciativas do clero, apoiadas pelo poder real, do que empreendidas pelos médicos. O edito de Henrique II que impõe a declaração da gravidez manifesta a intenção de vigiar os nascimentos. Igreja e Estado estão interessados em lutar contra aborto e infanticídio e contra o protestantismo, todos perigos que restringiriam o número dos católicos. A parteira torna-se suspeita, e para controlá-la cria-se uma distinção para aquelas que prestam juramento e obediência aos bispos. Na corrida contra a desonra da profissão, as próprias parteiras passam a se organizar em corporações. Em Paris elas chegam mesmo a compor um estatuto que, entre outras coisas, interditava à parteira a administração de beberagens abortivas e obrigava à denúncia das colegas desonestas (Knibiehler & Fouquet, 1983). Luís XIV, com medo de perder almas católicas, foi o responsável pela interdição formal da profissão de parteira às protestantes (Darmon, 1977). E, além disso, ele surpreendeu ao convocar um cirurgião para o parto de Mlle de La Vallière em 1663, dando exemplo à corte (Knibiehler & Fouquet, 1983).

Embora algumas parteiras, como a francesa Louise Bourgeois em 1609, já se lançassem na publicação de manuais, foram os médicos, homens, que inauguraram os rudimentos da obstetrícia e ginecologia modernas. Na França, o parteiro e grande cirurgião Ambroise Paré¹⁸ revitalizava a idéia da versão podálica (intervenção manual do parteiro de modo a facilitar o nascimento) entre outras técnicas e fundava uma escola de parteiras no Hôtel Dieu, a mais famosa maternidade na Europa na época (O'Dowd e Philipp, 1994; Pecker e Philipp, 1994). Embora Paré fosse absolutamente contra, começasse a falar na operação cesariana, que é descrita pela primeira vez por François Rousset em 1581.¹⁹ É também nessa época que o fórceps é inventado por Peter Chamberlen, o velho. Este francês que tinha emigrado para a Inglaterra concebeu o instrumento em 1598, mas, com medo de uma má aceitação, guardou segredo. Só no começo do século XVIII o fórceps seria redescoberto e ganharia uma série de variações (Cutter & Viets, 1964). Mas o grande parteiro do século XVII é sem dúvida François Mauriceau, que dinamizou as técnicas de intervenção no trabalho de parto (O'Dowd & Philipp, 1994).

No século XVIII, os grandes parteiros franceses, como Viardel, Portal, Levret, Petit e Baudelocque, ganham notoriedade internacional. Baudelocque ficou famoso pelo desenvolvimento das técnicas de mensuração pélvica. A obstetrícia também se desenvolve na Holanda, onde se destaca Henri Van Deventer, e na Alemanha, onde se fundam escolas em Estrasburgo, Berlim e Viena. Nos Estados Unidos tem-se um crescente movimento de envio dos estudantes para formação na Inglaterra. Os franceses também vão se destacar por terem inaugurado a luta contra as parteiras. Enquanto os cirurgiões e médicos só eram chamados para atender aos partos difíceis, as parteiras tinham atividades tão variadas como fazer exames de virgindade – requeridos em caso de estupro ou impotência – e muitas vezes transmitir ao casal as normas quanto ao tolerável pela Igreja em termos de práticas sexuais. E além da gravidez e do parto, tratavam, por extensão, das doenças femininas. Exigia-se delas uma conduta exemplar, por se encontrarem muito próximas de práticas como o aborto e o infanticídio.

Essa fragilidade moral, ao lado das acusações de superstição e imperícia, serviram de motivos para que os cirurgiões passem a atacá-las em prol da sua maior competência. Contudo, para a época, a aceitação de um homem à beira do leito da parturiente não se dava sem problemas. Em 1705 Philippe Hecquet publica *De l'Indécence aux Hommes d'Accoucher les Femmes*, no qual defende que tocar uma mulher, mesmo nas condições do parto, é perigoso e propício à lubricidade. As mulheres devem se agarrar ao pudor e preferir a morte em um parto difícil a aceitar a ajuda de um parteiro homem. A esse ataque o eminente doutor De La Motte responde em 1718 denunciando as imprudências das parteiras. Esse tipo de polêmica deixou traços também na Inglaterra e Alemanha, com evidências de ganho de terreno para os médicos (Darmon, 1977).

A conquista dos médicos também está relacionada com a utilização de instrumentos. Em 1730 o fórceps passa a ser usado, trazendo mais prestígio para o cirurgião. Até então, este era chamado quando o estado da mãe e da criança já não inspirava mais grandes esperanças e a única manobra que restava era, freqüentemente, a prática da craniotomia. O fórceps inaugura a era em que o cirurgião consegue ampliar as chances de salvar a criança, fazendo dele uma presença mais humana. Já em 1770 pode-se notar a correlação entre um maior uso dos instrumentos e a ascensão dos parteiros.

É preciso acrescentar que esses instrumentos, em geral caros e de difícil acesso às parteiras, eram de uso exclusivo dos cirurgiões. Na França, estes conseguem proibir o seu uso pelas parteiras e chegam mesmo a impedi-las legalmente de praticar a cirurgia por conta própria, em 1755. Contudo, também entre os médicos não havia unanimidade. Na Inglaterra, por exemplo, onde a divisão entre a corporação de médicos e a de cirurgiões era muito forte, um conhecido debate separou os cirurgiões, defensores do uso do fórceps, e os médicos, que eram contra o uso de instrumentos no parto. Grandes nomes da obstetrícia na época, como Smellie, que representava a segunda geração de utilizadores do fórceps, condenaram os abusos. E William Hunter deixava transparecer que o uso de instrumentos não era bem aceito pela clientela mais refinada. Tocar uma senhora da aristocracia, sujeitá-la a instrumentos, era indelicado e abria o caminho para a perda de prestígio (Moscucci, 1996).²⁰

O cirurgião parteiro enfrentava o desafio de romper a associação com a profissão tradicionalmente feminina das parteiras e ganhar a opinião da elite médica. Espelhando-se na figura refinada do médico, ele vai pouco a pouco tornando-se um profissional respeitado, que poderia se sociabilizar com a aristocracia. No transcorrer do século XVIII, este novo personagem ganha a batalha contra as parteiras, passando a ser chamado para assistir aos partos, além de acompanhar o desenvolvimento da gravidez e do puerpério e cuidar das doenças das mulheres e das crianças (Gélis, 1977, 1984; Laget, 1977, 1982). Também se desenvolvem o ensino e a pesquisa da obstetrícia. Na Escócia inaugura-se o ensino de nível universitário para parteiros em 1726, na Universidade de Edimburgo. Em Londres, na segunda metade desse século, proliferam as escolas privadas de parteiros para homens e mulheres. E com o desenvolvimento dos hospitais, criam-se unidades especiais dirigidas pelos cirurgiões parteiros. Essa conquista de espaço e prestígio a partir da prática nem sempre correspondeu a um reconhecimento pelas instituições profissionais. Na Inglaterra era evidente a discrepância entre o papel social e o estatuto legal do parteiro, que ocupava altas posições nos hospitais,

publicava livros influentes, fazia fortuna com as consultas privadas, mas mantinha pouco contato com as poderosas corporações. É somente em 1783 que o College of Physicians decide conceder uma licença em arte obstétrica, distinguindo os praticantes que se sujeitassem a um exame (Moscucci, 1996).

O contexto de produção da obstetrícia e do que veio a se chamar ginecologia mudará bastante no século XIX. E em decorrência não só de acontecimentos específicos a tais especialidades, mas de um movimento mais geral de transformação da medicina.

No plano das condições que permitiram o surgimento da ginecologia, a primeira observação a ser feita refere-se às conseqüências particulares que os progressos técnicos tiveram neste caso. Sem dúvida, a assepsia, a anti-sepsia, a anestesia foram revolucionárias para a medicina em geral. E elas constituíram também as condições técnicas básicas para que essa nova especialidade se produzisse. Até essa época, a ginecologia, ou seja, o estudo e tratamento do aparelho reprodutivo e das doenças femininas, confundia-se com a obstetrícia. Ao longo do século estes dois ramos da medicina vieram a constituir disciplinas separadas.

Na verdade, quando se considera a bibliografia sobre o assunto, produzida por médicos ou historiadores, raramente encontram-se exemplos que analisem tal distinção. Os historiadores da medicina acabam assimilando as duas especialidades que cuidam da mulher. Não se trata das especificidades do desenvolvimento de cada uma ao longo do século XIX e particularmente dos fatores que fizeram com que a ginecologia viesse a se distinguir. Embora aspectos como os progressos técnicos, a criação de instituições de tratamento e o ensino, bem como as mudanças no estatuto do médico possam em grande parte ser comuns a ambas as disciplinas, é necessário investigar os motivos da separação. Este processo interessa especialmente porque, nas últimas décadas do século passado e início deste, a ginecologia veio a ser bem mais do que uma extensão da obstetrícia, ou mesmo da cirurgia, constituindo um campo de intervenção sobre a mulher que ultrapassa em muito o simples cuidado dos órgãos reprodutivos.

Além do contexto de grandes transformações já mencionadas e de questões relativas ao corpo profissional, o que contribuiu bastante para tal expansão foi o aproveitamento diferenciado das inovações que surgiam. Enquanto a obstetrícia continuava sendo muito mais dependente da experiência clínica e da habilidade do médico em analisar e deduzir os problemas, a ginecologia, que se origina como uma especialidade cirúrgica, só se tornou possível graças às novas descobertas científicas (Cianfrani, 1960).

Na primeira metade do século, o cuidado com as doenças femininas se desenvolve sobretudo nos Estados Unidos. Foi na Universidade da Pensilvânia, onde se instalaram as primeiras cadeiras de instrução médica daquele país, em 1791, que surgiu em 1810, o primeiro departamento de obstetrícia (Cianfrani, 1960). Pouco a pouco a ginecologia se desenvolve mais próxima da cirurgia, em particular da cirurgia abdominal, sendo menos ligada à clínica médica. Nos Estados Unidos, os títulos de 'professor de cirurgia abdominal e ginecologia' tornam-se numerosos. Contudo, em função de seu conhecimento e experiência particular do corpo feminino, eram muitas vezes os obstetras que se tornavam ginecologistas. O seu treinamento na fisiologia e patologia da pelve feminina constituía um capital diferencial em relação aos outros cirurgiões que pretendiam se dedicar a essa especialidade (Cutter & Viets, 1964).

Não é sem razão que se costuma considerar dois cirurgiões americanos como os pais da ginecologia. Trata-se de Ephraim MacDowell, que em 1809 faz a primeira ovariectomia (extração dos ovários, inicialmente apenas em caso de problemas como quistos), e J. Marion Sims, que inaugura em 1849 a cirurgia de fistula vesico-vaginal (Cianfrani, 1960). Dois outros americanos, Heath em 1843 e Clay em 1844, realizaram as primeiras histerectomias abdominais (cirurgia do útero atingido por um câncer, por exemplo). Mas fatos marcantes para a história da ginecologia também vão acontecer na Inglaterra e na França. A introdução da anestesia na cirurgia ginecológica e obstétrica só é reconhecida após a administração do clorofórmio à Rainha Vitória em 1853 durante um parto. E na França o famoso Recamier reinventava entre 1842 e 1846 a curetagem uterina, tornando possível a exploração da cavidade do útero (O'Dowd & Philipp, 1994; Gondelaud-Ros, 1989).

Como era de se esperar, a ginecologia se aproveita dos desenvolvimentos da obstetrícia. Têm destaque o progresso dos estudos da pelve, a propagação de métodos de exame como a apalpação abdominal e os progressos do fórceps, que em 1838 já podia ser encontrado em 144 variedades. A obstetrícia também ousava em novas práticas como a embriotomia (retirada do embrião que em casos difíceis poderia exigir a perfuração do crânio). Mas, sobretudo destacava-se a prática da cesariana, que nas últimas décadas do século vai se beneficiar da anti-sepsia, assepsia e anestesia, reduzindo em muito a alta taxa de mortalidade pela qual era responsável. A cesariana é aliada a outras técnicas, como a amputação uterovariana, a qual, praticada pela primeira vez em 1876, ficou conhecida como a operação de Porro, nome do seu inventor. Os obstetras também intervêm no parto por meio da provocação da sua antecipação e da sinfisiotomia ou pubiotomia, ambas preconizadas para facilitar a passagem da criança.

Além disso, a grande batalha vencida pelos médicos na segunda metade do século é a da febre puerperal. Esta infecção responsável pela alta mortalidade pós-parto começou a ser estudada com eficácia em Viena por Ignace-Philippe Semmelweis, que propôs gestos simples como a desinfecção das mãos do médico e o isolamento das pacientes contaminadas, tendo sido por isso seriamente condenado. Só com a ascensão de Pasteur o trabalho de Semmelweis foi retomado e a febre puerperal pôde ser combatida (Devraigne, 1939; Cianfrani, 1960).

Foi também nas últimas décadas do século XIX que se aprimorou o conhecimento do fenômeno da reprodução, incluindo um melhor entendimento do ciclo menstrual. O contraste com as teorias atuais é marcante. Somente em 1839 Augustin N. Gendrin tinha sugerido, mas ainda de maneira pouco precisa, que a menstruação seria controlada pela ovulação. A partir da década de 70 inicia-se uma série de estudos sobre as várias fases do ciclo menstrual, que no entanto só chegarão a resultados mais significativos no século XX. Em torno de 1900 ainda era comum admitir-se a incompetência científica diante dos mistérios do corpo feminino e em especial da menstruação (O'Dowd & Philipp, 1994). O processo de fecundação e a gravidez também eram alvo de mais atenção. O maior conhecimento da biologia da gestação, ao lado da valorização da natalidade que se propagava, fez com que se desenvolvessem os cuidados pré-natais. O nome de maior destaque neste assunto é sem dúvida o de Pinard, obstetra francês que passou a preconizar as consultas pré e pós-natais. A preocupação de Pinard com

um gerenciamento médico da natalidade e dos primeiros cuidados com a infância levou-o a se tornar o pai da puericultura (O'Dowd & Philipp, 1994; Devraigne, 1939).²¹

Todos esses desenvolvimentos estão relacionados de maneira íntima com o progresso do movimento hospitalar e com a criação de novas cadeiras de obstetrícia e ginecologia das faculdades de medicina. Frequentemente esses dois setores estão atrelados, pois o ensino prático é realizado nos próprios hospitais. A mulher passa a ter um lugar privilegiado no hospital, seja pelo estabelecimento de maternidades, seja pela criação de unidades de consulta ginecológica. Nos Estados Unidos, a médica Elizabeth Blackell funda em 1853 a New York Infirmary for Women and Children. Dois anos mais tarde, Sims inaugura o Woman's Hospital of the State of New York. Na França, a primeira cadeira de obstetrícia apareceu em 1806 e foi confiada a Baudelocque, um dos grandes responsáveis pela ascensão da idéia da maternidade como o lugar adequado para os nascimentos. No final do século, Paris contava com três estabelecimentos especializados: a Maternité de Port-Royal, a mais antiga e a maior, a clínica de partos aberta em 1881 e que empresta o nome de Tarnier em 1895 e a Maternité Baudelocque, que, fundada em 1889, mais tarde se tornaria o modelo de maternidade por excelência (Thébaud, 1986; Esnault, 1980).

A onda de criação de maternidades e unidades dedicadas às doenças femininas precisa ser entendida no contexto mais amplo de especialização da medicina. Em Londres, a proliferação de instituições especializadas dá uma idéia desse movimento. Entre 1800 e 1890, aparecem 88 hospitais especializados, dispensários e enfermarias; destes, 22 são fundados somente na década de 60. É um movimento que já começa no final do século XVIII, especialmente com a criação de dispensários e enfermarias caritativos dedicados a cuidar dos pacientes excluídos dos hospitais, como mulheres no momento do parto, lunáticos, pacientes sofrendo de doenças incuráveis, casos de febre e doenças venéreas. A grande novidade desses estabelecimentos é que eles já eram dirigidos por médicos e não mais por filantropos. No decorrer do século XIX essas instituições expandem sua área de atuação, chegando a incluir as doenças dos olhos, ouvidos, da pele e do sistema nervoso. Nos anos 40 desse século, os hospitais especializados passam a tratar também das doenças de mulheres. Esses estabelecimentos ocuparam um lugar central no desenvolvimento da ginecologia como uma prática especializada e dotada de uma visão própria da natureza feminina. Além disso, serviram como veículos para ascensão profissional de muitos indivíduos e foram importantes no processo de criação das sociedades ginecológicas (Moscucci, 1996).

Do ponto de vista dos pacientes, até a segunda metade do século passado, a grande maioria pertencia às classes baixas e desfavorecidas. Mas, com a introdução dos novos padrões de higiene e cuidado, além da anestesia – que modificava radicalmente a percepção sobre a cirurgia –, o tratamento hospitalar torna-se atrativo para as classes superiores. Concomitantemente, os grandes filantropos, responsáveis pelo financiamento das instituições, são seduzidos pelas idéias dos médicos de que os progressos da civilização levavam necessariamente à organização da medicina em especialidades. Entretanto, havia o grupo de médicos já bem estabelecido nos hospitais gerais e que via na medicina especializada uma perniciosa influência na prática da medicina e na profissão. Durante a década de 60 do século XIX, os protestos contra a funda-

ção de instituições especializadas atingem o ápice. Os argumentos giravam em torno da noção de que a divisão da medicina encorajaria os praticantes a ver as partes do corpo e as doenças de forma isolada da totalidade do organismo, destruindo uma unidade considerada importante. Apoiado nessas idéias, o grupo dos médicos que era contra os especialistas recorria a práticas como a recusa de lhes enviar pacientes ou o impedimento de sua entrada nas associações profissionais (Moscucci, 1996).

Nos hospitais gerais, as pacientes com problemas ginecológicos eram atendidas pelo médico ou cirurgião geral. Os ginecologistas frequentemente não tinham acesso aos leitos desses hospitais, e é por isso que se lançam na campanha da criação dos estabelecimentos especializados. Nesse empreendimento, teve um papel fundamental o argumento em torno da especificidade feminina. As doenças das mulheres eram difíceis e acompanhadas de muito sofrimento e sensibilidade nervosa, o que requeria atendentes especialmente treinados para lidar com os perigos deste excitação nervosa. O tratamento era delicado e não poderia ser ministrado com sucesso na balbúrdia de um hospital geral. Outro argumento dirigia-se à condenação do tratamento domiciliar ainda em voga e que, especialmente nas classes pobres, não dava resultados satisfatórios. Era preciso introduzir uma disciplina moral e corporal entre as mulheres de posição social inferior. É interessante que, nos primeiros anos, alguns hospitais para mulheres tratavam pacientes com doenças crônicas ou relacionadas ao trabalho, e não apenas casos propriamente ginecológicos. Segundo Moscucci (1996), esse fato revela como o gênero servia para categorizar os pacientes de um tal modo que até a exploração econômica ficava em segundo plano.

Em 1843 funda-se em Londres o primeiro Hospital for the Diseases of Women da Inglaterra. No seu início, as dificuldades de financiamento foram consideráveis. A principal causa referia-se às dúvidas quanto à moralidade da instituição. A noção de ‘doenças das mulheres’ sugeria para o público a associação com doenças venéreas e prostituição, o que fez com que em 1845 o termo ‘doenças’ fosse retirado do nome do Hospital. Na verdade, a oposição só arrefeceria na década seguinte, enfraquecida pela fundação de hospitais de mulheres em Boston, Nova York, Bristol e Manchester. Na Inglaterra, é de se notar também a influência do protestantismo nos hospitais que pretendiam atender, além das necessidades físicas, às necessidades espirituais das pacientes. Esses e outros fatores, como a rígida disciplina interna imposta às pacientes, determinaram que a partir da década de 80 não mais se questionasse a validade desse tipo de estabelecimento (Moscucci, 1996).

