

Resistencias culturales a la ginecología: El caso de Belo Horizonte (Brasil), a principios del siglo XX

Rita de Cássia Marques
Universidad Federal de Minas Gerais

RESUMEN

Este artículo se dedica al estudio del inicio de la atención médica a la salud de la mujer en Belo Horizonte (Brasil), a comienzos del siglo XX. Aborda la especificidad del proceso, considerando la localización de la ciudad en el interior del país, la escasez de médicos, el disgusto de las mujeres frente a un nuevo profesional (el médico) para realizar tareas hasta entonces realizadas por mujeres y la influencia de la Iglesia. Destaca el trabajo del primer ginecólogo, Hugo Wemeck, para establecerse en la capital, superar las parteras y construir la primera maternidad, condición considerada fundamental para establecer la hegemonía médica en la atención a la mujer y transferir la atención del domicilio al hospital, espacio médico por excelencia.

PALABRAS CLAVE

Salud de la mujer, Belo Horizonte (Brasil), comienzos del siglo XX, Hugo Wemeck.

INTRODUCCIÓN

En 1998, el gobierno brasileño emprendió una campaña de prevención del cáncer ginecológico. Las mujeres deberían buscar un ginecólogo para realizar el examen preventivo. Con casi un mes de campaña, se constató que la búsqueda estaba muy por debajo de las expectativas. El Ministro de Salud, José Serra, preocupado por los problemas de aceptación de la campaña, se reunió con el Secretario General de la CNBB (Conferencia Nacional de los

Obispos de Brasil) Don Raymundo Damasceno, para pedir que los sacerdotes reforzasen en las misas la importancia de que las mujeres realizasen el examen. La petición fue hecha después de constatar que, por prejuicio y desconocimiento del examen, los maridos les estarían impidiendo a sus esposas realizar el *papanicolau*¹.

Esa noticia demuestra que la visita de las mujeres al ginecólogo, actualmente, es muy complicada, haciéndonos imaginar las dificultades encontradas por los primeros especialistas para obtener la confianza no sólo de sus pacientes sino también de los familiares. El proceso de tratar, la atención a las mujeres fue y aún es muy difícil por razones externas al desarrollo de la medicina y de la acción de los médicos. La conquista de la paciente de ginecología y obstetricia se dificulta por creencias culturales, lo que obliga a los médicos a adoptar una serie de estrategias para alejar a sus competidores y acaparar la confianza de las pacientes, sus padres y maridos.

En la introducción de la *Microfísica del Poder*², existe una contribución para entender la solicitud hecha a la CNBB por el Ministro de Salud. Para Foucault, los poderes se ejercen en distintos niveles y en puntos diferentes de la red social y, en este complejo, los micro-poderes existen integrados al Estado o no. Al impedimento al progreso de la medicina estaría, aún hoy, muchas veces, relacionado con los estándares culturales de la sociedad.

Buscar la relación entre medicina y cultura es importante para evaluar cómo la ciencia y la tecnología pueden sufrir resistencias independientes de su eficiencia y utilidad. El proceso que pretendo discutir es el de "medicalización", o sea de como se dio la entrada de la ciencia de los médicos, principalmente la ginecología, en lo cotidiano de la sociedad de Belo Horizonte a principios del siglo XX.

El concepto de "medicalización" es utilizado por varios autores en Brasil, especialmente, en el libro *Orden médica y norma familiar*, de Jurandir Freire Costa³. Para Costa, "medicalización" es un proceso avasallador, donde el proyecto médico se sobrepone a todos los otros, dejando la sociedad completamente a su disposición. Según él, los individuos de muchos niveles urbanos, especialmente en el Río de Janeiro del siglo XIX, habrían renunciado "al derecho de resolver, por cuenta propia, sus dificultades familiares". De este modo, habrían considerado cada vez más común el recurso a la asistencia profesional especializada, en busca de solución para todos los males. En el caso de Belo Horizonte, sin embargo, fueron encontrados

1 BERNARDES, Betina. 1998. Baja búsqueda proroga el anticancer. *Folha de São Paulo*, cuaderno Cotidiano, p.3-5, São Paulo, 16 de septiembre de 1998.

2 FOUCAULT, Michel. 1979. *Microfísica del Poder*. Río de Janeiro: Graal.

3 COSTA, Jurandir Freire. 1979. *Orden médica y norma familiar*. Río de Janeiro: Graal.

médicos que tuvieron que hacer muchas concesiones al orden establecido, para normalizar en la sociedad los estándares pretendidos por la ciencia médica. La "medicalización" es un proceso exitoso, pero encontró muchas dificultades.

Antunes⁴ presenta el término *socialización de la medicina* en lugar de "medicalización" de la sociedad, "reforzando la construcción social del conocimiento médico en la nueva actividad científica". Socialización, no para la multiplicación de la oferta de servicios médicos, sino como apropiación social del conocimiento científico en esta área y su consecuente transformación.

Para defender la socialización de la medicina, Antunes contesta la afirmación de Costa, sobre la capacidad de la medicina de promover modificaciones tan profundas en las relaciones familiares. Según él, no sólo las condiciones de higiene, sino también la moral habrían influido en la "medicalización". El paso de la familia colonial a la familia colonizada, aprovechándose de la propia caracterización de Costa, "habría repercutido en diversas instancias de la vida social, pudiendo incluso haberse reproducido en el campo del pensamiento médico"⁵.

Ese hecho refuerza la necesidad de retornar a la idea de "medicalización" propuesta por Foucault, que estaría mucho más relacionada con la disciplina que con la soberanía, conforme la *Historia de la Sexualidad: Deseos de saber*,⁶ *Microfísica del poder* y *En defensa de la sociedad*⁷, donde refuerza la diferencia del poder soberano y el poder disciplinario. Para Foucault, el poder disciplinario es lo que regula, por ejemplo, la experimentación del propio cuerpo. Es un poder hecho por la persuasión. La "medicalización" se haría por la normalización, la disciplina y la seducción. La fuerza y el autoritarismo no son las medidas más adecuadas. Fue un cambio cultural y no una lucha de clases.

Visto desde ese punto de vista, podemos entender mejor el proceso de "medicalización" en Belo Horizonte, donde hacer normas e imponer nuevas reglas a la sociedad no era un procedimiento eficiente hasta que los médicos ganasen la confianza de la población. El saber médico-científico no era suficientemente reconocido para hacer valer sus prescripciones. La implantación de las nuevas normas dadas a la sociedad por la medicina fue precedida de algunas concesiones y mucho trabajo, para dar credibilidad a los médicos.

4 ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. 1999. *Medicina, leyes y moral: pensamiento médico y comportamiento en Brasil (1870-1930)*. São Paulo: UNESP/FAPESP..

5 ANTUNES, *op. cit.* p. 163

6 FOUCAULT, Michel. 1985. *Historia de la sexualidad I: deseos de saber*. Río de Janeiro: Graal.

7 FOUCAULT, Michel. 1999. *En defensa de la sociedad: curso en el College de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes.

Otro punto importante defendido por Antunes es la necesidad de recuperar "los caracteres de sociabilidad" de cada lugar donde la medicina se implanta, para meditar sobre la "medicalización". Pensando en esa recuperación, comenzaré abordando la especificidad del proceso en Belo Horizonte, una capital moderna en el interior de Brasil, donde, por varios motivos, los médicos se aliaron a los sectores más conservadores de la sociedad, principalmente a la Iglesia Católica.

Conocida la especificidad de la ciudad, pretendo dedicarme al establecimiento de la relación médico-paciente. La entrada de la especialidad ginecológica y las estrategias médicas utilizadas para llegar a sus pacientes serán estudiadas en el período de 1907 a 1937, momento en que comienza a declinar la imagen del médico piadoso, y comienza a ser substituida, cada vez más, por la imagen de eficiencia.

BELO HORIZONTE: CIUDAD MODERNA, ESCASA MEDICINA

La especificidad de Belo Horizonte, con relación al proceso de la "medicalización" en Río de Janeiro, comienza por su localización en el interior de Brasil, espacio desprestigiado desde principios de la colonización del país, la cual se concentró en las zonas costeras. En el interior, las modificaciones de la "medicalización" del siglo XIX necesitaron más tiempo para ser implantadas. La falta de médicos, de instituciones médicas y de inversiones de los gobiernos en políticas de salud, sin duda, son algunas de las explicaciones para la lentitud del proceso, así como el hecho de que las soluciones domésticas estaban mucho más arraigadas. Como ejemplo de esa situación, podemos estudiar el caso de Belo Horizonte.

El proceso de la "medicalización" en Belo Horizonte no puede ser contado solamente a partir de la inauguración de la ciudad, el 12 de diciembre de 1897. La región donde se construyó la capital era dominada Sabará, un importante poblado desde el siglo XVIII. Aparte de la minería y del comercio, a finales del siglo XIX, había línea de ferrocarril y una Santa Casa de Misericordia, que también atendía a las ciudades próximas, incluso al Corral del Rey, más tarde llamado Belo Horizonte.

La existencia de una Santa Casa no era suficiente para la evolución de la "medicalización" en la región. El hospital aún no era referencia para los tratamientos, los pocos médicos atendían a la mayoría de la población en su domicilio y solamente cantidad de pobres y muchos enfermos eran internados en la Santa Casa. Si mantenerse el médico y el hospital era difícil en una ciudad como Sabará, en lugares como el Corral del Rey la situación era mucho más precaria. Existen pocas informaciones sobre ese lugar, pero,

recorriendo relatos de viajeros que visitaron la región, en la segunda mitad del siglo XIX, podemos evaluar cómo se daba la relación médico-paciente. Uno de esos viajeros fue James Wells, un ingeniero que viajó por Minas Gerais, con un equipo organizado por el *Public Works Construction Company* de Londres, contratado por el Imperio para trazar el itinerario final de la Carretera del Ferrocarril Pedro II, llevando los rieles por los valles Paraopeba y Río São Francisco hasta Pirapora, entre 1874 y 1875.

