

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas**

**Programa de Pós-Graduação em História**

Isabela de Oliveira Dornelas

**“ÚLTIMO RECURSO”: das indicações do aborto terapêutico à operação  
cesariana (1845-1915)**

Belo Horizonte

2022

Isabela de Oliveira Dornelas

**“ÚLTIMO RECURSO”: das indicações do aborto terapêutico à operação  
cesariana (1845-1915)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em História.

Orientadora: Professora Doutora Rita de Cássia Marques

Belo Horizonte

2022

112.109 Dornelas, Isabela de Oliveira.  
D713u "Último recurso" [recurso eletrônico] : das indicações  
2022 do aborto terapêutico à operação cesariana (1845-1915) /  
Isabela de Oliveira Dornelas. - 2022.  
1 recurso online (182 f. : il.): pdf.  
Orientador: Rita de Cássia Marques.  
  
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas  
Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.  
Inclui bibliografia.  
  
1.História – Teses. 2. Aborto – Teses. 3.Cesariana -  
Teses. 4.Medicina – História - Teses. I. Marques, Rita de  
Cássia. II. Universidade Federal de Minas Gerais.  
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Vilma Carvalho de Souza - Bibliotecária - CRB-6/1390



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA



### FOLHA DE APROVAÇÃO

**""Último Recurso": das Indicações do Aborto Terapêutico à Operação Cesariana (1845-1915)"**

**Isabela de Oliveira Dornelas**

Tese aprovada pela banca examinadora constituída pelos Professores:

Profa. Dra. Rita de Cássia Marques - Orientadora  
UFMG

Profa. Dra. Maria Renilda Nery Barreto  
CEFET/RJ

Profa. Dra. Ana Paula Vosne Martins  
UFPR

Profa. Dra. Anny Jackeline Torres Silveira  
UFMG

Profa. Dra. Ana Carolina Vimieiro Gomes  
UFMG

Belo Horizonte, 30 de maio de 2022.



Documento assinado eletronicamente por **Anny Jackeline Torres da Silveira, Usuário Externo**, em 01/06/2022, às 10:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula Vosne Martins, Usuária Externa**, em 01/06/2022, às 10:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Carolina Vimieiro Gomes, Professora do Magistério Superior**, em 01/06/2022, às 14:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rita de Cassia Marques, Coordenador(a)**, em 08/06/2022, às 11:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Maria Renilda Nery Barreto, Usuária Externa**, em 08/06/2022, às 14:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1468673** e o código CRC **BEC1B2F7**.

---

*Para minhas antepassadas,  
Para tataravó Dornélia de Paula,  
Bisavós Iracema de Paula e Aracy de Paula,*

*Mulheres cujas vidas foram interrompidas e  
continuadas por histórias de partos.*

## AGRADECIMENTOS

Talvez este agradecimento tão seja prolixo quanto os das teses médicas do século XIX, que li durante toda minha formação. Agora eu entendo, tendo aprendido na prática, que toda produção de saber é coletiva. O que for mérito desta tese, será um mérito coletivo, e os equívocos, de minha autoria.

Agradeço à minha sempre generosa orientadora, professora Dra. Rita de Cássia Marques, que tornou este trabalho possível, por ter me dado todo o apoio durante o percurso, debatendo ideias e me incentivando a seguir adiante. Faço votos de que nossa parceria continue frutificando!

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, agradeço pelo financiamento durante esses anos e faço votos de que a FAPEMIG continue a ser uma agência de fomento de excelência.

À Universidade Federal de Minas Gerais, instituição que me deu todas as oportunidades de ensino, que nunca serão tirados de mim, nem nos dias mais sombrios.

Ao programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Minas Gerais, por ter acolhido esta pesquisa, dando-me condições de completá-la. Ao Maurício Mainart por ter abertos os caminhos da burocracia. Ao Prof. Dr. Luiz Carlos Villalta, ao Prof. Dr. Luiz Arnault e à Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Regina Horta e todos os demais professores que me talharam como historiadora.

Ao Grupo Scientia de Teoria e História da Ciência da UFMG, agradeço pela formação continuada ao longo de anos de sucessivas bolsas de Iniciação Científica, sob orientação da Prof. <sup>a</sup> Dr. <sup>a</sup> Betânia Gonçalves Figueiredo e da Prof.<sup>a</sup> Dr. <sup>a</sup> Anny Jaqueline Torres da Silveira. Ao Prof. Dr. Mauro Condé, agradeço por me estimular ao debate. À Prof. <sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Carolina Vimieiro Gomes, agradeço por ter me acompanhado em momentos decisivos.

Agradeço à Dr.<sup>a</sup> Eliza Teixeira de Toledo pelas inúmeras parcerias. À Dr.<sup>a</sup> Paloma Porto, Ana Carolina Rezende Fonseca, Jéssica Bley e Huener Gonçalves pelo companheirismo.

Às iniciativas discentes do Departamento de História da Universidade Federal de Minas Gerais, Revista Temporalidades, Encontro de Pesquisa em História (EPHIS), Centro Acadêmico de História (CAHIS) e aos companheiros e companheiras da sala de estudos F4096, agradeço por terem sido espaços horizontais e fraternos de construção coletiva.

Ao Centro de Memória da Medicina UFMG, em especial à Ethel Mizrahy Cuperschmid e ao Alexandre Menezes, por ter viabilizado minha pesquisa.

À Biblioteca da Fundação Ezequiel Dias, na figura de Fabiana Melo Neves, por ter aberto suas portas e seus arquivos para mim em tempos tão adversos.

Ao Dr. Luiz Teixeira, agradeço pelas importantes contribuições durante o Exame de Qualificação, e por ter me dado acesso às fontes do Dr. Magalhães. Agradeço à Dra. Marcia Barros por ter colaborado com este trabalho durante a Qualificação. Agradeço à Dra. Maria Renilda Nerry Barreto, Dra. Ana Paula Vosne Martins, Dra. Anny Jackeline Torres da Silveira, e Dra. Ana Carolina Vimieiro Gomes por terem aceitado participar da banca de defesa. Sinto-me honrada por poder dialogar com vocês.

Ao German Academic Exchange Service – DAAD – por ter viabilizado minha estadia no Max Planck Institute for the History of Science.

Ao Department III do Instituto Max Planck for the History of Science, em especial à professora Dra. Dagmar Schäfer, por ter aberto as portas para mim e para minha pesquisa. Ao Department III, agradeço também pela confiança, e aguardo pelo próximo capítulo da minha jornada ao lado de cada um dos colegas do Proteins and Fibers Working Group.

A Riaz Howey, Alison McManus, Ruixuan Du, Gianamar Giovanetti-Singh, Christoph Hess, Sarah Huang, Chia-Yun Wu, Wei-Ting Yang, Thamarai Selvan e à Millena Farias, por terem feito parte da minha trajetória.

Ao Ibero American Institute, em Berlim, por ter acolhido minha pesquisa, em especial ao Dr. Peter Birle, por ter me convidado para ser pesquisadora visitante, e à Maria Manrique, por ter tornado isso possível.

Ao Writing Group agradeço pela companhia e disciplina, que tornaram o processo de escrita menos solitário e mais eficiente, em especial à Vanessa Finney e à Martina Schlünder, que, além de ter sido uma companheira de escrita, andou comigo muitas milhas, compartilhando seus bons conselhos e debatendo cada aspecto desta tese.

Às colegas do grupo Childbirth Technologies across time and place, por terem fomentado ideias preciosas. À Dra. Scottie Buehler, agradeço pelas contribuições na discussão sobre corpo.

Ao Dr. Vinicius Zanolli e Ruby Mascarenhas, pelo incentivo. À Dra. Luciane Scarato, por toda ajuda.

Ao Henrique Sobral, por ter sido tão presente durante todo esse doutorado e, apesar do isolamento, ter mantido presença constante.

Ao Felipe Malacco, Rute Torres, Bruno Vinicius de Moraes, Nathalia Ribeiro, Fabiana Léo, Andrezza Velloso, Gislaine Gonçalves, Alexandre Tasca, Marina Helena Meira, Hélia Morais, Natalia Casagrande e Carla Teixeira, por terem sido companheiros e companheiras durante a saga do doutorado. À Dra. Mariana Silveira, pelas conversas estimulantes.

À Maria Visconti e à Lidia Generoso por terem me animado durante o caminho.

Ao Átila Augusto pela amizade cuidadosa e sensível, por ter me ajudado a enxergar o caminho quando tudo ficou confuso. À Marcela Coelho, Samyla Oliveira, Camila Figueiredo, Luiza Dias eu agradeço por estarem comigo consistentemente nessa jornada, mesmo quando eu estive ausente. À Ana Murta, por ter sido uma amiga que emprestou seu talento profissional e fez esta tese existir.

Agradeço aos meus amigos da graduação, por terem descoberto a Universidade comigo, obrigada à Luiza Campana, Maíra Nascimento, Stella Gontijo, Daniela Chain e Gabryel Real.

Ao Colégio Batista Mineiro, por ter me dado anos de bolsa que me permitiram galgar a longevidade escolar.

Aos amigos antigos, Lorena Padrini, Camille Carvalho, Anna Luiza Fernandes e Vinícius Vecchia, por terem incentivado meu processo de profissionalização em História da Ciência.

Ao meu avô, José Dornelas, por ter coberto minha trajetória com seu amor e admiração. À minha avó, Geralda Neves, eu agradeço pelas conversas e por ter dividido comigo detalhes de sua preciosa prática como enfermeira. À minha avó, Maria da Penha Dornelas, por ter incutido em mim o interesse pela história do parto, nós somos a continuação de todas as que ficaram pelo caminho. Ao meu avô, Rogério Martins de Oliveira, por me dar exemplo de persistência na adversidade. Aos meus pais, Geraldo Majella Dornelas e Rogéria Dornelas, por terem me trazido ao mundo por uma cesariana em dia de feriado nacional, esse foi o primeiro e melhor presente que vocês me deram.

Aos meus irmãos, Rômulo Dornelas e Arthur Dornelas, e ao meu sobrinho, Daniel Dornelas, pela paciência enquanto estive entre os livros embolorados e abortos esquecidos. Aos meus tios, Jacyra e Fábio Araújo, por terem sempre se alegrado comigo. Ao André Dornelas e à Daniela Dornelas, por serem meus exemplos de professores.

À Clara Cazarini, eu agradeço por ter ouvido pacientemente sobre esta tese, por anos a fio, e ter me ajudado a tecê-la na minúcia do cotidiano.