Paralelamente, ainda tomando o caso da Inglaterra, progredia o processo de definição das profissões de obstetra e ginecologista. Os parteiros qualificados, assim como os cirurgiões que se especializavam na prática de tratamento das doenças femininas, ganhavam cada vez mais o reconhecimento público. Durante a década de 40, um grande debate por meio dos jornais, fomentado pelos médicos, reforçava a representação de incompetência de homens e mulheres parteiros que não tinham formação. Em oposição a eles, configurava-se a categoria dos obstetras. Mas, as tradicionais corporações britânicas de médicos e cirurgiões não abriam espaços para a incorporação desses novos profissionais e tampouco para a regulamentação de suas atividades. A formação de grupos de pressão consegue que o College of Surgeons estabeleça uma licença para parteiros

em 1852, também adotada pelo Royal College of Physicians em 1861. A aceitação de obstetras como membros oficiais do College of Surgeons só aconteceu em 1881. As exigências dos novos especialistas, até então reconhecidos muito mais pela experiência prática, foram frutíferas também no plano do ensino médico, com o estabelecimento de novas cadeiras nas escolas de Londres e do interior (Moscucci, 1996).

O momento era de grandes disputas. Por um lado, havia o problema com os parteiros desqualificados, que representavam a maioria fora dos centros urbanos; por outro, crescia o embate entre obstetras e ginecologistas. Isso sem mencionar a entrada da mulher na medicina, que representava, pelo menos nesse primeiro momento, mais um concorrente no domínio das doenças femininas. Todo esse movimento é ilustrado pela criação das sociedades profissionais. Os primeiros a se organizarem foram os obstetras, que fundaram em 1826 a Obstetrical Society of London. Já em 1865 existia a Female Medical Society, originada na luta das próprias mulheres pelo direito ao ensino médico (Moscucci, 1996). Anos mais tarde, em 1884, seria fundada a British Gynaecological Society. A história do surgimento desta última é particularmente interessante. Nas últimas décadas do século XIX, os progressos da cirurgia estabeleciam um campo novo e lucrativo para os médicos. Especialmente as ovariectomias eram praticadas em grande número. Mas, esse tipo de operação era disputado tanto pelos obstetras quanto pelos cirurgiões do abdome. Os primeiros conheciam mais sobre a anatomia pélvica e crescimento dos tumores, motivos mais freqüentes dessa intervenção, enquanto os segundos eram mais familiarizados com o tratamento das feridas. Havia uma categoria de obstetras que trabalhavam em hospitais e se destacavam pelo tratamento cirúrgico das doenças das mulheres. Pouco a pouco, dedicavam-se cada vez mais à cirurgia ginecológica, constituindo a vanguarda de uma nova geração de especialistas. Os cirurgiões tradicionais assistiram a esse advento como a usurpação de parte do seu domínio. Tentaram reagir por meio do recurso à divisão legal que os *colleges* estabeleciam entre cirurgiões e médicos. Mas os novos ginecologistas cirurgiões alegavam que a união dos dois ramos da medicina por eles preconizada era mais salutar para as pacientes (Moscucci, 1996).

Sem dúvida, outro fator em jogo para os obstetras que se especializavam na cirurgia ginecológica era a maior lucratividade desta atividade, se comparada à da prática tradicional da obstetrícia. Considerando o tempo dedicado pelo médico – muitas vezes noites inteiras, fins de semana –, o atendimento de partos não era muito lucrativo. Intervenções como a ovariectomia eram mais proveitosas, além de representarem uma possível introdução no cobiçado campo da cirurgia abdominal. Na década de 80 do século XIX, os obstetras alocados nos hospitais de mulheres chegavam a operar em casos de tumores renais ou hepáticos. O decréscimo da popularidade da obstetrícia tradicional ocorre simultaneamente ao aumento de prestígio da ginecologia. Progressivamente, cresce a disputa entre os ginecologistas e os obstetras da velha escola. Enquanto estes últimos continuavam trabalhando mais de acordo com uma tradição não-intervencionista, os ginecologistas defendiam a perspectiva cirúrgica.

Esse problema estava por trás das disputas políticas em torno da eleição para a presidência da Obstetrical Society of London em 1884. A cisão entre os dois grupos deu origem à formação da British Gynaecological Society, que no final do seu primeiro ano

de atividades já contava com 280 membros, dos quais 70 haviam sido renegados por aquela entidade.²² Muitos tinham postos oficiais em maternidades e hospitais de mulheres. E além dos antigos obstetras, alguns cirurgiões com interesse na ginecologia também aderiram. Entre os fundadores encontra-se um grande número que havia passado períodos de estudo no exterior, principalmente em Paris. E não era raro o pertencimento a outras sociedades científicas. William Travers, integrante do conselho da sociedade, tinha sido um dos fundadores da Anthropological Society of London, em 1863. No final dos anos 80 já se definia a nova hierarquia que passaria a vigorar no campo. Os especialistas passavam a ser vistos como *experts*, com os quais os praticantes gerais deveriam aprender (Moscucci, 1996; O'Dwod & Philipp, 1994).

Vejamos agora como a obstetrícia e a ginecologia se desenvolvem no Brasil, em um contexto bastante distinto, marcado sobretudo pelas dificuldades mais gerais que afetavam a medicina de uma ex-colônia. São raros os estudos que traçam essa história. E é significativo que, nos poucos trabalhos existentes, a história seja contada pelos mesmos que a faziam.

UMA MEDICINA DA MULHER NO BRASIL

A medicina brasileira sofre do isolamento e do descaso da metrópole durante o período colonial. Os médicos eram raros, já que não havia escolas e não interessava aos portugueses vir praticar a medicina em terras tão distantes. É certo que Portugal chegou a emitir alguns decretos tentando regular o exercício dos diversos tipos de praticantes e a venda de remédios, bem como se preocupava com a fiscalização dos navios que atracavam nos portos. Mas não há uma preocupação sistemática com a saúde ou, melhor dizendo, com a doença. Com a doença, porque simplesmente não existia uma intenção preventiva, a ação era mais negativa do que positiva. A isso se aliava uma imagem dos poucos hospitais existentes como lugares de doença e morte. Esses hospitais, que eram instituições privadas, administrados por ordens religiosas, só contavam esporadicamente com a presença dos médicos (Machado et al., 1978).

Esse quadro vai mudar a partir da vinda da família real portuguesa, que, entre outras transformações, inaugura um novo cuidado do Estado em relação à população, uma pretensão de organizar os habitantes do território. Paralelamente, desenvolve-se a noção da medicina voltada para a sociedade, para a saúde e para a prevenção. D. João VI cria, por exemplo, a Provedoria de Saúde, a Escola de Anatomia e Cirurgia da Bahia e manda instituir no Hospital Real Militar uma Escola de Anatomia, Cirurgia e Medicina. As escolas foram transformadas nas Academias Médico-Cirúrgicas. No Rio de Janeiro isso ocorreu em 1813 e na Bahia, em 1815. Progridem as idéias de uma polícia sanitária da cidade, da necessidade da urbanização, do controle da água, dos cemitérios, do porto, da alimentação. Em 1809 é criado o cargo de provedor-mor da saúde, a ser ocupado por um médico que deveria cuidar das novas medidas de higiene pública, missão que a partir de 1828 seria atribuída às câmaras municipais. É nesse contexto que se desenvolve a idéia da necessidade do aprimoramento do ensino médico por meio da criação de

instituições adequadas, notadamente de faculdades de medicina. A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro foi uma das grandes promotoras dessa idéia (Machado et al., 1978; Araujo, 1982; Schwarcz, 1993).

Essa sociedade foi criada em 1829 por um grupo de médicos influenciados pelas experiências francesas. Não somente dois de seus fundadores, Faivre e Sigaud, eram franceses, como os outros membros, como o doutor Meireles, haviam se doutorado em Paris.²³ Era também no projeto de medicina social elaborado que se notava a inspiração nas sociedades de medicina da França. Nesse projeto, pretendia-se, por meio da defesa da saúde pública e da ciência médica, a organização de uma sociedade ordenada e disciplinada. A Sociedade se utilizaria de jornais e revistas para publicar suas idéias, entre as quais a da normatização do ensino médico.²⁴ Entre 1830 e 1831, seus membros elaboraram o projeto das faculdades de medicina com base nos estatutos da Faculdade de Paris. Em 1832, eram instituídas oficialmente as Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia (Machado et al., 1978; Araujo, 1982).

No ano de 1835, a relação entre o Estado e a Sociedade de Medicina se consolida e esta é transformada em Academia Imperial de Medicina. As proposições dos médicos em prol de ordem para a sociedade brasileira vinham bem a calhar em um momento no qual se propagavam epidemias e despontavam revoltas, como a Cabanagem e o início da Guerra dos Farrapos. Além da intensificação da relação com o Estado, esse período será marcado também pelo aumento do controle interno dos médicos, que seriam punidos se faltassem às sessões da academia, não cumprissem as funções para as quais tinham sido encarregados, não pagassem as mensalidades ou, ainda, apresentassem uma conduta depravada, publicassem anúncios nos jornais ou fossem envolvidos na prática do aborto ilegal.

Mas, nessa época os médicos também começam um esforço significativo visando ao controle da higiene pública. Uma de suas batalhas foi contra as câmaras municipais, que eram as encarregadas do controle sanitário mas percebidas pelos médicos como incompetentes. Ao mesmo tempo, por meio da oferta de assessoria às câmaras, como a emissão de pareceres sobre febres, epidemias, casas de saúde, a Academia de Medicina divulga os seus propósitos e instiga à criação de uma demanda pelo conhecimento especializado. Além disso, vários médicos penetravam nessas instituições valendo-se dos cargos – como o de vereador, por exemplo – que ocupavam (Machado et al., 1978; Araujo, 1982).

Com a divulgação de seus propósitos e a participação no combate a ameaças como as epidemias, a medicina vai reafirmando perante o Estado e a sociedade a sua importância, o que irá contribuir para que a intervenção do poder público sobre a população ocorra de uma maneira decisiva. A Academia de Medicina, por exemplo, fomentou a idéia da necessidade de um conhecimento mais objetivo da população, por meio do recolhimento de dados que possibilitassem a elaboração de análises e prognósticos mais positivos. E também uma melhora na comunicação e na administração públicas que facilitasse a aplicação das medidas sanitárias. Ao mesmo tempo, a classe médica aumentava sua presença direta na política e também passava a expandir sua influência em várias instituições importantes, como o Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro (Machado et al., 1978).

Durante toda a primeira metade do século XIX, a Academia de Medicina defenderá o seu projeto de uma sociedade medicalizada no qual o direito, a educação, a política e a moral seriam condicionados à verdade primeira definida pela medicina. Isso se expressa, por exemplo, na defesa da medicina legal. Desde a década de 30 a academia se empenha em criticar a legislação e a administração da Justiça como incompetentes. Em contraposição, pretende que a justiça seja baseada na verdade e imparcialidade científicas, a única garantia inquestionável para a liberdade e segurança do indivíduo. A medicina legal deveria ser chamada não só para estabelecer a verdade sobre um crime mas também para orientar e regular a época do casamento e da maioridade, a legitimidade dos filhos, o direito de paternidade etc. Quanto à política, os médicos associam medicina e patriotismo, tentando mostrar a importância para a nação de contar com cidadãos saudáveis. Ao mesmo tempo, defendem a sua entrada nas instituições públicas, como as câmaras municipais. O privilégio da educação, nem sempre apoiado pelas famílias, também é pregado pelos médicos, que a percebem como meio fundamental para se avançar em direção ao progresso e à civilização. A moral interessa aos médicos na medida em que ela faz parte, juntamente com o físico, do estabelecimento do equilíbrio ou das doenças do indivíduo. É com base nesse equilíbrio que todos os excessos, as paixões, os vícios precisam ser disciplinados. E como a medicina é a detentora do conhecimento sobre o homem e seu organismo, incluindo as influências que ele sofre em função do estado social em que vive, ela deve ocupar o posto de frente na batalha em prol de uma sociedade organizada, livre das desordens provocadas pelos desregramentos individuais. A idéia da temperança, continência, moderação nos costumes, está por trás da noção de uma república dos médicos (Machado et al., 1978).

Como forma de evidenciar a importância e a correção do seu papel na sociedade, os médicos se esmeram em denunciar os charlatães, representantes da desordem e da incompetência a serem combatidas. Eles iam contra a ciência, com a propagação de métodos irracionais, e da saúde pública, na medida em que atrapalhavam a ação do médico. É justamente em nome da saúde pública que os médicos vão exigir do Estado o combate ao charlatanismo, assegurando a sua posição de detentores oficiais e legítimos do saber sobre o corpo e a saúde. Os anos de estudo e o diploma garantiam sua competência, em contraste com o empirismo, a irracionalidade e o interesse pessoal dos diversos praticantes, entre eles as parteiras, que se multiplicavam por todo o Brasil. Um contraste importante é que, enquanto os médicos mantinham a discrição e condenavam a publicidade mas divulgavam os seus métodos entre os próprios pares, os charlatães operavam por meio da propaganda, de anúncios nos jornais, ao mesmo tempo que mantinham em segredo os medicamentos e as técnicas de cura que utilizavam. Opondo-se a esse caráter egoísta e mercantilista, a Academia de Medicina cria uma comissão de consultas gratuitas. Mas não só os charlatães desqualificados eram alvo de reprimendas. Os médicos, cirurgiões e farmacêuticos que anunciassem em lugares públicos ou na imprensa a cura e a venda de remédios secretos seriam rejeitados pela academia (Machado et al., 1978; Araujo, 1982).

A necessidade de controlar a prática da medicina, agravada especialmente pela propagação da homeopatia, gera, a partir de 1846, a discussão sobre um projeto de lei de saúde pública na Academia de Medicina. Mas, por uma série de problemas, entre eles a

própria divisão interna entre os médicos, só mais tarde tal discussão apresentará resultados. É em 1851 que o governo, também interessado em uma nova regulação, cria a Junta de Higiene Pública. A parceria entre a medicina e o Estado perduraria durante todo o século XIX e é indicativa de como o projeto de uma medicina social terá consequências efetivas. A medicina também se propõe assessora do Estado, na medida em que a neutralidade da ciência garantiria a sua atuação acima dos interesses políticos individuais (Machado et al., 1978).

Pouco a pouco nasce uma nova medicina, em termos tanto das formas de conhecimento quanto do seu modo de intervenção. Ela se torna social e preventiva. O médico deve atuar vigiando as causas das doenças e protegendo os indivíduos contra o que possa interferir no seu bem-estar físico e moral. Para tanto, a medicina, que é também uma ciência da observação, deve conhecer o meio em que o indivíduo vive e buscar informações auxiliares nas outras ciências, como a geografia, a história, a economia. A estatística adquire uma importância capital, na medida em que se define como o estudo da sociedade, do solo, do clima e das populações. Está implícita nessa concepção de medicina uma relação entre o natural, o ambiente no qual o homem vive, e o social, como ele reage à influência do meio. O clima e a raça são fatores de destaque. A morbidade e a mortalidade, noções básicas da nova ciência, são estudadas com base nas diferenças de classe, raça, regiões, campo e cidade etc. A medicina representa um conhecimento polivalente sobre o homem que se inscreve num projeto de evolução em direção à civilização. A saúde e a ordem preconizada pelos médicos são vistas como condições imprescindíveis para a geração de uma população de cidadãos, entendidos como indivíduos que cumprem seus deveres e se guiam pelo conhecimento e pela razão, e não pelos instintos. É nesse sentido que a medicina se torna também política (Machado et al., 1978).

Como expressão clara desse processo, pode-se citar a noção de polícia médica, recorrente nos textos médicos do século XIX, orientada pela defesa – por meio de um controle regular exercido pelos médicos – do bem-estar físico e moral, contra os perigos que a vida em sociedade pode apresentar. Esse projeto de intervenção tem como base a elaboração, por parte dos médicos, de uma teoria social centrada sobretudo na análise do meio urbano, local de grande concentração de indivíduos, de contato desregulado, de condições de vida insalubres. A prevenção médica é garantia não somente de saúde, mas de segurança pública das cidades. Analisam-se as causas naturais da desordem, como a situação geográfica, a presença de pântanos e montanhas, a circulação do ar e da água, e também as intervenções humanas, como a presença de fábricas e hospitais insalubres, que contribuem para fazer da cidade um ambiente nocivo (Machado et al., 1978).

O projeto de intervenção médica só foi se consolidando à medida que as condições de ensino e de uma produção médica mais regular foram se tornando possíveis. A década de 70 marca uma passagem importante. Até então, a medicina brasileira ressentia-se da falta de condições que possibilitassem um desenvolvimento mais acelerado. E a desorganização das faculdades de medicina muito contribuía para isso. A insuficiente preparação dos professores, a escassez de material didático e a falta de assiduidade compunham o panorama geral. Mas, a partir dos anos 70, o perfil e a produção científica das escolas começam a mudar, com a criação de novas publicações, cursos e grupos de

discussão. O contexto – ameaça das epidemias, Guerra do Paraguai e crescimento dos problemas decorrentes da vida urbana – contribuiu para o aumento de importância da medicina (Schwarcz, 1993).

Uma década depois, já teríamos o chamado período áureo da medicina nacional. Um dos fatores que teria contribuído para esse sucesso seria a reforma do ensino médico empreendida pelo Visconde de Sabóia. Na verdade, a reforma da instrução pública havia sido decretada pelo ministro Carlos Leonicio de Carvalho em 1879, mas as propostas para a medicina eram tidas como demasiado progressistas e inexecutáveis. Será o Visconde de Sabóia, então diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, quem vai introduzir modificações e colocar a reforma em prática. Entre 1881 e 1889 assiste-se a uma remodelação do ensino, dos costumes e das instalações da faculdade carioca, em uma época em que também progredem o conhecimento e o prestígio médicos (Araujo, 1982).

Havia uma grande pressão para que o ensino e prática médicas se renovassem. Como resultados desse movimento, além da reforma do ensino, ocorreram as reformulações da legislação sanitária de 1882 e 1884, a criação da Policlínica do Rio de Janeiro, em 1882, do Instituto Pasteur do Rio de Janeiro, em 1888 e os primeiros congressos médicos nacionais, em 1888 e 1889. Além disso, entrava em cena uma crítica à chamada medicina oficial, expressa principalmente na relação entre a Academia Nacional de Medicina e o Estado. Começa a se formar uma rede institucional alternativa. A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, criada em 1886, seria um dos elementos mais importantes nessa rede. Essa sociedade pretendia criar um espaço para o debate médico livre das pressões que sofria a academia devido à sua ligação com a Monarquia, além de ser muito mais flexível ao ingresso de novos membros. Mas em pelo menos um ponto se aproximava da Academia Imperial de Medicina: a utilização do pertencimento à entidade como um meio para se ocupar uma posição na elite médica. A filiação a uma das duas instituições abria as portas para se chegar ao estrato superior da hierarquia social da medicina (Ferreira et al., 1998).²⁵ É também nesse período que a imprensa médica passa por um processo de proliferação sem precedentes, com destaque para o aparecimento, em 1887, do *Brazil Medico*, ligado à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e da *Gazeta Medica da Bahia*, criada em 1866. Esses dados nos dão indícios dos processos de mudança pelos quais passava a medicina brasileira durante o século XIX.

A OBSTETRÍCIA E A GINECOLOGIA

A história da ginecologia e da obstetrícia no Brasil, assim como da medicina em geral, é marcada pelas dificuldades relativas à formação e à prática durante a época colonial e por um processo de crescente institucionalização a partir do começo do século XIX. Muitas vezes, a formação dos primeiros médicos e a confecção dos primeiros tratados portugueses direcionados à prática da arte obstétrica são apresentados como os marcos iniciais dos rudimentos de uma especialidade que, com grandes dificuldades, chegava ao Brasil colonial. Como para o restante da Europa, a medicina praticada na metrópole ressentia-se da divisão entre a prática médico-cirúrgica, realizada por

indivíduos ‘pouco instruídos’, e a medicina propriamente dita, caracterizada pela ausência de conhecimentos anatómicos.²⁶

Ainda durante o século XVI vigorava em Portugal a noção de que a cirurgia era tarefa de homens rudes e ignorantes. Esse é um dos motivos pelos quais a obstetrícia, que pertencia àquele ramo da medicina, era prioritariamente deixada a cargo das mulheres. Somente nos casos mais graves é que se recorria a um cirurgião ou médico. Raros são os volumes que expressam a dedicação dos estudiosos lusitanos a este tema. A primeira contribuição reconhecida é o livro *De Formatione Hominis Tractatus*, escrito por Pedro Julio em 1523. Em 1551 temos o tratado *Centuriae Medicinalis*, de João Rodrigues, que estuda como o apetite alterado das grávidas pode provocar defeitos físicos nos filhos, além de relacionar um caso de gravidez de uma mulher solteira fecundada na prática do tribadismo com outra mulher casada. Já a obra de João Fragoso, *A Cirurgia Universal*, editada em 1608, incorporava os preceitos do famoso parteiro francês Paré.