Yo, muchas veces, recibía visitantes en mis ranchos, quienes generalmente me traían alguna bagatela – frutas, legumbres, huevos o aves, o un poco de caza. Sé muy bien que era apenas algo preliminar a la solicitud que venían a hacerme, prestarles mil reales para el inevitable enfermo dentro de casa, o para algún remedio. Es en vano decirles que no soy médico, y no tengo un estoque de medicamentos. Pero, ¿no soy un doctor? ¿Y todos los médicos no son doctores? Preguntan, e infieren, consecuentemente que todos los doctores son médicos. En una ocasión, un hombre fue tan importuno respecto a un remedio para su esposa enferma que le di algunas píldoras de *Cockle* para libramme de él. Algunos días después, lo encontré y le pregunté si su esposa estaba mejor, y si él había recibido algún beneficio con uso de las píldoras. “Bien, no, no exactamente, pero ellas son excelentes eméticos, ¿no?” “¿Cómo, eméticos?” “Dijo que eran las cosas más horribles que haya comido y le tomó varios días librarse del sabor de boca, y a pesar que vomitó violentamente después de masticarlas, aún así cree que no le cayeron muy bien” Aquel hombre nunca más me molestó para que le consiguiera remedios. Es la providencia el hecho de que no tenga un maletín médico en mi equipaje, pues creo que ya habría matado un buen número de personas, que ciertamente beberían las lociones y aplicarían externamente una porción negra.⁸

Por el relato antes mencionado se puede identificar algunas características de la atención médica en el siglo XIX: primero, la escasez de médicos, que hacía que la gente recurriera a cualquier “doctor”, para curar los problemas que un buen reposo, brebajes y rezos no conseguían resolver; el cambio de trabajo médico por “alguna bagatela” y la confianza en los remedios que están de acuerdo con dos aforismos, bastante comunes de la medicina de la época “si el remedio no hace bien, tampoco hace mal” y “es mejor utilizar un medicamento de eficacia dudosa que no hacer nada”⁹.

La generalización de que todo doctor es médico y que él tendría un buen remedio apareció también en un relato de Saint Hilaire, recuperado en el texto de memorias de Andrade:

Cuando, en la Capitanía, estuvo el sabio Saint Hilaire, al llegar allá por los lados de Sabará, muchas personas lo buscaron, queriendo consultarse con el Sr. Doctor. Y Saint Hilaire era botánico. Él quiso evitarlo.

-
- 8 WELLS, James W. *Explorando y viajando tres mil millas a través de Brasil – desde Río de Janeiro al Maranhão*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, Centro de Estudios Históricos y Culturales, 1995, v.1, pp. 236-237.
- 9 SAYD, Jane Dutra. 1998, *Mediar, medicar y remediar: aspectos de la terapéutica en la medicina occidental*. Río de Janeiro: EDUERJ, p. 112.

Tanta fue la insistencia y la esperanza en el doctor extranjero, que el gobernador, lo recibía con grandes atenciones, porque ser recomendado por la metrópolis, que Saint Hilaire tuvo que atender a varios solicitantes que caminaron grandes distancias para la consulta... Y receptaba. No sabemos que... Y no se producía cura. Él era botánico...¹⁰

Exceptuando las raras apariciones de esos "grandes doctores", que hacían a las personas desplazarse kilómetros por su atención, las consultas eran, en su mayoría, domiciliarias y dadas por médicos itinerantes. Con la escasez de médicos, proliferaban los formularios y guías médicas, como la *Guía Médico* del Dr. Chernoviz¹¹.

Esas guías circulaban por la región en manos de los cirujanos prácticos y boticarios, entre otros, y, a la falta del "Doctor", sus récipes eran preparados y consumidos en las casas. Las sangrías, también muy comunes, dispensaban el médico y el hospital, pudiendo ser ejecutadas por los barberos y sangradores, que también eran figuras más fáciles de encontrar que un médico de verdad¹².

En un escenario como éste, donde los problemas de salud tenían soluciones domésticas y el trabajo del médico podía ser sustituido por cualquiera que presentase una esperanza de cura, no se debe alarmar por la construcción de una capital que, a pesar de seguir los más rígidos criterios previstos para tomarse una ciudad salubre, no tenía hospitales. El lugar desapareció para luego surgir Belo Horizonte.

La Proclamación de la República de Brasil, en 1889, provocó un cambio sustancial en los grupos políticos. En Minas Gerais, un estado con enorme importancia en la historia colonial brasileña, debido a la exploración de sus riquezas minerales, principalmente el oro, la República trajo la necesidad de sustituir la capital, pues el antiguo, *Ouro Preto*, estaba muy marcada por su

10 ANDRADE, Moacyr. 1982. Cosas de la medicina en el inicio de Belo Horizonte. *Revista del Arquivo Público Mineiro*, XXXIII, p. 227

11 CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Formulario o Guia médica que contiene la descripción de los medicamentos, las dosis, y las molestias en que son empleados, las plantas medicinales indígenas de Brasil, las aguas minerales, la elección de las mejores fórmulas, síntomas y el tratamiento resumido de las molestias, y muchas instrucciones útiles*. 8 ed.. París: En casa del autor (R. Raynouard, 24), 1868.

Pedro Luis Napoleão Chernoviz, nació en Polonia en 1812. Se exilió en Francia donde cursó medicina en Montpellier. Llegó a Brasil en 1840 y al año, publica la obra que sería vendida de norte a sur con sucesivas ediciones. Después de 15 años regresa a Europa y fallece en París, en 1881 a los 69 años. La *guía médica* de 1841 es notable por el rigor de la información científica por la claridad y simplicidad de la exposición por la abundancia de la materia, por la comprensión de las cuestiones de orden clínico, por la excelencia de la presentación gráfica. La guía Chernoviz era presencia obligatoria en las boticas, en las manos de los médicos que circulaban por las provincias y de laicos, que, con su ayuda, resolvían muchos problemas domésticos de salud.

12 FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. 1997. *El arte de curar y sus agentes en el siglo XIX en la Provincia de Minas Gerais*. São Paulo: USP/Dep. Sociología. (Tesis de doctorado)

pasado colonial y difícilmente podría traducir los nuevos ideales republicanos de orden y progreso. Entre varias candidatas, Belo Horizonte, antiguo Corral del Rey, fue la localidad escogida para ser la nueva capital. Las obras de construcción de la moderna capital, totalmente planificada según los patrones racionales del positivismo, comenzaron en 1894.

El esfuerzo de la oposición en desvalorizar el lugar de la nueva capital no fue suficiente para invalidar la elección del Congreso Minero, que se basó en la buena topografía, en las aguas abundantes de excelente calidad, en los suelos fértiles, en el clima templado y de "notoria salubridad"¹³.

La inauguración, el día 12 de diciembre de 1897, hizo que no cesaran las construcciones. El aspecto de "cantera de obras" - construcciones necesarias en una ciudad salubre, como matadouro, cementerio, red de esgotos, entre otras - caracterizó los primeros años de la capital, que quedó conocida como "Poeirópolis".

La modernismo de la planificación sanitaria, no se hizo acompañar por una buena estructura hospitalaria. Inaugurada sin hospital, la moderna capital asistía a la transferencia de sus enfermos más graves a otras ciudades, como Sabará y Río de Janeiro, y los menos graves recibían cuidados domésticos, médicos o no. Los escasos médicos de la ciudad atendían muy poco en sus consultorios, ya que lo más común era que fuesen llamados a los hogares para ver a los enfermos.

Los pocos médicos aún tenían que convivir con algunas resistencias por ser forasteros, o sea nacidos, criados y formados lejos de la ciudad. Convivían con la desconfianza a su trabajo, como relató Andrade:

Médico nuevo no producía fe en la población. La capital minera, con costumbres, supersticiones, hábitos de la antigua Ouro Preto, pues de ahí había venido la mayor parte de la población, prefería los médicos viejos. Como el vino, cuanto más viejo mejor, más grande es la confianza... Confianza en su ciencia y en él... Porque el médico llamado entraba totalmente en la intimidad del hogar, como dueño del caso que le exigiera la presencia. No era sólo examinar al enfermo, dar un récipe e irse, esperando un nuevo llamado. Nada de eso en aquel tiempo.

La clínica era más pequeña. El médico llamado iba al paciente, como el profeta a la montaña...

Los enfermos querían ser atendidos en casa. Hasta el lenguaje, la manera de decir, en aquel tiempo, era diferente a la actual. Hoy quien se siente mal dice: - Voy a buscar a un médico.

Antes era así: Voy a llamar a un médico¹⁴.

La ciudad moderna que abrigaba personas conservadoras comenzó a organizarse para construir su primer hospital, la Santa Casa de Misericordia.

13 BARRETO, Abílio. 1995. *Belo Horizonte: memória histórica y descriptiva, história meda* (edición actualizada, revista y anotada). Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, p.311

14 ANDRADE, M. *op.cit.* p.215

Al principio, en 1899, funcionaba en casuchas cedidas por el gobierno, que fueron, con el tiempo, sustituidas por construcción de bloques. La atención, sin embargo continuaba precaria y básicamente volcada a la población más necesitada. Para las demás personas, predominaba la atención domiciliar.

