

O CUIDADO COM O CORPO FEMININO NAS PÁGINAS DA GAZETA MÉDICA DA BAHIA: PRÁTICA DA GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA EM SALVADOR NO SÉCULO XIX

CAROLINE SANTOS SILVA*

Desde a fundação da Academia Médico-cirúrgica da Bahia em 1815 (SANTOS FILHO, 1991), a cadeira de Instruções Cirúrgicas, Operações e Obstetrícia fazia parte do programa de ensino. Com a transformação das escolas em Faculdades pelo decreto de 3 de outubro de 1832, a cadeira desmembrou-se em duas: **Operações e aparelhos e Partos e moléstias de mulheres peçadas e paridas e de meninos recém-nascidos**. Apesar de tais mudanças, o ensino da cadeira continuou meramente teórico, até porque as instituições não possuíam um local apropriado para o atendimento das parturientes, que durante muito tempo desconfiaram dos médicos e de suas práticas.

Contudo, alguns eventos foram marcantes para o desenvolvimento da Ginecologia e Obstetrícia na Bahia durante o período imperial. O primeiro destes foi a instalação da primeira enfermaria para parturientes na Santa Casa de Misericórdia em 1875, em Salvador, tendo o Dr. Luís Adriano Alves de Lima Gordilho, Barão de Itapoã, como professor da cadeira. Na verdade a enfermaria só ficou efetivamente pronta em meados de 1877, e ainda sim se constituiu em um pequeno quarto, com duas janelas, localizado próximo a latrinas insalubres (LIMA, 1877:113). Outro fato importante esteve ligado ao contexto de reforma no ensino médico ocorrida entre 1879 e 1894, momento de criação da cadeira de Clínica Obstétrica e ginecológica, que teve como professor o Dr. Climério de Oliveira.

Tomando por base o processo de legitimação das especialidades médicas ligadas ao trato com o corpo feminino foram mapeados na Gazeta Médica da Bahia alguns casos referentes ao cuidado com doenças do aparelho reprodutor da mulher. A análise desses casos também tem como objetivo a compreensão de certos aspectos da relação entre médicos e pacientes. Os artigos selecionados apresentam fatos que se sucederam na Santa Casa de Misericórdia, pois estes revelam o cotidiano dos doutores, suas

* Mestranda em História Social pela Universidade Federal da Bahia. Bolsista CAPES. Orientação da professora Dr^a. Gabriela dos Reis Sampaio.

incertezas, crenças, e até mesmo os erros. Falhas que levaram pacientes à morte, mas que foram tomadas como possibilidade de aprendizado.

Por outro lado, nestes mesmos artigos os médicos apresentaram suas ideias de maneira bem pedagógica, deixando transparecer quais os comportamentos femininos eram considerados mais ideais. Por isso, é preciso questionar se esses padrões de comportamento foram acatados pelas mulheres de carne e osso que protagonizaram as ocorrências transcritas ao longo deste texto. Portanto, tratar da saúde da mulher neste contexto requer também problematizar a naturalização de características e papéis definidos a partir da constituição biológica do corpo feminino.

1. FORAM MUITAS AS JOANAS?

No dia 17 de abril de 1859 o Doutor Silva Lima foi chamado por seu colega Dr. P. J. dos Santos para examinar sua escrava Joana que, apresentando sintomas de gravidez em abril de 1858, sofrera dores de parto no mês de outubro do mesmo ano, sem nada expelir, conservando deste então no ventre o mesmo volume.

O caso de Joana de Camamu surpreende desde a leitura do título: *Prenhez de 18 meses*. Parece incrível uma mulher conservar um feto em seu ventre durante todo esse tempo. E a ideia torna-se mais aterrorizante na medida em que pensamos em seu padecimento, já que a presença do feto morto em seu organismo deve ter ocasionado uma série de transtornos.

Este impactante caso desvela a própria condição da medicina em suas inúmeras limitações naquele período. Por outro lado, o relato suscita questionamentos ligados à relação médico-paciente, levando em consideração a perspectiva de que Joana não foi um sujeito passivo dentro de todo o rol dos acontecimentos. Deste modo, é possível refletir sobre as limitações de um saber médico em que a tentativa de implantação de um projeto disciplinarizante foi permeada por inúmeras contradições que se estenderam desde a falta de harmonia do corpo médico brasileiro até as diferentes concepções de cura vivenciadas pelos indivíduos em seu cotidiano.

1.1. “Um caso de prenhez extra-uterina de 18 meses”

Joana, preta crioula, natural da vila de Camamu, 18 anos de idade, estatura regular, constituição antes débil que robusta, foi sempre sadia, e nunca teve filhos; o fluxo menstrual apareceu pela primeira vez entre os 13 e os 14 anos, e, até o princípio de 1858, foi sempre regular, e nunca acompanhado nem seguido de incomodo algum (LIMA, 1867: 255).