Pouco a pouco os tratados começavam a incluir as questões obstétricas e outras referentes à saúde da mulher. No século XVIII surgem os manuais que se dignam a tratar especificamente desses assuntos. Os estatutos universitários de Coimbra mencionam em 1772 o ensino da arte obstétrica como um ramo da cirurgia manual. Contudo, ainda se considerava indecente que os homens atendessem as parturientes. Já na passagem para o século XIX começam a amiudar os estudos obstétricos, e os médicos portugueses servem-se com frequência dos mestres estrangeiros como Mauriceau, Dionis, De La Motte, Smellie e Manningham. É a partir dessa época que se notam maiores preocupações em modificar e melhorar as condições do ensino e da prática da medicina, o que se refletiu também no Brasil (Magalhães, 1922).

Até então, as longas distâncias entre os povoados, a escassez de bens de toda ordem e outras dificuldades desestimulavam os médicos formados na Europa. A carência de médicos era de tal ordem que em 1799 o Vice-Rei Conde de Rezende escreve ao Senado solicitando que se enviem estudantes à Coimbra ou Lisboa a fim de retornarem instruídos em medicina e cirurgia. O que se encontrava com mais facilidade por estas terras eram os chamados cirurgiões aprovados. Ganhavam este título aqueles que se submetiam a um exame, diante do delegado do cirurgião-mor, que constava de algumas perguntas teóricas (que incluíam obstetrícia) e de informações sobre o exame prático. A brevidade da formação desses praticantes também caracterizava as parteiras. É certo que elas deveriam se submeter a um exame para obtenção da carta que regularizava a profissão. Mas, na prática, o fato de a grande maioria não saber ler nem escrever, o que impedia a realização da prova, levava à expedição das cartas mediante apenas o pagamento dos emolumentos (Magalhães, 1922).

As parteiras ou comadres destituídas de conhecimento formal faziam uso de um complexo conjunto de estratégias e produtos de tratamento. Aos remédios da flora brasileira ou mesmo de maravilhosos elixires importados se juntava um sem-número de rezas, simpatias e prescrições. Os médicos só eram chamados nos casos mais graves, de doenças mais sérias ou de partos complicados que colocassem em risco a vida da mãe ou da criança. Alguns depoimentos coletados por Magalhães (1922) atestam a raridade com que se solicitava a presença de um médico no momento do parto, muitas

vezes em virtude do ‘excesso de pudor’ em relação ao profissional homem. Além disso, as enfermidades femininas não eram dignas de sua atenção. De um modo geral, a medicina até então não intervinha no aparelho genito-urinário.²⁷ O tratamento, quando feito por médicos, era apenas de caráter clínico e paliativo. Isso devido, em grande medida, ao parco conhecimento sobre as próprias doenças, especialmente as que se manifestavam mais amiúde nos corpos femininos (Santos Filho, 1991; Magalhães, 1922).

Já no século XIX, mais precisamente em 1809, a chamada arte obstétrica passa a ser lecionada na Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro e a cadeira de Partos, que constava do currículo das Academias Médicas Cirúrgicas do Rio de Janeiro e Bahia, é integrada definitivamente quando estas se transformam nas prestigiadas Faculdades de Medicina, criadas em 1832. A partir de então, inúmeras afecções ginecológicas são descobertas e diagnosticadas pelos médicos brasileiros, que passam a olhar os males que acometiam as mulheres com um certo cuidado. O ‘quisto’, por exemplo, tumor de caráter benigno que aparece no ovário, torna-se alvo de uma série de estudos e teses nas faculdades de medicina. Seu tratamento paliativo empregava purgativos, sudoríferos, antiinflamatórios, preparados contendo ouro, iodo e chumbo, enquanto a cura consistia na perigosa ovariectomia, motivo de grandes discussões. Outro fator de grande preocupação dos cirurgiões da época, em função da dificuldade de tratamento, eram as fistulas vesico-vaginais, resultantes de manobras intempestivas e de partos malfeitos. Mas, durante a maior parte do século, foram as manifestações relativas à concepção que preocuparam os médicos (Santos Filho, 1991).

A cadeira de Partos era a única relativa especificamente ao corpo feminino que já fazia parte do currículo das faculdades desde sua criação. No início do século, essa parecia ser uma matéria ainda pouco digna de maiores atenções. Além disso, investia-se muito mais, e aí os médicos exerciam sua autoridade, na regulamentação das práticas das parteiras mulheres. Já em 1832 estava criado um curso de partos para essas senhoras, para que aprendessem de acordo com os preceitos da ciência a correta maneira de atender as mulheres no momento do parto e os primeiros cuidados com a criança. Passou-se a propagar a idéia das parteiras com certificado concedido pelos médicos. Estas tornam-se as mais legítimas e requisitadas pelas famílias mais poderosas e civilizadas. É nessa época que também desembarcam no Rio de Janeiro parteiras francesas formadas em seu país, trazendo novas técnicas e prescrições. Muitas ganham fama e prestígio, gozando de um *status* pouco comum às mulheres de sua época (Santos Filho, 1991). Maria Mott (1992, 1994) salienta esta especificidade das parteiras, chamando a atenção para o fato de combinarem a esse prestígio uma certa repulsa, uma certa marginalidade que teria a ver com o desprezo mais geral sobre as manifestações do corpo feminino. De qualquer forma, algumas, como Madame Durocher, tornaram-se célebres por partos famosos ou pela quantidade de crianças que trouxeram ao mundo.

Também para Jorge de Rezende (1922) o exercício da obstetrícia no Brasil só começa a se modificar com a chegada de parteiras estrangeiras e com a instauração do curso de partos na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. A partir da década de 40, tanto o *Jornal do Commercio* quanto o *Almanak Laemmert* oferecem vários exemplos da chegada de parteiras vindas de fora, especialmente da França, e que passam a anunciar seus préstimos à sociedade carioca. Na mesma seção de anúncios dessas

publicações apareciam as primeiras casas de saúde ou maternidades privadas. Gradativamente, o cuidado das mulheres se firmava como um domínio específico e mais valorizado. Alguns médicos passavam a incluir entre as suas especialidades o tratamento das doenças de senhoras e a assistência aos partos. É digno de nota que entre estas especialidades poderiam estar agrupadas coisas tão díspares como o cuidado dos olhos e das vias urinárias, as moléstias do útero, o estreitamento da uretra, problemas de garganta etc.

É importante ressaltar que vinham da França não apenas parteiras. À sombra de um movimento mais geral para a medicina brasileira, a obstetrícia e a ginecologia também passam a ter as suas principais bases de influência na França, ao contrário dos primeiros séculos da Colônia, quando as referências eram basicamente ibéricas. A relação com a França também era visível na literatura, nos costumes, no comércio da época. Os estudantes das faculdades de medicina familiarizavam-se com o idioma francês, estudando tratados originados naquele país. Depois de formados, seguiam a mesma orientação, por meio do recurso a manuais e revistas especializadas bem como da ida a Paris para a realização de estágios e aprendizado. De acordo com Lycurgo Santos Filho (1991:175), “guardadas as devidas proporções, a Medicina brasileira foi, então, uma cópia, uma réplica da praticada em França”. Além disso, chegavam também ao Brasil as teorias e o conhecimento desenvolvidos em outros países da Europa, especialmente Inglaterra e Alemanha. A precariedade das condições para a realização de estudos originais fazia com que se importassem a teoria, a orientação, os métodos clínicos, a técnica cirúrgica e a terapêutica. Nas primeiras décadas do século, teorias como o animismo, o vitalismo, a irritabilidade e a incitabilidade, vigentes na Europa, contavam com muitos adeptos no Brasil.

Alguns importantes médicos brasileiros vêm formados de Paris e de lá trazem novas técnicas e novos conhecimentos. Mesmo manuais como o *Leçons sur les Maladies des Femmes*, escrito pelo inglês Charles West em 1856, e que se torna aqui a principal fonte de ensino da ginecologia, são usados na versão francesa. Vêm da França também os médicos especialistas requisitados em casos famosos. Certamente, o mais citado é o que envolveu a Princesa Isabel. Um médico famoso na época por ser um grande obstetra, Luís da Cunha Feijó, Barão e Visconde de Santa Isabel, foi o parteiro da herdeira do trono, quando do nascimento do primeiro filho. A gravidez tinha sido muito esperada e só ocorreria depois de tratamentos com banhos de mar e uma longa permanência em Caxambu. Diante de um parto complicado, Feijó, para salvar a mãe, sacrificou a criança praticando uma craniotomia. Tal opção provocou grande celeuma entre os médicos da época, estampada nos jornais do Rio de Janeiro. Um dos resultados do fato foi que, quando em 1875 a princesa estava novamente grávida, seu marido, o Conde d’Eu, fez vir de Paris o obstetra Jean Anne Henri Depaul, que assistiu ao nascimento de D. Pedro.

Segundo Santos Filho, o médico retornou a Paris satisfeito com os ‘honorários elevadíssimos’ e uma fortuna recebida em troca de numerosas consultas em Petrópolis. Mas, de volta à França, uma entrevista descortês e injuriosa contra os brasileiros provocou a revolta de muitos cidadãos locais. A polêmica se agravou quando a princesa, novamente grávida, requisitou o médico em 1878. Sua presença foi motivo de numerosos ataques a ele e ao casal imperial na imprensa carioca. A gravidade do caso fez com

que em 1881, quando esperava outro filho, a princesa optasse por ir para Paris, onde nasceu D. Antônio, mais uma vez sob os cuidados de Depaul (Magalhães, 1922; Santos Filho, 1991; Rezende, 1983).

Nessa época, os médicos brasileiros já ostentavam o conhecimento de técnicas consideradas sofisticadas para cuidar dos partos. E diante de declarações como a do Real Colégio dos Médicos de Londres, de que não era digno de um médico assistir a parturientes, os médicos locais se colocavam à disposição para resolver com sua autoridade os casos mais difíceis, que exigissem seu conhecimento e maestria. Nestes casos, praticava-se a manobra de Mauriceau (técnica usada quando o feto apresentava-se em posição complicada, desconhecida das parteiras), o fórceps (instrumento ausente na medicina do período colonial) e a operação cesariana. Cada uma dessas técnicas era sempre alvo de discussões e polêmicas entre os especialistas, já preocupados com o bom gerenciamento das funções reprodutivas femininas e suas conseqüências. O caso da anestesia com clorofórmio durante o parto também foi alvo de debates, especialmente porque se temia a loucura puerperal ou perturbações na saúde da criança (Santos Filho, 1991).

A prática das parteiras também é cada vez mais visada. Exige-se das parteiras francesas que chegam ao Brasil, como também das brasileiras, um exame aplicado por médicos delegados para que o diploma de parteira seja registrado nas câmaras municipais. Apesar disso, o recurso a ‘comadres’ ou ‘curiosas’ – segundo os médicos, pessoas sem nenhuma habilitação – continuou comum. A isso era atribuída a freqüente infecção puerperal, dada a falta de higiene e assepsia. Além disso, os médicos combatiam-nas também pelo fato de conhecerem e executarem técnicas de aborto, segundo eles, em qualquer solicitação (Santos Filho, 1991). O seguinte comentário, do médico Alfredo Nascimento (1929:16), sobre a atividade das parteiras durante a Colônia ilustra tal perspectiva:

Mais precário [que o ofício de boticários, barbeiros e sangradores] era ainda o mister de parteira, exercido por mulheres inteiramente incultas, brancas, caboclas e negras, apelidadas Comadres, que, além de partejarem, curavam das doenças ginecológicas e de outras médicas e cirúrgicas, elevando-se ao papel de curandeiras, usando de bruxedos, rezas, benzeduras e outras superstições. As casas que habitavam tinham à porta, como conhecido emblema indicador, uma cruz branca; levando debaixo das manilhas cartas de alcoviteiras, feitiços e pussangas, lá conduziam também, a abandonar nas ruas e recantos, os produtos das práticas ilícitas e criminosas a que essa profissão se presta e a que sem escrúpulo se entregava.²⁸

Cada vez mais, os médicos vão tomando a frente no gerenciamento da saúde feminina e da reprodução. Vão se especializando e investindo na normalização das práticas relativas ao corpo feminino. A influência das parteiras é crescentemente defasada. Quando surgem as primeiras maternidades no Rio de Janeiro, as parteiras diplomadas são convocadas ao trabalho, mas sob o controle absoluto dos médicos (Santos Filho, 1991). A autoridade de ginecologistas e obstetras sobre o comportamento das mulheres no final do século XIX ultrapassa em muito o domínio dos consultórios. E principalmente ultrapassa o domínio do físico, do orgânico ou mesmo do psíquico,

para se instalar no domínio do moral. A crescente especialização médica sobre o corpo feminino aliada ao clima intervencionista mais geral que caracteriza a medicina do século passado são fatores implicados nesse processo.

O ENSINO MÉDICO, A ASSISTÊNCIA E A INSTITUCIONALIZAÇÃO

No que se refere ao ensino da obstetrícia no Brasil, seus marcos são os mesmos da medicina em geral. É com a chegada do Príncipe Regente D. João VI que se assiste à criação das escolas de anatomia e cirurgia médicas na Bahia e no Rio de Janeiro, nas quais se ensinava também a arte obstétrica. O responsável pela inauguração dessas escolas foi José Corrêa Picanço, médico que acompanhara D. João VI na viagem ao Brasil. Entre várias atribuições, Picanço era também o parteiro da Imperatriz D. Leopoldina. Outro nome importante para os primórdios da obstetrícia no Brasil foi o de Joaquim da Rocha Mazarém, em 1809 designado como lente de anatomia, que incluía o ensino sobre partos no curso médico do Rio de Janeiro (Magalhães, 1922). Segundo Rezende (1983), Mazarém é considerado o patriarca de nossos professores de obstetrícia, além de ter clinicado com sucesso no Rio de Janeiro e ter escrito significativos tratados sobre o assunto.

Já em 1813, quando um decreto manda ensinar a arte obstétrica no quarto ano do curso, o nomeado é Manoel Alves da Costa Barreto, que, nascido na Bahia, havia se especializado na Europa, com Baudelocque e Denman. Chegando até 1832, ano de criação das Faculdades de Medicina, vemos novas nomeações para a cadeira de Partos, Moléstias de Mulheres Pejadas e Meninos Recém-Nascidos. Na Bahia, quem assume o cargo é Francisco Marcelino Gesteira, e no Rio de Janeiro, Francisco Julio Xavier. Este último, filho de um médico famoso, havia se doutorado em Paris em 1831 e chegara ao posto por meio de um concurso bastante disputado com outros dois candidatos. Xavier teria se destacado também pela sua atuação como parteiro e pelos discípulos que deixou, como Luiz da Cunha Feijó e Mme Durocher. Com o falecimento de Xavier em 1851, é nomeado Domingos Marinho de Azevedo Americano, que fica no cargo por apenas seis meses. Seu nome é lembrado como o primeiro a ter aplicado a anestesia com éter no Brasil (Rezende, 1983).

O sucessor é Luiz da Cunha Feijó, o Visconde de Santa Isabel, que permaneceria no cargo até 1872, tendo sido também médico da Casa Imperial e diretor da Faculdade de Medicina. Oficialmente, é considerado o primeiro praticante da cesariana no país, nos idos de 1855. Como parteiro da Princesa Isabel, foi o alvo da grande polêmica que culminou com a vinda do obstetra francês Jean Anne Henri Depaul (Rezende, 1983). Em 1873, a cadeira de Partos é novamente disputada em concurso, e quem fica com a vaga é o filho do ocupante anterior. Luiz da Cunha Feijó Filho também se destacou como diretor da Faculdade de Medicina entre 1901 e 1910, chefe da maternidade da Santa Casa de Misericórdia, membro honorário da Academia Imperial de Medicina e cavaleiro da Ordem da Rosa (Rezende, 1983). Fernando Magalhães (1922) fala de Feijó Filho com a autoridade de quem o acompanhou como assistente, destacando não as suas qualidades de professor, mas as de clínico e cirurgião, sempre exato no diagnóstico e seguro na prática.

Com as reformas pelas quais passou a Faculdade de Medicina nos anos de 1879, 1881 e 1882, criou-se a cadeira de Clínica Obstétrica e Ginecológica. Mais uma vez é realizado concurso para ocupação da vaga. O vencedor é Erico Marinho da Gama Coelho, nomeado professor em 1883. O ensino desse curso passa então a ser realizado na antiga secretaria da Santa Casa. A cátedra de Clínica Obstétrica e Ginecológica continua até 1911, quando é desdobrada nas duas especialidades. Erico Coelho passa então a ocupar a cadeira de Clínica Obstétrica, em que fica até 1922, ano de seu falecimento. A cadeira de Clínica Ginecológica foi assumida por Augusto Brandão.²⁹ Segundo Fernando Magalhães, ele próprio professor substituto de Coelho e envolvido em uma grande polêmica contra o titular devido às suas ausências no curso, o distinto professor logo passou a se interessar mais pela política do que pelo ensino médico. Erico Coelho foi deputado e senador em várias legislaturas, o que o teria afastado dos progressos da especialidade que lecionava. Além disso, dedicava-se também a outros assuntos, como o ataque às idéias positivistas contra o divórcio.³⁰ Magalhães menciona ainda que durante as freqüentes ausências de Coelho, no ano de 1899, travou-se um caloroso debate entre o Dr. Augusto de Souza Brandão, lente substituto, e o assistente da cadeira de Clínica Obstétrica e Ginecológica, o Dr. Henrique Batista. De tudo isso Erico Coelho mantinha-se distante (Magalhães, 1922). E para irritação de Magalhães, já na década de 20, quando se havia retirado da política, voltou a freqüentar a sua cátedra na faculdade:

Ao cabo de um curso em branco, sem ensinamento algum, os estudantes vão a exame perante uma banca constituída por Erico Coelho, Nascimento Gurgel e por mim. Raramente, o professor catedrático [Erico Coelho] examina; quando o faz, é para indagar a semelhança entre o cordão umbilical e o cordão carnavalesco ou para explicar que diâmetros são as medidas extremas do círculo ou coisa que se pareça com círculo. Dou, como testemunha do que afirmo, o professor Nascimento Gurgel e os presentes aos atos de exame. Também, se o quiserem, os estudantes de 1921 atestarão que, um dia, chegado à clínica, como de costume, sem substituir ou proteger a roupa da rua, o professor examinou uma mulher em trabalho, sem lavar a mão, a pretexto de que em casa a tinha lavado e perfumado. (Magalhães, 1922:104. Grifos do autor.)