“Ora, como surgiu e em que consiste esse fato empírico?”  
(Ludwik Fleck, [1935], 2010)

## RESUMO

Esta tese investiga o vínculo entre o desenvolvimento da cirurgia cesariana e a progressiva substituição do aborto terapêutico como último recurso médico para partos complicados no Brasil entre 1835 e 1915. Argumento que a cesariana representou uma mudança na forma de compreender e intervir nas complicações do parto, promovendo a transição da via pélvica para a via abdominal como solução preferencial. Essa transformação é analisada à luz dos discursos religiosos e jurídicos que, ao longo do século XIX e início do XX, condenavam o aborto e favoreceram, direta ou indiretamente, o avanço da cesariana. Mesmo diante de altas taxas de mortalidade associadas à operação, havia médicos dispostos a defendê-la e praticá-la, em oposição àqueles que a rejeitavam pelos seus riscos. Assim, a tese busca compreender o desenvolvimento técnico da cesariana e o aparato necessário à sua realização, em um contexto de crescente profissionalização da obstetrícia no Brasil.

**Palavras-chave:** Cesariana; Aborto terapêutico; História da Medicina; Discurso religioso-jurídico

## **ABSTRACT**

This dissertation examines the connection between the development of cesarean surgery and the gradual replacement of therapeutic abortion as the last resort for managing complicated births in Brazil between 1835 and 1915. I argue that the cesarean section marked a shift in how obstetric complications were understood and addressed, promoting a transition from the pelvic to the abdominal route as the preferred solution. This transformation is analyzed in relation to religious and legal discourses that increasingly condemned abortion throughout the nineteenth and early twentieth centuries, thereby fostering the advancement of cesarean surgery. Despite high maternal mortality rates associated with the procedure, some physicians actively defended and performed cesareans, opposing others who rejected it due to its harmful outcomes. The dissertation thus explores both the technical development of cesarean surgery and the infrastructure required for its implementation, within the broader context of the professionalization of obstetrics in Brazil.

**Key-words:** Cesarean section; Therapeutic abortion; History of Medicine; Religious and legal discourse.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Índice global de operações cesarianas .....	22
Figura 2 - Quarta operação cesariana efetuada na maternidade de Laranjeiras pelo Dr. Furquim Werneck.....	82
Figura 3 - Exemplo de cesariana com procedimento de exteriorização .....	88
Figura 4 - Notícia: Uma exumação sensacional: é encontrado um pedaço de pano no abdomen da infeliz. ....	113
Figura 5 - Ficha de paciente .....	123
Figura 6 - Ficha de paciente .....	124
Figura 7 - Ficha de paciente .....	124
Figura 8 - Verso de ficha de paciente .....	125
Figura 9 - Foto da enfermaria Dr. Hugo Werneck, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte .....	129
Figura 10 - Maternidade na Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte .....	130
Figura 11 - Maternidade de Laranjeiras, 1907 .....	131
Figura 12 - Sala de cirurgia da Maternidade Hilda Brandão, no início do século XX.....	134
Figura 13 - Histerectomia total praticada pelo Dr. Hugo F. Werneck. Assistente Dr. Pires de Sá. Anestesia Irmã Euphemia, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.....	135
Figura 14 - Procedimentos Hospitalares do SUS – por local de internação.....	145

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Teses em defesa do aborto terapêutico x teses em defesa da cesariana .....	55
Gráfico 2 - Intervenções pélvicas x intervenções abdominais, por ano, realizadas na Maternidade de Laranjeiras, RJ. ....	83
Gráfico 3 - Resultados das cesarianas – Maternidade de Laranjeiras (1904-1916) .....	95

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
Delimitação do problema.....	13
Hipótese.....	19
Fontes.....	21
Relevância do tema.....	24
Alguns conceitos.....	27
Percurso da pesquisa.....	30
O que permanece: aproximações no presente.....	33
Capítulos.....	36
<b>CAPÍTULO 1. CESARIANA SACRIFICIAL E ABORTO TERAPÊUTICO</b> .....	38
1.1 Cesariana: uma protoideia místico-religiosa .....	39
1.2 O nascimento sacrificial e puro .....	41
1.3 Aborto terapêutico como solução alternativa à cesariana .....	46
1.4 Aborto terapêutico sob condenação.....	55
1.5 A cesariana como solução alternativa ao aborto terapêutico.....	60
<b>CAPÍTULO 2. OS CORPOS MÚLTIPLOS E AS DIFERENTES CESARIANAS..Error! Bookmark not defined.</b>	
2.1 O corte para a morte .....	65
2.2 A sutura para cura.....	69
2.3 A técnica na prática: diferentes corpos colidem.....	74
<b>CAPÍTULO 3. O “APOLOGISTA EXTREMADO”: A CESARIANA EM DESENVOLVIMENTO</b> .....	86
3. 1 A cesariana abdominal como promessa de solução da “complicação no parto”.....	87
3. 2 O hospital e a prática .....	95
3.3 A prática da cesariana em desenvolvimento: ataque e defesa no “caso da maternidade”, de 1915 .....	104
<b>CAPÍTULO 4. OUTRAS PRÁTICAS: A ADESÃO PARCIAL À CESARIANA EM DESENVOLVIMENTO</b> .....	120
4. 1 A cesariana moderada.....	123
4.2 Diferentes hospitais e diferentes práticas .....	128
4.3 Diferentes coletivos para diferentes propósitos.....	132
4.4 Diferentes objetivos e espaços.....	137
<b>CONCLUSÃO</b> .....	140
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	148
<b>APÊNDICE</b> .....	160

## INTRODUÇÃO

“Nossos dias assistem, afortunadamente, ao desaparecimento das embriotomias. A segurança da operação cesariana e o encontro, cada vez mais raro, de parturições negligenciadas, reduziram, ao mínimo, a incidência das embriotomias” (PIATO, 2009, p. 574). Essa breve afirmativa do obstetra contemporâneo Sebastião Piato (2009), em seu livro *Complicações em Obstetrícia*, exprime em poucas palavras a atual substituição do aborto terapêutico – nesse caso, embriotomia –, pela cesariana em casos de complicação no parto. A tentativa de substituição de um recurso pelo outro é o tema desta tese.

Os momentos destacados para explicar as alterações na relação entre cesariana e aborto terapêutico, são referentes à década de 1860, quando a Igreja Católica passa a condenar o uso do aborto terapêutico – uma prática que, naquele contexto, havia sido recentemente introduzida por parteiros franceses, e que havia encontrado eco no Ocidente, de forma geral, e no Brasil. Além disso, em 1890, o aborto terapêutico passa a ser uma prática suspeita, de acordo com o Código Penal da República do Brasil. Daí em diante, a cesariana passou a ser uma alternativa ao aborto, pois, diferentemente deste procedimento, não era considerada crime ou pecado.

O aborto terapêutico foi um recurso amplamente defendido pela comunidade médica brasileira e internacional, especialmente ao longo do século XIX, e, grosso modo, significou uma forma de evitar que mulheres grávidas morressem por conta de complicações resultantes da gravidez. Um amplo espectro de doenças – como eclampsia, enjoos severos e tumores –, que colocavam a gestante em risco de morte, poderia ser tratado pela provocação do aborto. Por sua vez, desde a Antiguidade até século XX, a cesariana não pode ser descrita como uma técnica segura, pois resultava em morte materna na ampla maioria de casos, mas, assim como o aborto, era reconhecidamente um método de terminação da gravidez complicada. Além das doenças mencionadas acima, o “vício pélvico” – ou seja, o estreitamento dos quadris que levaria à falta de passagem do feto –, também poderia ser solucionado pelo procedimento abortivo chamado embriotomia, que é o desmembramento do concepto, ainda dentro do útero, por meio de instrumentos cortantes. Desmembrado, e em menor volume, o concepto poderia ser expelido pela via vaginal.

O médico Sebastião Piato, autor da citação que abre essa tese, que publicou entre as décadas de 1970 e 2010, admite que a difusão da cesariana tornou a embriotomia um caso excepcional e afirma ainda que: “demais disso, o tocólogo moderno ignora ou vai dessabendo as complexas, as difíceis técnicas mutiladoras” (PIATO, 2009, p. 574). O treino dos práticos, afirma, passa a ignorar o procedimento abortivo, por não estar mais em evidência. O caso do

“vício pélvico” representava um desses em que a prática cesárea foi desenvolvida de forma a evitar o aborto. Observa-se, assim, o esvaziamento do aborto como um recurso terapêutico em detrimento de outras tecnologias.

Esta tese parte de um conjunto de perguntas centrais: por que a cesariana substituiu o aborto terapêutico como solução para partos complicados? Que razões levaram à legitimação de uma técnica historicamente arriscada, que frequentemente resultava na morte da mulher gestante? E como essa operação, originalmente vista como um procedimento sacrificial, tornou-se uma cirurgia amplamente utilizada e normatizada na prática obstétrica? Por fim, a cesariana de fato suplantou o aborto terapêutico, ou outras técnicas obstétricas centradas na via vaginal continuaram a ser praticadas?

As perguntas e breves respostas aqui apresentadas serão abordadas de maneira mais complexa no desenvolvimento da tese, que tem por objetivo apresentar a substituição do aborto terapêutico pela cesariana como um fato científico ligado ao desenvolvimento dessa última técnica. Removendo o verniz de linearidade que tende a pacificar esse processo, tomo a direção de mostrar aquilo que foi considerado erro, os caminhos que não resultaram em avanços, e, também, a complexidade envolvida nos acertos. Como discute Ludwik Fleck (2010), existe uma tendência que busca narrar esses processos de desenvolvimento de um fato científico pelo chamado “mito do caminho fácil” (FLECK, 2010, p. 136) destaca que a suma de muitos fatos científicos é contada sob a lógica do “vim, vivi e venci”. No entanto, a observação do percurso empreendido pela cesariana permite perceber a intensidade da produção, dos debates, testagens e observações, que indicam para as fraturas interpostas em processos que convivem com a expectativa do sucesso e a realidade do fracasso.

Esta pesquisa contribui para a história da medicina ao mostrar como a cesariana no Brasil, antes considerada um procedimento sacrificial e de alto risco, foi progressivamente reconstruída como técnica legítima para a resolução de partos complicados. Ao comparar discursos médicos, teses acadêmicas e práticas obstétricas no período, a tese revela que o avanço da cesariana esteve profundamente vinculado à criminalização do aborto terapêutico e à construção de uma autoridade médica sobre o destino da gestação, mesmo diante de técnicas ainda instáveis. A análise enfatiza que esse processo foi atravessado pelo uso reiterado de corpos de mulheres em posição de vulnerabilidade social como parte do desenvolvimento da técnica.

## **Delimitação do problema**

“Complicação” é um conceito cara para a obstetrícia do contexto aqui analisado, embora de difícil definição. . O entendimento da complicação em parto variou ao longo do tempo e do espaço, mas pode ser definido, em linhas gerais, como qualquer intercorrência no parto. O parto seria normal, um evento fisiológico corriqueiro em que a mulher expelle o concepto após a sucessiva marcha do trabalho de parto, contração-dilatação, até que ocorre o nascimento. O parto da espécie humana é doloroso, mas não é necessariamente complicado. A dor não é indicativa de algo que não está bem, mas de algo que está em curso. A complicação, contudo, é um acidente no percurso normal da parturição, que dificulta a finalização do parto.