Em abril de 1858, Joana, após ter suas regras suprimidas, observou que crescia-lhe no ventre um “tumor do tamanho de uma laranja”. Apesar da aplicação de sanguessugas, o ventre continuou a crescer nos meses posteriores, e no princípio de junho a escrava notou “com admiração” que dentro do tumor alguma coisa se movia. A partir deste e de outros sintomas, só então o Dr. Santos (dono da escrava) diagnosticou uma “prenhez”.

Contudo, mesmo sofrendo de fortes dores no mês de outubro de 1858, quando supostamente chegaria a termo a gravidez, não houve parto e desde então Joana conservou no ventre o mesmo volume. Em novembro reapareceu a menstruação, e mesmo com a saúde fragilizada, a escrava voltou às suas ocupações domésticas. Mas pelo seu padecimento e pelas inquietações que cercavam o caso, o Dr. Santos resolveu trazê-la para Salvador em janeiro de 1859.

Ao vê-la pela primeira vez, o Dr. F J. da Silva Lima descreveu Joana como uma paciente bem conformada, e sem padecimento notável. Ao longo do quadro de observações o médico não deixou de expor suas incertezas diante do caso, afirmando que:

Para resolver a questão do diagnóstico propus a mim próprio estes dois quesitos: 1º será constituído o tumor por um produto de concepção; 2º e se o é, estará este produto contido na cavidade uterina?

Posto que a estranheza do caso me embaraçasse algum tempo, pois que nunca tivera ocasião de observar nenhum semelhante, depois de refletir atentamente na história pregressa, e nos sintomas atuais, resolvi a primeira questão pela afirmativa, e a segunda pela negativa, isto é, que o caso era de concepção extra-uterina (LIMA, 1867: 256).

O que chama atenção é o desprendimento com o qual Silva Lima confessa o seu embaraço diante de um caso desconhecido. Ao mesmo tempo em que reconhece suas limitações, parece justificar, a partir deste momento, as conseqüências da sua falta de experiência em eventos clínicos como estes. Falta de experiência que se mostrou

também na prática dos diferentes médicos que foram consultados, inclusive o próprio senhor da escrava.

Apesar de afirmar o diagnóstico de gravidez extra-uterina, Silva Lima, em virtude da gravidade do caso, resolveu consultar o seu ilustre amigo, o Dr. J. L. Paterson, que corroborou sua opinião. Feito o diagnóstico, os médicos depararam-se com outro impasse: qual seria o tratamento adequado posto que esse evento era estranho à sua experiência? Como o feto já estava morto e não havia nenhum sintoma mais urgente, nada foi proposto, e resolveram que “a expectativa era o único expediente racional a seguir”.

Foram dias de observação até que Joana, ao apresentar diarreia, expeliu junto com os dejetos pedacinhos de ossos. Esses foram considerados “semelhantes a uma falange do pé de um feto, quanto à conformação, mas de um desenvolvimento mais adiantado do que se deveria encontrar em um feto de tempo” (LIMA, 1867: 257).

O agravamento dos sintomas fez com que no início de julho o clínico responsável pelo caso passasse a considerar a possibilidade de extração do feto através de uma operação. Apesar da oposição dos médicos Gesteira e Alemcastre a respeito dos procedimentos que consideravam arriscados devido ao estado debilitado em que se encontrava a paciente, Silva Lima procedeu a operação. No dia 24 de julho realizou-se a extração do feto e, para a surpresa de todos, não lhe faltava osso algum.

O procedimento utilizado por Silva Lima aproximava-se muito da operação cesariana¹. Segundo o Dr. João Antônio Saraiva, uma das indicações para a cesárea era a prenhez extra-uterina, pois já que o feto não fora expelido pelas vias naturais, não restava alternativa a não ser a extração abdominal. O Dr. Saraiva também destacava a oposição com relação a tal cirurgia, à época considerada por muitos médicos franceses e ingleses uma prática de risco tanto para a saúde da mãe quanto do feto (1856).

Alguns anos depois a operação cesariana voltou a ser debatida, desta vez por Rita Lobato, que tratou do assunto de maneira mais detalhada e sistemática. Por ter sido defendida em 1887, momento posterior à publicação do caso de Joana, a tese evidencia as mudanças em certas técnicas do campo da Obstetrícia e Ginecologia.

¹ O Dr. Luís da Cunha Feijó, Barão e Visconde de Santa Izabel, é apontado como o primeiro médico a praticar a cesariana no Brasil. Em 1855, enquanto médico da Casa Imperial, acompanhou o parto complicado da Princesa Izabel, tendo que aplicar a craniotomia para salvar a vida da mãe em detrimento da vida do filho. Ver: ROHDEN, Fabíola. **Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.p.63.