Ao resumir a trajetória do ensino obstétrico e ginecológico no Brasil, Magalhães aponta como principal problema o fato de os catedráticos se apossarem das cátedras como suas propriedades. A vitaliciedade garantia que o professor permaneceria no posto mesmo que se ausentasse das aulas ou se dedicasse a outros assuntos e funções, como foi o caso de Erico Coelho. Nosso autor pretendia que esse princípio da vaidade catedrática fosse substituído pelo do trabalho pertinaz e convergente em colaboração com os alunos. Com esse espírito é que Magalhães teria assumido a cadeira de obstetrícia em 1922. Jorge de Rezende (1983) não poupa elogios ao descrever o 'criador da Escola Obstétrica Brasileira'. Por este autor sabemos que Magalhães foi catedrático até 1944, além de diretor da faculdade, titular da Academia Nacional de Medicina, membro da Academia Brasileira de Letras e doutor *honoris causa* pelas universidades de Coimbra e Lisboa, entre outros feitos.³¹

Quanto à história da assistência à maternidade, Fernando Magalhães localiza na metade do século XIX as primeiras tentativas internacionais de proteção à mãe e à criança. No caso do Brasil, cita um projeto de lei de autoria de José Bonifácio que amenizava o trabalho das escravas nos períodos próximos ao parto. Magalhães (1922:214) gaba-se de ser este “um programa integral de puericultura, ditado pelo Brasil, antes que qualquer país do mundo dele cogitasse”. Na prática da obstetrícia, a primeira menção a um socorro específico aparece em 1830, quando a Santa Casa de Misericórdia contrata a parteira francesa Stéphanie Marie Warmont e na Casa dos Expostos instala-se um quarto especial para a realização de partos. É somente em 1847 que José Clemente teve aprovada a sua idéia de criar uma enfermaria especial para partos ainda na Santa Casa, entregue ao ilustre parteiro Rodrigo Cid Soares de Bivar, o primeiro a utilizar a cloroformização na obstetrícia no Brasil, em 1848. Esta enfermaria passou mais tarde a ser conhecida como Maternidade da Santa Casa. Nela, Magalhães foi interno e assistente de clínica entre 1896 e 1900. E relata que, durante esse período, foram realizados 1.426 partos, dos quais deixou de assistir apenas a 352. O autor descreve a maternidade:

Em duas salas contíguas acolhiam-se grávidas e puérperas; o princípio da separação não era muito respeitado, pois a lotação preenchida de uma sala forçava o recebimento de uma gestante entre as puérperas ou o contrário. Não se cuidava rigorosamente de isolamento, porque em um pequeno quarto, mais destinado às doentes graves e servindo também para algumas intervenções, não tinha espaço para mais de duas camas. A sala maior era iluminada por uma larga clarabóia, sob a qual, para as operações abdominais, armava-se a mesa adequada. Faziam-se aí laparotomias ginecológicas, improvisando-se a sala operatória entre as camas, temporariamente abandonadas pelas ocupantes habituais. Neste cenário assisti à primeira operação cesariana. (Magalhães, 1922:216)

Antes que a Faculdade de Medicina tentasse a instalação de uma maternidade, a Santa Casa era a única a prestar assistência obstétrica pública. Em contrapartida, a partir de 1850 multiplicavam-se as casas de saúde que atendiam as parturientes. Magalhães cita a Casa de Saúde do Saco do Alferes e a da Gamboa, ambas de 1850, a da Providência e a do Dr. França, de 1860, a de Nossa Senhora da Ajuda e a do Dr. Eiras, criadas em 1864. Além disso, os jornais da época anunciavam pequenas maternidades particulares com “quartos decentemente preparados” para atender as senhoras (Magalhães, 1922:212-218). A ascensão dos médicos no domínio da obstetrícia e ginecologia e o crescente aumento dos estabelecimentos dá origem a uma maior regulação nesta área nas últimas décadas do século XIX. Exemplo disso é a solicitação do chefe de polícia José Antonio Gomes à Câmara Municipal, em 1885, de informações sobre as posturas relativas às maternidades particulares. A Câmara responde ao ofício afirmando que exigia-se das maternidades terem na direção médicos de competência reconhecida (Magalhães, 1922).

O primeiro projeto de que se tem notícia de um estabelecimento dedicado ao ensino e à prática da obstetrícia é apresentado ao governo por Florencio Stanislaw Le Masson em 1832. O projeto teve parecer favorável na Câmara dos Deputados, mas o relator nomeado para o caso, o professor da cadeira de Partos Julio Xavier, veta os planos do colega Le Masson. Em 1877, Rodrigues dos Santos dirige à Câmara Municipal o

pedido de instalação de uma maternidade e de um serviço de amas-de-leite. No ofício por ele redigido, comenta o atraso da capital em relação às cidades européias que já contavam com vários serviços especializados. A Câmara aprova a idéia, mas a maternidade só é instalada em 1881, na Casa de Saúde Nossa Senhora da Ajuda, sob a direção de Rodrigues dos Santos. Magalhães supõe que essa iniciativa tenha durado somente até o ano seguinte. Segundo seus dados, a Câmara teria cessado de subsidiar o serviço porque este não apresentava as condições necessárias a um estabelecimento hospitalar e só recebia escravas mandadas pelos seus senhores. Uma nova campanha pela instalação de uma maternidade é encampada por Erico Coelho em 1887. Em maio de 1889 inicia-se na Lapa a construção da maternidade, mas as obras são logo interrompidas. A tarefa de atendimento e ensino obstétrico e ginecológico continuava restrita à Santa Casa de Misericórdia. Finalmente, em 1904 inaugura-se a Maternidade das Laranjeiras, sob a direção de Rodrigues Lima. Em 1918, por determinação legal, o então diretor Fernando Magalhães transfere a maternidade à Faculdade de Medicina (Magalhães, 1922).

É o próprio Magalhães que inaugura outro importante estabelecimento, o Hospital Pró-Matre. Com a ajuda das senhoras da Associação Pró-Matre e do presidente Wenceslau Braz, Magalhães inaugura o hospital em 1918. O autor descreve a Pró-Matre como uma instituição destinada a proteger a ‘mulher mãe’. Além da maternidade, que contava com 70 leitos, montou 22 postos urbanos de consulta, um laboratório obstétrico e ginecológico e uma creche. Na sua sede formaram-se enfermeiras e alunos da Faculdade de Medicina. Apesar disso, Magalhães ressentia-se da falta de uma maternidade especialmente construída, como nas cidades da Europa. Protesta contra o fato de no Rio de Janeiro existirem apenas duas casas adaptadas (a Maternidade das Laranjeiras e o Hospital Pró-Matre) ou então alguns compartimentos nos grandes hospitais (Magalhães, 1922).³²

Com o decorrer do tempo, a obstetrícia e a ginecologia se transformavam em especialidades cada vez mais importantes no cenário médico. Fernando Magalhães relata como os assuntos referentes a essas disciplinas ocupavam com frequência as reuniões das sociedades médicas. Na antiga Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro há referências sobre o debate de casos obstétricos desde 1832. Na Academia Imperial de Medicina discutem-se temas tão variados como a primeira anestesia por clorofórmio praticada em parto natural, a utilização do fórceps, a cesariana, o aborto em consequência de onanismo conjugal, a regulamentação das amas-de-leite, casos de superfecundação, eclâmpsia e vômitos durante a prenhez. Alguns temas, por suas implicações morais, causavam maiores divisões. É o caso do debate em torno do feticídio terapêutico (aborto nos casos em que o médico considera que há riscos para a mãe), que ocupou a Academia Nacional de Medicina em 1905. O embate girou em torno de Felício dos Santos, que, apoiado na posição da Igreja, condenava radicalmente esse recurso. Fernando Magalhães, por sua vez, admitia-o em algumas indicações específicas. E Daniel de Almeida dizia tratar-se de um crime, com o que concordava o importante médico legista Souza Lima. Quanto ao aborto criminoso, este foi várias vezes o centro de discussões, especialmente no período entre 1918 e 1920 (Magalhães, 1922).

Em outras organizações médicas, como a Sociedade Médica dos Hospitais do Rio de Janeiro, a Associação Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro e a Associação

Médico-Cirúrgica Fluminense, também tem destaque o mesmo gênero de questões. Isso se repete no caso da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Teve destaque nesta sociedade a apresentação do relatório sobre a assistência à infância elaborado por Souza Brito, Nascimento Gurgel e Urbano Figueira em 1909. Nele, pedia-se a criação de asilos e sanatórios para as gestantes, creches, escolas de puericultura, uma liga de amamentação materna e um seguro obrigatório para as mulheres grávidas. A propósito da mortalidade infantil, Fernando Magalhães protestaria contra a precariedade da maternidade do Rio de Janeiro e do ensino obstétrico (Magalhães, 1922).

A preocupação com os temas relacionados à infância aparece também nas discussões empreendidas ao longo dos anos na Sociedade de Obstetria e Ginecologia do Brasil.³³ Esta organização é uma prova da importância que a obstetria e a ginecologia vinham adquirindo, expressa também na criação de estabelecimentos de saúde especializados e no prestígio crescente de seus grandes nomes.³⁴ Quanto aos temas lá discutidos, a julgar pela breve síntese das reuniões mensais a partir de 1921 feita por Magalhães, as questões permaneciam as mesmas já apontadas para as outras instituições (Magalhães, 1922). Nos congressos médicos, a obstetria e ginecologia também ganhavam destaque crescente. É o que mostra Magalhães ao computar as comunicações apresentadas no Congresso Médico Brasileiro, no Congresso Científico Latino-Americano e nas reuniões realizadas por médicos em outros estados como São Paulo e Pernambuco (Magalhães, 1922).

Analisando-se a produção da imprensa médica no Brasil, também se observa o mesmo movimento. Nas primeiras décadas do século XX temos a criação de importantes revistas especializadas em ginecologia e obstetria. Mas, é notável o fato de que já em 1861 existia a *Revista Obstétrica*. Este periódico mensal foi fundado pelo Dr. José Maurício Nunes Garcia e se apresentava como científico, humanitário e crítico, destinado a abrigar as controvérsias médicas e farmacêuticas. Os assuntos tratados nem sempre eram específicos da obstetria. Falava de epidemias, impropriedades de nomenclatura, descoberta de novos metais. Quanto à questão da anestesia, por éter ou clorofórmio, que palpitava nos meios médicos, a revista colocava-se contra, seguindo os passos da Igreja Católica. O lugar de destaque era ocupado pelas polêmicas nas quais seu fundador se envolvia, tendo por opositores o Visconde de Sabóia e o diretor da Faculdade de Medicina entre 1842 e 1872, Cruz Jobim (Rezende, 1983).

Consultando os arquivos da Academia Nacional de Medicina e da Biblioteca Nacional, além do *Catálogo Coletivo de Publicações Periódicas em Ciências Biomédicas* (1977), temos os seguintes periódicos especializados: *Revista Ginecológica Brasileira* (fundada em 1887), *Revista de Ginecologia e d'Obstetria* (órgão oficial da Sociedade de Obstetria e Ginecologia do Brasil, que tem uma longa duração, de 1907 e até a década de 70), *Revista Brasileira de Ginecologia* (entre 1922 e 1931), *Clínica Obstétrica* (cujo primeiro número é de 1928 e vai pelo menos até 1931), *Revista de Ginecologia e Obstetria de São Paulo* (de 1935 a 1947) e *Annais Brasileiros de Ginecologia* (cujos números encontrados vão de 1936 a 1940). A listagem desses títulos ilustra como a obstetria e a ginecologia caminhavam para sua afirmação como especialidades reconhecidas dentro da medicina. Mas é bom lembrar que a medicina generalista e mesmo

outras especialidades também continuavam dedicando espaço às questões relativas à sexualidade e reprodução.³⁵

A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA E DA REPRODUÇÃO

Todos esses dados referentes à institucionalização de uma medicina que trata especificamente da mulher e da reprodução só podem ser entendidos se fizermos referência ao desenvolvimento de uma medicina intervencionista no Brasil do século XIX. O interesse médico por esses temas está articulado, entre outros fatores, com transformações de larga escala na família e também com uma preocupação, por parte do Estado, de um governo maior sobre os seus cidadãos.

Esse é um dos argumentos centrais do trabalho de Jurandir Freire Costa (1983), que traça as linhas da transformação que teria havido na família colonial para conformar a família nuclear burguesa. O autor articula esse processo com interesses do Estado de controlar uma população desordenada e não temente ou conhecedora das suas leis, que habitava as cidades emergentes. Os médicos, especialmente munidos de um prestígio cada vez maior, lançam-se a efetivar a estratégia da chamada medicina higiênica no governo dos indivíduos. A família torna-se um de seus alvos prediletos, especialmente a família dos senhores mais abastados reticentes à subordinação ao Estado. Suas condutas física, moral, intelectual, sexual e social passam a ser avaliadas com rigor e se transformam em objeto de ordenações prescritivas. O poder do senhor patriarcal agora tem de se sujeitar ao discurso médico. Mudam, ou tenta-se mudar, os papéis sociais dos membros da família. A mulher e os filhos, que, assim como outros agregados, eram considerados seres irresponsáveis e portanto necessariamente obedientes ao pai, tornam-se indivíduos com atributos e responsabilidades proporcionais a sua idade e a seu sexo. As crianças são foco de atenção especial dos médicos, particularmente devido ao grande índice de mortalidade infantil da época. O aleitamento é tomado como uma bandeira de luta. A mãe higiênica não deveria mais entregar seu filho recém-nascido ao seio da escrava, mas ela mesma amamentá-lo, garantindo suas condições de saúde. A alimentação, a educação física, moral e intelectual das crianças eram o fundamento para um novo corpo de cidadãos:³⁶

O conjunto de interesses médico-estatais interpôs-se entre a família e a criança, transformando a natureza e a representação das características físicas, morais e sociais desta última. As sucessivas gerações formadas por essa pedagogia higienizada produziram o indivíduo urbano típico do nosso tempo. Indivíduo física e sexualmente obcecado pelo seu corpo; moral e sentimentalmente centrado em sua dor e seu prazer; socialmente racista e burguês em suas crenças e condutas; finalmente, politicamente convicto de que da disciplina repressiva de sua vida depende a grandeza e o progresso do Estado brasileiro.
(Costa, 1983:214)

Os médicos vão pretender modificar também os papéis de pai e mãe no interior das famílias, desde a própria concepção do casamento, que agora deveria seguir os moldes higiênicos e os objetivos de procriar cidadãos saudáveis. A higiene faz do sexo – antes, na Colônia, prioritariamente regulado pela Igreja³⁷ – objeto de intervenção

médica. Vem à tona a idéia do ‘amor físico’ também como direito das mulheres, o que na visão dos médicos concorreria para o sucesso do casal higiênico.³⁸ Um novo código de relações entre homens e mulheres toma lugar, respeitando de uma forma jamais vista nesse contexto as vontades individuais. Mas vontades que seguissem os padrões de feminilidade na mulher, frágil, delicada e sentimental, e de masculinidade no homem, dotado de força física e vigor intelectual.

Na família, o pai não era mais simplesmente o proprietário da mulher e crianças, mas um agente da higienização, assumindo a responsabilidade na educação dos filhos, o que não significa que o poder patriarcal perdesse lugar. A figura da mãe higiênica representava um novo estatuto para as funções da mulher, mas ela não deixava de estar sob os auspícios da autoridade do marido. A diferença é que agora ambos tinham um agente externo, o médico, que ditava as normas para o sucesso da família. A mulher, de certa forma, era uma aliada especial do médico no projeto higiênico, por ser a mais diretamente envolvida com a geração e cuidado dos filhos. Diante dos primeiros raios de emancipação feminina do século passado,³⁹ implicada no novo contexto urbano, os higienistas ofereceram em troca da permanência no lar e na obediência a glorificação social e o prazer da maternidade. Mas, a sexualidade feminina continuava restrita às funções da procriação (Costa, 1983).

A nova concepção de família nuclear tinha na mulher um dos seus pontos-chave. Em contraste com os ideais da Revolução Francesa de igualdade e liberdade, a mulher continuava definida pela diferença.⁴⁰ A idéia de natureza feminina colocava barreiras imponderáveis na representação de seus papéis sociais. O instinto materno se transformará no núcleo central da imagem de mulher idealizada e pregada pelos médicos e outros agentes (Almeida, 1987).⁴¹

Esse ideal de mulher, em sintonia com os padrões do mundo cristão, se definia pela honra feminina. Uma honra baseada no controle da sexualidade. O sexo só era admitido para procriação, e assim deveria ser administrado. Todas as suas manifestações fora dos domínios do casamento e em busca de prazer e satisfação pessoal estavam proibidas, mas com distinções para homens e mulheres. Aos homens, a ‘demonstração de virilidade’, que parece marcar o ideal do colonizador português, era admitida desde que não atingisse as mulheres honradas (Almeida, 1987). Mas, às destituídas desse bem social, não havia restrições do ponto de vista masculino. Contudo, para as ‘mulheres de família’, toda e qualquer investida que escapasse aos domínios do pai ou do marido era motivo de execração e punição severa, e complicações para o sedutor. Os valores e prescrições da Igreja sustentavam tal concepção (Silva, 1984).

Pode-se sugerir que no século XIX a regulação da sexualidade passa a ser feita prioritariamente pelos médicos, esses novos agentes do saber e do julgamento moral. Com a sua intervenção tenta-se gerenciar a libertinagem dos senhores, chamando-os a assumir com responsabilidades inéditas o novo ideal de cidadão higiênico e controlado. Mas, é acima de tudo na figura da mulher que se concentrarão as investidas médicas. É na regulação de seus desejos, no protótipo da mulher ideal, pura, casta e civilizada, de acordo com os novos padrões, que se concentram as expectativas.⁴²

Em contrapartida, intensifica-se o discurso sobre as mulheres mundanas, as prostitutas que viviam soltas das amarras e prescrições relativas ao lar (Rago, 1993a), e

sobre a mulher histérica. Esta figura, que foi alvo de grandes investimentos médicos no século passado, intrigava particularmente pela pretendida ânsia sexual e pelo fato de incorporar uma doença que estranhamente não deixava marcas físicas. O mal da histeria era explicado pela natureza feminina, com remissão ao útero ou aos nervos.⁴³ Neste momento, o ‘problema dos nervos’ já recebia redobradas atenções dos médicos, com especificidades quando se tratava das mulheres, pois estariam relacionados com sua debilidade moral.⁴⁴ A mulher histérica sofre de manifestações exteriores à sua vontade, expressas na sexualidade e curáveis por meio da sua boa administração. Dessa forma, acometida de um mal associado à exacerbação de sua sexualidade e à sua fraqueza nervosa, ela também forneceu os parâmetros negativos que possibilitavam distinguir a boa esposa e mãe de família, segundo os critérios dos médicos.⁴⁵

Médicos que, segundo Costa (1983), começavam a ostentar e monopolizar o saber e o direito de tratar os doentes e definir os limites da saúde. Os médicos passavam a opinar sobre assuntos antes fora de seus domínios.⁴⁶ É o caso identificado por Gonçalves (1987) sobre a Roda dos Expostos. Esse mecanismo de acolher, em asilos de caridade, crianças abandonadas, frutos de uniões ilegais, de mães solteiras ou sem condições de criar os filhos, passa a ser um tema constante nas teses das faculdades de medicina durante o século XIX. Os médicos que passavam a propagar as novas idéias sobre a família e seu bem-estar se posicionam de maneira particular diante do problema. De acordo com seus princípios de civilização e modernidade, a roda era um mecanismo que incentivava o abandono de crianças, que acobertava as conseqüências do sexo desregulado e ilegítimo e por isso mereceria ser combatido. Entretanto, o imperativo da manutenção da honra das famílias, a conservação da imagem de legitimidade da sociedade quando os frutos de aventuras eram escondidos, fazia-os ponderar sobre a utilidade desse mecanismo. De qualquer modo, as investidas passam a se concentrar cada vez mais na prevenção, na educação das futuras mães para que não abandonassem seus filhos, na promoção da idéia de que só seres ‘desnaturados’ e ‘incivilizados’ se desprenderiam de suas crias.⁴⁷

Para além desses traços gerais do pensamento médico sobre as mulheres do século XIX, tem-se também redefinições e esclarecimentos importantes. Segundo Nunes (1982, 1991), a década de 70 é fundamental para se entender certas mudanças de ponto de vista dos médicos. Até essa época, as mulheres, especialmente as acometidas de algum mal como a loucura, a prostituição, a prática de crimes como o aborto ou infanticídio, eram consideradas muito mais vítimas da falta de tutela do que seres responsáveis por seus atos. A ‘infantilidade’ das mulheres era a justificativa para a necessidade de uma vigia constante. Mas, nas últimas décadas do século passado, o pensamento médico começa a enfatizar a periculosidade natural do sexo feminino, bem ao gosto das idéias vinculadas ao modelo da degeneração.⁴⁸ A degeneração convertia-se em um foco privilegiado da atenção dos médicos preocupados com a formação de um novo tipo de indivíduo, com o aprimoramento da população e a melhoria da raça. Com base no estudo da alienação mental e da criminalidade, a psiquiatria formulava a noção de uma má formação, uma deficiência física e mental, em suma, de uma constituição anômala ou degenerada, que explicaria tais comportamentos. Segundo Silvia Nunes (1991:57),

*O degenerado é alguém que sucumbiu a um processo civilizatório deficiente, permanecendo num estágio anterior; apresentando ainda caracteres selvagens, constituindo-se numa ameaça ao desenvolvimento social, não só pelo fato de que seus atos podem prejudicar outros indivíduos, como também por se tratar de um portador de características passíveis de transmissão hereditária, o que pode levar a um processo de degradação social.*⁴⁹

A medicina elege então os personagens que exemplificariam a noção de degeneração psíquica como criminosos, loucos, prostitutas, alienados, histéricas, negros, desviantes sexuais e infanticidas. Ao mesmo tempo, desenvolve a idéia de que a má formação ou constituição degenerada é transmitida na família. Por isso se justifica a intervenção dos médicos na regulação do casamento para se evitar a proliferação dos estigmas degenerativos. Nesse contexto, têm lugar de destaque as doenças venéreas, um problema de suma importância para os médicos higienistas. Males como a sífilis contribuíram para que se traçassem os limites entre a normalidade e a saúde sexual, além de colocar a sexualidade na ordem do dia das discussões públicas (Carrara, 1996). O discurso médico enfatiza também a mulher como o lugar dos maus instintos, transformando em anomalia as ‘peculiaridades’ deste sexo. Estudando-se aborto, infanticídio, prostituição e loucura, detectam-se sinais de uma monstruosidade peculiar à mulher, uma base degenerada comum a todas as descendentes de Eva. Ela agora não é mais a criança irresponsável, mas alguém no nível de uma raça inferior, identificada por diagnósticos médicos como um ser que se distingue pelo cérebro menor e pelos gânglios maiores. A sua patologização vai fazer com que se conclua que ela é uma criminosa em potencial, capaz de se entregar à prostituição caso não haja controles adequados, uma histérica excessivamente sexuada (Nunes, 1982, 1991).

