

# *Médico de Senhoras*

Condensado de  
um livro de

*Dr. William J. Sweeney III*

assistido por

*Dra. Barbara Lang Stern*



# *Médico de Senhoras*

*Dr. William J. Sweeney III*

assistido por

*Dra. Barbara Lang Stern*

*Neste relato de fatos passados durante um ano de sua vida profissional, o Dr. William J. Sweeney III, notável obstetra e ginecologista de Nova York, apresenta o que considera os aspectos mais fascinantes de seu trabalho: o prazer de ter realizado uma operação com sucesso, a frustração de sentir que um tumor maligno não terá cura e a grande alegria de trazer um bebê ao mundo. Conhecer essas atividades do Dr. Sweeney é participar de toda a sua exuberância, humor e compaixão; é entender sua convicção de que seus pacientes são «a gente mais admirável do mundo».*

**A**S PONTAS de meus dedos tocaram o telefone, enquanto eu esperava, no quarto escuro, por uma segunda chamada. Se você já foi acordado repentinamente de um sono profundo, conhece o estado de excitação e sobressalto em que ficamos por uns momentos, antes de nos adaptarmos à realidade.

O segundo toque da campainha soou, e eu agarrei o fone. Era meu serviço de recados. Ed Simpson\* ti-

nha telefonado. Sua mulher, Jean, estava em trabalho-de-parto adiantado. Acendi a luz e telefonei para os Simpsons. As contrações de Jean eram de dez em dez minutos.

«Você tem bastante tempo», disse eu, «mas peça a Ed que a leve para a portaria do hospital na Rua 70. Estarei no andar de cima.»

O Hospital de Nova York tem vários edifícios, com a maternidade, a unidade de obstetrícia e ginecologia no extremo norte. Telefonei para a portaria, dizendo que Jean estava a caminho, e me vesti depressa.

\* Os nomes e circunstâncias desta narrativa são fictícios.

Jean Simpson veio me procurar há cinco anos, para um exame ginecológico completo, antes de se casar. Tinha então 22 anos. Era uma jovem bonita, de cabelo castanho comprido. Uns três anos depois, ficou grávida, mas, com dois meses de gravidez, teve um aborto. É terrível perder um bebê, e Jean chorava desconsolada quando me telefonou. «Não posso acreditar que isto esteja acontecendo», soluçava ela, «mas sinto cólicas e há sangue e alguns coágulos.»

«Jean», interrompi, «está guardando o material?» Ela disse que sim. «Está bem, guarde tudo. Ponha num vidro e derrame um pouco de álcool, de modo que não seque. Não use água.»

Pedimos às clientes que nos tragam todo o material expelido, para que possamos examiná-lo. O pior é quando uma mulher nos telefona dizendo: «Já não há mais nada. Tudo foi expelido.» Nesses casos, nada podemos fazer. Se a parturiente nos trouxer o material que expeliu, às vezes, podemos descobrir o porquê de um aborto — que acontece em 10% a 20% de todos os estados de gravidez. No caso de Jean, não nos foi possível determinar a causa, mas agora, 14 meses depois, ela estava chegando normalmente ao fim de outra gravidez.

Quando entrei no hospital, às cinco da manhã, os Simpsons já estavam numa das salas de parto do oitavo andar. Examinei-a e, então, depois que a enfermeira lhe tomou a pressão arterial, eu disse aos Simpsons que o trabalho-de-parto levaria

algumas horas. Jean assentiu compreensivamente. «E a assepsia?», perguntou ela.

«Não vai ser precisa», respondi.

Sempre houve a convicção de que qualquer região que vai ser submetida a cirurgia deve ser raspada. As mulheres grávidas, geralmente, são raspadas no períneo, onde normalmente se faz uma incisão chamada *episiotomia*. Isto permite que a paciente tenha o filho, sem se rasgar a região perineal. No entanto, quase sempre as mulheres sofrem assepsia em toda a região púbica. Ora, os pelos têm de crescer de novo, e a irritação que esse crescimento provoca é um tormento atroz. Há alguns anos, selecionei ao acaso um grupo de mulheres e decidi não raspá-las para o parto a fim de observar se isso traria dificuldades ou não, e aconteceu que não houve problema algum com elas. Não se registrou nenhum aumento de infecção, nada.

Contei a Jean e Ed uma discussão que tivera certa vez com um colega que usava imensos bigodes. Ele afirmava estar eu atrasado 20 anos em obstetrícia porque não depilava as pacientes. Perguntei-lhe: «Se você fosse extrair as amígdalas amanhã, teria de raspar o bigode?» O caso é exatamente o mesmo.

«Enfim, agora eles estão mudando de opinião», disse eu. «Alguns estão raspando pela metade, fazendo uma espécie de corte à escovinha.» Jean e Ed riram, o que me deu grande satisfação, porque gosto de me considerar mais ou menos como se fosse um humorista de televisão frustrado.

Por volta das 9:45, Jean estava tendo contrações a cada três minutos e sentindo muitas dores, mesmo levemente dopada com o Demerol. Vi que o colo do útero tinha uma dilatação de oito centímetros. Dei-lhe uma anestesia paracervical, que é injetada dos dois lados do colo do útero e adormece os nervos da área próxima. É uma anestesia de que gosto muito, porque a mãe se mantém acordada e o bebê não nasce grogue.

Cerca de 40 minutos mais tarde, Jean apresentava dilatação completa — dez centímetros. «Geralmente, antes de levarmos a parturiente para a sala de parto, esperamos até que se veja um pouco da cabeça do bebê surgindo na vagina», expliquei.

Agora, a enfermeira de serviço vinha ver com mais frequência como as coisas progrediam. Pouco antes do momento em que eu esperava que começasse a surgir a cabeça do bebê, pedi-lhe que ficasse com Jean, e disse a Ed que viesse comigo. Ele iria ficar na sala de parto com Jean, de modo que eu queria ensinar-lhe como usar os gorros e máscaras, e como colocar as capas nos sapatos.

Quando voltamos, a enfermeira me puxou para o lado. «Dr. Sweeney, a última vez que auscultei o coração do feto estava a 125.»

«Torne a verificar depois da próxima contração», disse eu. O coração normal de um feto (ou bebê) bate 140 vezes por minuto. Um coração de feto com 125 não é perigoso, mas, se, durante o parto, alguma coisa não está perfeitamente normal, todos começamos a ficar preocupados.

A enfermeira auscultou depois da contração seguinte, e eu li sua anotação na ficha: coração do feto, 115.

Bem, enquanto as pulsações estivessem acima de 100, não era perigoso para o feto, mas agora eu observava Jean com atenção redobrada. Apoiei o estetoscópio em seu abdome, e esperei que terminasse outra contração. Batidas do coração: 104. Estava se aproximando o limite perigoso.

Olhei para a enfermeira e disse-lhe: «Toque a campainha.» Imediatamente ela acionou o interruptor que liga o alarme de emergência no andar. Quando essa campainha toca, todos correm, porque ninguém sabe o que está acontecendo — e, num bom hospital, quando a situação é de emergência, todo mundo trabalha.

### Não têm que agradecer

UM MINUTO depois, o quarto estava cheio de gente e eu disse ao anestesista que levasse Jean para a sala de parto. Virei-me para Ed. «Não sei como as coisas irão se passar. Você pode vir, se quiser, mas, a partir de agora, não iremos nos preocupar muito com você.» Então, o assistente e eu corremos pelo *hall*.

Enquanto fazíamos a assepsia, um médico interno veio da sala de parto dizendo: «Doutor, o coração está a 96.» Interrompemos a lavagem de mãos e entramos na sala, com a água escorrendo pelos cotovelos. Ed já se encontrava lá, e um anestesista estava junto à cabeça de Jean dando-lhe oxigênio. A enfermeira encarre-

gada do útero, que fica com a paciente durante o parto, auscultava com um estetoscópio o abdome de Jean. As pernas de Jean estavam elevadas nos estribos, e outra enfermeira a preparava para a operação. O desinfetante corria para uma bacia de metal aos pés da mesa de parto.

Eu me decidira pelo parto de fórceps, isto é, inserir o fórceps na vagina e extrair o bebê. É um puxão bem forte, como de uma gaveta emperrada. Se a cabeça do bebê não estivesse tão funda, na pelve, em vez dessa técnica eu teria praticado uma cesariana de emergência.