Um dos fatores que a Doutora Rita Lobato destaca para o sucesso da operação cesariana é a utilização de métodos anti-sépticos em todos os procedimentos, incluindo o pré e pós-operatórios. Para tanto, a médica descreve detalhadamente tanto o que deveria ser feito no preparo da paciente quanto sobre o lugar onde deveria ser realizada a operação, afirmando que:

O quarto escolhido para praticar-se a operação deve ser isolado, espaçoso, bem arejado e em boas condições higiênicas; sua temperatura deve ser mantida entre 18 e 20 graus, o ar deve estar saturado de vapores de água fenicada². Os objetos comuns deverão achar-se perfeitamente limpos (1887: 21).

Tais condições não pareciam ser oferecidas às pacientes em 1859, momento em que nem mesmo havia uma enfermaria especializada para o atendimento dessas ocorrências. Presume-se então, pelos indícios do relato, que as condições de assistência aos pacientes não foram as melhores possíveis se comparadas aos padrões higiênicos debatidos ao final do século XIX. Contudo, é preciso ressaltar que os hospitais não contavam com a infra-estrutura necessária para oferecer outro tipo de tratamento, sendo que a melhoria das técnicas e procedimentos se deu a partir de um processo lento e contraditório. Sendo assim, os médicos faziam o que podiam com o que tinham em mãos.

Contudo, essa também não era a situação das enfermarias quando Rita Lobato defendeu sua tese. Como foi dito no capítulo anterior, a Santa Casa de Misericórdia da Bahia ainda não tinha se adequado às normas de higiene difundidas no período. Entretanto, a crescente utilização de práticas anti-sépticas foi relevante, já que pode ter evitado infecções e outras mazelas que agravavam o estado de saúde dos pacientes que adentravam o hospital.

Mesmo com os esforços de Silva Lima para atenuar as dores de sua paciente, a morte era algo iminente, e a própria Joana parecia saber do perigo que corria. Mesmo em condições não indicadas, a operação foi realizada, e foi extraído um feto do sexo masculino. A criança nasceu sem que parte alguma lhe faltasse. De onde então viera aquele ossinho que segundo a enfermeira tinha sido expelido pela paciente? Comentando sobre o evento, Dr. Silva Lima afirma:

² Ácido Fênico adicionado à água. Serve para esterilizar o ambiente.

Procurei depois investigar a origem d'onde proviera aquele osso, mas inutilmente; a enfermeira continuou a afirmar que o encontrara no vaso de que se servia a doente, e entre os excretos.

Note-se que depois do aparecimento do osso misterioso nunca deixei de examinar pessoalmente as matérias evacuadas, sem que me fosse possível descobrir coisa alguma que pudesse pertencer ao feto; note-se mais que a doente e a pessoa que a vigiava sabiam o fim para que se fizera a recomendação de examinar as dejeções por ocasião do aparecimento da diarréia no mês de junho, e **não ignoravam tão pouco a possibilidade de se recorrer a uma operação, para a qual a doente, por mais uma vez, mostrara repugnância**

Seria pois o aparecimento do osso devido a uma fraude com o fim de adiar a operação, ou a uma coincidência difícil de acreditar?(grifos nossos) Não sei. As indagações que fiz não tiveram resultado algum satisfatório (1867: 260).

Este trecho torna o fato interessante pela própria dinâmica delineada: a paciente que até então permanecia em aparente estado de passividade esboçara seus desejos e medos através de uma suposta “conspiração” com a enfermeira. Por outro lado, tal assertiva merece um exame mais apurado sobre a participação de Joana no que se refere à constituição da relação médico-paciente. Neste caso, deve-se levar em consideração que havia uma tentativa de obscurecimento e até mesmo descrédito das ações da paciente. É um jogo de poder em que o detentor de um saber científico insiste em transformar um sujeito em mero objeto de observação e intervenção.

Mas é preciso pensar que as próprias limitações desse saber médico ofereciam brechas para que as Joanas se tornassem “pacientes ativas” que detivessem o controle, ainda que relativo, dos seus corpos. O médico só conhecia a doença a partir da confissão dos sintomas pelo paciente, o que exigia uma relação de confiabilidade que até este momento se mostrava muito fragilizada pelo próprio contexto de precária institucionalização da medicina. Quando se trata de doenças de senhoras é preciso pensar também em todas as questões morais que revestiam o corpo feminino. Por outro lado, os relatos até aqui analisados também tocam na condição da mulher negra no século XIX, em especial no que concerne à assistência no campo da escravidão (PÔRTO, 2006).

Joana parecia realmente não ter voz. Em alguns momentos, parecia que ela estava conformada e sem padecimento aparente, como afirma Silva Lima nas linhas iniciais do caso. A sua condição de escrava certamente deve ter sido mais um fator para

seu silêncio, tendo em vista que o seu senhor deve ter autorizado todos os procedimentos, inclusive a operação, à qual Joana pareceu se opor.

Ao tratar da operação cesariana, Rita Lobato afirma que o parteiro deve:

Esclarecer à parturiente e à família sobre as vantagens que podem resultar de semelhante operação, ponderando-lhes ao mesmo tempo as razões que o levaram a tomar tal deliberação.