É nesse contexto que aparecem e se afirmam as especialidades médicas dedicadas exclusivamente às mulheres e à demarcação da diferença baseada no sexo. Com o desenvolvimento da obstetrícia e da ginecologia em meados do século XIX, delimitam-se ainda mais as fronteiras da normalidade no que se refere ao corpo e à sexualidade femininos. Articulam-se preceitos da ordem do fisiológico e do moral para falar das funções ou papéis que constituem o suposto ‘universo particular’ das mulheres, sejam as corretas mães ou esposas, sejam as devassas e prostitutas.

AS DIFICULDADES DE UMA MEDICINA DA MULHER

Apesar de todos os desenvolvimentos no âmbito profissional e institucional, o terreno da ginecologia não era dos mais cômodos. A medicina, em geral, não era sempre dona da situação, tendo de enfrentar resistências à introdução de novos conceitos e práticas. No caso da ginecologia, isso era ainda mais grave em função da delicadeza do objeto e da intervenção.

Os grandes desenvolvimentos que caracterizam a ascensão da medicina no século passado também servem de ponto de partida para um possível questionamento. A medicina embasada nos progressos científicos instaura a confiabilidade do público

ao mesmo tempo que passa a se sujeitar a maior visibilidade e controle. Cada descoberta que envolva especialmente novas técnicas de manipulação ou exame do corpo humano, antes de se tornar uma garantia de êxito e objetividade, é alvo de debate e polêmica. A ginecologia não foge a essa regra. Se, por um lado podemos vê-la representando a trajetória de sucesso de uma nova especialidade, por outro, ela também coloca em evidência a instabilidade de um campo de conhecimento e intervenção recentes. Além do mais, o problema com a ginecologia é mais grave na medida em que seu objeto – a sexualidade e reprodução – é tradicionalmente mais suscetível à discussão.

De acordo com Pierre Darmon, na França, a ascensão e visibilidade do médico, sobretudo nas últimas décadas do século XIX, fazem com que ele se torne um personagem socialmente importante mas também mais visado. As exigências quanto a um determinado tipo de comportamento podem começar ainda na faculdade. O tema de tese, por exemplo, pode ser alvo de reprimendas. Motivos de ordem moral, política ou religiosa facilmente provocam a condenação de teses pouco ortodoxas. Temas como as partes genitais da mulher, a libertinagem, as paixões e a prostituição, a partir do momento em que ultrapassassem os cânones admitidos, eram mais vulneráveis (Darmon, 1988). Porém, depois de formado, o jovem médico continuava sob avaliação moral inclusive de seu comportamento pessoal. Um ponto comum no discurso de professores e manuais de deontologia da época era a necessidade do casamento. Um médico não ascenderia na profissão sendo celibatário, em função das dúvidas que poderiam pairar sobre a sua reputação. Suspeitava-se de intenções pouco nobres do jovem médico celibatário quando este examinava jovens mulheres que lhe confiavam sua saúde, o que poderia ser ainda mais grave no caso de partos ou problemas ginecológicos (Darmon, 1988).

Em termos gerais, a suspeita de faltas ou erros passa a pesar sobre o médico mais freqüentemente. Prova disso, no caso da França, é o aumento do número de processos correccionais instaurados contra eles. Uma explicação possível para esse fato baseia-se na sua maior responsabilização. A partir do momento em que a medicina entrava na era da eficácia, definiam-se melhor os parâmetros para o julgamento dos atos cometidos pelos médicos. Embora a fascinação com a ciência fizesse dos grandes professores ou dos médicos famosos novos ídolos inquestionáveis, no final do século o médico estava mais sujeito à repressão. Talvez porque a vulgarização das inovações científicas tivesse lhe retirado a aura de sacerdote que o cercava (Darmon, 1988).⁵⁰

Esse período também se caracteriza por um maior controle exercido pelos próprios médicos entre si. Dois motivos podem ser mencionados aqui: a promoção e manutenção do prestígio e o aumento da concorrência. Essas razões estariam por trás da obsessão dos médicos franceses com o crescimento do número de colegas, especialmente em Paris. Embora a cifra de novos médicos não fosse tão significativa se comparada com o aumento da população, esse era o argumento invocado para o combate aos médicos estrangeiros, às mulheres – recém-admitidas na medicina – e aos praticantes ilegais. Estes últimos representavam um mundo bastante heteróclito, que podia incluir massagistas, parteiros, dentistas, herboristas ou sonâmbulos (Darmon, 1988). Outro problema visado a partir da concorrência era a proliferação dos anúncios. As autoridades médicas não se cansavam de fazer represálias à propaganda veiculada nos jornais ou enviada pelo correio. Neste último caso, tratava-se de prospectos que apresentavam

o suposto médico, por exemplo, como eletroterapeuta, médico parteiro, especialista nas doenças genito-urinárias, chegando mesmo a se oferecer como praticante da técnica da fecundação artificial para curar a esterilidade (Darmon, 1988).

Na verdade, além do charlatanismo ou da prática ilegal da medicina, o que estava em jogo era a repressão às ‘especializações fantasiosas’. Era o caso de médicos que se apresentavam como especialistas sem que nenhum conhecimento formal avalizasse a sua prática. Muitas vezes, o tema da tese, as preocupações de mercado, a moda ou um documento sem valor qualquer serviam de base para a autotitulação. Assim floresciam gabinetes de rinolaringologistas, neurologistas, pediatras, especialistas em eletricidade médica e, certamente, ginecologistas. Outros ditos especialistas se ‘formavam’ pelo cargo ocupado em determinado local, como o ‘médico de salão’ ou o ‘médico de teatro’. Isso sem falar nos ataques dos quais eram vítimas os médicos de senhoras, sobre os quais pairavam suspeitas a respeito da natureza das habilidades que os tornavam célebres (Darmon, 1988).

Freqüentemente, um tema que se destacava no conflito dos médicos entre si e com outros atores da sociedade era o do segredo médico.⁵¹ Raymond Villey (1986) afirma que a instauração desse problema teria a ver com o questionamento de certos valores burgueses. Na segunda metade do século XIX, o individualismo liberal estava bem implantado e a saúde era considerada como um bem privado, no qual a intervenção do Estado não era bem-vinda. A honra das famílias, a reputação, a intimidade e o pudor deviam ser preservados. O tema do segredo médico, que era discutido nos salões, apontava sobretudo para a questão do gerenciamento dos casamentos, a gravidez, as ‘doenças vergonhosas’, que poderiam prejudicar a união das famílias e das fortunas. O médico tinha interesse em mostrar discrição, pois isso podia representar o seu sucesso na profissão. As associações corporativas recém-fundadas tinham consciência da importância dessa questão e não deixavam de evocar a doutrina absoluta do segredo médico como requisito da moralidade da profissão. Reivindicava-se inclusive que o médico deveria ser dispensado de testemunhar judicialmente. O caso era delicado principalmente quando se tratava de doenças contagiosas ou quando o próprio cliente demandava o depoimento do médico. E quando as medidas sanitárias são levadas a cabo pelo movimento higienista, a necessidade de denúncia das doenças contagiosas acirrarão a polêmica. Progressivamente, a tendência será, tanto por parte dos médicos quanto da Justiça, à defesa do segredo em qualquer circunstância. Essa premissa também orientará a omissão dos nomes dos pacientes nas publicações científicas (Villey, 1986; Léonard, 1981).

Como se pode imaginar, esse debate se agrava no momento em que entra em cena a honra da família, a autoridade de pais e maridos, colocadas em xeque quando o caso em questão se refere à sexualidade feminina. São os temas ligados à mulher e à reprodução que causam mais problemas aos médicos do ponto de vista das dúvidas sobre a sua atuação e especialmente da seriedade de suas intenções. Os ginecologistas e obstetras tiveram de enfrentar as dificuldades colocadas pela natureza moral delicada da sua especialidade. Duas das primeiras grandes polêmicas se referem ao uso da anestesia e à prática da cesariana.

Sobre a operação cesariana, o debate é tão antigo quanto a recuperação da técnica da cesariana no século XVI. O principal motivo de discussão dizia respeito ao

dilema provocado pela necessidade de opção entre salvar a vida da mãe ou a da criança. A Igreja intervém de maneira direta nesse caso, seja para impor a cesariana *post mortem* quando havia chances de a criança estar viva, seja quando o parto natural se mostrava sem esperanças, propondo o privilégio da vida da nova alma a ser batizada em detrimento da mãe. A impetuosidade com que a Igreja propunha a escolha da criança em função do batismo acirrará o debate anticlerical da época (Guillaume, 1990). A anestesia suscita discussões ainda mais complexas. Embora a Igreja também condenasse a anestesia porque esta suprimia os sofrimentos físicos e morais pelos quais o cristão deveria passar preparando-se para sua morte, eram os próprios médicos que se dividiam na consideração do assunto. Alguns defendiam que a perda de consciência era algo degradante e aviltante para o indivíduo. No caso dos partos, a situação se complicava quando se evocavam as dores como o sublime sacrifício necessário à plena realização da maternidade (Guillaume, 1990). As dores do parto eram vistas como naturais, benéficas e teologicamente corretas. Certos autores associam a este argumento um certo medo da sensualidade feminina. Alguns obstetras haviam relatado que as mulheres sob efeito da anestesia sofriam uma excitação da paixão sexual, apresentando comportamentos desabonáveis e uma linguagem lasciva. Isso porque se subentendia uma forte associação entre o momento do parto e o ato sexual que o originara. Outra idéia evocada era a de que médicos menos dignos poderiam se aproveitar do estado de inconsciência para molestar suas pacientes. E crimes como o roubo ou troca de crianças também poderiam ocorrer.⁵² Os defensores da anestesia respondiam a tais argumentos afirmando que esses efeitos da anestesia estavam mais nas mentes dos praticantes inescrupulosos do que no comportamento das mulheres. De qualquer forma, impunha-se um necessário controle moral (Gay, 1984; Moscucci, 1996).⁵³

Outros temas relacionados com a sexualidade também ilustram o problema. É o caso da associação do médico de mulheres com a prática do aborto. Smith-Rosenberg (1985) afirma que nos Estados Unidos a profissionalização e ascensão social dos obstetras e ginecologistas é um processo que ocorre paralelamente às campanhas contra o aborto e seus praticantes. As autoridades médicas tentavam desvencilhar a medicina das mulheres da suspeita dessa prática por meio do fortalecimento da sua condenação. A associação com o aborto era um dos fatores que, na opinião dos médicos, contribuía para o descrédito da profissão. O mesmo se dá em relação à contracepção. O processo de criminalização do controle reprodutivo que se opera nos Estados Unidos nas últimas décadas do século XIX tem como uma de suas bases a condenação pública dos médicos envolvidos (Brodie, 1994). Na França, a perseguição dos chamados ‘neomalthusianos’, que defendiam o controle da natalidade, baseada nas acusações de pornografia e imoralidade mostra como o terreno da contracepção era perigoso para os médicos (Ronsin, 1980; Govedart, 1993). A falta de respeito às normas previstas pelas autoridades ou a discordância quanto a ordenações morais, na medida em que implicavam o exercício da medicina, tanto na prática quanto na pesquisa, deixavam evidente a dificuldade da admissão de novas proposições no campo da sexualidade. Além disso, a sexualidade nem sempre foi percebida como um objeto científico legítimo (Hall, 1994).

Talvez o tema que melhor expresse as ambigüidades em torno do comportamento dos médicos que tratavam de mulheres é o do exame ginecológico. A intromissão de

um homem estranho, mesmo que coberto pelos propósitos da medicina, na intimidade de uma mulher era um dos temas de debate favoritos. A situação se agravava quando se tocava no assunto do espéculo. Este antigo instrumento de exame, em desuso durante a Idade Média e a Renascença, foi reintroduzido na prática ginecológica pelo francês Recamier no começo do século XIX. Sua utilização no exame e tratamento logo se propaga em Paris, e quando as autoridades públicas regulamentam a prostituição em 1810 ele se torna um instrumento de controle sanitário e de polícia. Nas visitas sanitárias a que eram obrigadas a se sujeitar, as prostitutas registradas tinham de passar regularmente pelo exame com espéculo (Corbin, 1989; Moscucci, 1996).

Os médicos estrangeiros que estudaram em Paris nessa época logo propagariam a sua utilização. Na Inglaterra o sucesso foi tão grande que os próprios médicos acabaram admitindo os abusos desse tipo de exame.⁵⁴ Grandes controvérsias tiveram lugar, alegando-se especialmente os perigos morais da exposição e penetração instrumental da mulher pelo médico. Esses perigos, por um lado, referiam-se à natureza sexualizada da mulher, ao seu desejo insaciável de prazer sexual que, no melhor dos casos, não deveria nem ser despertado. Por outro lado, argumentava-se com o abuso que poderia ser cometido pelos médicos na ocasião do exame. Nas jovens solteiras o problema era mais grave, pois estava em jogo a virgindade física e moral da paciente. Imaginava-se que os prazeres obtidos com esse tipo de 'sexo instrumental' levariam as jovens à histeria e à masturbação, e mesmo as aproximariam da condição de prostitutas. Alguns médicos chegavam a suspeitar mesmo que mulheres ninfomaniacas procuravam os ginecologistas em busca dos prazeres obtidos com o exame ginecológico. Seguramente, para estes, era mais interessante essa representação da mulher como sedutora em potencial do que como vítima passiva (Groneman, 1994).

Quanto à idéia da mulher como vítima de abuso sexual por parte do médico, teve como resposta pelos defensores do espéculo a alegação do seu grande valor na detecção das doenças venéreas e outros males ginecológicos e a sugestão de precauções que serviriam para afastar a conotação sexual do exame. Porém, o problema em questão não era exatamente a técnica, mas a interpretação dada ao ato. Tal interpretação via, na maioria dos casos, a mulher como vítima da possessão do médico e inaugurava uma disputa entre este e os pais e maridos. Os ginecologistas, em franco processo de ascensão e reconhecimento, precisavam desviar essas suspeitas para continuarem sua progressão. Entra em cena a defesa de estritos princípios de honra e regras de conduta profissional, que deveriam resguardar os interesses da paciente e de sua família e proteger o ginecologista de futuras perseguições. Estabelece-se, por exemplo, que o exame só seria feito em casos de necessidade justificada e que a paciente deveria ser bem informada de sua natureza. No caso das menores de idade, exigia-se a autorização dos responsáveis (Moscucci, 1996).⁵⁵

A questão do espéculo era tão delicada que mesmo o exame das prostitutas foi condenado. Na Inglaterra, os opositores da regulamentação da prostituição utilizaram os argumentos de 'estupro instrumental' e atentado à liberdade individual para condenar o espéculo. A inspeção das prostitutas era percebida como degradante especialmente pelas feministas, que começavam a se manifestar contra a dupla moralidade sexual que permitia todas as liberdades aos homens e fomentava a prostituição. Nessa

época as demandas pelo voto feminino e castidade masculina andavam juntas (Kent, 1990; Moscucci, 1996).

Além disso, o exame pelo espêculo se associava a uma outra polêmica evidenciada pela campanha contra a vivisseção. Em nome dos progressos da ciência, a medicina estava rompendo os limites da sacralidade e inviolabilidade do organismo humano. A mulher, como guardiã da moralidade natural, ocupava lugar central nessas preocupações. Nesse sentido, o espêculo exemplificava a maneira pela qual a nova ciência estava degradando a vida, reduzindo a mulher a objeto de inspeção do médico. Esse debate atravessa boa parte do século XIX, embora já nas últimas décadas haja indicações de que o exame se tornara uma prática corrente (Moscucci, 1996).⁵⁶

Outra grande questão debatida no século passado e que coloca em jogo a moralidade médica diz respeito à clitoridectomia. Do ponto de vista das feministas da época, essa prática demonstrava bem a brutalidade dos procedimentos adotados em nome do conhecimento médico. O caso do ginecologista inglês Baker Brown é exemplar. Em 1867, ele chegou mesmo a ser expulso da Obstetrical Society of London, e esta não foi a sua única sanção. Baker Brown foi acusado de praticar a clitoridectomia sem o conhecimento das pacientes, dos maridos e pais, trazendo a injúria para a profissão médica e para os maridos. É interessante que da perspectiva das autoridades médicas que o perseguiram estavam em discussão não o atentado à integridade física da mulher, inclusive porque esse tipo de procedimento cirúrgico não era assim tão incomum, mas a moralidade da profissão e a honra dos maridos desavisados (Kent, 1990).

De acordo com Andrew Scull e Dominique Favreau (1986), o problema no caso Baker Brown era o fato de a divulgação das suas intervenções chamar a atenção das mulheres para a masturbação, que era a principal causa alegada para justificar a ablação do clitóris. Além disso, ele trazia para a medicina a imagem indesejada da associação com um tema tão indecente quanto o da masturbação, abrindo brechas para a desonra da profissão. Na verdade, isso resumia o grande dilema da ginecologia. Ela constituía, ao mesmo tempo, uma especialidade que se definia como a guardiã da honra feminina e da regulação das manifestações corporais da mulher de modo que a maternidade fosse bem encaminhada e uma grande ameaça. Intervindo no terreno da reprodução e da sexualidade femininas, os ginecologistas estavam sujeitos a questionamentos de ordem moral. Eles aliavam paralelamente o prestígio advindo da maior precisão das intervenções, da eficácia nos tratamentos e da complexidade das teorias à fragilidade moral inerente ao seu campo de atuação. Os casos de médicos famosos e reconhecidos que, por um lapso, ameaçaram a autoridade de pais e maridos ou, pela falta de cuidado com a honra feminina, sofreram perseguições públicas e mesmo judiciais ilustram como a ginecologia se constituiu durante o século XIX assentando suas fundações sobre um solo instável e perigoso.

A ENTRADA DA MULHER NA PROFISSÃO MÉDICA

É exatamente em função da complexidade da relação entre o médico homem e a paciente mulher que ganha ênfase a questão da entrada da mulher na medicina. Praticamente em todos os países nos quais as escolas de medicina abriram essa possibilidade, as mulheres, majoritariamente, escolhiam como campo de trabalho a obstetrícia, a ginecologia e a pediatria, permanecendo circunscritas a um domínio que lhes seria mais familiar. Considerando as objeções morais colocadas aos ginecologistas e obstetras homens, nada mais apropriado do que uma profissional feminina assumindo estas funções. Contudo, os médicos não estavam dispostos a sofrer mais essa ameaça de perda da clientela, e ainda mais para mulheres. Este quadro constitui um dos focos pelos quais se pode observar a trajetória das primeiras mulheres médicas. Elas também representaram um papel importante no debate sobre a natureza da sexualidade feminina, além de, em alguns casos, terem se aproximado das correntes feministas.