A complicação no parto poderia gerar o conflito materno-fetal, compreendido, grosso modo, como o conflito pela sobrevivência, entre mulher e concepto, durante o parto. A sobrevivência de um, acarretaria na morte do outro. Essa situação historicamente é o centro do debate e da prática do aborto terapêutico e da cesariana, pois levanta debates, abordados por diferentes gerações de obstetras, acerca da primazia da mulher ou do concepto.

Conforme discute a historiadora Ana Paula Vosne Martins (2004, p. 71), a obstetrícia exercida por homens é um ramo antigo da medicina, que, de forma geral, até início do século XX, só era solicitada em casos de complicação no parto. Essa prática de recorrer ao médico obstetra em situações urgentes se explica pelo fato de que, enquanto as parteiras tinham prática e experiência em situações comuns, que demandavam os procedimentos tradicionais de parto, médicos e cirurgiões tinham treinamento na realização de cirurgias e manipulação de ferramentas cirúrgicas. Tanto o aborto terapêutico quanto a cesariana, no século XIX, eram cirurgias obstétricas que demandavam uma autoridade médica para realização de incisões e manejo dos instrumentos necessários (BRENES, 1991, p. 136). Compreendo que, mais do que o saber-fazer, cabia ao obstetra a decisão contrária ou favorável à intervenção. Muitos são os relatos, durante o século XIX o Brasil, em que o obstetra não solucionava o caso com bom êxito, embora detivessem a autoridade para agir em partos complicados.

O fórceps, instrumento obstétrico criado por volta de 1580 pela família inglesa Chamberlen, foi mantido em segredo por quase um século. No século XVIII, o obstetra francês André Levret aprimorou seu design, introduzindo a curvatura pélvica e tornando-o mais eficaz em partos obstruídos. Sua função seria a de tentar desobstruir o canal vaginal por meio de trações na cabeça do concepto. O fórceps ajudou a solucionar diversos casos de partos complicados relacionados à falta de passagem, mas também resultou em diversos acidentes envolvendo sua prática (MARTINS, 2006, p. 77). Outros recursos, assim, entraram

em cena para tentar solucionar o parto complicado, sendo este o caso do aborto terapêutico e da cesariana.

O aborto terapêutico, em linhas gerais, era entendido da seguinte maneira:

Em cirurgia e obstetrícia dá-se o nome de aborto provocado (aborto cirúrgico) operação por meio da qual determina-se a expulsão do produto da concepção antes da época de sua viabilidade, com o fim de salvar a vida da mulher, quando a continuação da gravidez torna-se para ela uma séria ameaça de morte (MASCARENHAS, 1873, p. 3).

O Dr. Mascarenhas, médico formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, indica que a interrupção necessária da gravidez poderia se dar antes mesmo do parto, no caso de a própria gestação produzir risco à vida da mulher, como é o caso dos enjoos severos, que poderiam causar desidratação e morte. Para tal fim, havia procedimentos mecânicos, que envolviam a fricção do colo do útero para induzir o aborto, ou os meios farmacológicos, em que substâncias abortivas, como a ergotina, eram administradas por via oral ou vaginal para produzir o aborto.

O aborto também poderia ser utilizado para fins terapêuticos durante o parto, quando as trações de fórceps não dessem resultado. Laçava-se mão, então, de recursos cirúrgicos como o a embriotomia, que, como dito, consistia no desmembramento do feto. A craniotomia, por sua vez, era perfuração do crânio do feto, ainda dentro do útero, com o objetivo de diminuir o volume de sua cabeça, fazendo-o sair pela vagina. Outro tipo de craniotomia correspondia à a decapitação do feto, com a mesma finalidade de viabilizar sua saída.

Todos esses procedimentos poderiam ser realizados em fetos vivos ou mortos, embora, ainda dentro do útero, não fosse possível precisar com certeza seus sinais vitais. Esta tese, no entanto, concentra-se nos casos do feto supostamente vivo, já que a “vida do concepto” seria o principal argumento remontado por aqueles que defendiam a cesariana como forma de evitar o aborto.

Por outro lado, a cesariana era inicialmente definida da seguinte forma:

A operação cesariana, também chamada de gastro-histerotomia, histerotomia abdominal, histerotomia, consiste em uma incisão feita na parede abdominal e no útero para extrair o produto da concepção. Podendo ser praticada sobre a mulher morta, em certa época da prenhez, ou sobre a viva, quando há desproporção entre o feto e as partes que devem dar-lhe passagem (OLIVEIRA, 1872, p. 8).

A cesariana resumia-se ao parto abdominal com o objetivo de possibilitar uma saída alternativa para o conceito. O procedimento de abertura abdominal, porém, significou, por bastante tempo, a morte da mulher grávida. Nisso observa-se a diferença central entre o aborto terapêutico e a cesariana: o resultado, que definia quem sobreviveria aos procedimentos.

Durante o mestrado, observei que, no século XIX no Brasil, França e Estados Unidos, grande parte da comunidade médica era favorável ao uso do aborto terapêutico. A técnica era imperativa para os chamados “casos desesperados” e foi utilizada até mesmo para salvar a princesa imperial brasileira, D. Isabel – que, em 1874, passou por um longo e doloroso trabalho de parto em que sua primeira filha, não encontrando meios de ser naturalmente expelida, teve que ser craniotomizada, isto é, teve seu crânio perfurado para que o corpo pudesse ser retirado do útero materno. Apesar da trivialidade pela qual o procedimento abortivo era prescrito, mesmo em gestações avançadas, percebi, em menor número, um grupo de médicos que, por diferentes razões, não apoiavam o uso do aborto terapêutico e apregoavam a importância da cesariana, reconhecendo-a como a melhor forma de terminação da gravidez, ainda que resultasse em morte materna.

As teses redigidas pelos médicos partidários do aborto como um recurso terapêutico questionam abertamente a eficácia da operação cesariana e nos informam sobre a longa tradição deste procedimento, que atrela morte e nascimento:

Algumas vezes para solvemos uma questão só temos dois meios, que ambos são verdadeiros males. E o que fazer? Escolher o menor, dizem todos os sábios. É por isso que preferimos o aborto médico à histerotomia. A operação cesariana tem sido pela maior parte das vezes funesta à mulher e talvez mesmo ao feto: no entretanto o aborto provocado, ainda que nocivo inteiramente ao filho, tem sido nimiamente favorável à mãe (PAULA E SILVA, 1862, p. 11).

Apesar do tom crítico direcionado pelo parteiro Paula e Silva à cesariana em sua tese, interessa observar que os próprios cesarianistas revelavam que a operação não costumava resultar em vida, nem da mulher nem do feto. O médico baiano, Dr. Dourado, em sua tese sobre a operação cesariana, afirma que a cesariana invariavelmente produzia a mutilação da mãe e, podendo ocasionar-lhe a morte:

Para que o médico se disponha a praticar a operação cesariana é preciso ter plena certeza que o feto vive, que as condições de saúde da parturiente sejam tomadas em consideração; porque se não espera êxito nem para o feto nem para a mulher, a mutilação é um sacrilégio (DOURADO, 1880, p. 11).

Embora muitos médicos condenassem os efeitos nocivos da cesariana, que acarretava um alto número de mortes, havia médicos dispostos a defendê-la e a praticá-la. A já mencionada divisão entre os tipos de cirurgias também se devia ao seu efeito final: os parteiros assumiam em seus textos que o aborto era um recurso que resultaria no impedimento ao desenvolvimento do produto da concepção; ao passo que a cesariana resultaria, até o início do século XX, invariavelmente, na morte materna. A economia moral da medicina da obstétrica estava estabelecida pela tensão que levava os médicos a defenderem uma ou outra cirurgia.

O que se vê na documentação do século XIX é que os médicos cesarianistas ou partidários do aborto divergiam a respeito da primazia da vida, ou do direito de viver. Para os que defendiam a cesariana em seus textos, o feto é considerado mais importante que a mulher adulta. Para os médicos defensores do aborto terapêutico, o feto deveria ter sua existência encerrada para que a vida da mulher pudesse continuar. A defesa da cesariana, ao longo do século XIX, encontrava um sério embaraço, pois era considerada uma operação rústica que, invariavelmente, resultava em morte materna, como se vê na tese do Doutor Motta, de 1877:

Se assim deixar a prenhez atingir seu termo fatal de nove meses, época em que aconselham a operação cesariana, verdadeiro recurso selvagem, na frase eloquente de um notável escritor: ‘época em a morte da mulher é quase infalível, apresentando somente probabilidades de vida para o feto’ (MOTTA, 1877, p. 14).

A cesariana era considerada um “recurso selvagem”, porque sua técnica consistia em efetuar um corte latitudinal sobre o ventre materno e, por meio dessa abertura, retirar o feto, mesmo sem garantias de que este iria sobreviver. Os recursos anestésicos de meados do século XIX eram poucos, resumidos ao clorofórmio e ao ópio. Além da mulher ter de suportar essa cirurgia para retirada do filho, sob pouca ou nenhuma anestesia, corria grande risco de morte, pois o conhecimento de suturas e assepsia tampouco era dominado pela prática médica. Esse conjunto de fatores colaborava para que a cesariana feita na mulher viva fosse um recurso selvagem.

Um dos poucos médicos cesarianistas favoráveis à operação no século XIX questionava: “Com que direito provocaríamos o aborto? Com que direito aniquilaríamos a existência de um ser cuja vida, no futuro, poderia ser preciosa à sociedade e até mesmo indispensável e necessária?” (THOMPSON, 1870, p. 46). O Dr. Thompson dirigia suas críticas à comunidade médica brasileira de seu tempo, que em grande parte defendia a prática do aborto terapêutico. Para ele, o médico não teria o direito de interromper a vida do feto, ainda que o abortamento fosse considerado um tratamento eficaz para casos de eclampsia. Seu discurso chama atenção porque, após afirmar categoricamente que não se poderia “aniquilar a existência de um ser”, ele declara:

Quando a mulher e o feto estiverem ameaçados de sérios perigos, a nossa linha de conduta será outra: as vezes o estado da mulher é tão grave que não admite expectativa, urge então provocar o parto pela operação cesariana vaginal.<sup>1</sup> [...] nesse caso mulher pode sucumbir, mas ao menos arranca-se o menino a uma morte certa. Por mais fraca, mais débil que seja a criança, quando todos os meios para salvar a mãe, tem sido importante, não devemos lançar a ultima carta por sua salvação? Neste caso deve-se provocar imediatamente o parto a fim de salvar a vida da criança já altamente comprometida (THOMPSON, 1870, p. 46) (Grifo da autora).