La tuberculosis, ciertamente, influyó en el inicio de la ginecología en Belo Horizonte, al igual que el de otras especialidades, cuyos pioneros, en su gran mayoría, eran médicos de Río de Janeiro que sufrían de la llamada "peste blanca". Río de Janeiro, con el alarmante número de 11.666 defunciones, registradas desde 1868 a 1914, era la ciudad con la más grande incidencia de la enfermedad, en todo el mundo¹⁵.

Aún teniendo mayor número de portadores entre los pobres, la epidemia no exceptuaba a los ricos y mucho menos a los médicos. Gran parte de las especialidades médicas en Belo Horizonte fueron impulsadas por médicos "débiles de pulmón" venidos de Río de Janeiro. Así fue como se inauguró la medicina experimental con la Sucursal del Instituto Oswaldo Cruz, en 1907, por Ezequiel Días; la medicina veterinaria de Henrique Marques Lisboa; la cirugía con Eduardo Borges da Costa y, especialmente, la ginecología y obstetricia de Hugo Werneck.

Hugo Werneck nació en Río de Janeiro, hijo de uno de los pioneros de la ginecología en Brasil, Francisco Furquim Werneck, quien fundó (1872) y dirigió la *Casa de Salud Catta Preta, Marinho y Werneck*, juntamente con los Drs. João Marinho y Lucas Antônio de Oliveira Catta Preta. Furquim Werneck, además de ser uno de los propietarios de la Casa de Salud, que funcionó hasta su muerte en 1908, fue Profesor de la Facultad de Medicina de Río de Janeiro, miembro de la Academia Nacional de Medicina y de la Sociedad de Medicina y Cirugía, además de tener una carrera política que lo llevó al cargo de alcalde de la ciudad.

Furquim Werneck, antes de trabajar en la Casa de Salud, hizo una pasantía en Europa con los exponentes de la Ginecología y de Obstetricia, visto que en la Facultad de Medicina siquiera existían clases prácticas en esas especialidades. Enfrentó, en Río, problemas semejantes a los que su hijo tuvo que enfrentar años después en Belo Horizonte: la resistencia de los padres y maridos al hecho de que un hombre cuidase de la salud de sus mujeres, la concurrencia de las parteras y de la medicina popular, la ignorancia de las mujeres frente a su salud y, principalmente, a las soluciones que la medicina proponía para tratarlas.

La gran diferencia entre la trayectoria del padre y del hijo era que Furquim Werneck participó de iniciativas pioneras, pero fue precedido por

15 SCHWARCZ, Lilia M. 1993. 1993. *El espectáculo de las razas: científicos, Instituciones y cuestión racial en Brasil 1870-1930*. São Paulo: Companhia de las Letras, p. 225.

otros médicos que actuaban de la Santa Casa de Misericordia al Palacio Imperial. La "medicalización" estaba, hasta finales del siglo XX, mucho más diseminada entre la población carioca que en Belo Horizonte. Hugo Werneck, a su vez, debió enfrentar obstáculos jamás presentados en la ciudad. Si en Río de Janeiro podría vivir cómodamente, teniendo a su disposición un cargo en la Maternidad, ya que uno de los fundadores fuera su padre, en Belo Horizonte, tuvo que pasar por un largo proceso de convencimiento de la población sobre la importancia de la atención hospitalaria. Pedro Nava, que fue alumno de Werneck, habla de la frustración frente a esa nueva situación: "Es fácil entender la frustración de ese cirujano tallado para todo, en la primera ciudad del país, viéndose desterrado a una capital provinciana que era una verdadera aldea en el año de su llegada".¹⁶

Formado en 1901, en la Facultad de Medicina de Río de Janeiro, Hugo Werneck ganó experiencia en la ginecología, trabajando con su padre y en hospitales y maternidades de Río de Janeiro y Niteroi. Su carrera ascendente, fue interrumpida por el surgimiento de la tuberculosis en 1906. Acompañado por su padre, viajó a Europa, donde permaneció de agosto a octubre en un sanatorio suizo. Debido a una recaída en el barco de vuelta al Brasil, le aconsejaron buscar el buen clima de Minas Gerais. Llegó a Belo Horizonte, el 21 de noviembre de 1906, para permanecer en reposo por dos años.

Antes de completar esos dos años, comenzó a atender pacientes y, en 1907, él ya estaba operando en la Santa Casa. Al recuperarse, decide no volver a Río de Janeiro y comienza a atender en Belo Horizonte. La muerte de su padre en abril de 1908 y la invitación para ser director clínico de la Santa Casa de Misericordia deben haber contribuido a esa decisión. Su actividad, inicialmente, estaba concentrada en el consultorio que pasó a compartir con el Dr. Cornélio Vaz de Melo, de una tradicional familia de Minas y en el trabajo de la Santa Casa.

Pero, ser ginecólogo en Belo Horizonte de 1907 no era algo prometedor. Predominaban las parteras y el parto domiciliario. El médico era llamado para las complicaciones del parto y, muchas veces, era obligado improvisar un lugar en la propia casa para realizar delicadas cirugías. Los hombres dificultaban el acceso del médico al cuerpo de sus esposas y hijas, siendo en la mayoría de los casos, los intermediarios del tratamiento, como puede ser visto en la siguiente nota:

Exmo. Dr. Werneck.

Mi mujer no ha obtenido mejoras con la tintura de yodo, y, no ha podido ir a los baños, porque todas las mañanas ha vomitado muchísimo.

16 NAVA, Pedro. 1985. *Belra-Mar: memorias IV*. Río de Janeiro: Nova Frontera, p. 339.

Ella pide (y yo estoy de acuerdo) para que se hagan las cauterizaciones, al menos una, dice ella, con el fin de ver se obtiene primeramente alguna mejora, que la anime a ir a los baños. Le pido, pues, para fijar día y hora para que le sea posible hacer esta medicación.¹⁷

Esa cauterización podría haber sido hecha tanto en el consultorio de Werneck, en la Santa Casa, como también en la casa de la enferma. La falta de estructura para la realización de las cirugías, principalmente las ginecológicas, era un factor de dificultad en el desempeño de la especialidad en Belo Horizonte. El lamento de Werneck fue registrado en los *Anales de VII Congreso de Medicina y Cirugía*, el primero a ser realizado en Belo Horizonte, en 1912, y gracias a su empeño:

Los enfermos que aquí venían eran encaminados a otras ciudades, cuando las condiciones de los medios no eran compatibles con las exigidas por la técnica moderna. De hecho el trabajo de improvisarse en una casa de familia o en un hotel un quirófano, las preocupaciones del cirujano en acompañar la evolución de la recuperación de su paciente, compartiendo el tiempo entre los oficios de médico y los de enfermero, ciertamente no compensan la satisfacción de la oportunidad de practicar con éxito una intervención de cierta relevancia.

Además no le sobraría al más esforzado cirujano tiempo material para, de envuelta a sus quehaceres cotidianos, ocuparse simultáneamente de dos o tres operadas, en el espacio de una semana.¹⁸

Las palabras de Werneck son muy importantes, pues explica la falta de comodidad de un médico que pretende ampliar su actuación y se ve limitado por la costumbre de las atenciones domiciliarias. Una especialidad operatoria, como la ginecología de la época, no podría establecerse sin un hospital. La precariedad de la Santa Casa no permitía la expansión de la atención.

La solución fue trabajar para superar lo más rápidamente posible los problemas. Con su experiencia y su influencia, rápidamente se destacó en la atención de la Santa Casa, que funcionaba con el trabajo voluntario de los médicos, sin remuneración. En 1908, fue escogido, por el proveedor Cnel. Emydgio Germano, para ser director-clínico de la institución. En el cargo, se dedicó a transformar la Santa Casa en un hospital de verdad y se ocupó personalmente de la enfermería de mujeres.

Cuando accedí a la honrosa invitación de Vuestra Excelencia para asumir la dirección del Hospital de la Santa Casa de Misericordia de esta ciudad, evalué desde luego el esfuerzo que debo hacer para no desmerecer de la confianza depositada.

17 CENTRO DE MEMORIA DE LA MEDICINA en LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UFMG (CMM-FMUFG). Acervo Hugo Werneck, correspondencia, (nota sin fecha).

18 WERNECK, Hugo Furquim. 1913. Hysterectomias, oophorectomias y salpingectomias abdominales. *Anales del VII Congreso Brasileño de Medicina y Cirugía*. Belo Horizonte: p. 4.

El Hospital, fundado hacía menos de 8 años, aún no recibiera organización definitiva y ya presentaba el aspecto de un hospital del siglo pasado. Podría aplicarle las palabras de Voltaire, en la carta a Tenon:

Vous avez a Paris un Hôtel-Dieu où regne une contagion eternelle. Oû les malades entasses les uns sur les autres se donnent reciproquement la peste et la mort.

Atestan este modo de calificarlo la excesiva aglomeración de enfermos, en salas con tamaño determinado para menos de la mitad de los alojados; las divisiones de madera existentes en la enfermería; las carretas de basura, removidas días y días consecutivos del recinto del establecimiento, aparte los inmundos retretes sin aire y sin luz, debajo de las enfermería destinadas al tratamiento de las plazas de la brigada Policial.¹⁹

Como director, trató de modernizar la institución: encargó nuevos equipos, adoptó estándares rígidos de higiene y desinfección y trajo, para ayudar en los servicios, hermanas de la caridad alemanas. Con la mejoría de las condiciones, comenzó a mostrar su pericia en las cirugías abdominales y ginecológicas. Sin embargo luchar contra la costumbre de atención domiciliar y llevar a las mujeres a los hospitales no sería tarea fácil, ni siquiera en una ciudad que hacía propaganda de la modernidad.