Veio a contração seguinte de Jean e eu disse: «Força agora, Jean. Com toda a força que puder.»

«O coração do feto está a 90, doutor», disse a enfermeira encarregada do útero.

«Está bem, vamos extrair o bebê.»

Tomei o fórceps das mãos do assistente, coloquei-o em posição, sentei-me e puxei. Eu podia sentir o bebê de Jean se movendo na vagina.

«Dê-lhe uma anestesia local para a episiotomia», disse eu. O assistente injetou novocaína diretamente no períneo. A anestesia paracervical, que havíamos feito antes, afeta os nervos em volta do colo do útero, mas não aqueles entre a vagina e o ânus, onde íamos trabalhar agora.

«Muito bem, corte», disse eu, mantendo a tração no fórceps. O assistente trabalhou com a tesoura sob o fórceps. O sangue espirrou no lençol verde que cobria a mesa e correu para a bacia que se encontrava entre meus pés, no chão.

Retirei o fórceps, porque, agora, podia trazer o bebê mais facilmente com as mãos. Jean teve uma contração e, de repente, a cabeça surgia. Virei o bebê, trabalhando o mais rápido e delicadamente que podia. O ombro direito, ou de cima, saiu primeiro. Então, ajudei o esquerdo a sair, e o resto do corpo veio sem dificuldade.

«É um menino», disse eu automaticamente, mas não gostei de seu aspecto. Bebês saudáveis não são rosados logo que surgem, são azulados — mas aquele era pálido, quase branco e muito flácido.

Pincei e cortei o cordão umbilical o mais depressa que pude. «Cuide da Sra. Simpson», disse ao assistente. Deixando-o com Jean, levei o bebê inerte até uma mesa perto da parede. Rapidamente, introduzi-lhe um tubo na traquéia. A enfermeira ligou o tubo a uma máquina de oxigênio, e eu apertei o balão de borracha. O peito oprimido do bebê se dilatou imediatamente, enquanto os pulmões paralisados se distendiam sob a pressão do oxigênio.

Esta é uma técnica que praticamos com muita freqüência, em bebês mortos. Quando um bebê nasce morto, reunimos todo o pessoal disponível, para que eles se treinem nesse método, de modo que, quando surgir uma oportunidade, possamos ter certeza de que o tubo está sendo introduzido na traquéia (o conduto da garganta aos pulmões), e não no esôfago (que comunica com o estômago). Dispomos apenas de um minuto, antes que se produzam danos

irreversíveis no cérebro, por falta de oxigênio, e nada adiantará ao bebê se bombearmos o oxigênio para o estômago.

Apertando o balão com força, esperei para ouvir se os pulmões iam começar a funcionar. Então, senti uma sensação horrível e nauseante no fundo de meu estômago. O bebê com grave anomalia no cérebro talvez jamais consiga respirar espontaneamente. Poderíamos ministrar-lhe respiração artificial por 20 anos, mas o problema é saber se ele assim estaria realmente vivo. Muita gente acha que não deveríamos fazer o papel de Deus, mas temos de fazê-lo. Quando se trata de um recém-nascido, depende de mim parar ou não. Não digo que não nos esforcemos com certos bebês, mas não é com o mesmo interesse e persistência de quando tudo vai correndo bem e, de repente, temos nas mãos uma criança que não respira por alguns minutos. Nesse caso, damos tudo o que podemos.

De súbito, ouvi a voz de Jean: «Posso ver meu bebê?»

O silêncio, em resposta à sua pergunta, a fez gritar abruptamente: «Meu bebê!»

«Eu estou com ele, minha filha», disse eu.

A angústia traspassava sua voz quando ela compreendeu que havia algo de anormal: «Que aconteceu?»

«Nós lhe estamos dando um pouco de oxigênio», disse eu.

Não havia deficiências congênitas evidentes, e as batidas do coração estavam agora a 120. Ele começara a ficar um pouco rosado com o oxigê-

nio. Decidi retirar o tubo, para ver se já respirava sozinho. Quando puxamos o tubo, olhei para o filhinho de Jean, desejando que ele fizesse o primeiro movimento respiratório. Passaram-se 20 segundos, e nada aconteceu. Só a cor rosada ia ficando mais pálida. O tubo voltou a ser introduzido, e a bomba funcionou de novo.

Deixando o bebê aos cuidados da equipe, fui ter com Jean. Ela olhou para mim quando me aproximei da mesa, e implorou: «Por favor, diga-me como está a criança.»

Não posso mentir a uma mãe neste momento. O bebê não estava respirando, e eu fui sincero: «Ele não está muito bem, mas é muito cedo para se dizer qualquer coisa.»

«Oh, meu Deus», murmurou ela, e virou o rosto chorando. «Por favor, faça-o ficar bem.»

Quando saiu a placenta, pedi ao assistente que suturasse a incisão e voltei para onde estava o bebê. Nesse momento, as pernas do recém-nascido se flexionaram, seus braços se elevaram até o peito e ele começou a lutar com o tubo que tinha na garganta. Retiramos-lhe o tubo, o bebê inspirou duas vezes e deu um berro, curto mas forte. Todos na sala levantaram a cabeça. Não sei quantos estávamos ali naquele momento, mas todos ficamos aguardando o grito seguinte, que veio nítido e sonoro.

«Eu o estou ouvindo. Já posso ouvi-lo», gritou Jean. O bebê foi levado para junto dela. Lágrimas corriam por suas faces. «Estou tão feliz, Dr. Sweeney», disse ela. Ed chorava também. O bebê berrava, de boca

escancarada, olhos muito fechados, com o rosto todo vermelho — um espetáculo lindo de se ver e ouvir.

As pessoas começaram a se cumprimentar e a sair. Quando os piores momentos já passaram, ninguém mais precisa de nossa ajuda, e nenhum de nós está esperando agradecimentos. Já fomos bem recompensados pelo prazer do trabalho que todos nós laboriosamente realizamos.

### No consultório

ERA QUASE uma hora quando cheguei ao consultório. Havia várias pessoas sentadas na sala de espera. Vesti um avental branco, limpo, e fui atender minha primeira cliente. Sempre começo na sala de exames. Minha enfermeira já tinha tomado o pulso e a pressão arterial da paciente; a mulher estava sentada na mesa, vestida apenas com uma bata sobre o corpo, para ser examinada. Então, entrei e ouvi sua história clínica. Isto, de certa forma, quebrou um pouco sua timidez. Quando uma mulher vem pela primeira vez ao meu consultório e tem de se despir... para algumas, isso é uma situação difícil. Se não fizermos nada para reprimir essa timidez natural da mulher, quando chega o momento de ir para a sala de exames, ela está tremendo tanto que se torna difícil observá-la.

Na sala de exames, encaro uma cliente apenas como cliente. É claro que noto logo se ela é bonita, mas não é para isso que estou ali, e sua beleza não tem para mim grande importância naquele momento. Além

disso, faço sempre questão de que uma enfermeira esteja presente. Nunca costumo trabalhar sem a colaboração de uma assistente.

Mais tarde, quando o cliente se veste e vem para o consultório, já não sou apenas um médico, mas um homem também. Às vezes, no registro da cliente, escrevo: «Bonita mesmo», ou «Seios... lindos.» Essa é uma das razões por que não deixo ninguém ver meus registros!

Minha primeira cliente tinha vindo para um teste de Papanicolau, com o qual se determina se existe câncer do colo do útero ou vaginal. Penso que toda mulher deveria fazer um teste de Papanicolau de seis em seis meses — um ano é muito tempo, e muitas coisas podem acontecer. Temos visto cânceres em adolescentes, e há inúmeros em jovens de 20 anos. É logo ao princípio que eles devem ser tratados. Toda mulher grávida também devia fazer um teste de Papanicolau, pois, hoje em dia, o câncer é a primeira causa de morte de mães em nosso hospital.

Depois de fazer o teste, fui para a segunda sala de exames, para ver Isabelle Cavallo. Tinha 26 anos, e era uma jovem calma, de porte sereno, cabelos pretos e olhos quase negros. Observei-a, e depois voltei ao consultório, enquanto ela se vestia. Haviam se passado apenas cinco meses desde seu último exame, e eu conjecturava se ela teria voltado por alguma razão especial. Depois de 15 ou 20 anos de clínica, o médico adquire certa intuição quanto ao que estará se passando no espírito da paciente.