Deve tornar patente às pessoas que pela parturiente se interessam os perigos que a ameaçam e procurar, o quanto estiver a seu alcance, tranqüilizá-la e animá-la (1887: 18).

Rita Lobato, em seu trabalho, defende o esclarecimento da paciente por parte do médico. É como se a parturiente deixasse de ser apenas um objeto de estudo, passando a ser vista como um sujeito que precisa e deve saber quais as intervenções que serão feitas em seu corpo. Assim, Rita Lobato parece conceder racionalidade a esta mulher, acreditando que ela tinha a capacidade de entender todo o processo. A doutora, através deste simples procedimento, talvez quisesse conquistar a confiança de suas pacientes.

Não se pode saber se Silva Lima pacientemente explicou à Joana os motivos pelos quais ele faria a operação. Contudo, a atitude do médico, em considerar as ações da enfermeira e de sua paciente como atos irracionais, revela que suas escolhas independiam da vontade da doente.

1.2. Prenhez extra-uterina: estudo de casos

O longo e descritivo caso de Joana de Camamu enquadrou-se em um estudo de caso proposto por Silva Lima sobre a gravidez extra-uterina. Segundo o médico, até aquele ano de 1858 tinham sido raros estes tipos de anomalias. Porém, no ano de 1859 foram diagnosticados, de janeiro a outubro, quatro casos.

O primeiro dos quatro foi verificado pela autópsia no mês de janeiro pelo Sr. Tito Adrião Rebelo.

O segundo é o que se faz o objeto desta observação

O terceiro é o de uma mulher que entrou para o hospital da Misericórdia com dores de parto que datavam de alguns dias; esta mulher foi operada *in extremis* pelo cirurgião daquele hospital o Sr. Dr. Moura, que conseguiu extrair, pela incisão abdominal, um feto vivo; a criança durou algumas horas, e a mulher sucumbiu poucos dias depois.

O quarto é de uma mulher que, segundo toda a probabilidade, está no fim do oitavo mês da gestação, e a quem tive de medicar, há três meses, por um aborto de que ela se supunha ameaçada, em consequência de ter caído de

encontro a uma cadeira. Pelo exame a que procedi nessa ocasião para verificar o estado do colo do útero, suspeitei que este órgão, posto que muito volumoso, não continha o feto na sua cavidade; (...) (1867: 260-1).

A primeira observação deste trecho se dá pelo fato de que dos quatro casos, três resultaram no falecimento das pacientes. Este dado é mais um indicativo sobre a falta de conhecimento dos médicos com relação a esse tipo de ocorrência, o que também está ligado ao domínio de técnicas como a cesariana e outros métodos de controle de infecção no pós-operatório. Em verdade, esta insegurança reflete o momento de consolidação da medicina científica, e por isso essas dificuldades também foram detectadas no panorama mundial, sendo que as principais invenções da medicina moderna deram seus primeiros passos em meados do século XIX (PORTER, 2001).

O trecho citado acima também dá indícios da predominância da anatomoclínica como principal aparato metodológico dos médicos no Brasil imperial. O método consistia na observação clínica do paciente em busca de lesões anatômicas que poderiam ser visualizadas após a autópsia. Entre os principais representantes da anatomoclínica, François Broussais “defendia que a vida estava determinada e mantida pela ‘irritação’ que os estímulos exteriores produziam no organismo, principalmente através do eixo respiratório e do tubo digestivo” (BARRETO, 2005: 27). A “irritação” excessiva poderia causar inflamações, que por simpatia poderiam atuar em todo o organismo. Nos casos analisados por Silva Lima, os médicos também seguiam a indicação terapêutica de Broussais, a exemplo da utilização de sangrias e transcrição de dietas alimentares rigorosas (PIMENTA, 1997). Neste prisma destaca-se o exemplo de Joana quando lhe aplicaram sangrias para diminuir o volume do ventre antes do diagnóstico da gravidez.

Neste contexto, o hospital ainda era visto como um lugar onde se esperava pela morte e que fazia com que as pacientes temessem por suas vidas, conforme é possível verificar em trechos da Gazeta Médica. É por isso também que as camadas mais abastadas da sociedade tinham seu médico de confiança, embora não abrissem mão de algumas práticas de cura que não estavam diretamente ligadas à medicina oficial. Logo, é importante destacar que a concepção de doença em todas as classes, durante grande parte do século XIX, esteve associada ao âmbito privado, já que se acreditava que no seio familiar o doente seria acompanhado por seus entes queridos, que poderiam lhe transmitir o acolhimento necessário em um momento de sofrimento (RIOS, 2001:132).

Tanto o caso de Joana como os de outras mulheres demonstram a fragilidade das pacientes diante das sensações desconhecidas provocadas pela doença. E ao que parece, os médicos não tinham uma preocupação com a “humanização” do atendimento a essas mulheres, posto que essas idéias começaram a ser difundidas a partir do final século XIX na Europa, com o surgimento do movimento do “paciente como pessoa”, em que os médicos buscavam uma aproximação mais simpática e compreensiva com o doente, o que era visto como um fator importante para o tratamento (PORTER, 2001: 143).