La atención ginecológica a domicilio era muy frecuente y traía problemas que los médicos buscaban solucionar. En las residencias, el gran problema apuntado por los médicos estaba en las precarias condiciones de atención, que perjudicaban mucho el examen ginecológico:

Frecuentemente se invita al médico a ir a la residencia de la enferma, donde buscará un cuarto claro para proceder al examen; pero muchas veces será obligado a hacerlo en lugares poco iluminados, mal acomodado y con carencia de todo. Entonces deberá conformarse con lo que hay, sólo por la imposibilidad de tener lo mejor.²⁰

Es el relato de un médico de Río de Janeiro, confirmando que la atención doméstica en la capital federal, a principios de siglo, aún era muy fuerte a pesar de la existencia de algunos hospitales y maternidades en funcionamiento. O sea la lucha por la "medicalización" aún se estaba iniciando.

Así como los exámenes, las intervenciones quirúrgicas, que no exigiesen aparatos fijos, sólo eran posibles en hospital, continuaban siendo practicados en casa por los operadores. La población en general le tenía mucho miedo al hospital. En aquel tiempo, se creía que "ir al hospital era para morir...". Los cuartos de los enfermos estaban llenos de utensilios, llevados para las intervenciones quirúrgicas domésticas.

19 RELATORIO de la Santa Casa de Misericordia de Belo Horizonte presentado al Consejo Deliberativo por el Proveedor Coronel Emygdio R. Germano, su gestión desde el 24 de junio al 31 de diciembre de 1908. Belo Horizonte: Prensa Oficial del Estado de Minas Gerais, 1909 p. 23.

20 FONSECA, Olympio. 1900. *Reglas generales del examen ginecológico*. Río de Janeiro: Typographia Leuzinger, p. 7.

¡No quiero ser operado en el hospital, doctor! Por el amor de Dios, no me lleve. ¡Prefiero morir que ir al hospital!

Escuchar eso, era muy común... Y entonces iba el médico a operar en la casa, en cuartos que se mantenían cerrados, con poco aire y oscuros. Porque, en general, el cuarto del enfermo quedaba cerrado y oscuro. Se le tenía miedo al aire. "Aire encanado", entonces era un tiro mortal.²¹

La demora en la "medicalización" de la asistencia a la mujer y la predominio de la atención doméstica estaban relacionados a varios factores, como la precariedad del sistema hospitalario, el dominio de las parteras y curiosas, el desconocimiento del cuerpo y de la fisiología femenina por las mujeres y por los médicos y las costumbres de la época, que buscaban resguardar la mujer del contacto con un hombre que no fuera su marido.

En el archivo privado de Werneck, es posible encontrar cartas que familiares, padres o maridos escribían a los médicos, solicitando consultas para sus hijas y/o esposas. Los problemas femeninos eran narrados por los hombres y, muchas veces, la solución se daba sin que el médico ni siquiera examinase a la mujer.

Consulta:

Mi hija, Dr. Werneck, sufre de cólicos uterinos en todas las ocasiones de sus incómodos mensuales, el corrimiento es regular, los cólicos son muy dolorosos. En esas ocasiones tiene los [...] vómitos secos muchas veces cuando se alimenta antes de los cólicos. Usted debe indicar un tratamiento que le aminore los dolores, el medio de ablandar los cólicos frecuentes y dirá si le conviene el baño y como debe hacerlo. El récipe se lo entregará a mi correspondiente, para que mande a preparar el medicamento en farmacia acreditada y me lo envíe sin demora con el fin de que llegue aquí antes de fin de mes (...)

P.S. Mi hija es soltera y tiene 20 años.²²

En el caso mencionado, el padre de la joven resuelve el problema del examen de la hija soltera, con un relato detallado del problema, evitando el contacto directo de la paciente con el médico. El padre de la joven "incomodada" escribe una carta con los principales elementos para la construcción de un diagnóstico y con las orientaciones a ser seguidas por el médico para que él resuelva el problema. Imposibilitado de hacer un examen, al médico le tocaría solamente proceder a la medicación que debería llegar al enfermo hasta el plazo determinado por el remitente, o sea antes de fin de mes. La intermediación del padre es mucho más importante que la propia enferma.

21 21 ANDRADE, M. 1982. *Op.cit.* p. 231.

22 CENTRO DE MEMORIA DE LA MEDICINA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UFMG (CMM-FMUFMG). Acervo Hugo Werneck, correspondencia.

De un lado, tenemos un médico, un extraño en el seno familiar, con un saber que aún carecía de credibilidad y que, tal vez, por eso, sólo se llamaba en último caso. Del otro, el padre o el marido, que concentraba enorme poder dentro de la estructura familiar, determinando lo bueno y lo malo, lo correcto y lo incorrecto. En medio a todo eso, una mujer silenciosa y silenciada, cubierta por el recato que debería resguardarle para la tarea de esposa y madre.

Introducir el médico en el proceso de atención a la mujer era complicado, llevarla al hospital, un problema aún más grande, y en ese momento, el tratamiento ginecológico era lo mismo que el quirúrgico, siendo de esa naturaleza la mayor parte de las atenciones. La cirugía es un procedimiento radical y en el caso de la ginecología podría significar el fin de la función reproductiva de la mujer, hecho que ciertamente dificultaba la ida de la mujer al médico. No sólo ella le temía al médico, sino también sus parientes y la Iglesia, quienes combatían los procedimientos que pudiesen llevar a la mujer a la esterilidad. Werneck se muestra preocupado por la imagen de operador que el ginecólogo tenía y buscaba justificar sus procedimientos, sin olvidar colocarse como un "siervo de Dios", que nada haría para contrariarlo, prestando la atención apenas al que fuera necesario para aminorar los sufrimientos femeninos.

De acuerdo a la voluntad de Dios no tenemos el *furor operandi*. Pero no nos cruzamos de brazos ante a un mioma uterino, una salpingitis crónica o un quiste en el ovario, confiando en los efectos de la medicación sintomática, encubierta por una supuesta cirugía conservadora de órganos perjudicados y con lesiones en evolución.

La creencia del desaparecimiento de los miomas en la menopausia es una pompa de jabón, deshecha por el bisturí. Las numerosas observaciones están para mostrar que ellos no sólo continúan creciendo, sino que pueden degenerar en tumores malignos.

Por lo tanto tratamos de reducir a las indicaciones operatorias dictadas por los modernos tratadistas. Tratamos de operar a tiempo para no vernos forzados a operar en malas condiciones.

Somos francamente conservadores, pero sólo conservamos lo que es capaz de prestarle aún algún servicio a nuestra enferma, sin perjuicio posterior a su salud. Tratamos de ejecutar resecciones de ovarios, conservación de trompas o de útero siempre que las lesiones así lo permitan.²³

La preocupación de Werneck por conservar al máximo los órganos reproductivos tranquilizaba a los familiares y religiosos, pero no garantizaba

23 WERNECK, Hugo. 1913 *op.cit.*, p. 7

que las cirugías fueran aceptadas en su totalidad. La función primordial de la mujer era la maternidad. Sin sus órganos reproductores, la mujer era marginada y, se estaba casada, era fácilmente repudiada.

Las discusiones sobre las diversas cirugías ginecológicas, principalmente involucrando los aspectos éticos, religiosos y morales eran muy grandes. En varios artículos publicados en revistas médicas podemos ver el drama que se desarrollaba por detrás de una ida al ginecólogo, cuando terminaba en procedimientos quirúrgicos, grandes o pequeños. En el relato que sigue, podemos extraer algunas características de esas consultas:

En mi consultorio para clientela privada, apareció en marzo de 1912 una pareja joven, cuyo marido me dijo haber venido a Río de Janeiro, para tratar a su esposa de quien se separaría judicialmente, si la cura no era imposible. Estaban casados hace 2 años y a pesar todos los intentos, aún no habían conseguido realizar el acto fisiológico del matrimonio, porque la esposa tenía un defecto físico: era completamente *tapada*. Esa situación traía para la joven una vida de sufrimientos físicos y morales que los dos decidieron terminar en las manos de un cirujano o de un abogado.²⁴

La cirugía en ese caso era vista como situación extrema, pues era el último intento del marido antes de librarse de la mujer. Esa cirugía no fue realizada en Belo Horizonte por Hugo Werneck, pero contiene algunos elementos importantes para comprensión de las dificultades de la "medicalización" en la ginecología. La paciente nunca había menstruado, "por lo tanto, desde los 14 años, poco más o menos, se sentía nerviosa, con dolores de cabeza y del vientre durante algunos días del mes". La falta de menstruación, la amenorrea, no contaba con tratamiento eficaz ginecológico, en el siglo XIX. Los médicos que se dedicaban al tema de la salud de la mujer, recurrían a recomendaciones morales y ambientales, mucho más que las soluciones de la ciencia médica, como evitar el frío, la humedad y las "emociones morales vivas". La medicación era, en su mayor parte, oriunda de la medicina natural, como baños e hierbas:

Dirigir al útero vapores de agua caliente o de infusiones aromáticas. Así es como se procede. Se coloca en el recipiente urinario hojas de savia, menta, tomillo o lavanda, y sobre ellas se coloca agua hirviendo, la enferma se sienta en el recipiente urinario con precaución y recibe las fumigaciones por espacio de 10 a 15 minutos; se mete después en la cama y antes de adormecer toma una taza de tilo.²⁵

La paciente en cuestión debe haber intentado ese y otros *récipes*, sin obtener éxito. A pesar de ese cuadro de anormalidad, nunca buscó un

24 OLIVEIRA MOTTA, A R. 1921. Mala formación congénita de la vagina y del útero: hematometrio *Annaes de la Faculdade de Medicina de Río de Janeiro*, año III, Río de Janeiro, Prensa Oficial, p. 247

25 CHERNOVIZ, Pedro Luis Napoleão. 1868, *op. cit.* p.686

médico y la esperanza era que todo terminase al casarse. Por detrás de la espera del matrimonio, está la idea de que todos los problemas femeninos estaban relacionados con su función reproductiva y que sólo cuando la mujer fuese madre el sufrimiento tendría fin. Esa creencia, aliada a la necesidad de la mujer de llegar virgen al matrimonio, dificultaba la consulta a un ginecólogo antes del matrimonio.