Isabelle entrou. Eu lhe disse que o exame fora bom, e então perguntei: «Há alguma coisa que gostaria de me contar?»

Quando se casaram, tanto Isabelle quanto o marido, Luís, eram virgens. Nenhum dos dois havia tido qualquer experiência sexual. Desde então, tinham tido relações normalmente, até que, um dia, ela confessou a Luís que durante aquele tempo ela apenas fingia atingir o clímax no ato sexual. Depois de três anos de casados, ele admitiu, um dia, não saber qual era a função do clitóris. Ela também não sabia, e então o marido lhe sugeriu que me perguntasse, caso tivesse coragem bastante para isso.

Então, fizemo-la despir-se de novo, voltar à sala de exames e, com um espelho, expliquei-lhe onde o órgão se localizava e quais as suas funções. Ela nunca aprendera nada sobre anatomia — nem tampouco Luís. Agora, espero que o ato sexual lhes dê mais prazer, uma vez que já sabem onde se localizam os órgãos e por se sentirem mais à vontade para falar sobre isso.

Um obstetra e ginecologista, em Nova York, atende em média entre 30 a 50 clientes por dia. Minha secretária marca as consultas a cada 15 minutos para clientes de ginecologia, e a cada cinco ou dez minutos para as pacientes de obstetrícia.

Na consulta marcada para as 3:30, passei uma hora inteira com Kim Ungar, e alterando dessa forma o resto do horário daquele dia. Kim tinha 16 anos, e eu tive de lhe dizer que estava com câncer na vagina. Sua mãe,

a Sra. Ungar, havia sido medicada com o hormônio artificial stilbestrol, quando estava grávida de Kim. O stilbestrol era medicamento eficaz para evitar possíveis abortos, mas depois se descobriu que causava câncer. Kim estava entre a pequena porcentagem de vítimas (geralmente adolescentes) de câncer da vagina, porque sua mãe havia sido tratada com esse medicamento.

A mãe de Kim acompanhou-a ao consultório, mas sentia um complexo de culpa tão grande que ficou sentada em silêncio, enquanto Kim chorava e vociferava furiosa, blasfemando contra os médicos, a ignorância deles e contra tudo em geral. Eu ouvia. Ela tinha de desabafar em cima de alguém, e eu não a culpava. Precisaríamos extirpar-lhe a vagina e o útero.

Disse que lhe faria uma plástica e que ela ficaria com uma vagina nova. «Não quero viver assim», gritou ela. «Não quero viver mais.» Ameaçou se matar. Disse que lamentava não ter dormido com todos os rapazes que conhecera, e caiu numa crise de choro incontrolável.

Finalmente, Kim se acalmou e me perguntou se poderia continuar a patinar no gelo depois da operação — queria ser patinadora profissional. Disse-lhe que poderia patinar quanto quisesse, logo que melhorasse. Pouco depois, ela e a mãe saíram.

Seguiram-se outras clientes, todas com casos normais, mas Kim permaneceu em minha mente, e não tive dúvidas de que iria me lembrar dela por muito tempo.

**Médico por vocação**

DESDE criança, sempre quis ser médico. Logo que voltei da Segunda Guerra Mundial, matriculei-me na faculdade de medicina. Lembro-me de quando tomei a decisão de me especializar em obstetrícia e ginecolog-

gia. Estava no terceiro ano da Escola de Medicina da Universidade de Cornell, e fui assistir a um parto. Nunca vira nenhum antes, e jamais fiquei tão entusiasmado. Saí de lá e disse: «É isto que me interessa.»

Muita gente talvez não saiba que quase todos os estudantes de medi-



cina praticam em partos. A experiência é, geralmente, o ponto alto da carreira de um estudante de medicina, e há uma razão para isso: é a primeira vez que ele é chamado de *doutor*. Lembro-me de quando isso aconteceu comigo. O obstetra que tratava do caso não parava de repetir: «*Doutor Sweeney*.» Finalmente, indaguei: «Está falando comigo?» Eu sempre fora chamado de *senhor Sweeney*. Foi um momento inesquecível para mim.

A Escola de Medicina de Cornell é filiada ao Hospital de Nova York, e foi lá que tive meu primeiro contato com pacientes. Nunca me esquecerei de uma irlandesa enorme, chamada Bridie. Pesava uns 100 quilos, e estava em trabalho de parto. Eu frequentava o quarto ano de medicina, e fui designado para examinar Bridie. Ela era tão grande que tive de subir num estrado, perto da cama, para observá-la melhor. Estava tentando verificar qual era sua dilatação, mas ela era tão grande em tudo que eu não conseguia sentir nada. Continuei apalpando, para encontrar a abertura do colo do útero. De repente, ela se esticou (estava deitada, estirada na cama) e me tirou do estrado pelos fundos das calças, de modo que fiquei balançando no ar, batendo os pés. Então, com seu carregado sotaque irlandês, ela gritou para mim: «Pronto, meu filho. Já chega!» Nunca me senti tão embaraçado em minha vida.

Passei meu ano de estagiário, de julho de 1949 a julho de 1950, no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital de Nova York.

Tinha 28 anos e era casado, coisa pouco comum naquele tempo. Hoje, a maior parte do pessoal médico ali em serviço (inclusive estagiários e assistentes) é casada e mora perto do hospital. Mas, naquela época, tínhamos de ficar no edifício, de modo que eu dormia no hospital quando estava de plantão — o que acontecia com muita freqüência. Lembro-me de ter sido severamente repreendido pelo médico-chefe, e de ter protestado: «Mas eu não estava aqui na noite passada. Estava fora.» E ele, furioso, perguntou: «Que negócio é esse de *estava fora*? Você está empregado aqui. Trabalha 24 horas por dia, sete dias por semana. Você nunca pode estar fora.»

Quando me tornei assistente, meu salário era de 25 dólares por mês. Isso aconteceu depois de quatro anos de colégio, três anos no exército, quatro anos de faculdade de medicina e um ano como estagiário. Depois, fui assistente durante quatro anos. Aos 33 anos, como assistente-chefe em obstetrícia e ginecologia, ganhava mil dólares por ano.

Um dia me encontrei com o assistente-chefe de cirurgia. Naquele tempo, o estágio como assistente de cirurgia durava sete anos, e eu perguntei ao meu colega: «Como você se arranja?»

Ele deu de ombros e respondeu: «Estou devendo 25 mil dólares.»

«Você está louco!», disseu eu. «Eu não vou fazer isso.»

Quatro anos depois, eu devia 25 mil dólares, como todo mundo. Não podia viver com mil dólares por ano.

Era casado e já com dois filhos, de modo que tinha de pedir emprestado para viver.

Meu primeiro emprego foi com um grupo de médicos numa pequena cidade do interior, mas voltei a Nova York depois de um ano, porque sentia falta do conforto e do pessoal de um grande hospital, e não gostava de trabalhar em grupo. Não queria exercer medicina das nove às cinco. Queria conhecer e assistir minhas próprias clientes, e não encaminhá-las para outro médico que estivesse de plantão naquela noite ou naquele fim-de-semana.

O preço que se paga por isso é a luta contra a falta de tempo. Até a necessidade de ir ao barbeiro eu tinha que protelar. Numa época em que os homens usavam cabelo curto, o meu ia crescendo, crescendo, e as pessoas começaram a me chamar «o médico cabeludo». O mesmo acontecia quando tinha de ir ao dentista. Marcava e desmarcava consultas várias vezes, até me ser possível comparecer. Então, me sentava na cadeira do dentista, o telefone *dele* tocava e sua secretária recebia recados para mim. Cheguei a sair diretamente da cadeira do dentista para atender a um chamado de urgência. Contudo, o preço mais alto, e aquele que o médico mais sente, é o de perder tanto de sua vida familiar. O problema do jovem obstetra não é *não querer* ir para casa — é *não poder*.