Retomando o artigo do Dr. Silva Lima, resta analisar as conclusões elaboradas pelo médico sobre as causas da prenhez extra-uterina entre as baianas:

(...) a particularidade de que estas quatro mulheres são todas de **cor, solteiras e escravas ou criadas** (grifos nossos); estas últimas circunstâncias tendem a confirmar a opinião de Astruc, segundo a qual são mais sujeitas às prenhez extra-uterinas as raparigas **solteiras e as viúvas** que tem reputação de castidade, cujos amores ilícitos as expõem ao susto, à vergonha e à surpresa (1867: 261).

As três condições destacadas pelo doutor fazem parte do rol de fatores que determinam o enquadramento dessas mulheres aos valores morais estabelecidos no período. Com isso é possível perceber que os discursos dos médicos tinham por base preceitos que se entrelaçavam às críticas feitas aos costumes de um grupo de indivíduos que “burlavam” certos padrões morais estabelecidos pela sociedade.

Neste sentido, a questão racial emerge como fator preponderante. Não haveria de ser diferente, posto que a sociedade escravocrata do século XIX estava embebida por discussões sobre raça, e o debate principal girava em torno da suposta degeneração social da população brasileira gerada pela escravidão e pelo processo de miscigenação (SILVEIRA, 1999: 87-144). Neste viés, a idéia de uma inferioridade racial dos negros estava simbolicamente associada à consolidação das hierarquias sociais, na medida em que justificava a dominação dos brancos. Contudo, é preciso destacar que as teorias raciais ganharam mais visibilidade no Brasil ao final do século XIX, quando os debates sobre o abolicionismo suscitaram discussões sobre o caráter nefasto da miscigenação das raças enquanto fator que interferia negativamente na constituição de uma nação civilizada (SCHWARCZ, 1996: 86).

Assim, pelo que foi exposto por Silva Lima, ser mulher negra seria uma condição ainda mais inferior e degradante. Para o médico, o que fica evidente é que

essas mulheres eram sexualmente propensas a comportamentos lascivos que fugiam aos padrões de passividade exigidos para o sexo feminino. A historiadora Marta Abreu Esteves, quando trata dos depoimentos das mulheres das classes trabalhadoras em alguns processos de defloramento no Rio de Janeiro, ressalta que elas ao adotarem uma prática diversa punham em xeque o caráter universal de certos valores como a virgindade e o casamento. Assim, entre essas mulheres era comum “namoros mais ‘livres’ e curtos até as primeiras relações sexuais; uniões sem os pré-requisitos da virgindade ou dos comportamentos ‘recatados’; relações alternativas ao casamento.” (1989: 170).

Ironicamente, Dr. Silva Lima fala de uma suposta castidade de moças solteiras e viúvas que engravidavam fora de uma relação conjugal formal, vivenciando livremente os amores ilícitos.

A mulher, ligada primordialmente à família e à maternidade, torna-se a afirmação do feminino modelar. Frente a ela, as outras aparecem como a desordem, aquelas que não realizam o ideal sexual do amor matrimonial e da maternidade: as solteiras, as libertinas, as prostitutas e as apaixonadas – todas aquelas cuja sexualidade não posta para gerar filhos no interior da família institucional (SOIHET, 1989: 116).

Consequentemente, havia uma condenação das mulheres que transgrediram certos valores e vivenciavam sua sexualidade a partir de suas necessidades, dentro de um contexto social que as permitia ressignificar certos valores, como honra, castidade etc (ESTEVES, 1989). A doença, pelo depoimento de Silva Lima, aparecia como um castigo, reflexo das práticas tidas como imorais. Neste viés, as gerações futuras pareciam estar sofrendo com as atitudes desviadas de suas mães. Nos casos analisados, infelizmente, não houve futuro nem para as mães e nem para os filhos, o que se justifica mais pela inexperiência médica do que pelos comportamentos supostamente lascivos das pacientes.

1.3. Um erro de diagnóstico: O caso de Angélica

Apesar de este artigo ter sido publicado na Gazeta Médica no ano de 1876, a publicação faz referência a um dos quatro casos descritos por Silva Lima quando tratava

de Joana. Oito anos após esta ocorrência, Silva Lima volta ao caso para transmitir sua experiência, pois “são instrutivos os erros depois de reconhecidos como tal” (1876: 168).