Las mujeres eran preparadas para el matrimonio, única instancia permitida para el ejercicio de la sexualidad. El cuerpo femenino, tocado fuera del matrimonio, era cuerpo violado. La educación de las jóvenes de buenas familias lo reforzaba y dificultaba las consultas médicas, como en el siguiente ejemplo sacado de una obra literaria del siglo XIX:

—Le pido mil disculpas, Sr. Doctor, por el que acaba de suceder. Mila tuvo una educación muy severa. Mi difunta mujer era en ese punto de un rigor excesivo; muchas veces le hice ver el inconveniente de todo esto pero, Sr. Doctor, usted bien sabe lo celosas que son las madres de su autoridad.²⁶

Si el pudor dificultaba una simple auscultación, más problemático debía ser la atención ginecológica. La eficiencia médica para controlar los más íntimos aspectos de la familia, a mi entender, quedaba comprometida, pues involucraba el acceso al cuerpo de sus integrantes, principalmente al de la mujer, protegido por las normas de pudor y decencia implantados bajo el orden burgués.

Hasta que se instalase la complicidad entre el médico y la mujer, fueron usados varios artificios, como el “maniquí” o “muñeca”, donde las pacientes apuntaban el lugar del dolor o incómodo, para evitar “manoseos innecesarios”.

Norbert Elias evalúa otro recurso destinado al resguardo del cuerpo recatado de la mujer del siglo XIX, el camisón, que se utilizaba hasta durante el baño:

Por un lado, el camisón del siglo XIX señala una época en que la vergüenza y la incomodidad en lo referente a la exposición del cuerpo eran tan intensas y profundas que las formas corporales tenían que ser enteramente cubiertas, aunque el individuo estuviese sólo en el círculo familiar más íntimo; por otro lado caracteriza una época en la cual la esfera ‘íntima’ y ‘privada’, que era tan severamente separada del resto de la vida social, no fuera aún en gran extensión articulada y estandarizada. Esta combinación peculiar de sentimientos fuertemente profundizados, compulsivos, de delicadeza, o moralidad, con la falta de estandarización social en el relativo a las ‘esferas de privacidad’ es la característica de la sociedad del siglo XIX y todavía tiene influencia en la nuestra.²⁷

26 ALENCAR, José de. 1988. *Diva*. São Paulo: Ática, (1ª edición 1864), p. 14.

27 ELIAS, Norbert. 1994. *El proceso civilizador: una historia de las costumbres*. Río de Janeiro: Zahar, p.167

Preocupado por las dificultades del médico para tener acceso al cuerpo de las mujeres, principalmente las vírgenes, en 1932, un médico de Río de Janeiro, Dr. Rolando Monteiro, defendió la creación de una nueva especialidad médica que se dedicase exclusivamente a la pacientes vírgenes. A pesar de la idea no haber evolucionado, en la época del lanzamiento del libro *Partenología: enfermedades genitales de la virgen*, pareció tan importante que recibió de la Academia Nacional de Medicina el Premio Madame Durocher, entregado a los trabajos que más se destacaban en las áreas de ginecología y obstetricia. La inaccesibilidad a las pacientes vírgenes era muy grande:

La intangibilidad del himen ha sido la gran barrera para mejor conocimiento de la *Partenología*. Pudores personales exagerados y escrúpulos familiares extremados contribuyen a que se mantengan, con grave prejuicio, anomalías y lesiones que, cuidadas a tiempo serían de fácil remoción.²⁸

El peligro de romper el himen de la paciente virgen era el más grande obstáculo para la atención de la joven antes del matrimonio y está muy claro en el caso de la esposa "tapada", tratado por Oliveira Motta. En ese caso, se espera que la joven se case para que el problema sea resuelto. Como los problemas de ella comienzan a los 14 años y ella sólo se casa a los 21, son siete años de sufrimiento, sin que un médico pudiera intervenir:

Con el proyecto del matrimonio vieron las esperanzas de que esos padecimientos cesasen, porque todos le decían que lo que ella necesitaba era casarse. Se casó a los 21 años, pero, en vez de sanar, aumentaron los sufrimientos. El marido de la paciente me refirió que en el momento de la crisis su esposa pasaba los días a gritando, recostada sobre la cama, donde no encontraba posición que le fuera cómoda, teniendo convulsiones, debatiéndose, en una escena tan espectacular que llamaba la atención de los vecinos, quienes pasaron a convencerlo de que su esposa estaba *endemoniada*. Así, recurrió también a los conjuros y rezos sin ningún provecho.²⁹

Dos informaciones fundamentales son encontradas en ese trecho: primero, la situación de la mujer, que tenía una enfermedad crónica que sólo se resolvería con el matrimonio, o sea ella sólo pasa a tener importancia, cuando se torna apta para reproducir. Sobre ese aspecto la tesis de Fabiola Rohden³⁰ es fundamental, pues trata de la constitución de un saber médico preocupado por la sexualidad y la reproducción que se concentra en la

28 MONTEIRO, Rolando. 1934. *Partenología: enfermedades genitales de la virgen*. Río de Janeiro. p.3

29 OLIVEIRA MOTTA, A R. 1919. *Op.cit.*, p. 248.

30 ROHDEN, Fabiola. 2000 *Una ciencia de la diferencia: sexo, contracepción y natalidad en la medicina de la mujer*. Río de Janeiro: Museo Nacional-Universidad Federal de Río de Janeiro. (Tesis de doctorado en Antropología Social).

formación de la ginecología en el siglo XIX. Se destaca la preocupación por la definición de la diferencia entre los sexos y el predominio de la función reproductiva en la vida de las mujeres. Segundo, se percibe que el médico no era una referencia natural para la atención de la salud de la mujer. Antes de él, además de las soluciones caseras, fueron intentados los conjuros, que podían ser de santeras o de los propios sacerdotes. Fracasados todos los intentos, el médico era finalmente recordado para solucionar el problema.

Siguiendo el caso antes mencionado, después de examinar cuidadosamente a la paciente, el médico decidió la realización de una cirugía en dos etapas: una perineal, para crear una vagina y otra para remover el útero mal formado. A pesar de tratarse de un procedimiento quirúrgico más complejo, el autor alega que, "por motivos especiales, hizo la operación en el propio domicilio de la enferma, en la calle Evaristo da Veiga, para lo que preparé convenientemente una sala". Tres médicos auxiliaron en la operación doméstica, y fueron adoptadas todas las medidas de asepsia posibles para el éxito de la cirugía.³¹

En la conclusión del artículo, el autor se siente en la necesidad de explicar su procedimiento quirúrgico, pues, probablemente existían importantes voces disonantes. Tal vez la adopción de un procedimiento polémico había sido uno de los motivos que llevaron a la realización de una cirugía doméstica. Ante a un posible cuestionamiento sobre la creación de condiciones para la mujer realizar el acto sexual, mismo habiendo sido esterilizada, el médico afirma:

Hay mujeres, que sin saber y sin querer, ejercen la copula como función de gozo; hay otras, que por efecto de operaciones sobre el útero y anexos, quedan iguales a las primeras. Nadie se acuerda de prohibir, a cualquier de ellas, ese único uso que les resta del aparato genital. No veo, pues, escrúpulos que puedan detener al especialista, en la presencia de una paciente reclamando la creación de una vagina, aunque sea con el fin exclusivo del complemento sexual. Sólo la gravedad de la operación, ante las condiciones particulares, y en una mujer no casada, parece, justificaría una contra-indicación. Si yo no pensase así, tendría practicado simplemente la extirpación del útero para remover el hematometrio, en el caso de mi enferma, cuyas lesiones fueron rigurosamente diagnosticadas antes de la intervención.³²

La justificación de Oliveira Motta clarifica las dificultades del médico en prestar atención a la salud de las mujeres, no estaban reducidas las condiciones médicas, pues ellos muchas veces, tenían que ceder a las presiones de la moralidad reinante, determinadas por los propios colegas. El desarrollo de la especialidad ginecológica es caracterizado por la explicación

31 OLIVEIRA MOTTA, 1919. *Op.cit.* p. 249.

32 OLIVEIRA MOTTA, 1919; *op.cit.* p. 256

constante de los procedimientos médicos que son realizados, principalmente si hay conflicto con la moralidad de la época. Con las explicaciones, el médico iba afirmando su autoridad sobre un asunto lleno de cuestiones morales, externas a la medicina.

El médico, a pesar de ser un profesional conocido desde de la Antigüedad, llegó al XX con la pretensión de ampliar su participación en la sociedad, estando más presente en el acompañamiento de la salud de la población y no solamente en los momentos críticos, donde muchas veces poco podría hacer. El desarrollo científico en curso con los descubrimientos en el campo de la bacteriología, la microbiología, la química, la clínica y la cirugía, no era suficiente y, por eso, era necesario invertir en la posición del médico en la sociedad.