Quando, finalmente, ia para casa, estava irritadiço ou morto de cansaço e, às vezes, caía na cama ou adormecia à mesa depois de jantar. Outras

vezes voltava para casa deprimido. Depois de trazer à luz uma criança anormal, ia para casa imaginando que a mãe poderia acordar na manhã seguinte, e supor (ou até acreditar) que tudo havia sido um pesadelo, que seu bebê lhe seria devolvido em perfeita saúde. No entanto, eu sabia que seu bebê nunca seria normal. Havia sempre algum pensamento no ar: «Se, ao menos, eu lhe tivesse dito para não tomar aspirina... ou não dirigir muito... Será que isso teria feito diferença?» Minha mulher poderia tentar me confortar, mas não o conseguiria realmente.

Há pouco tempo, procurando fazer algo para me libertar de uma crise de depressão, ela disse: «Não foi culpa sua. Mesmo que tivesse sido, você não pode pretender ser perfeito.»

Olhei para ela e comentei judiciosamente: «Se você fosse a paciente, de certo gostaria que eu fosse perfeito, não é?»

Penso que ser mulher de médico é talvez a pior tarefa do mundo. Não é só o fato de nunca estarmos em casa. Trabalhamos também em hospitais onde nos dão toda a assistência. A enfermeira nos entrega qualquer coisa que a gente lhe peça. Jogamos um avental no chão e a enfermeira o apanha. Depois de uma operação, ela lava e esteriliza os instrumentos. Se alguma coisa não está impecavelmente limpa (coisa rara de acontecer), nós a jogamos para a enfermeira e dizemos: «Isto está *sujo!* Como é possível tanta sujeira?» Faça isso em casa com uma faca, e sua mulher cairá em cima de você!

Não acredite se alguém lhe disser que um médico não tem prazer em seu trabalho. Nos meus 50 anos, ainda me emociono quando trago à luz um bebê. Sinceramente, a maior preocupação de uma parturiente é o bebê e não ela própria — e é isso que torna sublime o ato de ser mãe. Assisto a um parto, e a mulher que esteve ali deitada, sofrendo dores, às vezes, durante horas e horas, a única coisa que me pergunta é: «Como está o bebê?» Porém, nenhuma delas jamais se preocupou em me perguntar: «Como estou passando, doutor?»

### Inseminação artificial

BETSY MERRILL veio me consultar porque se julgava estéril. Ela e o marido, Alex, vinham tentando ter um filho, mas sem êxito. Finalmente, haviam admitido que algo de anormal devia ocorrer, pelo menos com um deles. A simples questão de conversarem, para ponderar sobre a situação, requer muito amor — quanto mais para apresentar o problema a um estranho e contar-lhe tudo sobre a vida íntima do casal.

Com tais pacientes, geralmente, começamos examinando a tiróide. Se ela é normal e se a temperatura da mulher indica que ela está no período da ovulação, temos de descobrir se as trompas da Falópio estão abertas, de modo que o óvulo possa passar por elas. Geralmente, fazemos isto através de um teste de Rubin ou insuflando gás nas trompas — «inflando as trompas», como dizem as senhoras. Inserimos no colo do útero um ins-

trumento que parece uma seringa rombuda. Então a ligamos a um balão de bióxido de carbono e deixamos o gás entrar no útero. Se as trompas estiverem bloqueadas, isso se torna evidente por meio de um indicador, que mostra aumento da pressão. Se as trompas estiverem abertas, o gás carbônico escapa rapidamente para o abdome.

A paciente permanece acordada durante o teste, que não é nada agradável. Se as trompas se encontrarem bloqueadas, o gás causará dor; se estiverem abertas e o gás passar, quando a cliente ficar de pé, sentirá uma dor forte no ombro, porque seu abdome estará cheio de CO<sub>2</sub> e a pressão afetará um nervo no diafragma que tem ramificações para cima.

Um método mais preciso é injetar uma substância opaca no útero e tirar radiografias, enquanto a substância enche as trompas e transborda ou não para o abdome, mas este histograma é caro e leva muito tempo. Além disso, não sou muito favorável a expor ovários e óvulos a radiações.

Em seguida, examinamos o homem. Eu disse a Betsy que levasse a um especialista um pouco de esperma de Alex, em qualquer recipiente limpo e seco. Ficamos sabendo que Alex não tinha um número muito elevado de espermatozóides, e sugeri que tentássemos o método da inseminação artificial.

Betsy queria saber se iríamos usar mesmo o esperma de Alex. Disse-lhe que sim, pois eu só poderia utilizar o esperma de um doador com autorização, por escrito, do casal.

Também quis saber por que a inseminação artificial funcionaria melhor que os meios naturais. Expliquei-lhe que a vagina é um órgão com uma superfície relativamente grande. Após o ato sexual, o sêmen do homem (pouco mais do que o volume de uma colher de chá) espalha-se por toda essa área, e é difícil algum chegar até o colo do útero. Com a inseminação artificial, podemos introduzir diretamente no colo do útero todo o esperma da amostra, sem se perder nenhum.

Os Merrills concordaram em tentar a inseminação artificial, e nos últimos três meses temos feito este trabalho, mas sem sucesso. Agora, duas semanas depois da última consulta, Betsy telefonou para dizer que sua menstruação estava atrasada. Ela parecia muito eufórica, mas eu a avisei de que era ainda muito cedo para se dizer qualquer coisa. No entanto, ela estava *mesmo* grávida e, nove meses depois, eu assisti o nascimento de seu filho.

Às vezes, não vejo como uma mulher possa ficar grávida durante um tratamento de esterilidade, porque temos de usar vários meios mecânicos para resolver um problema que pode ter origem emocional. Contudo, aquelas que realmente desejam ter bebê farão tudo para o conceber.

Lembro-me especialmente de uma mulher corajosa que veio ao meu consultório. Na maioria das clínicas, não há consultas marcadas para dias específicos, mas na clínica de esterilidade são marcadas essas consultas porque há certos testes que temos de

fazer em determinadas ocasiões do dia ou mês. Uma delas é para o chamado exame pós-coito. A mulher tem relações sexuais e, pouco depois, vem ao consultório, para que possamos determinar a percentagem de espermatozoides ativos que reteve.

A mulher entrou no consultório numa tarde quente de agosto; entretanto, sua pele estava fria. Não conseguia entender a razão disso, até que fiquei sabendo que o marido era açougueiro. A única solução que encontraram para que a mulher pudesse vir fazer esse teste à uma e meia da tarde foi arranjarem as coisas no próprio açougue, e dali veio correndo para a clínica, por assim dizer — ainda fria. A mulher queria ser mãe de qualquer jeito.

Se o marido não tem espermatozoides, o único recurso é a inseminação artificial com esperma de outro doador. É uma decisão difícil para um marido a de permitir que sua mulher seja inseminada com o esperma de um estranho — e é também desagradável para a mulher. Quando estamos praticando a inseminação artificial, há tal silêncio na sala de exames que se pode ouvir uma mosca. Dificilmente obtemos bons resultados logo no primeiro mês. Todo o organismo da mulher rejeita isso. Pode surtir efeito no segundo mês ou no terceiro, mas raramente «pega» logo no primeiro.

Algumas pessoas determinam as características do doador («só quero um doador judeu», por exemplo), mas a maioria deixa a seleção ao nosso critério. É claro que procura-

mos arranjar um tipo de doador que tenha traços semelhantes aos do marido ou do casal, embora não saibamos especificamente quem seja o doador. Às vezes, os resultados são surpreendentes.

Tenho uma cliente de quem gosto muito — uma mulher realmente simpática. Tratei-a com o sêmen de um doador, misturado com o do marido, embora o deste fosse praticamente nulo. A mulher engravidou e, depois do parto, fui vê-la. Estava muito feliz. Um dia, resolvi visitá-la, e ela se mostrava radiante.

«Que aconteceu, que fez você alegre desse jeito?», indaguei.

«A tia de Jerry veio aqui hoje e disse: 'O bebê é exatamente igual a Jerry quando ele era menininho!'»

Esta é sempre a maior alegria para o casal que tem filhos por inseminação artificial, e é surpreendente o número de crianças que se parecem com os pais inférteis.

### Esta teve sorte

MAVIS ROGERS vinha fazer um exame comigo a cada dois ou três meses, e eu sempre ficava preocupado com o que poderia encontrar. Sua irmã, mãe, avó e tia materna todas tinham morrido de câncer do ovário.