A eloquente defesa de Thompson da suposta vida da “criança” ou “menino” parece contradizer sua afirmação anterior sobre a ilegitimidade de se aniquilar uma existência — afinal, ele endossa uma cirurgia sabidamente fatal para a mulher. Pela descrição do conflito materno-fetal, é possível supor que ambos estavam em estado grave e incerto. A mulher é apresentada como “sem expectativa”, enquanto o feto é descrito como “fraco”, “débil” e “altamente comprometido” — portanto, aparentemente ainda mais vulnerável do que ela. Ainda assim, para Thompson, o recurso extremo deveria ser aplicado à mulher. Quando a existência do concepto está em risco, o médico não hesita em aniquilar a existência da mãe.

Já no século XX, o cenário de aceitação da cesariana é outro. Vejamos o exemplo do ilustre Dr. Fernando Magalhães, uma das maiores autoridades nacionais em obstetrícia até meados do século, considerado até hoje o pai da obstetrícia brasileira. Em seu livro *Lições de Clínica Obstétrica* (1922), ele escreve:

Bem pesadas as condições, ter-se-á de concluir que é o feto ainda o necessitado diante da tentativa embriotomica [tipo de aborto terapêutico], que lhe tira a posse da vida que não pediu e o direito de fruir esta existência no ato de nascer, o que lhe é impedido pela deficiência parturiente materna. O direito de vida e direito de nascimento deve ser resguardado. Não pode proceder tampouco, na segunda parte, o princípio do ataque à vida da mulher porque a má previsão do ato operatório [cesariana] é um conceito individual e uma apreensão futura (MAGALHÃES, 1922, p. 447).

Magalhães defende a preservação da viabilidade fetal, rejeita a embriotomia e recomenda a cesariana, mesmo reconhecendo os riscos potencialmente fatais da operação para a mulher.

---

<sup>1</sup> A cesariana vaginal é uma técnica que envolve o aumento do colo do útero a partir de uma incisão feita por meio do canal vaginal. Essa técnica, assim como a cesariana abdominal, também envolvia efeitos letais, como constata Thompson, em 1870.

Vale destacar que o Dr. Thompson era, à época, apenas um dos muitos estudantes de medicina candidatos ao título de doutor. Sua tarefa consistia em escrever uma tese de aproximadamente 30 páginas sobre um tema proposto pela banca. Embora fosse comum que os candidatos apenas revisassem a literatura médica, Thompson se posicionou de forma clara e divergente em relação a seus colegas e mestres, que defendiam o aborto terapêutico. Seus argumentos circularam em um meio restrito. Já o Dr. Magalhães, algumas décadas mais tarde, era uma figura consagrada da medicina brasileira. Estabelecido no Rio de Janeiro, publicava livros baseados em suas aulas e anotações clínicas. Sua família, de destaque na sociedade carioca, aparecia frequentemente nas colunas sociais. Além de médico, foi deputado na Constituinte de 1934, recebeu diversas condecorações e integrou a Academia Brasileira de Letras.

A trajetória desses dois médicos revela como o discurso isolado de Thompson, inicialmente marginal, ganhou legitimidade nas gerações seguintes da comunidade médica. Pouco mais de meio século separa os escritos de Thompson e Magalhães, mas o segundo já encontra um ambiente mais receptivo à defesa da cesariana como forma de salvar o feto. Essa mudança no status da cesariana — e, paralelamente, do aborto terapêutico — é um dos problemas centrais que orientam esta tese.

## **Hipótese**

A hipótese desta tese é que a substituição do aborto terapêutico pela cesariana como “último recurso” médico no Brasil entre 1845 e 1915 não se deveu apenas a um avanço técnico, mas foi profundamente moldada por restrições morais, jurídicas e religiosas à prática do aborto. A estrada do aborto terapêutico foi progressivamente fechada: condenado pela Igreja, alvo de crescente repressão legal e associado ao pecado e à criminalidade, ele se tornou cada vez mais difícil de ser legitimado no discurso médico. Nesse contexto, a cesariana emergiu como uma alternativa possível — não porque fosse mais segura, mas porque não era criminalizada e, ao contrário, carregava significados simbólicos positivos. Vista como um ato de sacrifício e pureza, especialmente no imaginário católico, a cesariana era compatível com os valores morais da época. A partir dessa moldura simbólica e normativa, a técnica cesariana passou a ser gradualmente transformada, não apenas com o objetivo de salvar o feto, mas também, cada vez mais, com a intenção de preservar a vida da mulher. Partindo da grande diferença no tratamento destinado à cesariana, em meados do século XIX como visto no excerto da tese de Thompson,

e o modo como era entendida pelo professor Magalhães, no início do século XX; e considerando a rejeição ao aborto terapêutico como uma tendência geral no século XX, é preciso investigar as razões pelas quais o aparente descrédito da cesariana deu lugar à busca incessante por seu desenvolvimento técnico. E, além disso, importa também perguntar de que modo a cesariana deixou de ser um recurso sacrificial, tornando-se uma prática normalizada.

Uma hipótese adicional, inspirada em Uta Ranke-Heinemann (1996), é que a pressão da Igreja Católica contra o aborto terapêutico incentivou médicos a buscar formas alternativas de intervenção obstétrica, como a cesariana, para lidar com partos complicados sem incorrer em pecado ou ilegalidade. A autora, primeira mulher a se doutorar em Teologia Católica em 1954, foi excomungada pelo Papa João Paulo II, em 1987, em razão de sua produção, considerada insidiosa, especialmente no que diz respeito à questão virginal de Maria. Sua excomunhão resultou também na perda de sua cátedra na Universidade de Heidelberg, no fim dos anos 1980.

Entre outras considerações relevantes postuladas pela autora, o capítulo sobre aborto é especialmente importante para a produção que empreendo desde o mestrado. Ranke-Heinemann (1996) argumenta que a Igreja tinha, até meados do século XIX, uma postura incerta sobre o aborto. Porém, quando o uso terapêutico do procedimento abortivo se tornou defendido pela medicina, a prática parrou a ser frontalmente atacada por meio de bulas papais, encíclicas e diversos discursos oficiais da Igreja Católica, divulgadas entre o século XIX e a década de 1950. Após resgatar esse quadro, Ranke-Heinemann (1996, p. 320) afirma que os médicos teriam sido pressionados a buscar soluções alternativas para o parto complicado, em especial a cesariana e excluindo-se a recomendação do aborto.

Considero que esse cenário ajuda a explicar a interdição do aborto de forma geral, pois impactou também a legislação de países ocidentais, gerando tipificação do crime de aborto, ainda que para fins terapêuticos. No Brasil, isso se deu a partir do Código Penal de 1890, que impactou a comunidade de obstetras aqui atuantes.

Mas ainda resta a pergunta: por que a cesariana? O declínio da prática do aborto torna-se evidente diante das proibições religiosas e, mais tarde, legislativas, mas isso não explica por que a cesariana foi escolhida como alternativa. Como possibilidade de resposta, retomo o conceito de *protoideia*, formulado por Ludwik Fleck ([1935] 2010), para designar representações culturais, muitas vezes de origem mística ou religiosa, que circulam de forma difusa antes de se consolidarem como fatos científicos. No caso da cesariana, essa protoideia pode ser identificada na longa tradição da Igreja Católica de defender a abertura do ventre de

mulheres mortas ou moribundas para possibilitar o batismo do feto. Argumento, assim, que a cesariana foi, ao longo do tempo, percebida como uma forma — ainda que extrema — de concluir o parto em situações-limite. A

cena do parto complicado envolvia diversos personagens, como parteiras, comadres, médicos, gestantes em sofrimento e uma variedade de recursos, incluindo fórceps, compressas, manobras, rezas e, em um dos cantos, a cesariana. Em suma, enquanto o aborto passou a ser compreendido como pecado e crime, a cesariana carregava consigo uma protoideia de legitimidade, por estar associada a práticas valorizadas pela Igreja. Considero que é essa moldura simbólica que ajuda a explicar por que a cesariana foi escolhida como técnica a ser desenvolvida pela prática obstétrica. Ambas as frentes dessa hipótese serão exploradas no Capítulo 1, que tratará da crescente interdição ao aborto e da consequente ressignificação da cesariana no campo médico.

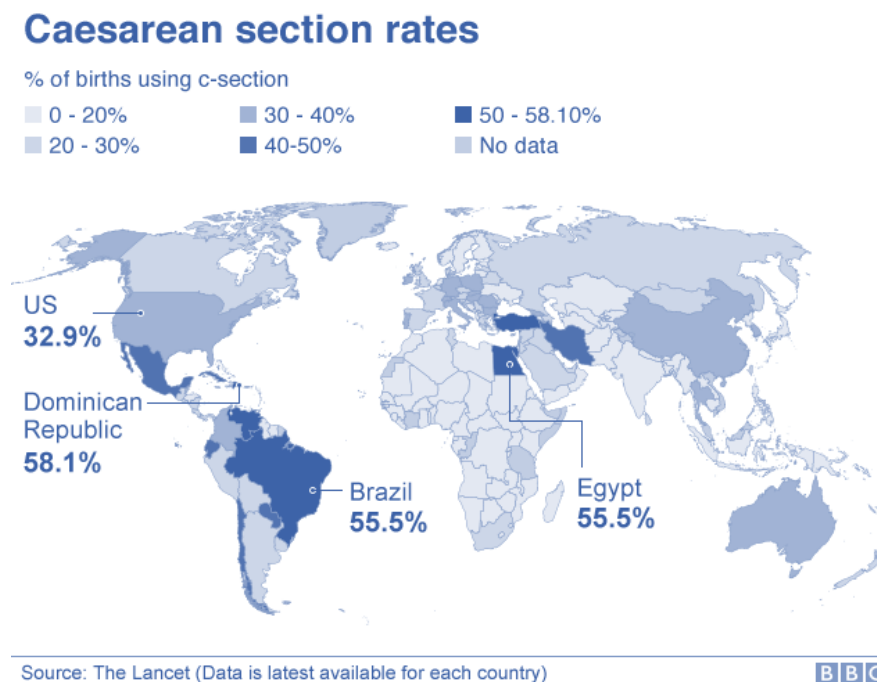
## Fontes

Para dissecar a cesariana com um fato científico, analisarei tipos de cesarianas, maneiras de cortar e de curar o corte que correspondem a diferentes ideias de corpo e prática médica. Para isso, também os personagens que apresentarei serão vários. Gerações de parteiros, engajados, em maior ou menor grau, em manter o aborto terapêutico, ou rechaçá-lo, e, ainda, aqueles que transitavam entre diferentes práticas, conciliando o aborto terapêutico e diferentes tipos de cesariana. Tratam-se de obstetras homens, com exceção da Dra. Rita Lobato Velho Lopes, que é a única personagem desta tese na condição de médica, arranjados em gerações e coletivos que se inserem nessa grande trama de tensão entre os procedimentos obstétricos. É certo que alguns parteiros, em especial a linhagem de obstetras da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, recebe destaque, por terem produzido mais assiduamente conhecimento e prática médica a respeito da cesariana. Desde os tempos dos primeiros professores dessa instituição, Dr. Feijó pai e Dr. Feijó Junior, passando pelo Dr. Werneck pai e Dr. Werneck filho — que era formado no Rio de Janeiro e exerceu prática em Belo Horizonte —, chegando ao entusiasmado cesarianista Dr. Magalhães e sua descendência de parteiros, como o Dr. Rezende, celebrado como inventor da cesariana moderna no país. Recorrerei a artigos científicos e livros, assim como imagens de procedimentos e instrumentos obstétricos.