Costa habla de un hecho decisivo, en el siglo XIX, cuando los hijos de las familias comienzan a dirigirse a las facultades de medicina, muchas veces despreciando la ida al Seminario. La influencia del sacerdote en la sociedad, poco a poco, se iba transfiriendo a los médicos. Con eso, los médicos se toman cada vez más preparados y en condiciones de opinar sobre los más diversos asuntos.

Hugo Wernneck puede ser considerado un buen ejemplo de ese nuevo médico. Hijo de una familia importante de Río de Janeiro, con raíces en los grupos que hacían Escobas de barrer, estudió en el seminario, pero abandonó una posible carrera religiosa por la medicina que su padre venía ejerciendo. La situación familiar de Wernneck y sus conocimientos lo colocaron entre los "hombres de bien" y le dieron credencial para ser una autoridad en varios sentidos.

En una época en que la especialización valía poco, la competencia médica era medida de otra forma. Paul Starr, en el libro *The social transformation of american medicine*, defiende la idea de que, antes que la institución de la autoridad de la profesión, la autoridad del médico se hacía por el aspecto personal, en virtud de su carácter y del conocimiento íntimo de sus pacientes.³³ El prestigio médico es anterior a Pasteur y a la bacteriología, o sea antes de la medicina tener el respaldo de la racionalidad científica. Su prestigio vendría de la confianza adquirida junto a sus pacientes. Según Starr, "los médicos ofrecen una especie de objetividad individualizada, una relación personal, lo mismo que un consejo autorizado (...) Los enfermos tienen una sede especial de *confianza* y son muy propensos a creer".³⁴

33 STARR, Paul. 1991. *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. México: Fondo de Cultura Económica. p. 35.

34 STARR, Paul. 1991, *op.cit.* p. 18.

La introducción de la idea de confianza es muy importante para avanzar en el entendimiento de la forma como los médicos conquistaron a las señoras y sus familias. André Petitat, en su libro *Secret et formes sociales*³⁵, define la *confianza* como "una especie de *donación* hecha de 'ojos cerrados' o, a primera vista, una especie de crédito de alto riesgo concedido bajo palabra, con garantías legales y/o, a partir de una evaluación objetiva. Sin esa *donación* y ese *crédito inicial* no existe cambio posible".

La actuación del ginecólogo está vinculada a momentos de transiciones existenciales peculiares a las mujeres: inicio de vida sexual, embarazo, climaterio, aborto, parto (normal, prematuro, de hijo natimuerto o malformado), esterilidad, enfermedades graves, crónicas y fatales, cirugías mutiladoras.

Los problemas de las mujeres de ayer y de hoy pueden ser los mismos, pero la forma de relacionarse con el médico ha cambiado mucho. La figura del ginecólogo es mucho más común, hoy, que a principios de siglo. El especialista era un elemento nuevo, en las relaciones de la medicina con la sociedad. Creer en ese profesional no era tarea fácil.

Uno de los factores que probablemente influyeron en la aceptación de la figura de ese nuevo médico, que participa de la vida cotidiana de las personas, fue la vinculación de su imagen con la de buen cristiano. Las polémicas entre los sacerdotes y médicos eran frecuentes, por ser los dos fundamentales en el auxilio a los moribundos. La inminencia de la muerte atraía a sacerdotes y médicos al lecho de los enfermos y fieles. Algunos sacerdotes argumentaban que la mayoría de las enfermedades tenían curas naturales, siendo innecesaria la atención médica, y en las que llevarían a la muerte, el médico sería impotente, como queda explícito en las ideas, de un religioso español del siglo XVIII:

Feijó reflexionó sobre asuntos de la alzada de los iniciados en el arte apolínea, proponiendo demostrar la "*fallibilidad de la medicina, y particularmente de los arriesgados que son los dos remedos más comunes de sangría y purga, dando advertencia sobre el régimen para la conservación de la salud*" (tomo I) pretendiendo probar que "*no solamente los médicos se pueden curar a sí mismos cuando están enfermos, sin valerse de otro, sino también los que no lo son, como esto se baya con ciertas precauciones, y reglas fáciles que prescribe* (tomo IV)"³⁶

Padre Feijó, con esas declaraciones, alimentó gran polémica que sirvió para exteriorizar el conflicto entre la Iglesia y la Medicina y alertar a los médicos sobre los peligros de no considerar lo establecido y las creencias de los pacientes. El siglo XIX asistió al crecimiento de las ideas laicas, fruto de la Revolución Francesa, pero también fue marcado por la política de

35 PETITAT, Andre.1998. *Secret et formes sociales*. París: PUF.

36 MONTEIRO, Arlindo C. 1923-1928. La medicina y la Iglesia. *Arquivo de Medicina Legal*. Lisboa: Prensa Nacional, , n.4, II vol. pp.334-352.

“religiosidad sentimental,” que se extiende de los lugares de devoción a la vida cotidiana familiar. El debilitamiento de la Iglesia no fue acompañado, por lo tanto, de la inmediata disminución de la fe. En el caso de las mujeres, hubo incluso, en el mismo siglo, crecimiento de la religiosidad. En el siglo XIX, el catolicismo se escribe en femenino.³⁷

Señales de esa religiosidad aparecen en algunos documentos, como por ejemplo, en el texto de un ex-voto, encontrado en la Iglesia de Nuestra Señora de la Peña (RJ), donde una madre vela, ora, pide y agradece por su hija:

En el mes de Mayo de 1919 en la casa n° 81 de la calle José Clemente, en São Cristóvão, Júlia Lemos estuvo en una cama con gran enfermedad proveniente de un parto. Ya sin esperanza de Salvación, Implorando a Dios y a los Milagros de la Santísima N^{ra} S^{ra} de la Peña y estando bajo los cuidados del muy digno y de esmerada competencia el Dr. Homero de Carvalho, Médico Operador y Partero, lentamente fue mejorando hasta el deseado resultado satisfactorio. Con la máxima consideración y respecto a los Milagros de la Divina Providencia y el Buen Médico, ofrezco éste, y empeño mi más alto agradecimiento a Alexandrina Pereira. Madre de la enferma.³⁸

En esta cura, ¿qué parte pertenecía a la Divina Providencia y al médico? ¿Sería posible ignorar el trabajo del médico y atribuir la mejoría de la paciente a un simple milagro? La madre de la paciente parece no distinguir las habilidades. ¿Hasta qué punto los médicos se valieron de esa confusión para establecerse? Parece que, por largo tiempo, tales papeles estuvieron mezclados y aún lo están, siendo imposible despreciar ese hecho.

Otro ejemplo viene de una carta enviada a un famoso médico partero y operador de Río de Janeiro, Dr. Francisco Werneck, padre del primer ginecólogo de Belo Horizonte:

Dr. Werneck:

Si usted puede venir a verme es un gran favor y caridad. Yo no voy a su consultorio por no poder ser su paciente y si no puede venir haga el favor de mandarme un récipe para aliviarme la cabeza y los ojos que están muy rojos y me pican. Pasé muy mala noche. Doctor apiádese de una enferma que tanta fe le tiene, usted sabe mi estado, hoy he tenido mucho dolor no sé será para dar a luz a mi bebé.

Le estoy muy agradecida a Usted

Gracias de su sincera admiradora

15 de enero de 1885

Amelia Cezar.

Espero su buen corazón caritativo³⁹.

37 GIORGIO, Michaela di. El modelo católico. 1994 In: DUBY, George e PERROT, Michele. *Historia de las mujeres en el Occidente: el siglo XIX*, vol. 4, Puerto: Afrontamiento, p.202.

38 Inscrición recogida por el Prof. Guilherme P.G.C. Pereira das Neves, en una visita realizada el día 3 de agosto de 1997, a la Iglesia Nuestra Señora de la Peña, Río de Janeiro.

39 CENTRO DE MEMORIA DE LA MEDICINA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UFMG (CMM-FMUFMG). Acervo Hugo Werneck, correspondencia.

En esta carta, la palabra *confianza* viene sustituida por *fe* y queda más fácil entender la identificación del médico con los santos o enviados de Dios, para proporcionar alivio a dolores y sufrimientos. La referencia a la palabra *caridad* también aproxima el médico a una visión más religiosa y lo aleja de una imagen puramente relacionada con la ciencia.

Sí, por parte de los pacientes, el buen médico era aquél que funcionaba como un enviado de Dios, siendo dedicado y haciendo siempre la caridad de atender a todos los que necesitaban, por parte de los médicos, posiblemente, también interesaba esa identificación, pues hacía crecer su importancia y los convertía, poco a poco, en única referencia para la atención médica a la mujer.

Los médicos tenían conciencia de que sólo el buen desempeño de la medicina no sería suficiente para conquistar una buena clientela. Una imagen basada en la identificación del buen católico era una necesidad.

Para Francisco Magalhães Gomes⁴⁰, uno de los médicos católicos que enseñaban en la Facultad de Medicina de Belo Horizonte, entre 1912 y 1934, la ciencia valía menos que el ánimo del médico y su disposición en siempre salvar un paciente, aún ante un cuadro clínico desalentador. Pensando en eso, escribió un artículo que fue publicado en el periódico católico *El Diario*, con un título revelador sobre la importancia de ser católico para ser un buen médico: "La falibilidad de la medicina y la infalibilidad de los médicos". El autor ilustra su artículo con la historia del descubrimiento de la cura de la rabia por Pasteur, "católico de creencia", y el *más brillante ejemplo de como alguien grande como sabio, es también grande entre los grandes en la virtud y en el amor a la humanidad*.