O câncer do ovário é extremamente maligno e quase nunca apresenta sintomas prévios. Na ocasião em que descobrimos um câncer desses na irmã de Mavis ela já tinha três litros de fluido no abdome e nódulos na pelve. Tinha 37 anos e um filho. Decidimos operá-la, mas pouco pudemos

fazer. Eu havia assistido os nascimentos dos dois filhos de Mavis; agora ela estava com 35 anos, e não pensava em ter mais nenhum filho. Eu queria extirpar-lhe os ovários, mas Mavis disse que não. «Sou mulher», disse ela, «e não estou interessada em deixar de ser.»

Insisti com ela por mais de um ano. Então, um dia chegou um grande envelope enviado por ela, com um desenho feito por sua filha mais velha, Nina. Era um coração pintado a *crayon*, com flores de papel coladas em volta e o dístico AMOR PARA PAPAI E MAMÃE escrito no centro. Junto, vinha um bilhete de Mavis:

PREZADO DR. S.: Nina nos deu isto hoje, depois da festa de seu décimo aniversário, e disse: «Os pais devem ganhar presentes também, porque as crianças não poderiam festejar os anos sem eles.» Quando quer me operar?

Marcamos sua operação para duas semanas depois.

Eu ia fazer uma ooforectomia bilateral (extirpação dos ovários) em Mavis. Na verdade era uma castração, e isso é uma coisa bastante traumatizante para uma mulher, especialmente se for jovem. Mavis me fez a mesma pergunta que quase todas as mulheres fazem: a remoção dos ovários cessaria seu desejo sexual? Não. Isto é, fisiologicamente não, mas psiquicamente isso poderia ocorrer, a não ser que ela fosse encorajada por alguém. Do mesmo modo, a extração dos testículos poderia afetar de tal maneira a confiança de um homem que seu desejo sexual ficaria debilitado.

A operação de Mavis incluía uma histerectomia (extirpação do útero). Não havia razão para se deixar o útero, que é um órgão propenso ao câncer. Devido aos antecedentes de sua família, eu só podia torcer para que não encontrássemos nada. Quando a vi, na noite anterior à operação, ela disse: «Acho que estou tendo sintomas psicossomáticos, doutor. Meu estômago tem estado um tanto inchado nestes últimos dois dias.»

Foi a primeira vez que ela falou nisso, e eu fiquei chocado. Pensei: «Deve ser psicossomático. Se ela estiver realmente sentindo alguma coisa, já é muito tarde.»

Na manhã seguinte, lavei e escovei as mãos e entrei na sala de operações com as mãos para cima, empurrando as portas de vaivém com o ombro. Uma enfermeira me ajudou a vestir o avental e a calçar as luvas. Mavis estava coberta, exceto o abdome, que havia sido lavado e desinfetado. O Dr. Andrew Davis, chefe dos médicos internos, que seria o meu assistente, perguntou: «Incisão vertical, não é?» Eu disse que sim, e ele traçou uma linha na epiderme da paciente. Dois estudantes estavam lá em cima, na sala de observação. Num hospital-escolar, como se sabe, há sempre grupos de alunos observando as operações.

Fêz-se silêncio. Todo mundo fica de tal maneira concentrado e atento que esse clima de apreensão se propaga por toda a sala de operações. Desse momento em diante, nada mais existe no mundo, exceto o que está diretamente diante de nós.

«O. K., vamos iniciar o trabalho!», disse eu. Estendi a mão direita. A enfermeira-instrumentista colocou nela o bisturi, e fiz a incisão inicial, cortando ao longo da linha traçada na epiderme do abdome. Depois, com um novo bisturi, fui seguindo ao longo da linha, pinçando e laqueando os vasos sanguíneos. Gradualmente, fui cortando mais fundo, até chegar à cavidade peritoneal. A enfermeira entregou a um interno um retrator de McBurney (um instrumento parecido com uma enxada, que serve para puxar). Ele o colocou num dos lados da incisão; depois aplicou um segundo retrator do lado oposto e manteve aberta a incisão. Vimos então uma cavidade escura, com circunvoluções do intestino, que são de um tom rosa-azulado. O útero parecia uma pera invertida, achatada; os ovários se assemelhavam a duas zonas franzidas, minúsculas; e as trompas de Falópio, a duas trombetas finas e rosadas, abertas como sinos nas extremidades.

É claro que a aparência dos órgãos da cavidade abdominal depende do mal que ali esperamos encontrar. O útero não parecerá uma pêra se estiver deformado por tumores, e os ovários poderão estar escondidos por cistos ligados a eles. Naquela operação, não se notava nenhum odor, mas às vezes o cheiro é insuportável, quando se abre uma cavidade infeccionada.

«Vamos inspecionar aqui em volta», disse eu. Comecei a examinar tudo na cavidade abdominal, comentando em voz alta com o Dr. Davis,

para que todos, inclusive os que estavam lá em cima na sala de observação, tomassem conhecimento do que ia ocorrendo. «A cavidade superior do abdome está boa. Não há fluido; está tudo limpo», disse eu. Cheguei do lado oposto e senti o ovário. «Ovário direito normal, firme.» Voltei ao ovário mais próximo de mim. «Ovário esquerdo...» Parei. «O ovário esquerdo parece inchado... nodoso e granular na superfície inferior.» Senti um certo arrepio quando descrevia o que chamamos *germinação neoplásica*, o primeiro sinal de um possível câncer no ovário.

«Vou querer uma biopsia», disse eu com voz quase ríspida, enquanto tentava controlar meu horror por essa doença terrível. Uma enfermeira foi ao microfone do sistema de comunicação interna, e avisou o pessoal do laboratório de patologia para que iniciasse os preparativos.

Eu continuava examinando. «Útero negativo.» Senti o fígado e observei o peritônio e os intestinos. Nada. Passei ao epíploo (prega gordurosa do peritônio, que flutua no abdome), um dos primeiros lugares para onde se propaga o carcinoma ovariano. «Parece limpo, mas, se o ovário der positivo, extirparei o epíploo», murmurei. «Muito bem, vamos extrair os ovários e o útero.»

Cortei os ligamentos que fixam os órgãos, pincei os vasos sanguíneos e fiz diversas incisões. «Onde está a bacia?»

A enfermeira estava bem ao meu lado, segurando o recipiente metálico oval. Meti as mãos no abdome,

levantei tudo ao mesmo tempo e deixei tombar na bacia. Os ovários ainda estavam ligados ao útero. Peguei outro bisturi, destaquei o ovário esquerdo e coloquei-o num recipiente menor. O ovário foi entregue a uma enfermeira, que rapidamente o embrulhou em papel encerado, pôs-lhe uma etiqueta e devolveu-o a um enfermeiro para que o levasse ao laboratório. Aí, iriam congelar o tecido e retirar-lhe uma parte que seria examinada imediatamente.

Continuamos trabalhando por alguns minutos. Então, a voz do patologista soou no alto-falante. «O ovário parece suspeito», disse ele, «mas vai ser preciso observar outras seções, com corantes especiais, para lhe dar um diagnóstico final. Hoje, ainda não podemos dizer nada.»

Pedi pinças para extirpar o epíploo. Enquanto trabalhávamos, o Dr. Davis perguntou: «Afinal, vai colocar tubos P-32?»

«Vou», respondi. «Isso irá assustá-la quando ela acordar e os vir, mas não há outro meio seguro.»

Os tubos P-32 (perfurados, longos, finos, transparentes e com uma extremidade vedada) são deixados dentro da paciente, com a extremidade aberta saindo pela incisão. Assim, após a operação, podemos instilar fósforo radioativo na cavidade peritoneal. Isso só é feito quando a porção de carcinoma ovariano é diminuta. Se a doença já estiver muito espalhada, este método é insuficiente, mas, num caso como o de Mavis, pode-se instilar fósforo após a operação, misturado com algum fluido, de

modo que encha todo o espaço interior e leve as radiações ao abdome.

Estávamos prontos para fechar a incisão, o que significava recolocar em seus lugares todas as camadas de tecidos que havíamos aberto. Geralmente, quando se entra nesta fase da operação, grande parte do nervosismo e da tensão já desapareceram. Isso não quer dizer que relaxemos, mas, se tudo correr bem, podemos conversar ao mesmo tempo que vamos suturando. Enquanto terminávamos a operação de Mavis, houve alguns comentários sobre o fim-de-semana que se aproximava, mas não tive vontade de entrar na conversa, e os outros devem ter notado minhas reservas. Foi um fim de operação silencioso.