Esta investigação irá privilegiar o Brasil como foco de análise e de fontes, ainda que procure interlocuções necessárias com os contextos internacionais. As razões que situam o

Brasil como um país que carece de estudos históricos sobre a cesariana se insinuam pelo número discrepante de cesarianas praticadas no país, quando comparado ao a outras partes do mundo, conforme gráfico elaborado pela CNN com dados do periódico científico The Lancet:

Figura 1 - Índice global de operações cesarianas



Disponível em: <https://www.bbc.com/news/world-45834011>. Acesso em 2 mar. 2021.

A cesariana é um tema de diversas disciplinas como Sociologia, Antropologia, Psicologia, Saúde Coletiva, entre outras, que produzem vastas contribuições sobre o assunto. No entanto, a História da Ciência é uma disciplina que pode contribuir grandemente para a compreensão dos percursos e trajetórias da prática. Essa é uma área privilegiada para investigar as relações entre a cesariana e o tempo histórico, e para suspeitar de uma prática hoje tão corriqueira e banalizada. Corroer o verniz de técnica segura e banal é uma função que os aportes teóricos-metodológicos da História da Ciência têm condições de realizar.

É preciso estar ciente das críticas que afirmam que muitos estudos de História referem-se ao “Brasil”<sup>2</sup> quando, na verdade, possuem um enfoque no Sudeste do país

<sup>2</sup> No mestrado, procurei evitar este tipo de equívoco. No período que pesquisei, entre 1830 e 1890, apenas duas instituições de ensino de medicina existiam no país, e por isso pude generalizar Brasil ao estudar a produção da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e Faculdade de Medicina da Bahia. Elaborei o projeto dessa tese de maneira a compreender todas as faculdades de Medicina que existiam no país ao longo do recorte temporal, pois entendo que os coletivos de pensamento de todo país ligados à clínica experimental, são comunidades importantes para analisar o desenvolvimento técnico da cesariana. Isso significaria pesquisar nas bibliotecas e arquivos das faculdades de medicina de Belo Horizonte 1911, do Paraná 1911, do Recife que passou a funcionar em 1920, curso de partos de Porto Alegre em 1897, Academia de Medicina, Cirurgia e Farmácia de 1891 em São Paulo e Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará de 1919. Havia comprado passagens para pesquisar no museu da medicina da USP,

(VASCONCELOS, 2021). Buscando minimizar essa centralidade, jornais que podem ser acessados via hemeroteca digital da Biblioteca Nacional serão utilizados para procurar sustentar uma análise nacional mais ampla. A hemeroteca digital também disponibiliza periódicos médicos que trazem discussões sobre a cesariana, e que compõem o *corpus* documental deste trabalho. Utilizarei também diversas teses médicas sobre aborto e/ou cesariana, defendidas na Faculdade de Medicina da Bahia e na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, reproduzidas em trabalhos anteriores. Também foram adquiridos livros de obstetrícia, pertinentes ao recorte deste trabalho, em sebos virtuais. Consultei, ainda, fichas de pacientes admitidas no Hospital São Lucas, de Belo Horizonte, em que constam cesarianas realizadas pelo Dr. Werneck filho. Além disso, os livros de Magalhães contam com estatísticas da Maternidade de Laranjeiras que muito podem contribuir para mensurar a prática da cesariana em desenvolvimento.

A historiadora estadunidense Cassia Roth (2020), em *A Miscarriage of Justice*, manifesta a importante cruzada pessoal de Fernando Magalhães, ressaltando seu compromisso com a fé católica e contra o aborto terapêutico. Ainda que o Dr. Magalhães entendesse a necessidade dos recursos abortivos, as cirurgias chamadas “destruidoras”, como embriotomias e craniotomias, deveriam ser ostracizadas, dando lugar à cesariana (ROTH, 2020, p. 124).

Procuo aqui evitar o foco no subjetivismo e no talento individual desses sujeitos. Afinal, como sugere Fleck, (2010, p. 124), o fato científico seria uma construção sociocultural e coletiva, de modo que subjetividades e personalidades não explicam o sucesso na produção de conhecimento científico. Pondero que o desenrolar da cesariana como fato científico foi coletivo e o espaço da então capital federal, Rio de Janeiro, contribuiu para seu desenvolvimento na figura de Fernando Magalhães. Na obra supracitada, Roth (2020) discute o rigor da tutela do Estado sobre os assuntos da vida reprodutiva no início do século XX no Rio de Janeiro. A autora mostra que a República recém-instaurada desenvolveu aparatos de vigilância sobre a reprodução, que combinava a justiça, o discurso médico e a ação policial, já que, sob o pretexto de moralização e reprodução das massas de trabalhadores, era preciso evitar práticas de controle de fertilidade, como o aborto, e garantir o crescimento da nação. O papel maternal era a única forma de a mulher exercer a cidadania durante as primeiras décadas da República, fato que conferiu enorme importância à medicina obstétrica, uma vez que os médicos profissionais seriam os responsáveis – pelo menos idealmente – pelo nascimento desses futuros cidadãos (ROTH, 2020, p. 12). A tese da autora sobre o fortalecimento da medicina obstétrica e a fundação das maternidades de Laranjeiras e Pro-matre, calcadas no ideal

---

quando a pandemia de COVID 19 começou e os arquivos foram fechados. E essa análise nacional ficou prejudicada.

de filantropia, serve aos propósitos desta tese, já que a prática cesárea torna indispensável o espaço hospitalar.

Considero, ainda, que a vigilância sobre as práticas de parto e controle de fertilidade, por parte do Estado na capital federal, à qual bem alude Cassia Roth (2021), fez com que esse coletivo de parteiros também estivesse em evidência e em constante exame, o que os impulsionou a focar no desenvolvimento da cesariana, por meio da infraestrutura de que dispunham, e a evitar o aborto terapêutico.

Afiliada à perspectiva fleckiana, avalio a importância da comparação entre operações, tipos de cesarianas e práticas obstétricas entre coletivos de pensamento. Para tanto, busco apresentar como outros coletivos, descentralizados e em menor evidência, recorreram a outras práticas e posicionamentos em relação à substituição do aborto terapêutico pela cesariana.

### **Relevância do tema**

Este trabalho busca empreender uma produção que contribua para preencher uma lacuna em relação ao início da prática e à da história da cesariana. Fora do país, há uma clássica produção sobre parto e nascimento, que se dedica a demonstrar o longo percurso histórico da intervenção cesárea<sup>3</sup>. Recentemente, os incipientes estudos a esse respeito têm recebido a proeminente contribuição de Andreza Nakano – enfermeira de formação e historiadora por sua longa produção – que, no âmbito do Programa de Pós-graduação em Saúde da Mulher e da Criança, ligado à Fiocruz, produziu a tese *Uso de tecnologias e as transformações nas práticas sociais de parto: uma normalização do parto cirúrgico no Brasil?*, defendida em 2015. A tese de Nakano deu origem a diferentes artigos em colaboração com outros importantes estudiosos das questões biomédicas, como Cláudia Bonan e Luiz Antônio Teixeira. Esses autores procuram discutir os processos de normalização da cesariana, contribuindo, inclusive, para a urgente discussão sobre o uso epidêmico da cesariana no país. A hipótese normalizadora, seguida pelos trabalhos de Nakano, Bonan e Teixeira, argumenta que a cesariana é o modo de

---

<sup>3</sup> Conforme nota de Adam Warren 2009 da sólida e clássica produção sobre a cesariana no Ocidente, destacam-se Renate Blumenfeld-Kosinski, *Not of Woman Born: Representations of Caesarean Birth in Medieval and Renaissance Culture* (Ithaca, N.Y.: Cornell University Press, 1990). For other studies of the caesarean section, see: Nadia Maria Filippini, *La Nascita straordinaria: Tra madre e figlio la rivoluzione del taglio cesareo (sec. XVIII–XIX)* (Milan: Franco Angeli, 1995) J. Paul Pundel, *Histoire de l'opération césarienne: Etude historique de la césarienne dans la médecine, l'art et la littérature, les religions et la législation* (Brussels: Presses Académiques Européennes, 1969); Daniel Schäfer, *Geburt aus dem Tod: Der Kaiserschnitt an Verstorbenen in der abendländischen Kultur* (Hürtgenwald: Pressler, 1999); Dyre Trolle, *The History of the Caesarean Section* (Copenhagen: C. A. Reitzel, 1982); e John H. Young, *Caesarean Section: The History and Development of the Operation from Earliest Times* (London: H. K. Lewis, 1944).

nascimento compatível com a lógica contemporânea, um método de nascer “seguro, limpo, organizado e compatível com a vida moderna, com o trabalho produtivo” (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015, p. 885). Em *O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo”* entre obstetras, de 2017, os autores utilizam o conceito de “estilo de pensamento”, de Ludwik Fleck, para destacar a mobilização dos obstetras enquanto coletivo que tem o interesse de reforçar seu capital sociocientífico, atribuindo à cesariana valores que prestigiam a categoria médica, que tem o domínio sobre sua execução (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2017, p. 416).

O estudo aqui empreendido também dialoga diretamente com o artigo *Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro Obstetrícia, de Jorge de Rezende* (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2016). A hipótese do texto indica que haveria, no Brasil, um estilo de pensamento médico obstetra em favor das práticas, técnicas e tecnologias, que criou disposições para normalização da prática cesárea. Como evidência, os autores analisam a obra *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende – que foi médico na Maternidade de Laranjeiras no fim de 1920, além de professor da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil e da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Rezende também foi responsável por fundar o primeiro curso de pós-graduação em obstetrícia. Logo nas primeiras disposições do texto, os autores questionam: “a opção preferencial de muitos médicos e mulheres traz à tona a questão: estaria a cesárea se transformando na forma normal de nascer?” (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2016, p. 158). E, a partir disso, amplio o questionamento: se a cesárea foi uma prática que mutilava e matava, por que se tornou uma opção? Se a cesárea foi discutida em termos de uma prática rústica, bárbara e perigosa, por que ela foi tentada? Qual foi a razão que fez a cesariana tornar-se uma prática preferencial?