Magalhães Gomes vivía de su salario de profesor, porque no se atrevía a cobrar sus consultas. Afirmaba que la medicina era un sacerdocio y que, a pesar de que los médicos tuviesen derecho a sus honorarios, no debían explotar las miserias humanas, pues ése sería el más indigno de los crímenes. Y, por lo tanto, aconseja a los médicos:

La conciencia profesional, el sentimiento de responsabilidad moral y el conocimiento de la ética son tan indispensables como la cultura científica. Ésta, cuando es manejada por un espíritu sin trabas morales, es lo mismo que un arma en las manos de un criminal o el poder en las manos de un tirano fratricida: se transforma, aunque sea bueno, en el instrumento del mal.

Lo dicho por Magalhães Gomes refuerza, por parte de los médicos, algo que también debería existir por parte de los pacientes: la dificultad de confiar

40 MAGALHAES GOMES, Francisco A. 1935. La falibilidad de la medicina y la infalibilidad de los médicos. En: *El Diario*, Belo Horizonte, 12 de junio, p.2

plenamente en un médico, por el sencillo de hecho haber sido formado para tal fin. Más importante que la formación era que el médico tuviese buenos principios, encontrados en la cultura cristiana.

Ese atributo era importante, principalmente para los ginecólogos. Interviniendo en situaciones límite, era difícil realizar una atención más constante y que también tuviese un carácter preventivo. Según Fernando Magalhães⁴¹, uno de los mayores especialistas de su tiempo, la ginecología se desarrolla más tardíamente que otras ramas de la medicina, debido a su carácter profundamente operativo, "porque el impulso operatorio resuelve la cura del mal con la desaparición del órgano que lo sufre" y la extirpación de órganos como el útero, además de provocar conflictos con la Iglesia, era una amenaza al crecimiento demográfico, en un país joven y carente de brazos. O sea la existencia de un problema también político dificultaba que ese especialista tuviese el apoyo explícito del Estado. Ante la falta de nuevos apoyos, la influencia católica sería ser un buen recurso que los médicos podrían explotar.

Hugo Werneck es un buen ejemplo de la necesidad de mantener una buena imagen de católico. Pedro Nava, médico, memorialista y alumno de Werneck, en su libro *Beira-Mar*, relata un episodio muy interesante:

Ese (el domingo) comenzaba con la misa en la capilla del piso de arriba y Werneck exigía que la frecuentásemos. Al decir que todo aquello me parecía un disparate él se rió y me contó la historia de un jefe de servicio que él conociera en Bélgica, en un hospital servido por Hermanas de Caridad. Dijo que el hombre asistía a la misa con contrición ejemplar y que a él al estudiarlo le pareció extraño. Se acercó y con aire provocador preguntó si no era judío. Sí, ortodoxo. ¿Entonces cómo se ponía de rodillas, con las manos juntas y se tomaba la misa como una ambrosia? *Oui, mon cher confrère, oui, je suis juif mais ici... il me faut faire le pieux*. Era lo que me aconsejaba para agradar a las Hermanas - *faire le pieux*... Lo hice con mucho más gusto que él, Werneck, venía a la misa puntualmente a los domingos - *il falsait aussi le pieux*...⁴².

El comportamiento de Werneck es digno de atención, pues, con la sólida formación adquirida con el catolicismo, podría haberse utilizado el argumento de los sacerdotes para conquistar nuevos fieles y exigir la presencia del alumno en las misas. Sin embargo, él menciona un caso, parece ser verídico, de la mentira estratégica del médico "piadoso" y judío. El hecho de que la narrativa del caso venga antecedido por una risa revela una connotación irónica que acaba poniendo en duda su propia devoción. La ironía de Werneck en contra el caso de un estudiante que trabajaba en un hospital de religiosas, la Santa Casa de Misericordia de Belo Horizonte, pero que

41 MAGALHÃES, Fernando. 1922. La obstetricia y la ginecología en Brasil (balance de un siglo). En: *Revistas de Ginecología y D'Obstetricia*, año XVI, n.9, septiembre, p. 324.

42 NAVA, Pedro. 1985. *Op.cit.* p. 355

consideraba asistir a la misa una tontería, generó la reacción esperada. Pedro Nava pasó a asistir a las misas, sin perder su opinión sobre ellas. Asistía porque creía que era necesario. Ser católico en aquel momento era una necesidad y es difícil saber quien lo era sinceramente o no. O sea son muchas las gradaciones existentes y pienso que, para los “médicos de señoras”, más que serlo, era necesario parecer católico, representar el papel de católico.

El episodio Pedro Nava/Hugo Werneck muestra lo importante que era para el médico en ese momento no agredir o contradecir muchos de los estándares vigentes. Foucault hace una referencia a lo dicho, muy adecuado a ese pasaje:

(...) la prudencia exigida a ciertos locutores no constituye propiamente el límite absoluto del discurso, o sea la otra faz que estaría más allá de una frontera rigurosa pero, sobre todo, los elementos que funcionan al lado (con relación a) cosas dichas en las estrategias de conjunto. (...) es necesario determinar las diferentes maneras de callar, como son distribuidos los que pueden y los que no pueden hablar.⁴³

¿Cómo sería el establecimiento de la ginecología en Belo Horizonte, o en cualquier otro lugar de esa época, si los médicos ignorasen la necesidad de construir una buena imagen y tan solo confiaran en los conocimientos de la ciencia médica? ¿Cómo sería sino estuviesen atentos al movimiento de su tiempo? ¿Cómo? Si no existe en la historia, probablemente nunca sabremos si los médicos lograrían tener el prestigio que alcanzaron. Eso es válido para países más o menos desarrollados, para católicos y protestantes.

Faire le pieux—la lección venida del médico judío, colega de Werneck en Bélgica— fue, con certeza, una actitud prudente y sabia de los médicos que comenzaban a construir su poder de intervención en Belo Horizonte, en la primera mitad de ese siglo. *Faire le pieux* fue, probablemente, una de aquellas mentiras permitidas pero necesaria. Una táctica bien ejecutada para hacer triunfar la estrategia médica de asumir el control de la salud de la mujer.

EL AVANCE DE LA “MEDICALIZACIÓN” EN BELO HORIZONTE

El proceso de conquista de confianza de la mujer por el médico no es exclusivo de Belo Horizonte. Sobre él existen referencias mundiales. El avance de la “medicalización” fue marcado por el crecimiento de la presencia médica y por la construcción de hospitales, pero presentó obstáculos que no pudieron ser vencidos sólo con el discurso médico.

Como ejemplo, podemos citar la creación de la primera Maternidad de Belo Horizonte que sólo fue posible gracias a la filantropía. Desde la

43 FOUCAULT, M. 1985. *Op.cit.*, p. 30.

instalación de la Santa Casa, ese discurso se sobreponía al médico, para conseguir apoyos, conforme publicó, en 1900, el periódico *Diario de Minas*:

Es una obra sublime la de aminorar el dolor y el sufrimiento de los enfermos desheredados de la fortuna, confortar y suavizar sus últimos momentos. Belo Horizonte, cuyos habitantes priman por la nobleza de sentimientos humanitarios y religiosos, no podría dejar de tener también un hospital, donde pudiese recibir y confortar a los enfermos pobres.

En 1899, con el sugestivo nombre de Sociedad Humanitaria de la Ciudad de Minas, la Santa Casa tuvo su piedra de fundación lanzada en el día 16 de agosto, día de la Patrona de la ciudad. En el año siguiente, el cambio del nombre a Santa Casa de Misericordia parece haber sido el primer paso para la construcción de una buena relación entre médicos y Iglesia en Belo Horizonte.

La venida de religiosas extranjeras, especialmente las monjas alemanas de la congregación Siervas del Espíritu Santo, traídas por Hugo Werneck, acelera el proceso de "medicalización". Esas mujeres y religiosas habrían sido uno de los grupos más importantes en la aceptación de la atención médica hospitalaria por la sociedad local, al facilitar la quiebra de la resistencia de la "mujer de familia".

Las hermanas de caridad fueron defendidas tenazmente por Hugo Werneck, durante la Primera Guerra Mundial, cuando sufrieron amenaza de ser expulsadas del país, por los antigermanistas. Mantenidas en la institución, ellas se tomaron espectadoras privilegiadas de la transformación que ocurría en la Santa Casa. En las primeras fotos de las cirugías ginecológicas, siempre hay una monja, como auxiliar. Probablemente la divulgación de esas fotos, así como la defensa pública del trabajo de las religiosas, por Hugo Werneck, era una estrategia para respaldar el trabajo médico en el ejercicio de la caridad cristiana, relacionando el buen médico con el buen católico, y promover las reformas necesaria en la modernización del Hospital.