Dois dias depois, fui ao laboratório de patologia. O diagnóstico de Mavis estava pronto. As letras maiúsculas depois da palavra «Diagnóstico» saltaram diante de mim: PRINCÍPIO DE ADENOCARCINOMA NO OVÁRIO. Olhei a lâmina. Tinha certeza de que havíamos feito a intervenção em Mavis a tempo, mas, observando as alterações profundas das células reveladoras de tumor maligno, tremi e pensei: «Tivemos sorte com esta. Mais uns dois meses, e íamos ter de extrair tudo que fosse possível.»

### Menopausa e mitos

AGNES SKRAPITS era uma húngara de constituição robusta e altura média. Vestia um uniforme branco, abotoado justo sobre o busto proeminente. Foi-me encaminhada por uma

cliente chamada Charlotte Widener, para quem Agnes trabalhava como faxineira. Quando a Sra. Widener marcou a consulta, disse-me que Agnes não estava se sentindo bem.

«Está assim há semanas», informou Charlotte. «Agnes tem 48 anos. É uma pessoa muito reservada. Não posso lhe perguntar se está na menopausa, mas é o que me parece.»

Na sala de exame, a Sra. Skrapits disse-me que seu período menstrual estava sendo irregular havia já algum tempo, e que não tinha tido menstruação nos últimos três meses.

«Não sinto nada, mas suou muito», declarou ela com acentuado sotaque. Explicou que, às vezes, sentia calor e transpirava no trabalho, mesmo que estivesse apenas polindo a prataria. Tinha também dificuldade em dormir. Ondas de calor faziam-na acordar ensopada de suor. Transpirava tão abundantemente que tinha de trocar de camisola, e às vezes a fronha e os lençóis. Isto podia acontecer diversas vezes, e chegava a ficar acordada durante horas.

As mulheres que sofrem desses acessos de calor ficam vermelhas e suam devido a uma súbita dilatação das veias, que retêm o sangue na área avermelhada. Não é difícil aliviar essas crises. Receitei-lhe 0,625 miligramas de Premarin, um estrógeno sintético, e disse-lhe que tomasse uma pílula todas as manhãs, nas primeiras três semanas de cada mês, e nenhuma pílula na última semana do mês. Certifiquei-me de que ela compreendera que poderia perder algum sangue na semana em que não esti-

vesse tomando as pílulas, mas que não devia se preocupar. No entanto, se perdesse sangue em qualquer outra ocasião, devia me telefonar.

Um dos maiores perigos dos estrógenos é que a mulher pode pensar que são os hormônios que estão causando a perda de sangue, quando na verdade ela pode ter um câncer uterino. Às vezes, quando vai ao médico, ela já pode estar com um tumor maligno em estado avançado, ignorando ser ele o causador das hemorragias.

Dois meses depois, quando Charlotte Widener veio para um exame de rotina, tive notícias da Sra. Skrapits. Seus sintomas tinham desaparecido, e ela estava passando bem.

A própria Charlotte era exemplo de um problema muito mais difundido. Sua menstruação havia parado quatro anos antes, aos 52 anos, e ela veio me procurar porque desejava tomar hormônios. Tentei, sem êxito, convencê-la de que não precisava deles. Na minha opinião, nenhuma mulher com essa idade, que tenha um histórico clínico normal, deve ser sobrecarregada com problemas que lhe dificultem a menopausa. Além de sofrerem calafrios, algumas mulheres ficam deprimidas. As complicações podem variar de um caso de irritação relativamente leve até um estado de depressão grave. Dores de cabeça, insônias e uma sensação de ansiedade podem ocorrer também.

Charlotte não tinha nada disso. Na verdade, a maioria das mulheres (70% a 80%) não têm quaisquer problemas na menopausa. O caso

é que falam tanto sobre isso que, geralmente, se tem a impressão de que todas elas sofrem de calores súbitos e de outras perturbações.

O fato é que Charlotte queria hormônios de qualquer jeito, porque ouvira dizer que eles melhorariam sua pele. Eu lhe disse que poderiam tornar a pele ou o cabelo um pouco menos secos, mas seria uma diferença mínima. Ela ouvira dizer também que os hormônios melhorariam sua vida sexual. Lera em alguma parte que os órgãos genitais femininos definham quando os hormônios naturais deixam de ser produzidos, e que a vagina pode se tornar tão pequena que as relações sexuais seriam dolorosas.

Tolice! Há mais bobagens escritas sobre a menopausa do que, praticamente, sobre qualquer outro assunto. É claro que algumas mudanças ocorrem na mucosa vaginal, quando a mulher envelhece. Pode não haver tanta lubrificação da mucosa, e as relações sexuais se tornarão mais difíceis, mas, em casos assim, acho que um creme estrogênico local é preferível às pílulas que afetem todo o aparelho genital.

Infelizmente, sob um aspecto, os hormônios são como as vitaminas: as pessoas os exigem quando realmente não precisam deles. Isto reflete, parcialmente, nosso sonho de nos mantermos jovens, mas penso que reflete também certo receio. As mulheres têm sido amedrontadas por toda espécie de informações erradas sobre a menopausa. Algumas têm até medo de «enlouquecer» ou perder a

memória. Isto nunca acontecerá, a não ser que venham a ter a chamada doença de Alzheimer, que afeta o cérebro, mas estes boatos persistem porque as pessoas acreditam mais nas exceções do que no que é normal. Além disso, qualquer anomalia no comportamento é atribuída à menopausa.

Digo a minhas clientes que a menopausa é perfeitamente natural, e espero que em breve chegue o dia em que as mulheres deixem de considerar essa fase como uma época de crise.

### Aborto

NO DIA 1.º de julho de 1970, a reforma da lei sobre o aborto, no Estado de Nova York, entrou em vigor, e minha vida desde então se tornou mais complicada. Tenho uma opinião muito pessoal a respeito do aborto. Por um lado, acho que toda mulher tem o direito de fazer um aborto legalmente, sob bons cuidados médicos; por outro, não gosto de fazer abortos, se bem que os pratique.

A primeira razão por que não gosto dos abortos é de ordem técnica: é um trabalho feito às cegas. A gente não pode ver o que está fazendo, e não pode sentir realmente o que está fazendo. O aborto não é, certamente, um método tão simples como as pessoas têm sido levadas a crer.

Quando era médico-interno, realizei diversas operações de dilatação e curetagem, pelas quais se dilata o colo do útero e se raspa a pele que o reveste. No entanto, um útero que não esteja grávido é um órgão bem firme. Ao se introduzir a cureta dentro dele,

podem-se sentir suas paredes. Um útero grávido, no qual se pratica um aborto, é macio; não se consegue sentir as paredes superiores. É como estar fazendo uma curetagem num pedaço de algodão. Podemos perfurá-lo sem saber, e então temos de voltar atrás para reparar o dano causado. Por isso, muitos de nós, médicos, tivemos receios das conseqüências da lei do aborto.

Apesar de tudo, temos trabalhado bem, desde que a lei entrou em vigor, e estamos fazendo o quádruplo do número de abortos que fazíamos antes. Isso, no entanto, não quer dizer que se devam praticar abortos de qualquer maneira. Por exemplo, já não usamos curetas manuais, salvo em casos excepcionais. Quando a gravidez tem menos de 12 semanas, usamos uma cureta de sucção, que absorve as substâncias por vácuo. Enquanto conseguimos manter a cureta dentro do útero, tudo vai bem, mas se há um descuido e o útero macio é perfurado, a cureta pode sugar muitas outras coisas... como os intestinos. Por isso, acho que não se deve dizer que o aborto é um processo simples, como muitos gostariam que fosse — e certamente não é um método de prevenção da gravidez.

Um processo de que realmente não gosto nada é o de «salgar». Este método é praticado quando o útero é muito grande, ou quando a gravidez já passou das 12 semanas e o aborto não pode ser feito pela vagina. Neste caso, o médico injeta 150 a 200 centímetros cúbicos de uma solução salina dentro do útero, pelo abdome. A solu-

ção mata o feto no ventre. Então, a mulher entra em trabalho-de-parto e, finalmente, 24 ou 36 horas depois, absolutamente exausta, dá à luz uma criança morta.