Na Inglaterra da segunda metade do século XIX, as feministas, que se organizavam em torno da luta pelo direito ao voto, viam a entrada da mulher na medicina como uma necessidade, por duas razões. A primeira é que as médicas poderiam trazer mais conforto e segurança para as pacientes, livrando-as dos abusos cometidos pelos médicos homens. A segunda e mais importante razão era que as médicas poderiam ajudar a reconstruir as noções de feminilidade e masculinidade com base no estudo da biologia e fisiologia. Elas poderiam dar uma legitimidade científica à redefinição da identidade da mulher e justificar sua inclusão política (Kent, 1990).⁵⁷

Os ginecologistas e obstetras eram os principais alvos dos ataques das feministas. Elas afirmavam que, valendo-se da justificativa do cuidado da saúde da mulher e da sua honra, os médicos, hipocritamente, se aproveitavam da situação para em nome da ciência violar as mulheres. Estas eram vítimas fáceis, por pouco conhecerem dos procedimentos médicos, assim como dos seus próprios corpos. As feministas percebiam como hipócrita também a desculpa para o afastamento da mulher da medicina. Alguns médicos baseavam sua oposição no argumento de preservação da inocência, pureza e modéstia da mulher. As feministas, relatando suas próprias experiências com os ginecologistas, respondiam que a sua modéstia e privacidade eram invadidas e ameaçadas no contato com os médicos, especialmente no exame ginecológico com espéculo. Elas também acreditavam que muitas mulheres com necessidade de exame e tratamento deixavam de procurar ajuda por receio do comportamento dos médicos ou, quando o faziam, freqüentemente viam-se incapacitadas de relatar os sintomas ou fazer perguntas imprescindíveis por medo ou vergonha. Além disso, as feministas argumentavam que os médicos não eram eficazes no tratamento das moléstias femininas pela falta de conhecimento do corpo e comportamento das mulheres. Ainda mais escandaloso era o fato de que alguns médicos eram acusados de ajudar os maridos escondendo suas doenças venéreas e negligenciando o tratamento das esposas. Tais atitudes, segundo as feministas inglesas, tinham origem na separação das esferas pública – masculina e permissiva – e privada – feminina e repressora –, distinção que elas pretendiam abolir (Kent, 1990).

Nesse cenário, a entrada da mulher na medicina era vista como uma cruzada moral. Pioneiras como Elizabeth Blackwell, Elizabeth Garret Anderson e Sophia Jex-Blake defendiam a prática da medicina não em termos de interesses pessoais mas em nome da uma redenção moral da humanidade. Esta proposta passava pelo combate aos abusos dos médicos, por uma atenção maior às doenças femininas, uma atitude mais humana no seu tratamento e pela educação das mulheres a partir da vulgarização do conhecimento sobre seu corpo, saúde, higiene e sexo. Ao lado disso, o estudo da natureza humana e das leis que governam os sexos ajudaria a reverter a situação de dominação feminina. Blackwell – primeira americana a receber o grau de doutor em medicina em Nova York no ano de 1849 – denunciava a idéia de que a indulgência sexual era necessária para a saúde masculina como um insulto à natureza do homem e a sua capacidade de autocontrole. Para ela, a continência sexual não era somente possível mas necessária, pois os seres humanos não são controlados pelos instintos sexuais, como os animais. O estado de degeneração em que a sociedade se encontrava tinha origem nos erros em relação ao sexo (Kent, 1990; Vertinsky, 1990; Krug, 1996).

Outro ponto visado pelas feministas era o combate à noção da mulher como o sexo por excelência, o que justificava uma série de exclusões, a começar pelo direito à educação. Na época, o argumento comum aos discursos médicos era o de que as mulheres, especialmente na puberdade – quando toda a sua energia deveria estar voltada para o amadurecimento dos órgãos reprodutivos –, não poderiam se desgastar nos estudos. Elizabeth Garret Anderson respondia, em 1874, que o processo e as funções reprodutivas não controlam ou determinam a capacidade da mulher para realizar outras atividades e nem a menstruação era particularmente patológica ou debilitante como os ginecologistas pensavam, sendo os problemas relatados durante a puberdade apenas fenômenos temporários. Manifestações semelhantes ocorriam no organismo masculino e nem por isso os garotos eram afastados dos estudos (Kent, 1990). Mary Putnam Jacobi também publicou um famoso artigo no qual repudiava a insistência dos médicos na fragilidade fisiológica das mulheres e refutou as asserções de que a menstruação constituía uma doença feminina. Para ela, a menstruação era um processo natural, que não desgastava as energias femininas necessárias a outras atividades. Além disso, as médicas também denunciaram as diferenças de classe supostas pelos médicos, que não se preocupavam em condenar o desgaste físico das trabalhadoras de classes inferiores, interessando-se somente pelas mulheres das classes médias (Smith-Rosenberg, 1985).

Tais observações podem levar à impressão de que essas feministas médicas eram absolutamente radicais nas suas propostas. Em um certo sentido isto é verdade, pois suas propostas são inovadoras e contestam as concepções dominantes na medicina da época. Contudo, muitos argumentos elencados eram também representativos da crença nas qualidades e nos valores tradicionalmente atribuídos ao gênero feminino.⁵⁸ A iniciação das mulheres na profissão médica também evidenciava as qualidades femininas para cuidar das necessidades de mulheres e crianças. Essa ênfase se articulava com um movimento mais geral pela reforma do sistema de saúde, que tinha entre seus adeptos muitas mulheres de classe média. A democratização do acesso à saúde e ao conhecimento sobre o corpo ajudaria as mulheres a conquistar maior autonomia, ao mesmo tempo que contribuiria para o progresso da humanidade. Muitas pioneiras,

tanto na Inglaterra como nos Estados Unidos, enfatizavam o aspecto maternal das médicas. Além de se igualarem aos médicos homens em força e inteligência, as capacidades especiais das mulheres lhes garantiam um sucesso maior no tratamento dos doentes. Esse argumento deixava os homens particularmente ameaçados com o ingresso das mulheres na profissão (Vertinsky, 1990).

Tanto nos Estados Unidos e Inglaterra como na França, o medo da competição com as mulheres – agravada pelo crescimento da proporção de pacientes femininas durante a segunda metade do século XIX e pela ampliação e lucratividade do mercado da ginecologia e obstetrícia – provocava a reação dos médicos. O principal obstáculo por eles erguido era a suposta fragilidade física e emocional das mulheres, indesejada no exercício da medicina. O treinamento e trabalho médicos também eram vistos como incompatíveis com as obrigações femininas de cuidado com a casa e com os filhos. Aquelas que se aventurassem nos estudos naturalmente se desfeminizariam. Entre essas primeiras médicas, muitas percorreram trajetórias que expressam a incompatibilidade das funções públicas e privadas na época. Essas mulheres, definindo-se como portadoras de uma missão social que envolvia o cuidado dos doentes ou, como a americana Mary Putnam Jacobi – a primeira mulher a ser admitida na New York Academy of Medicine –, viam na medicina um degrau para o acesso à pesquisa científica e optaram pelo papel de médicas em detrimento da função materna (Vertinsky, 1990).

A trajetória da francesa Madeleine Pelletier, que se inscreve na Faculdade de Medicina de Paris em 1898, é ilustrativa do caso das mulheres médicas que abriram mão do casamento e da maternidade. Desde cedo ela recusou o papel tradicional que lhe fora reservado, reivindicando o pleno direito de decidir a sua trajetória de vida, incluindo escolhas quanto à educação, ao trabalho, à participação política, à sexualidade e à maternidade. Madeleine Pelletier era contra a obrigatoriedade do casamento para as mulheres e também condenou a educação feminina de então, centrada no objetivo de conquistar o homem. É por isso que ela pessoalmente renunciou a todo tipo de *coquetteries*, símbolos da instrumentalização do corpo feminino. Madeleine Pelletier será descrita como de aparência masculinizada ou até mesmo como ‘um ser híbrido’: cabelos curtos, chapéu masculino, gravata. Sua recusa dos papéis femininos se expressará também no discurso sobre a sexualidade. Ela chega a afirmar que a noite de núpcias é, freqüentemente, um ‘estupro legal’, e a família, uma ‘monarquia absoluta’, na qual o homem exerce o poder que lhe foi conferido pela lei e pelos costumes. A sexualidade feminina, segundo ela, serve quase sempre unicamente para o prazer masculino, quando não termina em uma gravidez difícil e um parto doloroso. Será uma das pioneiras na defesa da maternidade livre, da contracepção e do direito ao aborto. Seu engajamento no movimento neomalthusiano a fará sofrer uma série de perseguições. Ela denunciou também a noção de natureza feminina governada pelo sexo, tão comum no discurso médico da época. Mesmo consciente dos preconceitos contra uma mulher celibatária, ela optou por viver sozinha em prol de maior liberdade pessoal e da dedicação profissional. Na luta pelo reconhecimento das mulheres médicas, denunciou a misoginia da corporação médica em particular. Como feminista interessada na ampliação dos direitos da mulher, fundou em 1907 o jornal *La Suffragiste* e lutou também pelas suas convicções socialistas (Largilliere, 1982).

Com base em opções como essa, a literatura da época se esmera em desenhar o perfil da mulher médica como esposa e mãe desleixada, quando chegam a se casar, ou mesmo como figuras assexuadas ou transexuadas, no caso de assumirem o celibato e comportamentos tidos como mais masculinos. Nas décadas de 60 e 70, essa imagem se fortalecerá pelo acirramento dos argumentos médicos em torno das características biológicas femininas. Periodicamente suscetíveis à influência de seu sistema reprodutivo, causador de ondas de instabilidade física e mental, a mulher não era confiável para atender firme e cientificamente os pacientes (Darmon, 1988:211). Havia depoimentos de médicos, como o do francês Monin no ano de 1895, que, apesar da inferioridade física e intelectual da mulher, reconheciam sua entrada nas profissões e mesmo na medicina como uma alternativa útil à prostituição. Mas, esse mesmo médico frisava que a medicina exercida pelas mulheres seria sempre de caráter secundário, humano e caritativo, se comparada com a verdadeira medicina científica praticada pelos homens. Ultrapassando tais limites, a médica correria o risco de perder sua delicadeza e seus pudores mais íntimos (Juramy, 1986).

Apesar dessas objeções, as mulheres avançam no acesso à profissão médica.⁵⁹ Os números são expressivos, sobretudo no caso dos Estados Unidos. Em 1890 já havia um total de 4.557 mulheres médicas naquele país. Enquanto isso, a Inglaterra só contava com 101 médicas no ano de 1891. Fundam-se também sociedades médicas locais, como, no ano de 1878, a New England Hospital Medical Society (Vertinsky, 1990). Na França, a primeira mulher a receber o grau de doutor em medicina foi a inglesa Elizabeth Garret Anderson em 1870, que havia tentado sem sucesso ser aceita para os estudos médicos na Grã-Bretonha, seguida pela americana Mary Putnam Jacobi em 1871.⁶⁰ A primeira francesa médica foi Madeleine Brès, formada no ano de 1875.⁶¹ E somente no ano de 1890 a Faculdade de Medicina de Paris havia formado 140 estudantes. Depois da Faculdade de Letras, a Faculdade de Medicina contava com a predileção das estudantes da capital francesa na década de 90 (Darmon, 1988).⁶²

Em termos gerais, o que se pode destacar da presença das mulheres na medicina dessa época é que aquelas que lutavam pelo direito à profissão eram objeto de condenação por parte dos médicos que defendiam a fragilidade do corpo e da mente femininos e sua inadequação para as funções do mundo público. Por um lado, como a voz das feministas negando tais suposições começava a ser mais ouvida pela opinião pública, boa parte formada de mulheres, os médicos tinham de providenciar uma revisão ou pelo menos um aprimoramento dos seus argumentos. Por outro, algumas mulheres que passavam a barreira das faculdades de medicina começavam a questionar, com base nos próprios termos científicos usados pelos médicos, as teorias sobre a natureza feminina. É também respondendo a essas críticas que os ginecologistas, especialmente, investirão ainda mais fundo na definição da diferença entre os sexos e no determinismo biológico que traçaria o destino da mulher.

AS PRIMEIRAS MÉDICAS BRASILEIRAS

No Brasil, o processo de entrada da mulher na medicina ganha alguns contornos diferentes. Em primeiro lugar, ocorre tardiamente em relação aos Estados Unidos e à Europa. E pelo pouco que se conhece das trajetórias das primeiras médicas brasileiras,

não há indícios de que se tenham dedicado a elaborar argumentos a respeito da diferença sexual e da ‘natureza feminina’ que se opusessem aos elaborados pelos colegas homens. Embora o acesso às faculdades de medicina tenha significado em si uma enorme conquista e as estudantes pioneiras tenham enfrentado grandes preconceitos e rompido com certos cânones morais, não chegaram a constituir um movimento pautado nas idéias feministas, como acontecia lá fora.

Um ponto a ser destacado é que, também aqui, a entrada da mulher no campo médico se fundamentou na noção de que as mulheres médicas seriam as profissionais adequadas para atender as outras mulheres e as crianças e que deveriam se restringir a estes pacientes e ao conhecimento dos temas que envolvessem a reprodução e a infância. Talvez seja possível mesmo sugerir que se admitiu a entrada da mulher na medicina na medida em que ela se prestasse a cuidar da saúde reprodutiva das outras mulheres, mas, ao contrário das antigas parteiras, desde que passasse pela formação e pelo controle das instituições dirigidas por médicos homens.

As mulheres brasileiras só conquistariam o direito de frequentar as faculdades de medicina no final do século XIX. Mas nem por isso estavam distantes da prática de cuidados envolvendo a saúde e a doença. As congregações religiosas femininas, por exemplo, permaneceram durante muito tempo como as responsáveis pela administração dos hospitais e pelo cuidado dos doentes, até que a presença médica se tornasse mais marcante. Especialmente com relação às mulheres, advogavam o seu domínio recorrendo a justificativas de ordem moral, como o pudor das pacientes. Durante muito tempo os alunos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que tinham suas aulas práticas realizadas nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia, não puderam ter acesso às mulheres grávidas e parturientes. Só depois de muita resistência foi permitido aos estudantes assistir aos partos realizados na Santa Casa.

As parteiras, comadres ou curiosas serão por muito tempo as grandes responsáveis pelas práticas adotadas nas questões de doenças femininas e reprodução. Historicamente, esse domínio parecia mais propício à intervenção de uma mulher do que à de um homem, o que mudará mais tarde, quando a obstetrícia e a ginecologia se tornam reconhecidas. É atuando nessas áreas que identificamos as primeiras mulheres a se destacar. Inicialmente, deve-se mencionar Mme. Durocher, a primeira parteira diplomada pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Uma parteira que em muito se diferenciava das colegas de profissão na época. Embora não fosse médica, ela foi a única mulher que no transcorrer do século XIX agiu ativamente em companhia dos médicos locais. Não só teve uma atuação reconhecida como participava de eventos na Academia Nacional de Medicina – que mais tarde veio a instituir um prêmio em sua homenagem – e também se destacava pela produção escrita.

Maria Josephina Mathilde Durocher nasceu na França em 1809 e chegou ao Rio de Janeiro em 1816 acompanhando a mãe, futura dona de uma loja de modas feminina. Quando a mãe faleceu, ela foi cuidar da loja. Tempos depois, já mãe de dois filhos, passou por uma grave crise financeira agravada pela morte do companheiro (eles não eram casados legalmente). Ela decide então ingressar no curso de parteiras oferecido pela Faculdade de Medicina. Comunica sua decisão a alguns médicos conhecidos, que a incentivam dizendo que prestaria um serviço ao país ao demonstrar a outras mulheres

que, com alguma inteligência, instrução e desembaraço, poderiam sair da miséria sem cometer indignidades. Diplomada em 1834, Mme. Durocher logo passa a se destacar como obstetrix exímia, chegando a ter uma vasta clientela. Atendeu a Princesa Leopoldina, o que lhe garantiu o título de parteira da Casa Imperial. Apesar disso, morreu pobre em 1893, depois de sessenta anos de exercício da profissão, nos quais realizou mais de seis mil partos (Rezende, 1983).

Em todas as descrições e retratos de Mme. Durocher, chama muita atenção a sua aparência. Segundo as palavras de Alfredo Nascimento (1916, apud Rezende, 1983:27):

Não se sabia, à primeira vista, a que sexo pertencia essa personalidade original. Pelo aspecto físico e pelas vestes, era um misto mal definido de homem e de mulher: Alta, musculosa, falando grosso, trazendo os cabelos cortados curtos, repartidos e penteados como um homem, o lábio superior fartamente piloso bem como todo o mento, essa figura desenhava, entretanto, formas femininas sob as vestes heteróclitas. Trajava saia preta, sob a qual apareciam pés grandes, calçados de botina de homem; usava camisa, punhos, colarinhos, gravata e colete de homem, trazendo corrente e relógio, grande lenço e caixa de rapé, guarda-chuva grande de cabo recurvado e pendente do braço; mas sobre isto tudo envergava uma especialíssima, longa e folgada veste preta, que tinha por detrás a forma de sobrecasaca e adiante abria como uma túnica feminina; encimava esse conjunto originalíssimo, anti-estético e excêntrico, um chapéu ainda mais excêntrico e sui generis, constituindo numa espécie de meia cartola truncônica, de pêlo de seda, preta.

Se analisamos o depoimento da própria Mme. Durocher, percebemos que ela tinha plena consciência de sua excentricidade, para a qual tinha justificativas. Os trechos que se seguem vêm da autobiografia apresentada na Academia Nacional de Medicina (transcrita em Rezende, 1983:30):

Primeira parteira a sair da escola de medicina do Rio de Janeiro, influída como se é aos 24 anos, julgava-me autorizada, ou melhor; rigorosamente obrigada a servir de modelo às que viessem depois de mim: adotei um vestuário que não só me pareceu mais cômodo para os trabalhos da minha profissão, como mais decente e característico para a parteira. Julgava que esse meu exterior deveria atuar muito no moral da mulher, inspirando-lhe mais confiança e distinguindo a parteira do comum das mulheres: e não me enganei, porque, com o correr dos anos, por mais de uma vez as minhas parturientes confessaram-me, que só esse meu trajar dava muita fé, para servir-me das expressões delas. (...)

Não poucas vezes o esmero no vestuário (toilette) da parteira incomoda a parturiente ou aquelas pessoas que a rodeiam; e isto é mais prejudicial à força moral que a parteira deve ter sobre suas clientes e à confiança moral e científica que deve imperar para o bom êxito de sua missão: realmente uma mulher cujo espírito está constantemente atraído pela importância que dá à posse ou descoberta de uma fita, renda, enfeite de cabelo, jóia de preço ou fantasia, uma tetéia, e tantas outras bugigangas, ninharias e futilidades não pode ter a precisa aptidão e constância necessária para sérios estudos de gabinete, para as observações na prática, ao lado da parturiente; constantemente preocupada com as exigências da moda, pouca atenção deve prestar ao que vê ou ouve.

Durocher parece orgulhosa da distinção que estabeleceu entre si mesma e as outras mulheres e também as demais parteiras. Com raras exceções julgava suas colegas de profissão mais preocupadas com o lucro do que com a instrução. Talvez ela tenha percebido que a adoção de uma aparência que se aproximava mais dos homens garantia maior respeitabilidade não só entre as suas pacientes mas também entre os médicos, que combatiam as antigas comadres por as considerarem despreparadas. A aparência podia ajudá-la a se distinguir das parteiras incultas e a se aproximar dos doutores de seu tempo. A interpretação de Fernando Magalhães segue essa linha. Afirma ele que Mme. Durocher

Ombreava com os especialistas de seu tempo, de igual a igual, com tanta vantagem e apreço que um dos maiores, o Visconde de Saboia, dedicou-lhe uma monografia, 'como prova de estima e especial consideração à sua inteligência e conhecimentos obstétricos', e muitos, em coletividade, votaram a sua entrada para a Academia Imperial de Medicina. Tornara-se original pelo seu traje masculino. Reproduzia, deste modo, a figura de Agnodice, rapariga ateniense que, por proibir a lei grega o exercício da arte de curar às mulheres, freqüentou a escola de Erofilo, vestida de homem, e assim exerceu otimamente a profissão. (Magalhães, 1922:148)

Maria Lucia Mott (1992, 1994), ao estudar as parteiras do século XIX, também faz referência ao fato de que a própria Mme. Durocher acreditava serem necessários atributos masculinos para o bom cumprimento da função de parteira. A autora contextualiza a singularidade de Durocher em uma época em que os médicos se esforçavam por associar as parteiras a uma imagem negativa. Com o avanço do século, essas mulheres, anteriormente as únicas responsáveis pela assistência no parto, perderão terreno para os médicos diplomados, que cada vez mais se especializam também em obstetrícia e ginecologia.