Até o ano de 1859, Silva Lima julgava que Angélica também estava com uma prenhez extra-uterina. Contudo, o desenrolar do caso mostrou algo completamente diferente e até mesmo surpreendente. A paciente é identificada da seguinte maneira:

Angélica, preta africana, solteira, de perto de 40 anos de idade, mãe de cinco filhos, julgou-se grávida no princípio de maio de 1859.
Em 16 de setembro seguinte, caíra de encontro à esquina de uma cadeira, sofrendo uma forte pancada no lado direito do ventre.
Em 28 manifestaram-se dores por todo o abdômen, particularmente no hipogástrio, dores que não eram contínuas, mas apareciam com intervalos de algumas horas; eram bastante intensas, e às vezes tornavam-se insuportáveis. Não houve evacuação alguma pela vagina (1876: 168).

Os dados de identificação desta paciente são relevantes porque dão indícios sobre a população feminina que constituía a sociedade baiana escravista, deixando ver alguns dos comportamentos dessas mulheres das camadas trabalhadoras. Angélica, preta africana, segundo Silva Lima empregava-se em trabalhos domésticos, mais especificamente em trabalhos de cozinha - ele não cita sua condição de escrava ou liberta. Contudo, pela descrição do caso, e por não aparecer nenhum senhor, parece que Angélica era livre e gozava de certa autonomia dentro da cidade de Salvador. Segundo Cecília Soares, “a maioria das domésticas eram escravas, embora houvesse negras livres e libertas que se ‘alugavam’, conforme a terminologia da época, para trabalhar em algumas dessas atividades” (SOARES, 1994: 22).

Contudo, para as atividades domésticas as famílias da elite preferiam as “crioulas”, enquanto as africanas se concentravam em sua maioria nas atividades de ganho. Em trabalhos como a cozinha, em que se empregara Angélica, opta-se por mulheres com mais idade já que, segundo a visão dos senhores, essas seriam mais acomodadas, podendo se exercer um controle maior sobre elas (SOARES, 1994).

Outro aspecto que desperta atenção é a própria constituição familiar de Angélica, uma mulher solteira mãe de cinco filhos. Angélica poderia viver em uma união não formal, como grande parte das mulheres negras e pobres do período. Por outro lado, em nenhum momento da descrição o médico fala em seu companheiro; aparentemente, Angélica esteve o tempo todo sozinha. Mas como se trata de uma

descrição científica, Silva Lima não parecia estar preocupado com a família da paciente. Portanto, são muitas as lacunas oferecidas por esta fonte, e mais uma vez as condições de vida dessa mulher pareciam não ter muito significado para o médico que falava de seu lugar institucional.

Angélica sofrera a queda em 16 de setembro e só procurou assistência médica em 29 de setembro. Certamente, ela sabia que negligenciar uma queda em período de gravidez poderia resultar em complicações sérias. No entanto, talvez tenha procurado outro tipo de tratamento, podendo até ter sido examinada por uma parteira. Contudo, estas são apenas suposições que não podem ser de fato comprovadas, já que não constam na descrição do caso. O fato é que, naquele período, algumas mulheres demoravam muito tempo para procurar os hospitais, como já foi dito. E, segundo Silva Lima, Angélica “manifestava as mais vivas apreensões sobre o seu estado, e tinha o pressentimento de que a gravidez lhe seria fatal” (1876: 168).

Após o primeiro exame e a consulta a três colegas (os doutores Alves, Paterson e Wucherer), Silva Lima concluiu que se tratava de um prenhez extra-uterina. O feto se encontrava na parte superior do abdômen, enquanto o útero vazio se encontrava acima do púbis. Mais uma vez, para o tratamento principal todos os profissionais consultados aconselharam:

a expectação, pura e simples, a observação assídua da marcha ulterior do caso, e colocar a paciente em condições de lhe podermos prestar oportunamente os serviços profissionais que os acidentes a temer no futuro viessem a reclamar. Pelo que foi ela recolhida a uma casa de saúde, sob a imediata vigilância do seu diretor, que me deveria comunicar qualquer ocorrência que exigisse cuidados especiais (1876: 171).

Contudo, o clínico não respeitou à risca esse conselho, deixando depois de algum tempo de fazer as visitas regulares. Foi então que, em janeiro de 1860, o diretor da casa de saúde mandou-lhe avisar que Angélica sofrera de dores intensas semelhantes às dores de parto. A descrição do trabalho de extração do feto é bastante impressionável para um leigo em medicina, e tendo em vista as condições do procedimento, a maioria dos leitores julgaria que não haveria como sobreviver em tais circunstâncias. Após a extração do feto, que morreu por asfixia, Silva Lima detecta no abdômen a presença de um tumor, tumor este que antes ele considerava ser o útero vazio. Portanto, surpreendentemente a conclusão é que o útero com o feto encontrava-se na região

superior do abdômen, já que havia um tumor mais abaixo. Neste caso, não se tratava de uma prenhez extra-uterina.