Se uma mulher está com menos de 12 semanas de gravidez e quer fazer um aborto, não me importo de praticá-lo; nessa altura, o feto para mim não é mais do que uma massa amorfa, mas, quando já posso considerá-lo como bebê, não farei o aborto, a não ser em circunstâncias especiais.

Quando uma mulher me procura para fazer um aborto, tento prepará-la para o que irá enfrentar. Primeiro, digo-lhe que não deverá arrepende-se futuramente da decisão que está tomando. Se, de fato, pretende fazer o aborto, é porque, provavelmente, não terá alternativa. Muitas clientes se mortificam com complexos de culpa depois do aborto. Suponhamos que cinco mulheres vão para a sala de operações a fim de se submeterem a dilatação e curetagem; nós as anestesiámos e praticamos as operações de rotina. Daí, elas vão para uma sala de recuperação e tudo correrá bem; mas se internamos cinco mulheres, para abortarem por meio da cureta de sucção, pelos menos quatro vomitarão ao despertar na sala de recuperação. Embora um aborto seja, na realidade, uma operação mais delicada do que a simples dilatação e curetagem, ele consiste fundamentalmente nisso; no entanto, só uma ou outra das pacientes de dilatação e curetagem é que sentem náuseas. O aborto é uma experiência traumática para a maioria das mulheres.

Contudo, não considerando esses contratempos, sou a favor da lei do aborto. Já existem indícios seguros de que estão sendo feitos menos abortos ilegais. Verificam-se menos abortos «espontâneos», talvez porque muitos deles ocorriam quando alguém tentava se livrar da criança. Também existem menos mulheres vítimas de abortos mal feitos. Tem havido poucas complicações de ordem técnica, se considerarmos o número de abortos realizados; e, à medida que se vão difundindo noções de educação sexual, tem aumentado a proporção de abortos logo no início da gravidez, de modo que a operação se torna muito mais segura.

O mais importante de tudo, porém, é que o termo *aborto* está se tornando cada vez menos uma palavra feia. Antes de a lei entrar em vigor, muitas mulheres não nos diziam a verdade sobre o que tinha acontecido. Lembro-me de uma cliente casada que, obviamente, tinha estado grávida pouco antes de ter vindo ao meu consultório. O útero se apresentava maior do que o normal, o colo do útero estava aberto e a mulher tinha hemorragias. A questão era esta: teria havido um aborto espontâneo, ou haviam lhe feito algo?

A mulher informou: «Não foi feito absolutamente nada. Eu não estava grávida.» Essa mulher acabou morrendo, sempre negando que estivera grávida. Cheguei a operá-la, mas a mulher tinha o útero horripelmente perfurado, estava praticamente exaurida de sangue e apresentava uma infecção gravíssima no abdome.

Não sei se estaria grávida por adúlterio e, por essa razão, não queria confessar. O que sei é que, no dia seguinte ao de sua morte, o marido trouxe um feto que encontrara no vaso sanitário. «Eu não sabia de nada», disse ele. «Palavra que não sabia.» Parecia sincero.

Há esperanças de que tragédias deste tipo não ocorram mais.

### **Rosto feio, alma linda**

Aos 50 anos, comecei a deixar a obstetrícia. O problema era que o tipo de ginecologia a que eu me dedicava exigia muita cirurgia de casos de câncer, e eu não podia participar de uma operação que deveria levar quatro a cinco horas, e depois ficar acordado toda a noite assistindo o nascimento de um bebê. Não era justo abandonar todas as minhas clientes, de modo que, quando a ginecologia aumentou, a ponto de eu não poder dar a mesma assistência às duas especialidades, uma delas teria de ser abandonada.

Relutei em fazer isso, mas, pelo menos, essa atitude me permitia organizar minha vida familiar com mais regularidade. Durante uns feriados, planejei passar quatro dias esquiando com a família. Fomos de carro para as montanhas, em meio a uma tempestade de neve, e eu estava satisfeito por sair da cidade, na esperança de poder esquiara pela primeira vez naquele ano. Pareciam férias de verdade. Eu havia assistido o penúltimo parto na semana anterior, e Marianne Dobbs só iria ter o filho em janeiro.

Na verdade, meu limite para deixar a obstetrícia era o fim do ano, mas tive de dizer que sim a Marianne; ela já tinha 'perdido três bebês, e quando veio novamente grávida, em maio, não pude enviá-la a mais ninguém. Muitas mulheres que perdem filhos mudam de obstetra, mas não Marianne. De modo que abri esta exceção.

De repente, o telefone tocou. Era Marianne. «Não acredito», disse eu.

«Dr. Sweeney», anunciou ela, «estou tendo uma hemorragia e Dan está procurando um táxi para me levar ao hospital. Acho que estou perdendo bastante sangue.»

Fiz-lhe algumas perguntas, e depois avisei o médico interno do hospital: «Ela só deveria ter o filho daqui a sete semanas, mas já teve três abortos. Estou fora, e não posso chegar aí antes de uma hora e meia.» Desliguei o telefone, entrei rapidamente no carro e parti.

De rosto, Marianne era das mulheres mais feias que tenho conhecido, mas sua alma era belíssima. Quando me visitou pela primeira vez, tinha 37 anos. Era alta, ossuda, deselegante. Estava casada havia menos de um ano, e veio logo depois do Ano Novo de 1968, grávida. Já era um pouco idosa para ter o primeiro filho, mas tudo correu bem até as dez semanas de gravidez. Então começou a perder um pouco de sangue. Disse-lhe que repousasse, e as hemorragias pararam. Tudo parecia normal até a 16.<sup>a</sup> semana, quando o útero parou de crescer. Eu costumava medir o útero todas as vezes que uma cliente vinha

para um exame de rotina. Esperei duas semanas, observei Marianne de novo, e o útero ainda não crescera. Finalmente, esperei mais duas semanas, e, nesta altura, era óbvio que havíamos perdido o bebê. Em maio, fiz com que fosse internada no hospital, pratiquei o parto mas a criança nasceu morta.

Ficou grávida novamente no fim de 1968. Tudo parecia ir bem, mas, dois meses depois, teve um aborto. O exame patológico não indicava qualquer razão para o que sucedera.

Em agosto de 1969, começou sua terceira gravidez. Ficando na cama praticamente o período todo, ela conseguiu chegar ao sexto mês; então, voltou a ter hemorragias. Marianne e Dan vieram para o hospital. Dentro de duas horas, ela entrou em ativo trabalho-de-parto e deu à luz um menino que pesava menos de meio quilo. Dan presenciou o parto, segurando a mão dela e murmurando frases afetuosas. Depois, começaram a chorar. Assistiram ao nascimento do menino, que viveu menos de uma hora, e isso deixou o casal profundamente consternado.

Os dias seguintes, enquanto Marianne se recuperava, passou-os Dan praticamente no hospital. Ele é um homem calmo, alto, calvo, com testa alta e um grande nariz adunco. Quando jovem, teve cabelo ruivo. Agora, sua calvície revelava uma testa cheia de sardas. Tornou-se amigo de todos naquele pavimento. Não internamos Marianne num dos andares da maternidade porque isso teria sido muito deprimente para ela. Assim, a

colocamos num quarto, com outras, no andar de ginecologia. Eram quatro ocupantes. Uma das pacientes, senhora já de certa idade, tinha poucas visitas e não recebia flores. Dan levou-lhe um buquê, no segundo dia em que ali ficou. Ajudava as enfermeiras a transportar as bandejas, e ninguém diria que ele estava vivendo uma tragédia pessoal.

Dei alta a Marianne em meados de fevereiro. Os exames de laboratório tornaram a vir negativos. Pela terceira vez, não tínhamos explicação para o que acontecera. Tornei a ver Marianne em março de 1970 e novamente no outono, e ela informou que se sentia bem. A menstruação voltara, mas não falava em ter outro bebê tão cedo.

Então, num dia da primavera de 1971, Marianne e Dan apareceram no consultório. Ela pretendia ficar grávida outra vez. Lá estavam os dois sentados. Deviam ser um dos casais mais feios deste mundo, mas se amavam apaixonadamente e suas almas eram das mais puras que tenho conhecido.

Falei francamente com Marianne. Ela tinha 40 anos; ele, 47. Eram muitas as probabilidades de ela vir a ter uma criança anormal. Marianne desabafou: «Só quero ter um filho. Vou me arriscar. Se ele nascer com algo de anormal, seja lá o que for, eu tomarei conta dele.»