En 1910, fue inaugurado el "Pabellón Hugo Werneck", edificio con dos pisos, siendo el primero dedicado a la clínica quirúrgica de mujeres y el segundo a la Maternidad. Según Werneck, en un artículo del 28 de agosto de 1910:

La maternidad será aquí, como en otro lugar, el campo donde la reacción ha de hacerse, combatiendo prácticamente creencias inveteradas, que 'paraderas', sin vislumbre de instrucción técnica, van influyendo en el espíritu de las pacientes. El resultado benéfico se ha de verificar en futuro próximo (...) acabe la mortalidad, como el desaparecimiento de la ceguera de los recién-nacidos y con la reducción de los accidentes puerperales.⁴⁴

44 Werneck, Hugo. 1910. In: *Minas Gerats*. 28 de agosto.

Fue un importante paso rumbo a la “medicalización”, sin embargo no fue suficiente para convencer a la población sobre los beneficios de la atención hospitalaria y, para la construcción de la maternidad Hilda Brandão, fue necesario apelar nuevamente a la filantropía. Si, por un lado, la filantropía ayudaba en la construcción y mantenimiento de los hospitales, la sensibilización de la élite ante la caridad encontraba algunas dificultades en los preceptos morales vigentes. La construcción de la primera maternidad de Belo Horizonte ejemplifica esa dificultad. Las “señoras de bien” tenían sus hijos en casa, asistidos por una partera, y si el parto se complicaba, se llamaba al médico para que interviniera. La idea de una maternidad sólo podría, según el entender de la élite, favorecer a aquellas mujeres que tenían sus hijos lejos de un hogar establecido, como, por ejemplo, las madres solteras y las prostitutas.

En el mundo entero, los primeros hospitales y maternidades fueron destinados a los pobres. Nadia Filippini⁴⁵, en un estudio sobre la cesárea en la época moderna, confirma que la intervención del médico, en la Italia de los siglos XVIII y XIX, ocurría casi exclusivamente en los trabajos de parto de mujeres pobres, principalmente en el de madres solteras internadas en asilos. Las motivaciones del médico para intervenir quirúrgicamente, después de un trabajo de parto demorado, eran diversas: médicas (frente a un grave estrechamiento de la matriz); éticas (la negación de matar al bebé), religiosas (el deseo de garantizar, a lo menos, la salud eterna del bebé); morales (en el caso de embarazo ilegítimo) y la gran importancia social que la maternidad pasa a tener en los discursos médicos de la época moderna.

Es importante verificar que, en Belo Horizonte, a principios del siglo XX, ésas también son las motivaciones de Hugo Werneck para construir la primera maternidad, conforme podemos observar en el discurso de inauguración:

No necesitamos encarecer el alcance social de esta casa que hoy abre de par en par sus puertas, en un ambiente de perfecta igualdad, ministrando remedios eficaces para tranquilizar los dolores físicos y proporcionando el discreto silencio para mitigar sufrimientos morales.

De hecho la maternidad no se destina apenas a auxiliar a la mujer que va a ser madre; darle un asilo donde pueda por algunos días abrigar su miseria; abrirle un refugio donde venga a esconder los rencores y el arrepentimiento de una falta que, en el momento, ella es la única que padece las señales inequívocas de la responsabilidad; prevenir y combatir gracias a la caridad los desfallecimientos morales y las funestas resoluciones de la desesperación; cercar la cuna del recién nacido pobre de cuidados que más

45 FILIPPINI, Nadia Maria. 1996. *La nascita straordinaria. tra madre e figlio la rivoluzione del taglio cesareo (sec. XVIII-XIX)*. Angeli, Milano.

adelante no se podrían tener, en su programa por ser más vasto. Para contrabalancear los efectos nefastos de la secta neomaltusiana y de la eugenia, combate la esterilidad, sea curando las molestias causantes de ella, corrigiendo vicios congénitos que traen como consecuencia la infecundidad. Cura los estados mórbidos que ocasionan la interrupción del embarazo y liberalizando cuidados especiales a la embarazada, promueve el desarrollo del feto y la robustez del futuro ciudadano, por medio de la puericultura.(...) De celibato o casada, toda mujer que aquí se presente es digna de amparo y será bien recibida, en nombre de los verdaderos principios de la fraternidad humana y de los mejores preceptos de la moral cristiana.

Dejemos a un lado el puritanismo inglés, desgarrado por un deseo inmoderado y mal entendido de moralización, prohibiendo que sean admitidas en ciertas maternidades londrinas las de celibatos embarazadas, principalmente cuando fueren reincidentes.(...) La mujer embarazada representa una individualidad dos veces sagrada, implicando de un modo inviolable para ella la protección de la madre y del hijo, quien sea esa mujer y cualquier que sea el origen del hijo.⁴⁶

El discurso de Werneck, además de justificar la necesidad de una maternidad, apelando a la caridad y al juicio de humanidad de las personas, ejemplifica lo que se dio en Italia de los siglos XVIII y XIX, estudiado por Filippini (1996) y aún sugiere la existencia de reflejos del período vitoriano en la moralidad de los belorizontinos del siglo XX. Ese discurso es muy rico, pues deja claro que los mayores obstáculos de la ciencia médica en el período no se relacionan con el atraso en el conocimiento ni en la tecnología, sino que están relacionados con la influencia de una cultura moral y religiosa muy fuerte.

El apelo al sacramental de la maternidad y a los valores cristianos de la población fue la solución adoptada por Werneck. Él reconoce, en su discurso, que la maternidad abrigaría las madres solteras, "las desamparadas", pero anuncia otras funciones, tratamientos para los problemas no sólo del parto como del embarazo y después del parto. En un escenario de oposición conservadora, era necesario resaltar el alcance social del nuevo hospital, proponer un ambiente de igualdad y combatir la falsa moralidad.

Existe también una importante referencia a dos ideas surgidas en el siglo XIX: la teoría de Malthus sobre que el crecimiento vertiginoso de la población no fue acompañado por el aumento de géneros alimenticios, generando hambre y mortalidad, y la propuesta eugénica de mejoría de las razas. Tales ideas no eran convenientes para el país en aquel momento, una vasta extensión por ser ocupada y desarrollada. Para poder crecer Brasil era necesario tener muchos brazos, de ahí el inconveniente de aceptar las ideas de control de la natalidad. La maternidad, en ese momento, era un estado

46 WERNECK, Hugo Furquim. Discurso del Prof. Werneck en la inauguración de la Maternidad. In: *Arquivos Mineiros de Medicina*, año 1, vol.1, n.2, Belo Horizonte, agosto de 1916, pp.35-36

deseado para las mujeres, principalmente las más humildes, que generarían los brazos necesarios para la transformación del país.

En fin, el discurso de Werneck estaba afinado con las ideas más importantes de la época y trataba, con su apelo al alcance social, responder a todas las críticas que suscitaba la construcción de la maternidad.

CONSIDERACIONES FINALES

Respetando los límites de la moralidad y de la religión, la Medicina, inicialmente con pasos tímidos, fue imponiendo sus orientaciones. La existencia de la maternidad no acabó con los partos domiciliarios, pero atrajo un público cada vez más diversificado, principalmente cuando se firmó como el sitio "que cura los estados mórbidos que ocasionan la interrupción del embarazo y liberalizando cuidados especiales a la embarazada", independientemente del color, estado civil o nivel social.

La costumbre de llamar al médico a la casa, poco a poco, va cambiando con la transferencia al hospital. El médico de señoras, al retirar a la paciente de su casa y llevarla al hospital, va invirtiendo la situación. En el hospital, espacio médico por excelencia, su actuación se amplía y se hace más poderoso como profesional.

Ese proceso de sustitución de la casa por el hospital avanza, al punto que, en un periódico de 1936, fuera posible leer la siguiente nota:

No llame al medico por cualquier cosa, pero tampoco espere estar muy grave.
Vaya al consultorio, no lo llame a su casa.
No pida la visita para una hora estipulada a no ser en caso de urgencia.
Lámelo sólo durante la noche en estados de extrema urgencia, y tampoco lo haga los domingos.
Cuando haya urgencia no llame a varios médicos si no a uno asegurándose de que vendrá.
Al esperar al médico deje accesible lo necesario.
No considere caros los servicios médicos.⁴⁷

Por esas orientaciones, es posible evaluar las alteraciones provocadas en el proceso de "medicalización" en Belo Horizonte. Las atenciones domiciliarias continúan, pero el número decae gradualmente. Conquistada la confianza y demostrada la eficiencia de sus métodos clínicos, al médico ya le era posible pensar en disciplinar a sus pacientes, objetivando la transferencia de todas las atenciones a su territorio: el consultorio y el hospital. Los enfermos dejan de llamar al médico a la casa y lo buscan en el hospital. El paciente

47 El *Diário*, 1936. Belo Horizonte, 29 de noviembre, p. 7.

disciplinado, poco a poco, se fue convirtiendo más y más dependiente de las normas médicas. Aunque el hospital no representase aún el centro de referencia para las atenciones, como hoy, el médico se había convertido, para la mayoría de los casos, en el único que tenía credencial para resolver los problemas de salud de la población.

Específicamente, en la asistencia a la salud femenina, las mujeres (parteras) fueron alejadas para que cedieran sus lugares a los hombres (los médicos). Con el tiempo, surgieron nuevas mujeres (médicas y enfermeras), pero el tabú del cuerpo aún sigue dificultando, hasta hoy en día, el trabajo en el campo de la ginecología. El acceso al cuerpo de las mujeres, por el médico, aún es tan difícil que el Ministro tuvo de recurrir a la Iglesia...

ABSTRACT

This article intends to study the beginnings of women's health medical assistance in Belo Horizonte (Brazil), on the early XX century. It deals with the specificity of the process, considering the city location in the Brazilian interior, physician shortage, women's anger regarding the new professional (the physician) making a "carried out by women" duty and the influence of the Church. This article emphasizes the labor of the first gynecologist, Dr. Hugo Werneck, to established in the capital, to cross over on the midwives and to build the first maternity hospital, this being considered a fundamental condition to establish the medical hegemony to assist women and transfer home assistance to hospital assistance, being the hospital the medical space par excellence

KEY WORDS

Women's health, Belo Horizonte (Brazil), early XX century, Hugo Werneck.