Angélica, felizmente, restabeleceu-se, apesar da persistência do tumor abdominal. Segundo notícias, ela ainda vivia no momento de publicação do artigo (1876), empregando-se, como antes, em trabalhos de cozinha. Ao tratar do erro, o médico afirma que:

a doente recolhida à casa de saúde, e os exames não foram continuados, como deveriam ter sido, nos últimos meses de gravidez; esta lacuna é, talvez, a causa de se não ter reconhecido, ou, pelo menos, suspeitado o engano antes do desenlace, aliás comparativamente feliz, que nos surpreendeu a todos; as modificações que o colo uterino devia necessariamente apresentar nos últimos tempos de gravidez teriam diminuído ao menos a segurança que tínhamos nas bases do diagnóstico estabelecido em uma época em que tais modificações são menos aparentes, e o eram menos ainda pelas condições patológicas em que se achava o útero.

Foi-me consolação, entretanto, o não ter este erro prejudicado muito a minha doente, e o ter encontrado neste caso instrutivo e interessante, uma das mais profícuas lições que me tem proporcionado a prática.

Acresce ainda a isto a circunstância de ter errado em tão boa companhia, e a de pensar que outros colegas antes de mim, e em posição e condições de saber e de experiência incomparavelmente superiores, cometeram erros de maior importância, e de mais sérias conseqüências.

Em uma coisa, porém, os imito; é na franqueza de confessar também o meu, e de o tornar, como eles os seus, proveitoso aos que estudam a arte difícilíssima do diagnóstico, vasto pélagos cheio de escolhas, onde os mais atilados práticos se perdem no rumo, sem que lhes possa valer a sua perspicácia e longa experiência.(grifos nossos) (LIMA, 1876: 174).

O que torna mais interessante este trecho é o fato de que o médico apresenta uma preocupação com sua paciente, animando-se já que a doente sobreviveu, mesmo com tantas incertezas em relação a seu estado. Por outro lado, Silva Lima também se regozija por não ter errado sozinho, e sim na companhia de tão ilustres e experientes colegas. Ironicamente, o médico mostra a fragilidade das práticas médicas do período, deixando ver o quanto eram incipientes os conhecimentos sobre o corpo humano, e em especial sobre as doenças do aparelho reprodutor feminino.

Ao que tudo indica, a gravidez extra-uterina continuou sendo uma incógnita para médicos baianos durante muito tempo. No dia 30 de janeiro de 1895 recolheu-se à Enfermaria Santa Izabel, na Santa Casa de Misericórdia, “Maria da Conceição, cor preta, com 22 anos, solteira e natural desta capital” (PRAGUER, 1895: 206). Maria da Conceição foi atendida no dia seguinte pela Dr^a. Francisca Prager, médica parteira da Faculdade de Medicina da Bahia, e pelo médico assistente Dr. Nery.

Segundo a doutora Francisca, tratava-se de um caso de gravidez em estado bastante adiantado, porém não havia indícios de quando seria o parto. Alegando falta de esclarecimentos precisos sobre o histórico da paciente, os médicos administraram os primeiros cuidados, mas resolveram esperar até o dia seguinte para resolver sobre futuras intervenções. Contudo, neste mesmo dia foram surpreendidos com a notícia de que a paciente havia falecido pela tarde.

Ao realizarem a autópsia, detectaram um caso de gravidez ectópica (prenhez extra-uterina). A médica então se justifica afirmando que:

Era o primeiro caso de gravidez ectópica que nos chegava às mãos e cuja autópsia fazíamos, e, não tendo quem nos orientasse na investigação minuciosa dos diversos órgãos, talvez nos escapasse muita coisa que tivesse a máxima importância para o diagnóstico (PRAGUER, 1895: 209).

Trinta e seis anos tinham se passado desde a morte de Joana, e, no entanto, parece que as coisas pouco tinham mudado. A troca para o hospital Santa Izabel ocorrida em 1893 parece ter melhorado as condições de atendimento a essas mulheres, inclusive porque na descrição de Francisca Prager já aparece o termo ‘assepsia’. Contudo, em termos de diagnóstico, as práticas ainda se mostravam bastante frágeis e imprecisas, sendo que o método mais utilizado continuava a ser a “pura e simples” expectativa. Resumia-se em deixar a natureza agir. A natureza agia, mas muito tarde para intervenções médicas.

Ao fim de seu artigo, Francisca deixa transparecer suas incertezas perante a ocorrência, pois nunca tinha presenciado um caso desses. Mas esse não deveria ter sido um ponto discutido nas aulas de Clínica Obstétrica? Talvez ainda persistissem nas Faculdades um ensino de caráter apenas teórico, o que limitava os futuros doutores que em sua prática poderiam se embaraçar perante determinados casos vistos apenas através dos compêndios decorados durante o curso de medicina.

Infelizmente, os erros de Silva Lima e de outros médicos não serviram de exemplo para os futuros esculápios, tanto que muitas mulheres, em especial negras e pobres, continuaram morrendo em virtude da inexperiência desses profissionais.