Não lhe disse que não levasse essa idéia avante, porque ela a levaria, de qualquer jeito. Em abril de 1971, Marianne telefonou, eufórica, para dizer que estava grávida de novo.

Não teve hemorragias nos primeiros meses. Ficou em casa, quase sempre de cama. A única coisa que a fazia abandonar o leito era vir ao consultório para ser examinada. Conversávamos todos os dias pelo telefone, e tudo parecia ir correndo bem. Então, veio aquela chamada súbita. Ela não disse que estava aterrorizada, mas era óbvio que Marianne e Dan se sentiam com medo de perder outro filho.

### Uma poça de sangue

IRROMPI pelo hospital às seis da tarde. Marianne estava numa sala de parto, ainda perdendo sangue mas não muito, e recebendo uma transfusão. Receávamos que a hemorragia tivesse sido causada por uma anomalia chamada placenta prévia, na qual a placenta cobre parcialmente a abertura do colo do útero, ou às vezes por completo. Assim, não poderíamos examiná-la. De nada adiantaria para Marianne ou para o bebê que nossos dedos andassem apalpando através do colo do útero e, possivelmente, na placenta, onde poderíamos causar grave hemorragia.

Eu só sabia que, até então, o bebê estava passando bem; as batidas de coração do feto eram normais. «O bebê está muito bem», disse eu. «O coração dele está batendo bem forte, lá dentro.» Dan e Marianne olharam para mim, desejando acreditar em minhas palavras.

De repente, Marianne perdeu o fôlego. Pus as mãos em seu ventre. Os olhos dela estavam profundamente cerrados; então, se arregalaram.

«Eu acho...», ela ia dizer qualquer coisa, mas no último momento parou.

«Acho que você acabou de ter uma contração», exclamei. «Penso que vai entrar em trabalho-de-parto.»

Durante a meia hora seguinte, Marianne não teve hemorragias, o que significava que, provavelmente, não tinha placenta prévia. Contudo, eu precisava examiná-la, para saber se não haveria essa possibilidade e me assegurar de que teria um parto normal pela vagina. Se estivesse errado e o exame provocasse uma hemorragia, deveria estar preparado para fazer uma cesariana de emergência. Reuni uma equipe de cirurgia e transferi Marianne para uma sala de operações (onde fiz um exame vaginal que deu negativo), com toda a gente preparada, pronta para agir se necessário. Marianne não tinha placenta prévia e, quando a examinei, a dilatação era de quatro centímetros.

Esperamos. Às 11 horas, a dilatação do colo do útero era completa, e então mandei chamar um médico pediatra, uma vez que iríamos tratar de um parto prematuro. Eu não dera nenhum sedativo a Marianne, porque não queria retardar o parto nem afetar a sua capacidade de fazer força para expelir a criança. Marianne estava exausta.

Cerca das 11:50, o ritmo cardíaco do feto baixou subitamente para 96 batidas por minuto. Apertei o botão da campainha de emergência, e o médico-interno, Dr. Max Richards, o pediatra, Dr. Merrill Rogan, duas enfermeiras, um anestesista e um assistente vieram correndo. Não tivemos

Não ofereça  
uma  
esferográfica qualquer.



Ofereça  
a nova  
e tentadora  
Sheaffer.

Presente distinto,  
com perfeito acabamento,  
em cromo ou metais  
preciosos. Todas as cargas  
Sheaffer levam a nova  
ponta Tektor™ - a ponta  
que escreve macio.

**SHEAFFER**  
SHEAFFER WORLD-WIDE GROUP Textron

tempo para nada; uma das enfermeiras apenas colocou luvas no Dr. Richards e em mim. Pedi fórceps e uma anestesia local para a episiotomia.

Disse a Marianne que ela ainda tinha forças e que, quanto mais sentisse que estava sendo dilacerada, mais facilmente o bebê estaria vindo. Aque-la admirável mulher ficou ali sofrendo, exausta até mais não poder ser, e assim mesmo ainda fazia força como eu nunca vira ninguém fazer. Só uma vez gritou: «Socorro!» Foi quando empurrou o bebê para baixo, até podermos segurá-lo. Introduzi o fórceps, praticamos a episiotomia e trouxemos à luz uma criança prematura do sexo masculino. O Dr. Rogan pegou no menino logo que pincei o cordão umbilical. Seu peitinho magro se inflou uma vez, e ele soltou um débil grito, como um miado.

Voltei-me em minha poltrona, para me certificar de que Marianne tinha ouvido o choro, e ia lhe dizer alguma coisa quando ela começou a ter uma hemorragia. Num minuto tudo estava bem, e no seguinte eu tinha uma poça de sangue no balde a meus pés.

Acho que a coisa mais assustadora do mundo é uma hemorragia depois do parto. Marianne estava perdendo tanto sangue que, dentro de alguns minutos, teria sangrado quase dois litros, e de modo algum podíamos repô-lo tão depressa quanto ele se escoava. Eu tinha de descobrir de onde estava vindo aquele sangue e fazê-lo parar, antes que ela entrasse em choque e morresse. Suspeitava de que o útero não estava se contraindo; assim, foi esse o primeiro órgão que

verifiquei. Se os músculos do útero não se contraíssem com força, fechando os vasos sanguíneos (da grossura de um lápis) que vão à placenta, nada deteria a hemorragia. Coloquei a mão no abdome de Marianne, mas não conseguia sentir a rigidez do útero. Estava flácido, num estado clinicamente denominado *atonía*. Introduzi a mão dentro da vagina e, mais acima, no útero. O colo do útero estava ainda bem dilatado. Senti a placenta, que havia se separado, e, delicadamente, a retirei. Então, introduzi de novo a mão direita, e coloquei a esquerda sobre o abdome. Comecei a fazer massagens no útero, com a mão sobre o abdome, tentando fazer com que os músculos se contraíssem.

Já tinha cerca de 1.500 centímetros cúbicos de sangue a meus pés, quando senti a primeira reação do útero de Marianne. Continuei fazendo massagens e, em mais um minuto, já conseguia sentir contrações fortes. A hemorragia diminuiu. Retirei a mão direita, mas continuei fazendo massagens abdominais, até que finalmente o útero ficou firme, como uma bola rígida. Então, o sangue parou, e só escorria o da incisão.

Dan estava ao lado da mesa, imóvel. «Ela está bem», disse eu. «Dê-lhe apenas mais alguns minutos.»

«Está muito pálida, Dr. Sweeney», murmurou ele, e, de repente, começou a sentir náuseas.

«Dan!», era Marianne quem chamava. Estava banhada de suor.

«Estou aqui, amor!», respondeu o marido.

«E o bebê?», quis saber Marianne.

O Dr. Rogan estava chegando, com o menininho envolto em fraldas, e o colocou nos braços de Marianne. «Teve um menino», disse ele, «e quero levá-lo já para o berçário dos prematuros.»

Marianne e Dan se entreolharam. Do bebê, só conseguiram ver o rosto. Marianne olhou para mim, por cima dos ombros de Dan. Seus olhos se arregalaram diante de todo aquele sangue em meu avental.

Dan se inclinou sobre a mesa de parto, e envolveu Marianne e o bebê, protegendo-os.

«Agora preciso levá-lo», disse o Dr. Rogan delicadamente.

Dan se ergueu, deixando o Dr. Rogan carregar a criancinha. Então, curvou-se sobre Marianne outra vez, abraçando-a, beijando-a, ajeitando seu cabelo úmido. Os olhos de Marianne estavam fechados e as lágrimas corriam. Dan continuou a abraçá-la, enquanto a sala se esvaziava e o pessoal se recuperava das horas de tensão.

NA MANHÃ seguinte, fui ao berçário para saber notícias do bebê. Tinha aspecto saudável e estava bem. Passei pelo quarto de Marianne. Ela dormia, e Dan cochilava numa poltrona. Acordei-o, e caminhei com ele até o berçário. «Acho que me esqueci de lhe dar parabéns», disse eu.

Ele me deu um abraço apertado, que quase me machucou as costelas. «E eu me esqueci de lhe agradecer», retrucou Dan.

Talvez tudo isto explique por que eu e outros médicos achamos que somos as pessoas mais felizes do mundo.