Os autores possuem sólida produção, que discute a cesariana amplamente utilizada e os fenômenos que propiciaram sua difusão até mesmo para casos em que não havia indicação clínica. Mas, antes que a cesariana fosse normalizada, tornando-se uma prática ao gosto do obstetra, ela foi insistentemente testada até alcançar seu desenvolvimento. No livro *Contribuição ao estudo da operação cesareana abdominal (sobre a experiência pessoal de 114 casos)*, de autoria de Rezende (1941), que recebeu o prêmio Madame Durocher da Academia Nacional de Medicina, o prefácio é do professor Fernando Magalhães, que relembra as lutas que travou em favor do desenvolvimento técnico da cesariana:

Escrevendo sobre a cesareana abdominal, com a documentação de 114 casos, o Dr. Jorge de Rezende prova compreender a preferência que, na técnica

obstétrica, cabe à velha e vencedora intervenção cuja história é um relato de êxitos imperativos, não obstante o capricho de seus adversários inveterados. O que transmite, ensinando, o fruto da sua observação, não se incorpora entre os ecléticos por indecisão ou por conveniência. Tradicionalmente empolgante, o assunto de todo doutrinário, enfrentando revezes, tempera-se nas dificuldades para dominar (MAGALHÃES *apud* REZENDE, 1941, p. 1).

Enquanto Jorge de Rezende normalizou a técnica cesárea, e é celebrado, desde meados do século XX, como o elaborador da “técnica perfeita”, Magalhães enfatiza que, antes dos êxitos de Rezende, a técnica passou por “revezes” e “dificuldades para dominar”. Esses “revezes” e “adversários” foram figuras presentes ao longo de sua carreira, o que o levou a blindar-se de críticas por realizar a cesariana em desenvolvimento, como veremos no terceiro capítulo desta tese.

Durante a feitura desta tese, Cassia Roth e Luiz Antônio publicaram o artigo *From Embryotomy to Cesarean: Changes in Obstetric Operatory Techniques in Nineteenth- and Twentieth-Century Urban Brazil* (2021), que aborda o tema da substituição do aborto terapêutico pela cesariana, trazendo uma perspectiva global desse processo. Percebo a necessidade de demonstrar as diferentes cesarianas implicadas nesse processo e enfatizar os problemas relativos à investidura dos obstetras em lidar com o parto abdominal. Além disso, procuro contrastar a adesão à via abdominal de solução de parto como algo parcial, que gerou críticas e ressalvas por parte de outros coletivos de obstetras.

Por isso, recuo o marco temporal deste trabalho. Quero investigar as razões que fizeram da cesariana uma cirurgia insistentemente testada, que reverteu os revezes e oposições em uma técnica normalizada. O problema central desta tese advém da discussão inicial, empreendida em minha dissertação de mestrado, sobre a indicação do aborto terapêutico no século XIX. Para compreender a disputa entre as indicações e usos do aborto e da cesariana, é preciso remontar à década de 1840, quando aparece a discussão entre médicos brasileiros sobre a pertinência das duas operações. Essa discussão inflamada permaneceu em aberto, com tendências diferentes entre os parteiros. A partir da década de 1870, contudo, é possível ver o enfraquecimento do discurso em favor do aborto terapêutico como uma consequência do endurecimento das diretrizes papais contra o aborto. Entre 1880 e 1915 é possível ver uma tentativa de promover a cesariana, que a ampla maioria dos médicos obstetras não mais definiam como uma cirurgia “mutiladora”, mas como um recurso necessário e que, apesar de perigoso, deveria ser aperfeiçoado. Durante esse período, ainda havia parteiros dispostos a defender o aborto terapêutico em lugar da cesariana em desenvolvimento. O ano de 1915 marca a publicação do método de Fernando Magalhães para realização da cesariana. A técnica foi considerada

promissora, embora complexa. Essa primeira forma de praticar a cesariana, a partir de uma técnica nacional, significou o entusiasmo do coletivo de alunos e internos do professor Fernando Magalhães, que passou a utilizar a cesariana para solucionar o parto complicado cada vez mais. Porém, em 1915 também ocorre uma grande controvérsia pública a respeito da cesárea, em razão do óbito de uma paciente e sua filha, em decorrência da operação. Esse quadro ajuda a demonstrar que a expectativa de desenvolvimento da técnica cesariana convivia com complexidades a serem solucionadas.

### **Alguns conceitos**

Enquanto a técnica abortiva variou ao longo do tempo e do espaço, mas manteve o seu nome, efeitos e significados constantes, este trabalho passa pelo desafio de referir-se à cesariana, técnica que, ao longo de diferentes períodos, adquiriu diferentes significados. De fato, manteve-se a definição básica de corte abdominal, mas seus resultados são amplamente variantes. É complexo referir a um procedimento, epidêmico no Brasil atual, e que hoje resulta na vida da mulher e do bebê, que, no passado, era sinônimo de morte materna, ou, ainda, em outro período, sinônimo de um procedimento em desenvolvimento com resultados incertos. Os efeitos da cesariana e a chance de sobrevivência de mãe e bebê se alteraram com o passar do tempo. A complexidade, o local da incisão, procedimentos pós e pré-cirúrgicos também mudaram radicalmente, mas o nome, cesariana, persiste até os dias atuais.

Contar a história da cesariana é contar a história de uma técnica que foi, por milênios, sinônimo de morte materna, passando por um período, no século XIX, em que a comunidade médica debateu se este recurso deveria mesmo ser recorrido, tamanha sua brutalidade. Em contraste, nos dias de hoje, hospitais privados no Sudeste brasileiro realizam 100% de partos, em um ano, por meio de cesarianas.<sup>4</sup> Não só o conceito de cesariana variou historicamente, mas também seus resultados, embora o nome, volta a frisar, tenha se mantido. Este é outro indício de que a cesariana pode ser entendida como protoideia, já que Fleck (2010) destaca, a partir da questão da linguagem, que a escolha das palavras para designar técnicas ou procedimentos é essencial para demonstrar as referências que estão contidas nelas: “as palavras e as ideias são, originalmente, equivalências fonéticas e intelectuais das vivências, que são dadas de modo concomitante. Isso explica o significado mágico das palavras e o significado dogmático, religioso das frases.” (FLECK, 2010, p. 69). Por bem do melhor entendimento desta tese,

---

<sup>4</sup> Distribuição de números e porcentagem de nascidos vivos em hospitais privados, por local de ocorrência, seguindo via de nascimento no município de São Paulo, em 2020. Ver anexo.

proponho algumas adjetivações ao nome “cesariana”, para que se possa distinguir o tipo de prática referida. Em um primeiro momento, há a cesariana em mulher morta. Essa cesariana é autoexplicativa, consistindo no corte sobre a mulher que morreu gestante e tem o concepto retirado de seu corpo por meio de um corte abdominal. A técnica, nesse tipo de cesariana, é somente um corte. Sobre o corpo sem sensibilidade, bastava a incisão.

A cesariana já foi uma obrigação para certas culturas. O rei Numa Pompílio, que sucedeu a Rômulo como soberano de Roma, entre 753 a.C. e 673 a.C., sintetizou uma série de leis romanas que ficaram conhecidas no período imperial como *Lex Regia* ou *Lex Caesareana*. Conforme essa compilação, no caso de a mulher ter falecido grávida, dever-se-ia obrigatoriamente retirar o concepto para que alguma chance de sobrevivência lhe fosse dada (LURIE; GLEZERMAN, 2003, p. 1803). É possível que essa instrução da *Lex Caesareana* seja uma das principais razões para o nome da técnica. Além disso, cesariana pode ser um corruptivo do verbo latino *caedere* (FADEL, 2011, p. 194), que significa matar, cortar, derrotar; ou do substantivo *caedes*, que significa sangue ou massacre, conforme o dicionário *Hans Ørberg* de Latim – Inglês.

Hossam Fadel aproveita ainda para esclarecer que “cesariana” poderia advir do mito de que Júlio César teria nascido por meio de uma cesariana. No entanto, é sabido que a mãe de César, Aurelia, falecida em 54 a.C., morreu quando seu filho, nascido em 100 a.C. já era adulto, um indicativo de que não tenha passado por esse procedimento, pois normalmente a mãe falecia em decorrência da incisão (FADEL, 2011, p. 1). Conforme pesquisa de Maria Sameiro (2013), é possível detectar que, no período medieval, o manuscrito *Li Fet des Romains*, escrito em francês arcaico, circulou a informação de que Júlio César teria nascido “arrebentando a barriga de sua mãe”, o que pode ajudar a explicar a crença popular de que o termo cesariana tenha sua origem no nascimento heroico do imperador romano (SAMEIRO, 2013, p. 76).

Há também a cesariana em mulher viva, mas cuja a técnica em pouco ou nada difere daquela empregada na cesariana em mulher morta, ou seja, trata-se de um corte abdominal para retirar o concepto, estando a mulher ainda viva. Dada a gravidade do corte da pele e do útero, esse tipo de cesariana acarreta em morte da mulher. A intervenção, que não se espera sobrevivência da mulher, é reduzida a um procedimento sacrificial. A cesariana sacrificial será tema do primeiro capítulo desta tese, pois foi, por séculos, considerada um procedimento importante para setores da Igreja Católica interessados em viabilizar o batismo do feto. Assim como o aborto terapêutico em feto vivo mobilizava polêmicas a respeito da vida do concepto, e por isso as posições sobre esse procedimento eram mais inflamadas, a cesariana sacrificial

também mobilizou opiniões polêmicas em torno de seu uso ou reprovação, por ser uma prática que mataria uma mulher adulta.

Um terceiro tipo inclui o que se denomina por cesariana em desenvolvimento, que rompe com a simplicidade técnica das cesarianas anteriores e envolve procedimentos de corte, sutura, assepsia, anatomia. A cesariana em desenvolvimento visa à sobrevivência da mulher e, em razão desse objetivo, adquire considerável complexificação, sendo realizada em espaços hospitalares. A cesariana em desenvolvimento é complexa e também são seus sentidos. Afinal, como técnica ainda em aperfeiçoamento, era incerta e ocasionou a morte de diversas pacientes, o que foi entendido como espécie de dano colateral do desenvolvimento da prática. A cesariana em desenvolvimento será também tema desta tese, no terceiro capítulo.

Há uma literatura médica que entende aborto e abortamento com sinônimos, no entanto na literatura médica tende-se a utilizar “abortamento” justamente porque “aborto” aciona noções de criminalidade, sendo uma prática que estaria relacionada com outros sentidos, de imoralidade. Simônides Bacelar ([s. d.], p. 3), médico professor da Universidade de Brasília, recomenda o uso do termo “abortamento” para que se evite “polêmicas e por apreço à linguagem científica”. Desde o início do século XX, a literatura médica, que por décadas produziu conhecimento sobre “aborto terapêutico”, passou a nomear procedimentos de terminação da gravidez sem chances de sobrevivência do concepto como “interrupção da gravidez”, ao passo aborto seria o crime, previsto em lei: “Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque: Pena – detenção, de um a três anos.” (BRASIL, 1940), além de também fazer referência a uma prática pecaminosa.