A entrada da mulher na profissão médica propriamente dita aconteceu no final do século XIX. Um fato inicial marcante diz respeito à intervenção do Imperador D. Pedro II no caso de *Maria Augusta Generoso Estrela*. Esta jovem havia tentado ingressar na Faculdade de Medicina ainda no Brasil, mas havia sido recusada. Fará então sua formação nos Estados Unidos. Nesse meio tempo, seu pai perdeu toda a sua fortuna e não teria mais como manter a filha estudando. D. Pedro II, sensibilizado com o caso, passa então a apoiar moralmente e a financiar materialmente Maria Augusta desde 1877 até o término dos seus estudos (Kaastrup, 1983).

Maria Augusta Generoso Estrela nasceu no Rio de Janeiro em 1860, filha de um abastado comerciante português. Teve uma instrução aprimorada e acompanhou o pai à Europa, onde estudou por alguns meses, aos 13 anos de idade. Aos 14, decidiu estudar medicina, inspirada pela leitura de revistas norte-americanas e pela formatura de uma moça naquele país. Em 1875 viajou para os Estados Unidos e em 1876 conseguiu matricular-se no New York College and Hospital for Women, mas não sem enfrentar alguns obstáculos. Maria Augusta teve inicialmente indeferida a sua requisição para os exames por não ter ainda os 18 anos exigidos nos estatutos da instituição. Sem desistir, solicitou uma audiência para explicar os motivos de sua insistência, na qual alegou que se tinha inteligência suficiente para ser aprovada nos exames, sua idade não importaria.

Sua atuação garantiu que ingressasse no curso com apenas 16 anos. Em 1879 concluiu o curso, sendo aprovada com destaque em todas as matérias, mas teve de esperar até 1881, quando atingiria a maioridade, para receber o diploma de médica. Sua formatura, que teve lugar em um salão decorado com bandeiras americanas e brasileiras, foi abrihantada pela presença de inúmeros brasileiros residentes em Nova York, que viram Maria Augusta receber a medalha de ouro pela melhor dissertação sobre o assunto de ordem clínica, além de ser a oradora da turma (Kaastrup, 1983).

Nossa primeira médica regressou ao Brasil em 1882, quando foi recebida com calorosas homenagens, inclusive pelo imperador. No processo de revalidação de seu diploma, foi aprovada com distinção nas provas de habilitação feitas perante os professores da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Logo em seguida começou a clinicar, atendendo sobretudo mulheres e crianças, não raras vezes gratuitamente. Em 1884 casou-se com o farmacêutico Antonio da Costa Moraes, com quem teve quatro filhos. Faleceu em 1946, no Rio de Janeiro. Maria Augusta é uma personagem a ser destacada não só pela conquista singular de ser a primeira médica brasileira, mas também pela consciência que expressava em relação ao significado disso para as outras mulheres. É o que aparece na carta dirigida ao pai e publicada *Jornal do Commercio* em 22 de fevereiro de 1880:

A sua filhinha vencerá o campo da ciência médica somente à custa de seus árduos estudos, dedicação e perseverança. Além dos dissabores, provações e lágrimas. Mas acima de tudo isto, meu querido papai, ainda resta dizer-lhe que a minha maior satisfação é poder ser útil ao meu sexo, na carreira que abracei e que ninguém poderá dizer em tempo algum, que obtive o meu pergaminho de doutora com empenhos ou com dinheiro, porque todos sabem que papai é pobre, que sua Majestade o Imperador é que tem concorrido desde dezembro de 1877, para a continuação de meus estudos até finalizá-los e tenho certeza de que ele não estará arrependido de ter-me prestado sua alta proteção, pois apliquei-me aos estudos como devia e tenho sabido honrar sempre com toda dignidade o sexo a que pertença e a bandeira do meu país. (Apud Kaastrup, 1983:48-49)

Em 1879 D. Pedro II teria novamente uma participação importante na história das médicas brasileiras, ao assinar o decreto que abria as portas das faculdades médicas brasileiras às mulheres. A primeira a receber o grau de doutor em medicina por uma faculdade brasileira foi a gaúcha *Rita Lobato Velho Lopes*, que se matriculou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1884.⁶³ Em 1885 ela se transferiu para Salvador, onde completou seus estudos.⁶⁴ Foi com a dissertação *Métodos Preconizados nas Operações Cesarianas* que recebeu o diploma em 1887, aos 21 anos. Retornou ao Rio Grande do Sul, onde se casou e teve uma filha. Abriu em Porto Alegre um consultório dedicado às doenças de senhoras e a partos. Clinicou até 1926 e faleceu em 1954 (Kaastrup, 1983).

Ermelinda Lopes de Vasconcelos foi a primeira a se diplomar no Rio de Janeiro. Ermelinda nasceu cega e foi curada posteriormente, quando um médico descobriu que seu problema tinha como causa uma inflamação. Saindo do Rio Grande do Sul, onde nascera, veio com a família para o Rio de Janeiro. Seus pais, temerosos de que seu mal

reaparecesse, proibiam-lhe os estudos. Mas, vendo o percurso dos irmãos, Ermelinda insistiu para ser alfabetizada e depois freqüentar uma escola. Em 1881 se formou na Escola Normal de Niterói. Mas, inspirada pela leitura de livros e revistas feministas, com os quais compartilhava as idéias sobre a posição da mulher na sociedade, pretendia chegar mais longe, e se matriculou na Faculdade de Medicina. O pai era contra sua filha abraçar uma profissão masculina, mas acabou sendo vencido. Para o ingresso na faculdade faltavam-lhe os exames preparatórios, que foram realizados no Colégio Pedro II. O presidente da banca examinadora de filosofia foi Silvio Romero e o ponto sorteado, o direito do cidadão para com o Estado. A estudante discorreu sobre as conquistas a que a mulher tinha direito, no que foi refutada por Romero. Uma séria discussão se travou entre os dois, mas Ermelinda conseguiu ser aprovada e ingressar no curso de medicina (Kaastrup, 1983).

Ao longo dos quatro anos de curso, recebeu várias distinções.⁶⁵ Em setembro de 1888 concluiu sua tese de doutoramento, cujo tema era *A Meningite na Infância e seu Diagnóstico*. A emoção parece ter sido tanta que a moça voltou a ficar temporariamente cega. Em novembro do mesmo ano defendeu a tese assistida pelo imperador, que teria pronunciado: “Como o velho Simeão que no templo osculou o Filho de Maria Santíssima dizendo ‘já posso morrer porque vi o Senhor Deus’, também digo neste momento ‘já posso morrer porque vi uma brasileira defender uma tese e se preparar para a prática da sublime arte-ciência – a medicina” (Apud Kaastrup, 1983:43). Terminado o evento, organizou-se uma passeata pelas principais ruas da cidade, na qual a jovem estudante foi saudada por figuras como Ferreira Araujo, José do Patrocínio, Quintino Bocaiúva e Rui Barbosa. Sua colação de grau se deu em 26 de dezembro de 1888, e mais uma vez estava presente o imperador. Em 1889 casou-se com o Dr. Alberto Xavier de Sá, antigo colega que conhecera no seu primeiro dia de aulas na faculdade. Depois de formada fez uma viagem à Europa, onde pôde freqüentar vários hospitais e estudar com mestres como Doyen e Pozzi, na França. Conseguiu conquistar uma vasta clientela durante os ciquenta anos em que exerceu a medicina. Chegou a realizar 10.035 partos e assistiu às esposas de Rui Barbosa, Marechal Deodoro e Campos Sales (Kaastrup, 1983).

A próxima médica a se formar foi *Antonieta Cesar Dias*, no Rio de Janeiro em 1889, defendendo uma tese sobre hemorragia puerperal e dedicando-se posteriormente à ginecologia e obstetrícia. A seguinte é *Amelia Pedroso Benabien*, que dissertou sobre as anomalias do cordão umbilical, sendo aprovada pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1890. No mesmo ano e também na Bahia foi aprovada *Ephigenia Veiga*, que escolheu como tema de dissertação os métodos antiopáticos em obstetrícia. Ainda na Bahia formava-se em 1893 *Francisca Prager Froes*, que estudou a raspagem do útero (Kaastrup, 1983). A julgar pelas teses apresentadas por essas pioneiras, os cuidados da mulher e das crianças eram privilegiados. Esta preferência deve ter sido muito influenciada pelo fato de que se concebia muito mais facilmente na época que uma mulher tratasse de outra mulher e dos assuntos relacionados à maternidade e à infância do que sua dedicação a pacientes homens ou a outras especialidades da medicina.

A época era de grandes restrições à ocupação por mulheres de profissões consideradas masculinas. E o acesso de cada uma dessas jovens aos bancos das faculdades

não acontecia sem a superação de obstáculos práticos e restrições de ordem moral. Frequentemente, o assunto gerava polêmicas públicas, dividindo a sociedade entre os partidários da educação feminina, especialmente a profissionalizante, e de outros direitos da mulher, e aqueles que defendiam que esta se mantivesse nas funções domésticas. Um debate dessa ordem foi o que estremeceu a Assembléia de Pernambuco no começo da década de 80. *Josefa Augusta Felisberta Mercedes de Oliveira* desejava estudar medicina no estrangeiro. Diante do desejo da filha, Romualdo do Oliveira apresenta à Assembléia a solicitação de uma subvenção mensal, a fim de que a menina de 14 anos pudesse estudar nos Estados Unidos ou na Suíça. A discussão em torno do requerimento dividiu a Assembléia em dois blocos: aqueles que defendiam a emancipação da mulher e os que negavam seu acesso às profissões, respaldados nas teorias científicas que pregavam a sua inferioridade orgânica e o menor peso do cérebro feminino. Esta última tese era defendida pelos médicos Malaquias Gonçalves da Rocha e Ermínio Coutinho, enquanto a emancipação era proposta por Tobias Barreto de Menezes e o Barão de Nazaré. Durante duas semanas os debates na Assembléia foram assistidos por uma vasta audiência, e essa polêmica foi a mais ruidosa daquela legislatura. Os discursos de Tobias Barreto e do Barão de Nazaré mereceram aplausos frenéticos e flores das galerias. A própria Josefa de Oliveira chegou a se dirigir aos deputados, implorando-lhes a subvenção para que pudesse ser útil à sua província. Em 1882 a subvenção, já aprovada na Assembléia, foi finalmente sancionada pelo governo (Kaastrup, 1983).

Não se conhece bem a história dessas pioneiras e das outras mulheres que seguiram seus passos. Não se sabe, por exemplo, até que ponto foram influenciadas pelas doutrinas feministas que começavam a despontar. Sabemos que tiveram de lutar para chegar a freqüentar o curso de medicina, o que implicava romper com os padrões de comportamento considerados normais para as mulheres da época. Enfrentaram os desafios da vida acadêmica e profissional, correndo o risco de serem desaprovadas social e moralmente. A julgar pelos temas das teses e pelas informações que temos sobre suas atuações, dedicaram-se preferencialmente ao estudo e ao tratamento de mulheres e crianças. De uma certa forma, continuaram a trajetória das parteiras que antes gerenciavam a saúde feminina. Mesmo como mulheres profissionais, ainda permaneciam vinculadas ao domínio da maternidade e da reprodução.

Esses fatos que fazem referência à entrada da mulher na profissão médica mais uma vez recolocam o tema central deste livro, ou seja, como a medicina estava preocupada em construir um amplo leque de conhecimentos em torno da diferença sexual e em manter uma determinada hierarquia entre os gêneros. O impasse colocado pelas mulheres que queriam se tornar médicas é resultado, por um lado, de uma negação às mulheres do direito de ocupar uma profissão como a medicina – o que reflete uma rígida divisão de trabalho e também de poder. Por outro, está baseado no argumento de que as mulheres não teriam condições físicas de suportar os anos de árduos estudos e de trabalho – o que põe em relevo uma concepção segundo a qual homens e mulheres se diferenciam radicalmente por suas características físicas. Mesmo nessa discussão profissional mais interna, ou talvez exatamente por ela se dar dentro dos limites institucionais da medicina, o tema de uma marcada diferença entre os sexos, expressa em termos de papéis sociais adequados e de limites físicos, aparece em destaque.

NOTAS

- 1 Carrara (1996, 1997) faz referência à constituição da andrologia no Brasil a partir do trabalho de José de Albuquerque, em torno da década de 30.
- 2 Carrara (1996:16) menciona: “o interesse das autoridades policiais em moralizar e disciplinar o espaço público (a luta contra a prostituição, a pornografia, o álcool, etc.); o das feministas na rediscussão da condição feminina e dos papéis sexuais; o dos padres e pastores na salvação das almas de seus fiéis e na conservação de sua pureza moral; e também o dos governantes na manutenção da saúde de seus cidadãos ou na implementação da eficiência bélica de seus soldados”.
- 3 O trabalho de Borges (1993) oferece um bom quadro de referências sobre a degeneração no pensamento social brasileiro entre 1880 e 1940, considerando, entre outros pontos, a importância dessa noção nas concepções sobre a nação brasileira.
- 4 O autor lembra que também a miscigenação racial era percebida como uma grande ameaça à raça, mas afirma que a partir da década de 20 do século passado as atenções, dos eugenistas inclusive, se concentrariam mais sobre a sífilis. A ênfase geral era no saneamento do país, por meio do combate às doenças epidêmicas e endêmicas, e na educação do povo, o que levaria a uma redenção eugênica (Carrara, 1996).
- 5 Sobre o exame pré-nupcial, pressupunha-se que as ‘senhorinhas’ fizessem exames mais simples que os noivos. O pudor fazia os médicos considerarem que só nos casos mais graves se deveria exigir o exame ginecológico (Carrara, 1996:250). A. L. Duarte (1999:218) cita que o exame pré-nupcial também constava entre as prescrições defendidas na 3ª Semana de Saúde da Raça, organizada pela Sociedade Brasileira de Urologia entre 13 e 18 de dezembro de 1943.
- 6 A necessidade da conformação de cidadãos controlados, educados e adequados à nova ordem nacional foi tratada por Russo (1997) com base na análise da conjugação entre pedagogia e psicanálise nas primeiras décadas do século XX no Brasil. A autora afirma que a sexualidade constitui o núcleo central do projeto educativo-civilizatório empreendido pelos nossos primeiros psiquiatras/psicanalistas.
- 7 Carrara (1996:162) afirma: “A moral sexual científica que os médicos inauguravam avaliava as relações do ponto de vista de sua função ou utilidade na manutenção da saúde individual e – sobretudo nesse momento – coletiva. Assim, de um modo geral, aos homens, principalmente aos homens casados, o que os médicos pediam (e, em determinadas circunstâncias, puderam exigir) era que abdicassem das prerrogativas que lhes dava a tradição e que assumissem sua responsabilidade biológica. Para isso, antes de mais nada, deviam aceitar o fato de que, como já dizia Pires de Almeida em 1902: “Os órgãos da geração pertencem antes à família, do que a si próprios; e que destruindo-os por qualquer forma, praticam a mais dura violência contra a prole. Efetivamente as esferas [os testículos] são os seios do homem, e, como estes, devem merecer os mesmos cuidados e a mesma idolatria que as pomas na mulher.”

- 8 Berriot-Salvadore (1993:1-3), estudando a literatura médica da Renascença, também localiza naquele contexto a presença de um modelo de representação da mulher como destinada para os papéis de mãe e esposa baseado em uma ordem inscrita na natureza. Embora a ginecologia vá sistematizar este modelo de uma forma jamais vista, pode-se dizer que as bases para um pensamento médico que assenta a hierarquia social do sexos em uma lei biológica já estavam dadas.
- 9 Sobre a definição da sexualidade feminina a partir da natureza no século XVIII, ver também o trabalho de Steinbrügge (1995).
- 10 Moscucci (1996:215, nota 31) afirma que concorda com Laqueur (1992) quando este situa a instauração da diferença qualitativa radical entre os sexos a partir do fim do século XVIII, mas defende que também há a permanência do parentesco entre homens e mulheres.
- 11 Tanto a preocupação com a diferença sexual quanto essa ambigüidade na preponderância de fatores sociais ou naturais no estudo do comportamento feminino são identificadas por Besnard também em cientistas sociais não médicos. Estudando a análise de Durkheim sobre o suicídio, o autor comenta: “Ademais, trata-se da posição hegemônica na época explicar a menor tendência das mulheres ao suicídio e à criminalidade em função de sua menor participação na vida social, ao mesmo tempo que se explicavam as variações das taxas de suicídios e de criminalidade entre as mulheres através de ‘causas orgânicas’. Assim, na *Année Sociologique*, as resenhas das obras sobre criminalidade, preparadas seja por Gaston, seja por Richard, seja por Durkheim, dedicavam interesse especial aos resultados que tendiam a mostrar a influência agravante da menstruação” (1973:33, nota 13).
- 12 Foi somente nas primeiras décadas do século XX que o urologista inglês Kenneth Walkes obteve maior êxito na divulgação da andrologia como o estudo das doenças dos órgãos masculinos da geração (Moscucci, 1996).
- 13 Além disso, diferenças sexuais mais explícitas, como o tamanho da genitália, também eram usadas para comparação. Analisando a iconografia da sexualidade feminina na arte, medicina e literatura no final do século XIX, Gilman (1985) demonstra como a sexualidade dos negros, e especialmente das mulheres, era percebida como desviante. Comprovavam-se as diferenças raciais por um lado, e a inferioridade feminina por outro.
- 14 Essa possibilidade de comparação a partir da pelvimetria foi desenvolvida também no Brasil. A tese de Justo J. Ferreira, defendida em 1887 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, trata de como a bacia pode servir como meio para distinguir as raças. Com base em pesquisas realizadas na Maternidade da Faculdade de Medicina e no Museu Nacional, o autor define as especificidades da raça negra, especialmente as suas ‘predisposições mórbidas’, embora haja algumas vantagens, como uma maior resistência das mulheres à febre puerperal. Além disso, salienta que o seu estudo concilia a obstetrícia com a antropologia, indicando que esta aproximação apontada por Moscucci (1996) para a Grã-Bretanha também acontecia aqui. Faria (1952:11) também menciona esta relação. Na França, os periódicos de ginecologia e obstetrícia estão repletos das análises feitas pelos médicos franceses sobre as