Mais uma vez, entra em pauta a questão da prática da mulher médica. Os casos ilustrados até aqui mostram o despreparo de médicos e médicas, o que, em verdade, está ligado ao processo de formação e não à capacidade de cada gênero. A Dr^a Francisca cometeu erros bastante parecidos com os de Silva Lima, ou seja, desconhecimento da

enfermidade apresentada pela paciente. Por outro lado, é preciso levar em consideração o fato de que Francisca ainda estava iniciando sua carreira, e quando comparam-se artigos escritos pela médica em períodos posteriores podemos vislumbrar seu crescimento profissional. Assim, toma-se como exemplo o artigo sobre Profilaxia Matrimonial publicado em 1923, em que a doutora trata da eugenia enquanto prática moral e física para a higienização das relações dentro do casamento. Para tanto, ela destaca a situação da mulher que ficava sujeita ao contágio de doenças como a gonorréia, por conta da infidelidade dos maridos. Para a médica,

a profilaxia matrimonial deve começar no recinto do lar com a educação completa dos dois sexos, relativamente ao seu desenvolvimento sob o ponto de vista físico, moral, intelectual e higiênico, para que possam oportunamente conhecer e evitar o perigo das infecções prováveis ou pelo menos atenuar suas manifestações (1923: 93).

Observa-se neste trecho que a doutora Prager defende a educação para ambos os sexos como possibilidade de igualdade dentro da relação. As mulheres deveriam ser instruídas como forma de prevenção ao contágio de doenças. Em verdade, a perspectiva eugênica defendia uma educação sexual efetiva para que as gerações fossem moralizadas, sendo sua herança progressivamente melhorada na construção de uma verdadeira civilização (RAGO, 2007).

Para a consolidação desse projeto, a Dr^a Francisca defende a monogamia verdadeira dentro do casamento institucional. A partir dessas e de outras colocações, e pelo lugar de classe de onde a médica fala, há de se concluir que as preocupações de Francisca possivelmente estivessem muito mais voltadas às mulheres de elite, de quem esperava-se que fossem adotados certos padrões de comportamento, do que com as mulheres negras e pobres de Salvador. No projeto eugênico de civilidade não havia lugar para mães negras solteiras que transgrediam de forma mais evidente os modelos de femininos higiênicos dos séculos XIX e XX.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, Maria Renilda Nery. **A medicina Luso-Brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808-1851)**. Tese (Doutorado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005.

ESTEVEES, Martha de Abreu. **Meninas perdidas**: Os populares e o cotidiano do amor no Rio de Janeiro da *Belle Époque*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1989.

LIMA, J. F. da Silva. Caso de prenhez reputada extra-uterina; erro de diagnóstico motivado pela presença de um tumor fibroso intersticial do segmento inferior do útero. **Gazeta Médica da Bahia**, abril, 1876.

_____. Enfermaria para partos. **Gazeta Médica da Bahia**. Nº 3, 1877.

_____. Prenhez extra-uterina de 18 meses; extração do feto pela incisão abdominal; morte no 19º dia depois da operação; autópsia; reflexões. **Gazeta Médica da Bahia**. Nº 22, 1867.

LOPES, Rita Lobato Velho. **Paralelo entre os métodos preconizados na operação cesariana**. (tese de doutorado) Salvador: Imprensa popular, 1887.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. **A medicalização da raça**: Médicos, educadores e discurso eugênico. São Paulo: Editora da UNICAMP, 1994.

PORTER, Roy. **Cambridge**: História ilustrada da medicina. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

PÔRTO, A. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1019-27, out.-dez. 2006.

PRAGUER, Francisca B. Observação de um caso de gravidez extra-uterina abdominal. **Gazeta Médica da Bahia**. Novembro, 1895.

_____. Prophylaxia matrimonial. **Gazeta Médica da Bahia**. Julho, 1923.

RAGO, Elisabeth Juliska. Outras falas: feminismo e medicina na Bahia (1836-1931). SP: FAPESP, 2007.

ROHDEN, Fabíola. **Uma Ciência da Diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

SANTOS FILHO, Lycurgo. **História geral da medicina brasileira**. V. 2. São Paulo: HUCITEC, 1991.

SARAIVA, João Antônio. **A operação cesariana deve ser ou não banida dos recursos d'arte**. (tese de doutorado) Salvador: Typographia de Camillo de Lellis Masson & C. 1856.

SCHWARCZ, Lilia K. Moritz. Usos e abusos da mestiçagem e da raça no Brasil: uma história das teorias raciais em finais do século XIX. **Afro-Ásia**, 18, Salvador, 1996.

SILVEIRA, Renato. Os selvagens e a massa: papel do racismo científico na montagem da hegemonia ocidental. **Afro-Ásia**, 23, p. 87-144, Salvador, 1999.

SOARES, Cecília Moreira. **Mulher negra na Bahia no século XIX**. Dissertação (Mestrado em História Social) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFBA, Salvador, 1994.

SOIHET, Rachel. **Condição feminina e formas de violência: Mulheres pobres e ordem urbana (1890-1920)**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989.