A obstetria procurou se distanciar das conotações religiosas e criminais associadas ao aborto, adotando termos como “abortamento” ou, de forma ainda mais eufemizada, “interrupção da gravidez”. Opto, no entanto, por utilizar as expressões “aborto” e “aborto terapêutico”, em consonância com minhas fontes, que, antes da consolidação das proibições legais e eclesiásticas, empregavam abertamente o termo “aborto”. Curiosamente, ao contrário dessa tentativa de apagamento semântico, a cesariana manteve seu nome ao longo dos séculos — um dado que reforça o argumento de que essa prática carregava sentidos mais aceitáveis, associados à pureza e à salvação. Isso talvez ajude a explicar por que a cesariana, e não o aborto, foi progressivamente legitimada como solução médica possível para partos complicados.

Opto por usar “concepto” para referir àquele que foi concebido, não nasceu e que está sendo gerado no útero. Da mesma forma, chamo “mulher” ou “paciente”, evitando o termo

“mãe”, que carrega em si a parentificação da mulher gestante. Essa opção evita carregar de subjetividade a gravidez, esvaziando, o máximo possível, a idealização da gestação.

É preciso atentar que o termo mulher, aqui recorrido, aparece como redução da categoria mulher-cis sexual, com o objetivo de referenciar corpos gestantes. Não tenho condições de aferir se as pacientes aqui descritas são todas mulheres-cis, porém, entendo que o conhecimento médico em obstetrícia exerceu um papel histórico preponderante na criação do corpo feminino-cis sexual, centrado na noção de que a mulher é o outro, aquela que possui o organismo capaz de gestar e parir, como mostra Fabíola Rohden (2001), e por isso utilizo a categoria “mulher”

Outras categorias como “cirurgia”, “procedimento”, “operação”, “técnica” aparecem como sinônimos nas teses e parecem ser utilizadas sem critério. Opto por não calar essa polifonia e faço uso desses termos de maneira plural e ampla.

### **Percurso da pesquisa**

Em 2015 precisei acessar ao site do Arquivo Público Mineiro, na seção de teses médicas, para buscar fontes para a temática da História da Alimentação. À época, eu já era bolsista do Grupo *Scientia* há três anos, estava no 8º período do curso de História na Universidade Federal de Minas Gerais e participava como aluna de iniciação científica no projeto *Teorias e terapêuticas médicas em circulação na província mineira a partir de impressos e da documentação hospitalar*, sob orientação da professora Dra. Anny Jaqueline Torres da Silveira.

Nessa pesquisa, encontrei teses médicas sobre a alimentação, e encontrei teses médicas sobre o uso do aborto terapêutico. Pela primeira vez me vi na pele do ogro que fareja a carne humana, aludido por Marc Bloch (2001) em *Apologia da História*. Estranhei o fato de que o aborto pudesse ter sido utilizado no passado com “um fim salutar”, como diziam alguns médicos em suas teses. Não pude escapar ao desejo de investigar o assunto mais profundamente. O projeto foi aprovado para ser realizado no âmbito do Programa de Pós-graduação em História, também na Universidade Federal de Minas Gerais, com bolsa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, sob orientação da professora Dra. Rita de Cássia Marques, que já tinha sólida produção na área de História da Medicina da Mulher e me deu segurança para investigar as técnicas de nascimento em diálogo com a construção da legitimidade da autoridade médica.

Em meados de 2017 eu redigia minha dissertação, sobre o aborto terapêutico em Campinas na biblioteca Octavio Ianni, da Universidade Estadual de Campinas onde cursava a disciplina *Gênero, subjetividades, cultura material e cartografias*, ministrada pelas professoras

Dra. Margareth Rago e Dra. Luana Tvardovskas. Durante as aulas, era comum compartilharmos as atividades que planejavamos desenvolver naquela semana. Eu disse que estava pensando em elaborar um gráfico, pois àquela altura da pesquisa, notei que as teses sobre o aborto terapêutico passavam a ficar mais raras no fim do século XIX. Os colegas me estimularam a fazer esse levantamento que de fato provou haver uma decadência no tema do aborto terapêutico e um maior destaque para a cesariana no volume geral de teses médicas. Passei a dividir o tempo entre tentar entender a relação entre cesariana e aborto – que parecia cada vez mais confusa e imbricada – com a redação da dissertação em si. Revendo a produção de Uta Hanke-Reinmann, encontrei uma hipótese que de a Igreja Católica teria estimulado não só o abandono da técnica abortiva como também o desenvolvimento da prática “piedosa” da cesariana.

Em outubro de 2017, decidi me candidatar para o doutorado em História, na mesma instituição, com o projeto *Aniquilar a existência de um ser: das indicações do aborto terapêutico à operação cesariana*, que discutia justamente a relação entre as práticas interventivas como técnicas terapêuticas para os mesmos sintomas, ainda que tivessem resultados diferentes. A cesariana, que resultava mormente em óbito da mãe, e o aborto, resultando em morte fetal. Tendo sido aprovada no Programa, e financiada pela Fundação de Amparo à pesquisa de Minas Gerais, faltava ainda o título de mestra que, em fevereiro de 2018, foi-me concedido a partir da apresentação da dissertação “*O feto que atenta contra sua vida*”: *o aborto como terapia nas teses médicas (1830-1890)*, aprovada pela banca composta pelas professoras Dra. Joana Pedro, Dra. Betânia Gonçalves Figueiredo e minha orientadora, Dra. Rita de Cássia Marques. Em novembro de 2020 recebi a grata notícia de que o texto havia recebido, da Sociedade Brasileira de História da Ciência, o prêmio de melhor dissertação defendida entre 2018 – 2019. Durante a arguição da banca, a questão que mais apareceu era sobre alguns indícios que lancei na conclusão do trabalho em que afirmei que a história do aborto terapêutico não se encerrava ali, já que era ainda preciso investigar sua relação com o desenvolvimento da cesariana. No fim da arguição, a professora Joana Pedro me perguntou: “então quer dizer que a cesariana *calou* o aborto?”, eu respondi que este era o projeto que estava iniciando naquele ano e que esperava produzir uma tese capaz de dialogar com sua pergunta.

Logo no início do curso de doutorado, apresentei o projeto no 16º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia, onde recebi importantes comentários do professor Dr. Luíz Antônio Teixeira, que desenvolve pesquisa na área e tem contribuído para descortinar o passado da cesariana. Também no começo do doutorado, fui apresentada pela professora Dra. Ana Carolina Vimieiro Gomes à Dra. Martina Schlünder, pesquisadora do Instituto Max Planck para História da Ciência, em Berlim, que foi convidada para dar um curso sobre epistemologia

da ciência na UFMG. A professora, que estuda os “fenômenos mecânicos do parto”, me ouviu pacientemente quando tentava explicar minhas impressões sobre os emaranhados entre cesariana e aborto terapêutico, sugerindo que eu aprofundasse minha análise a partir dos conceitos de Ludwik Fleck. Pensei muito sobre a produção do autor, e como suas noções poderiam ser úteis, li comentadores, além do próprio autor, e me ocorreu a forma com que Wasserman e seus ajudantes *insistiram* no sangue como material para explicar a transmissão da sífilis. Daí a tentativa de operar o conceito de *protoideia* nesta tese, considerando a *insistência* em aperfeiçoar a cesariana.

A Dra. Schlünder contribuiria novamente em minha trajetória quando, no fim de 2018, meses após o término de sua disciplina, me convidou para compor, junto com colegas dos Estados Unidos e Canadá, o painel *Instrumental Delivery: Enacting Objects and Entangling Bodies in Obstetrics (1700–1930)*, na reunião anual da History of Science Society, na Holanda. Nossa sessão recebeu o aceite da organização e apresentei a comunicação *Surgical Instrumentation in the Practice of Craniotomy in 19th-Century Brazil*, em julho de 2019. O texto tratava do procedimento de craniotomia que foi performado no feto da princesa Isabel, em 1874, e como a técnica foi debatida entre médicos da época. Por meio desse diálogo, tive contato com a teoria de Annemarie Mol, que me fez refletir sobre a forma pela qual os procedimentos são *encenados*, e como isso indica concepções biomédicas do corpo.

A partir do grupo do evento, apresentamos a proposta de mantermos reuniões mensais, mantidas pela University of Philadelphia, por meio do Consortium for History of Science, Technology and Medicine, de onde outras inquietações partiram e novas oportunidades de diálogo foram criadas. Pude conhecer a professora Dra. Cassia Roth, pesquisadora estadunidense que vem contribuindo de forma substancial para as discussões sobre parto e medicalização no Brasil, a quem já tinha lido e, inclusive, produzido uma resenha de seu livro *A Miscarriage of Justice* (2020).

Remonto todo esse cenário porque este trabalho é feito a partir da noção coletiva de produção do conhecimento, em que as conexões que fiz foram todas essenciais para permitir desdobramentos e inquietações que fazem este trabalho. Esforço-me para construir uma contribuição para o estabelecido campo de história do nascer no Brasil. As professoras que inicialmente se dedicaram a esse assunto forneceram as bases para que o parto fosse, antes de mais nada, objeto da investigação em História da Ciência. As novas produções, que procuram elucidar os caminhos históricos que pavimentaram a estrada para o cenário de parto altamente interventivo, em especial, para inquirir sobre as taxas colossais de cesariana praticada no país.

Esta tese, que será feita a partir dessas referências já elucidadas e das que ainda formarão este trabalho, é uma tentativa de contribuir, mesmo de que maneira pontual, para a historiografia sobre o nascimento no Brasil. Almejo, ainda mais centralmente, dialogar com os movimentos sociais que militam pelos direitos reprodutivos e pelo bem-nascer e bem-parir no nosso país.

### **O que permanece: aproximações no presente**

Em agosto de 2020 o Brasil foi abalado por um caso de abuso ocorrido no Espírito Santo contra uma criança de apenas 10 anos que, por muito tempo, foi vítima de estupro por seu tio. Essa violência resultou em uma gravidez que poderia ser interrompida legalmente por, pelo menos, dois dispositivos previstos na legislação brasileira: risco de vida para a mulher e gravidez em decorrência de estupro. O primeiro caso foi contemplado pela legislação penal brasileira desde 1890 e, no caso da criança do Espírito Santo, se embasa nos riscos de anemia severa, eclampsia e incontáveis riscos presentes em gravidezes precoces (RODRIGUEZ, 2019).<sup>5</sup> O outro precedente legal para a interrupção da gravidez é o caso do estupro, sendo o aborto viável desde o Código Penal de 1940.

Apesar do duplo respaldo legal para a interrupção da gravidez, a criança foi exposta ao furor midiático por conta da recusa de profissionais do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam), em Vitória – ES, que alegaram que o procedimento não poderia ser realizado por conta de a idade gestacional ter ultrapassado as 12 semanas. Ocorre que, na legislação penal, para caso de risco de vida ou de estupro, a idade gestacional não é especificada, e ela teria o direito em qualquer momento da gestação. O mal estava feito, movimentos radicais, que atuam contra as instituições democráticas,<sup>6</sup> expuseram a questão para todo o país e passaram a pressionar para que a criança levasse a gravidez adiante.