- ‘curiosidades’ ginecológicas que observavam nas nativas de suas colônias. Ver, por exemplo, a resenha ao trabalho do Dr. Felkin, intitulado *Contribution à l’étude de la détermination du sexe d’après des observations faites au sein d’une tribu d’Afrique*, publicado nos *Annales de Gynécologie* em 1886, e o artigo do Dr. Joyeux chamado *Quelques coutumes gynécologiques et obstétricales de la Guinée Française*, publicado nos *Archives Mensuelles d’Obstétrique et de Gynécologie* em 1912.
- 15 David Le Breton (1993:40-43), em um instigante trabalho que traça a história da anatomia, descreve essa hierarquia severa dos saberes editada pela Igreja. Os médicos resguardados na posição de clérigos se dedicavam à especulação e aos livros, não ousando intervir nas doenças ‘externas’, tocar no corpo do doente ou ‘fazer correr sangue’. Os cirurgiões são tratados como trabalhadores manuais. Sua atividade está no plano das artes mecânicas. Nas universidades, os professores leigos são mantidos afastados e não se ensina a cirurgia. Em Paris, em 1350, a Faculdade de Medicina obriga os bacharéis a jurarem jamais proceder a uma cirurgia.
 - 16 Pecker (1961) faz um apanhado da história da anatomia feminina, considerando especialmente os órgãos reprodutivos.
 - 17 Para uma história detalhada dos autores e das técnicas, pode-se recorrer a Cianfrani (1960), Cutter e Viets (1964) e O’Dwod & Philipp (1994).
 - 18 A trajetória de Paré é interessante porque, embora ele tenha feito grandes progressos na cirurgia, não era formado em medicina e não sabia latim, o que lhe valeu o desprezo dos colegas médicos (Le Breton, 1993).
 - 19 Rousset relata que em 1500 um criador de porcos, diante dos esforços infrutíferos de 13 parteiras, teria praticado a cesariana na sua mulher, que sobrevivera juntamente com a criança. Mas, segundo Plínio, foram Sipião o Africano, o primeiro da família dos Césares, e um certo Ceson os primeiros extraídos com vida do ventre da mãe morta no parto (Darmon, 1977).
 - 20 Tatlock (1992), analisando a relação entre parteiras e médicos na Alemanha dos séculos XVII e XVIII, aponta para a necessidade de romper com o mito simplista de que a tradição ignorante das parteiras foi vencida pelo profissionalismo científico dos homens. Ela sugere que as parteiras recorreram especialmente à interdição aos homens de tocar o corpo feminino para manter seus lugares, embora, com a mediação dos instrumentos, os cirurgiões tenham conseguido tornar o corpo da mulher passível de tratamento científico.
 - 21 Notadamente na França, uma grande preocupação dos médicos era o aleitamento. O estudo de Fäy-Sallois (1997) mostra como a indústria das amas-de-leite foi alvo de um severo ataque por parte dos médicos.
 - 22 De acordo com O’Dwod & Philipp (1994), as primeiras sociedades integrando ginecologistas surgiram nos Estados Unidos: a Boston Gynaecological Society, fundada em 1869, e a American Gynaecological Society, que surgiu em 1876.
 - 23 Vale lembrar que a Academia de Medicina de Paris havia sido fundada em 1820. Para uma história detalhada da Sociedade de Medicina, posteriormente Academia Imperial

- de Medicina e, com a proclamação da República, Academia Nacional de Medicina, ver Nascimento (1929).
- 24 O primeiro jornal de medicina fundado no Brasil em 1827 se chamava *O Propagador das Ciências Médicas* e foi obra do Dr. Sigaud, que já havia dirigido um jornal médico na França. Seu principal objetivo era a divulgação no Brasil dos progressos da medicina francesa e européia. Já em 1828 surge o *Semanário de Saúde Pública*, órgão da Sociedade de Medicina (Nascimento, 1929; Machado et al., 1978).
- 25 Sobre a composição dessa elite médica e sua relação com as sociedades médicas e a Faculdade de Medicina, especialmente no que se refere aos impasses do ensino e da profissão médica no Brasil, ver Edler et al. (1992).
- 26 O médico F. Magalhães (1922:17-18), ao traçar a história da ginecologia e obstetrícia seguindo um modelo linear e evolutivo, comenta que a separação entre medicina e cirurgia “gerou e nutriu a raça dos boticários, barbeiros, charlatães, segredistas, mezinheiros, impostores que então exploravam o povo inculto dos campos e nele alcançavam fortunas; também estes chegaram até nós, fugindo à solidão e à monotonia dos povoados, infestando, com proveito, tolerância e aplauso, cidades populosas e civilizadas”.
- 27 As doenças genito-urinárias masculinas também não são objeto de grandes intervenções durante o século XIX. Embora se realizem, em alguns casos, a amputação do pênis e a castração em razão de tumores e ulcerações, problemas como os cálculos na próstata ou tumores do escroto só passam a aparecer na bibliografia médica brasileira a partir de 1870 (Santos Filho, 1991).
- 28 O mesmo espanto com que eram vistas as práticas das parteiras também está presente nas observações de historiadores da obstetrícia no Brasil quanto às práticas indígenas. Tanto Fernando Magalhães (1922) quanto Jorge de Rezende (1983) incluem tais práticas como se fossem parte da história dessa especialidade médica, mas não sem emitir opiniões que atestam o ‘atraso’ e o caráter ‘rudimentar’ dos costumes descritos. Magalhães destaca o importante trabalho de Roquette Pinto, que merece reconhecimento pelo estudo da conformação pélvica das índias do Brasil, reconhecendo-lhes uma bacia grácil do tipo *equabiliter juxta minor*. Rezende (1983) também transcreve com espanto as notícias coloniais acerca dos partos indígenas, do rápido retorno da mulher às suas atividades, do tratamento privilegiado dado ao pai da criança, dos abortos provocados.
- 29 No livro *O Centenário da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro*, Fernando Magalhães (1932) traça um perfil dos ocupantes de todas as cadeiras da Faculdade de Medicina, incluindo suas publicações.
- 30 Na sua história da obstetrícia no Brasil, Magalhães (1922) se esforça em mencionar eventos que desabonem Erico Coelho. Sobre o desentendimento entre os dois, ver as informações trazidas pelo *Brazil Medico* (1920).
- 31 Sobre a biografia de Fernando Magalhães, ver também Magalhães (1944).
- 32 Na Bahia, a situação não foi muito diferente da do Rio de Janeiro. Em 1862, aparelhou-se uma sala da Santa Casa de Misericórdia para servir de maternidade. Mas é

- somente em 1910 que Climerio Cardoso de Oliveira inaugura o edifício destinado a uma maternidade. Em São Paulo e em outros estados, as dificuldades também foram grandes. Ver Magalhães (1922).
- 33 A Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Brasil foi fundada em 16 de agosto de 1897, sendo a diretoria assim composta: Feijó Filho (presidente), Rodrigues dos Santos (1^a vice-presidente), Rodrigues Lima (2^a vice-presidente), Augusto Brandão (1^a secretário), Carvalho de Azevedo (2^a secretário), Vieira Souto (tesoureiro) e Rocha Freire (bibliotecário) (*Brazil Medico*, 1897).
- 34 Ao longo de todo o trabalho de Alfredo Nascimento (1929), que descreve os primórdios e evolução da medicina no Brasil, tem-se inúmeras informações sobre como a obstetrícia e a ginecologia, ao lado da psiquiatria e da medicina legal, constituem algumas das especialidades que se distinguem no cenário médico brasileiro. É preciso notar que a formação de um quadro de especialistas e sua organização em associações não se deu sem conflitos com aqueles que privilegiavam uma orientação mais generalista. Estudando os precedentes da criação do Sindicato Médico Brasileiro, em 1927, Pereira Neto e Maio (1992) chamam a atenção para uma cisão da categoria médica entre os higienistas, os clínicos e os especialistas.
- 35 A medicina legal, por exemplo, lecionada desde a fundação das faculdades do Rio de Janeiro e Bahia, também englobava temas relacionados à mulher e à reprodução. O infanticídio, o casamento, o aborto, a gravidez e o parto eram alvo da atenção dos médicos legistas (Santos Filho, 1991).
- 36 Os colégios passam a se constituir como o laboratório dessa educação. São um espaço pensado para produzir a ordem e a salubridade. A disciplina ganha destaque na administração do tempo, do corpo e suas funções, e no adestramento das novas maneiras e conhecimentos. Nesse quadro de ‘normatizações’, o sexo era a principal preocupação. Os colégios viviam tentando encontrar meios para afugentar o mal da masturbação. Alguns higienistas chegaram a condenar o internato porque facilitava tal prática, tão estranha ao novo ideal de identidade entre sexualidade, amor no casamento e procriação (Costa, 1983).
- 37 Ver Silva (1984), na Colônia, a Igreja era o grande agente regulador do casamento e da sexualidade e traçava as fronteiras entre a sexualidade permitida e a pecaminosa. Dain Borges (1991) mostra como ao longo do século XIX e no começo do século XX desenvolve-se uma complexa ‘disputa’ entre Igreja e medicina social, especialmente no que se refere a temas como casamento, família, reprodução e sexo. O autor afirma que, especialmente na passagem do século, a Igreja empreendeu significativos esforços para conter a ameaça de ‘desagregação da família’ surgida com a entrada da mulher de classe média no mercado de trabalho. Entre as iniciativas, destacam-se uma maior dedicação da imprensa católica ao tema do papel da mulher na sociedade e à criação de associações femininas de devoção e caridade.
- 38 Segundo Corbin (1991), os médicos europeus exploravam a importância da sexualidade para a saúde da mulher e entregavam ao marido a responsabilidade por uma sexualidade temperada, que salvasse a esposa dos perigos da ninfomania ou do nervosismo.

- 39 Bicalho (1988) apresenta evidências de como já em fins do século XIX havia um imprensa feminina que criava novos padrões de sociabilidade, incluindo valores como individualidade, igualdade e emancipação da mulher.
- 40 Almeida (1987) vê o aparecimento da família nuclear como um marco da ascensão da burguesia industrial, tanto como desenvolvimento da ideologia protestante quanto como reação à decadência de costumes da aristocracia. De qualquer forma, ela estava sintonizada com os ideais da democracia advindos da Revolução Francesa, embora com particularidades: a igualdade surgia como um valor dominante, mas uma igualdade que não transpassava as diferenças naturais entre homens e mulheres, garantindo, bem ou mal, a manutenção da hierarquia entre eles.
- 41 De acordo com Mary Del Priori (1993), essa ênfase no corpo feminino com base na maternidade que se intensifica no século XIX já se encontrava presente no período colonial de várias formas.
- 42 Em contraste com o ideal propagado especialmente pelos médicos, pode-se citar a multiplicidade de papéis e ocupações exercidos pelas mulheres no século XIX. Para um panorama geral, ver os trabalhos de Dias (1995) e Quintaneiro (1996).
- 43 Sobre a construção da histeria por Charcot, em princípio como uma afecção feminina, no âmbito da psicologia fisicalista francesa, ver Barberis (1992).
- 44 Duarte (1986) demonstra como essas figuras nosológicas e o modelo de sujeito nelas implícito estariam associadas ao que chamou de ‘configuração do nervoso’, cujo auge ocorre no final do século XIX. Sobre a neurastenia, a medicalização dos nervos e até mesmo a sua apreensão como um ‘barômetro’ das preocupações e mudanças sociais no século XIX, especialmente quanto ao gênero, ver Davis (1989).
- 45 G. Swain, discutindo a histeria no âmbito da ‘desposseção subjetiva’, vai ainda mais longe: “Deve-se conceber a histeria e o discurso médico sobre a histeria como ‘reveladores’. Até Charcot, na histeria, e a propósito dela, algo se simboliza: o destino feminino. A doença funciona como um cenário onde se desvenda ou se exhibe a verdade do corpo feminino, e a condição que disso resulta. Pois a mulher é inteira por seu corpo, ou ao menos por uma parte dele: sua parte reprodutiva, a *hystera* dos gregos, e os órgãos associados, cujas manifestações histéricas têm exatamente por função evocar e assinalar o domínio preponderante” (Swain, 1983:107. Grifos da autora.).
- 46 Sobre a influência das concepções médicas nos romances naturalistas, por exemplo, ver Engel (1989b). Peter Fry (1982) chamou a atenção sobre a importância da ciência médica na definição das identidades sexuais que aparecem na literatura. Para uma análise mais ampla, centrada nas obras de José de Alencar e Machado de Assis, ver Ribeiro (1996).
- 47 Badinter (1985) explora esse conceito de mãe desnaturada usado pelos médicos para convencerem as mães das necessidades de aleitamento e cuidados com os filhos. Ela enfatiza que sob as luzes das idéias de Rousseau e outros pensadores que valorizavam o selvagem como o exemplo da boa natureza do humano, as mães européias dos séculos XVIII e XIX são levadas a abandonar os costumes aristocráticos de recusa de uma vivência intensa da maternidade. No caso do Brasil, segundo o que os cronistas da época enfatizam, as mães seriam acima de tudo ‘pouco civilizadas e preparadas’.

- Parece que aqui os médicos higienistas tiveram de lançar mão, ao invés dos argumentos da boa natureza, dos argumentos da boa educação e de valores associados à urbanização e modernização para o sucesso de seu empreendimento.
- 48 Sobre a figura da mulher como obsessiva sexual e suas implicações na teoria da degeneração, ver a análise de Carrara (1992) sobre o romance *As Mulheres Fatais*, do médico Claudio de Souza.
- 49 A autora cita um trecho exemplar da tese intitulada *Da Degeneração Psíquica*, defendida em 1895 por L. Oliveira: “O degenerado é todo aquele que, vitorioso ou vencido pela luta da existência, por defeitos hereditários ou por lesões adquiridas do caráter ou por funcionamento atávico, psíquico, fica improdutivo ou nocivo à sociedade” (Apud Nunes, 1991:56).
- 50 Além disso, na França, o médico também vai pouco a pouco perdendo o seu pedestal de benfeitor. A lei que em 1892 prevê a gratuidade da assistência médica transforma o que era um estado de fato em estado de direito, institucionalizando a filantropia médica. O médico continua cuidando da saúde dos pobres, mas agora o faz por dever e por um salário. A relação com o paciente, agora marcada mais claramente pela mercantilização, também afetará o seu prestígio social e a fundação moral da profissão. Isso se agravará com a lei de 1898 sobre os acidentes de trabalho, que obriga o médico a negociar sua posição entre os interesses divergentes do trabalhador, beneficiário do novo direito, e o patrão, que pagava a conta (Darmon, 1988).
- 51 Um caso famoso foi o do Doutor Watelet, ocorrido em 1884. Este médico, auxiliado por outros colegas, havia tratado o pintor Bastien-Lepage de um câncer no testículo. Em um momento posterior, o paciente parte para uma viagem à Argélia, falecendo logo após o seu retorno. Logo os jornais, desconhecendo a natureza da doença que afetava o paciente, passam a acusar o médico de ter prescrito a viagem para se desembaraçar dele, sabendo que aquele clima lhe seria prejudicial. Watelet fica entre o dilema do segredo profissional e a condenação do público, até que resolve contar aos jornais a natureza e a gravidade do mal sofrido pelo pintor. Reabilitado perante a opinião, ele passa a ser perseguido e condenado pela Justiça por violação do segredo profissional. Este caso dá uma idéia dos conflitos vividos pelos médicos quando da necessidade de violação do segredo (Darmon, 1988; Villey, 1986).
- 52 Esse tema aparece na interessante tese de José F. da C. Cruz intitulada *Do Hipnotismo e da Sugestão com Aplicação à Tocologia*, defendida na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1888.
- 53 Mary Poovey (1986) destaca que os debates em torno da anestesia evidenciam o quanto o corpo feminino serve como um terreno privilegiado para discussões políticas. Segundo a autora, mais do que a situação específica da mulher anestesiada, estavam em jogo disputas sobre concepções religiosas, morais, sexualidade, e embates profissionais.
- 54 Moscucci (1996) relata o caso de um médico que acreditava que os sintomas paraplégicos de uma paciente eram resultados de uma inflamação uterina. Na tentativa de demonstrar sua hipótese, mesmo sabendo que a paciente era virgem e não

- havia jamais sofrido de doenças ginecológicas, o médico procedeu ao exame com o espéculo. Uma semana depois os sintomas reapareceram e a mulher morreu. A autópsia demonstrou que ela sofria de uma inflamação na base do crânio e não tinha nenhum problema no útero.
- 55 O exame ginecológico foi tema de algumas teses na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Já em 1847 Carlos F. dos S. X. Azevedo tratava do assunto, considerando especialmente o problema do pudor feminino como impedimento do exame, tema retomado por Mario de Gouveia em 1906 e por Vicente Belmonte em 1927. Este último afirmava que o exame só deveria ser feito quando fosse imprescindível, com a presença de um outro colega médico e com o mais severo cuidado: “Nas explorações digitais e instrumentais, nunca introduzir o dedo ou o espéculo sem examinar atentamente a vulva, sem verificar a ausência da membrana hímen, por isso, que, lidando o profissional com clientes, mulheres, de todas as esferas sociais, a de baixa camada social, em geral ignorante, não informa convenientemente certos detalhes e se o operador for precipitado cometerá talvez atentado – e poderá passar futuramente por sérios aborrecimentos” (Belmonte, 1927:32-33).
- 56 É interessante que um estudo recente aponte para a continuidade de alguns dos dilemas colocados pelo exame ginecológico. Katharine Young (1997), estudando a prática do exame durante a década de 80 do século XX, mostra como são introduzidos procedimentos para evitar o medo e desencorajar alusões à sexualidade, identificando-se o corpo como simples objeto examinado.
- 57 Eynard (1981) contextualiza a reivindicação da entrada da mulher na profissão médica como parte de um movimento mais geral pelo direito à educação feminina que ocorria na segunda metade do século XIX.
- 58 Analisando o periódico francês de vulgarização médica *Journal de la Santé*, publicado entre 1889 e 1914, Juramy (1986) mostra que os artigos das médicas não se diferenciavam muito daqueles dos colegas homens. Com exceção da Doutora Marie Pierre, que defendia mais explicitamente a causa feminina e criticava alienistas e ginecologistas pelo fato de verem mulheres doentes em todos os lugares, as outras médicas reproduziam o discurso masculino.
- 59 Lorber (1997), traçando um panorama da presença da mulher nas profissões médicas do século XIX até os dias de hoje, mostra que apesar da liberdade de acesso, uma hierarquia baseada no gênero continua delimitando a atuação das mulheres. Isso se reflete na definição de especialidades ‘mais femininas’, como a pediatria, a obstetrícia e a ginecologia, ou na relação entre médicos homens e enfermeiras mulheres. Além disso, seu estudo identifica uma percepção diferenciada dos pacientes, baseada no sexo dos médicos que os atendem. Para uma análise sobre o significado social e de gênero da mulher no papel de cirurgião, ver Cassell (1996).
- 60 Juramy (1986) menciona que em 1865 o ministro da Instrução Pública da França autoriza Mlle. Reingguer a se inscrever na Escola de Medicina da Argélia, com a esperança de que por intermédio de uma mulher fosse possível fazer penetrar os benefícios da ciência médica no fechado mundo feminino daquela sociedade.

- 61 Eynard (1981) e Juramy (1986) se referem ao fato de que durante a Idade Média existiam mulheres praticantes de medicina que tiveram sua atividade proibida a partir do momento em que o ensino médico se encaminhava para sua institucionalização.
- 62 A trajetória de Madeleine Brès dá uma idéia das dificuldades enfrentadas pelas pioneiras no acesso à profissão médica. Casada com a idade de quinze anos, aos vinte e um ela se encontrava viúva e mãe de três filhos. É nessas condições que ela decide retomar os estudos visando à carreira médica, o que lhe foi recusado. O caso avançou até chegar a ser examinado pelo Conselho de Ministros, na ocasião presidido pela imperatriz Eugénie, que apoiou a causa de Madeleine. A sujeição a licenças especiais para freqüentar o curso de medicina vai durar até 1880, época em que o número de pedidos era tão grande que obrigou a uma mudança de estratégia pela faculdade. Vale destacar que boa parte desses pedidos vinha de estudantes estrangeiras, especialmente russas, que ainda não tinham qualquer possibilidade de acesso à medicina em seus países (Darmon, 1988).
- 63 Kaastrup (1983) afirma que há informações de que Ambrosina de Magalhães teria sido a primeira mulher a se matricular na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Sabe-se que em 1884 estudavam na mesma faculdade: Antonieta Cesar Dias, Ermelinda Lopes de Vasconcelos, Maria Amélia Cavalcanti de Albuquerque, Maria Torrezão Sue Suirville, Catarina Carlota Cremer Walter e Emilia Ferreira.
- 64 Sobre a presença feminina na Faculdade de Medicina da Bahia, ver Azevêdo & Fortuna (1989).
- 65 Kaastrup (1983) menciona o fato de que Ermelinda perdeu sua mãe, que a ajudava nos estudos, durante o período do curso. Sua tia, Carolina Trovão, veio em seu auxílio. Ela era analfabeta e, para a ajudar a estudante, decorava as lições que a sobrinha lia em voz alta e depois fazia com que esta a repetisse corretamente e sem vacilos.