Em um dos momentos em que tudo não isso me saía da cabeça, recebi uma mensagem da minha orientadora, professora Rita Marques, com a foto de um recorte de jornal com um artigo do Estado de Minas: *o Direito, a moral e a religião*.<sup>7</sup> O artigo iniciava informando que a garota pode ter seu procedimento assegurado depois que um juiz da Vara da Infância e

---

<sup>5</sup> RODRIGUEZ, Yamisel Febles. Gravidez na adolescência, 2019. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/13932>>. Acesso em: out. 2020.

<sup>6</sup> A manifestação pela manutenção da gravidez não é só moralmente absurda, mas também criminosa por ter exposto dados da criança, além de atentar contra as instituições do Direito Penal do Brasil, que respaldava a legalidade do procedimento por duas razões.

<sup>7</sup> *O direito, a moral e a religião*. (BRAGA JUNIOR, 2020). Disponível em: <[https://www.em.com.br/app/noticia/opiniao/2020/08/29/interna\\_opiniao,1180550/o-direito-a-moral-e-a-religiao.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/opiniao/2020/08/29/interna_opiniao,1180550/o-direito-a-moral-e-a-religiao.shtml)>. Acesso em: 8 out. 2020.

Juventude emitiu decisão, mediante uma investigação policial e laudo médico, para atestar que a gravidez de uma criança de 10 anos de idade era consequência de um crime. Eu li o artigo e me veio à mente as ideias de novelo, imbróglio, emaranhamento por conta dos diversos tecidos sociais e culturais que se mostravam em disputa no caso.

Amparada por uma representante de grupos de defesa dos Direitos Humanos, a garota seguiu para Recife acompanhada também por uma assistente social, uma parente e uma decisão judicial, para realizar o procedimento. No hospital de referência, a interrupção foi realizada no dia 17 de agosto de 2020, sob protestos de grupos religiosos do lado de fora do hospital. Após a terminação da gravidez, eu ainda pensava sobre como a criança estava, e o assunto seguia levantando opiniões apaixonadas, e o calor da questão do aborto estava em polvorosa no país. Assim, a mídia esquadrihava a questão e, evidentemente, o médico que executou o procedimento concedeu algumas entrevistas em que, entre outras informações, disse que havia sido excomungado em 2009, pela Diocese do Recife, por ter interrompido a gravidez de uma criança de 9 anos que, estuprada pelo padrasto, esteve grávida de gêmeos.<sup>8</sup> A situação do médico do Recife era delicada, seus pares, médicos, acusavam-no de não ter ética, mesmo que o procedimento fosse legal e legítimo. A Igreja Católica, por sua vez, reforçou sua visão sobre o assunto, arrematando-a com a condenação à excomunhão. O caso desse médico mostra diversas conexões, de muitas naturezas diferentes, que fazem do aborto uma questão médica, legal, religiosa, política e ética.

Vejo que a situação ficou ainda mais complexa quando a ministra da Mulher, Família e Direitos Humanos, Damare Alves (2019–2022), em entrevista a um programa de televisão bastante popular, cravou, assertiva:

Os médicos do Espírito Santo não queriam fazer o aborto, eles estavam dispostos a fazer uma antecipação de parto. Mais duas semanas, não era ir até o 9 mês, Bial [Pedro Bial, apresentador], a criança ficar nove meses grávida, conversa com os médicos. Mais duas semanas poderia ter sido feita uma cirurgia cesárea nessa menina, tirar a criança, colocar numa incubadora, se sobreviver, sobreviveu. Se não, teve uma morte digna (ISTO É, 2020, [s.p.]) (Grifos da autora).

Essa fala me fez refletir novamente que a relação religiosa do aborto e da cesariana não ficou no passado, mas seguia relacionada à pauta dos direitos reprodutivos. A opinião da

---

<sup>8</sup> O caso foi apresentado em matéria da revista *Veja*. Foi publicado em 17 de agosto de 2020, no site: <<https://veja.abril.com.br/brasil/fui-chamado-de-assassino-diz-diretor-de-hospital-onde-menina-fez-aborto/>>. Acesso em: 8 out. 2020.

Ministra colocava como alternativa ao aborto a cesariana, assim como discutiam médicos do século XIX e início do século XX. Se o objetivo é a terminação da gravidez, é sabido que o parto artificial cesáreo e o aborto concorrem para este mesmo objetivo, o que os diferencia é a viabilidade do feto fora do útero. Convém ressaltar, para fins de análise, que a Ministra Damares Alves é também uma líder religiosa e que também não é recente a aproximação de ministros religiosos à indicação da cesariana. Esta é, historicamente, uma cirurgia melhor vista perante os princípios cristãos, pois havia sido utilizada ao longo de séculos para viabilizar o batismo de uma criança cuja mãe estivesse em vias de morrer em decorrência do parto, ou por não conseguir resistir no útero, após a morte da mãe (PARENTE, *et al.*, 2010, p. 481).

Ainda sobre a aproximação entre a religião e os embargos ao aborto legal no Brasil, os antropólogos Débora Diniz e Ramon Navarro veicularam o documentário *Habeas Corpus* (2013), de 20 minutos, sobre o caso de uma jovem mulher do interior de Goiás que, em 2005, com seus 19 anos, descobriu que o conceito que gestava portava a rara síndrome de Body Stalk. Todos seus órgãos se desenvolviam fora do corpo, sua existência seria impossível fora do útero. O exame de ultrassom deveria ser repetido dentro de um mês, conforme informações do hospital. A cada dia, a gravidez se tornava um risco maior para a mulher, que poderia não suportar o crescimento errático do conceito. Confirmada a inviabilidade absoluta da gravidez, a mulher foi orientada a buscar autorização judicial para interromper a gestação de risco para si própria. O que salta aos olhos é que o procedimento já era legal, pois era uma gestação de risco de morte para a mulher e, por isso, o aborto tinha necessidade terapêutica.

A autorização da justiça correu às despesas da própria gestante que, longe de sua casa e sozinha, precisou transitar por toda a capital do estado para ter sua autorização na justiça. Mais outro mês correu na tramitação da ordem judicial. No dia do procedimento legal de aborto, que, por necessidade médica, deveria ser realizado, outra ordem judicial chegou, quando a mulher já tinha tomado medicamentos para induzir o aborto. A medida era um *Habeas Corpus* para que o procedimento não acontecesse, solicitada pelo padre Luiz Carlos Lodi da Cruz – a quem a mulher nunca conhecera antes desse fato.

A situação se agravou vertiginosamente, a jovem teve que ser dispensada do hospital e voltar para sua casa em processo de abortamento já iniciado, tendo agonizou em cólicas e sangramentos, por dias, sem nenhum tipo de acompanhamento profissional. Ao retornar ao hospital, nenhum profissional de saúde podia atendê-la, pois a medida movida pelo padre não permitia intervenção médica para continuar o procedimento abortivo já iniciado. Entre idas e vindas a hospitais e recursas de atendimento, a mulher entrou em trabalho de parto que, por fim, resultou um feto que sobreviveu por duas horas, enquanto a mulher também via sua vida

definhar. O lastimável evento não ficou por isso. A jovem traumatizada e sua família acionaram a justiça contra o padre, que, entre condenações e recursos, levou o caso ao Superior Tribunal Federal, que em agosto de 2020, condenou Luiz Carlos Lodi da Cruz a pagar 389 mil reais em indenização à gestante pelo processo torturante ao qual teve que ser submetida.

Os casos da jovem de Goiás, assim como da criança do Espírito Santo, ilustram o que quero demonstrar para iniciar esta tese, que o dispositivo do aborto por necessidade médica no Brasil é legal, mas ineficaz diante de outras instituições, que também buscam determinar sobre o uso do aborto. Ambos os casos não precisariam de autorizações judiciais, visto que suas necessidades médicas já estavam atestadas. Porém, o aborto é um tema emaranhado na sociedade brasileira. Não há separação entre justiça, medicina, leis, morais. No tema do aborto, mesmo que legal, todas essas tensões se encontram atravessadas. Um dos principais fatores que destaco para a invalidação do aborto legal para fins de saúde da mulher é o desenvolvimento da cesariana.

## Capítulos

O capítulo 1, *A cesariana sacrificial e o aborto terapêutico*, desenvolve a hipótese desta tese, centrada na imbricada relação entre a cesariana sacrificial e a religião católica. A cesariana sacrificial era recorrida como último recurso para solucionar partos complicados, o que foi questionado no contexto pós-iluminista e acarretou no desenvolvimento do aborto terapêutico. A partir desse panorama, opero com o conceito de protoideia, de Ludwik Fleck (2010) para demonstrar que a cesariana, outrora questionada, volta a ser um recurso para lidar com o parto complicado. O objetivo do capítulo é contribuir com a historiografia da cesariana antes que se tornasse uma técnica normalizada, e demonstrar que o movimento pendular entre cesariana e aborto terapêutico iniciou-se antes do século XIX, em uma complexa relação religiosa.

No capítulo 2, *Corpos Múltiplos e as Diferentes Cesarianas*, procuro apresentar as diferentes técnicas arcaicas de cesariana, conectando-as com as noções de corpo que guiam essas práticas. Aproveito o conceito de *encenar* Annemarie Mol (2002) para discutir que o desenvolvimento da cesariana é uma mudança no olhar sobre o corpo, pois o obstetra precisaria lidar com a cavidade abdominal para transformar a cesárea em uma cirurgia que não resultasse em morte da mulher. Essa mudança na forma de solucionar o parto significaria, também, uma ruptura com a tradição de ensino voltada ao parto vaginal, que tinha como fonte de complicação a pélvis. O objetivo do capítulo é apresentar que recursos técnicos como assepsia, anestesia e

sutura não resultaram em imediatos benefícios à cesariana, pois a via abdominal de resolução de parto era algo inovador que precisava ser melhor explorado.

No capítulo 3, *O “Apologista Extremado” - a cesariana em desenvolvimento*, eu procuro demonstrar o compromisso de Fernando Magalhães, médico carioca, com a mudança da solução do parto complicado para a via abdominal. Para Magalhães, a cesariana seria uma ruptura com todos os recursos vaginais. Para que o desenvolvimento da técnica fosse possível, era necessário perseguir a capacitação do obstetra para lidar com a cavidade abdominal, obter a infraestrutura necessária e, principalmente, ter acesso ao corpo de pacientes. A obstinação com que o coletivo de Fernando Magalhães se dedicou ao desenvolvimento da cesariana causou também polêmica em meio à esfera pública e outros obstetras.

No capítulo 4, *Outras Práticas: limites da cesariana em desenvolvimento*, busco contrastar a excepcionalidade do coletivo de Fernando Magalhães em relação a outras práticas obstétricas para solução do parto complicado. Para este efeito, concentro-me no caso do Dr. Hugo Werneck, obstetra contemporâneo de Magalhães, que manteve em Belo Horizonte uma prática cautelosa da cesariana, entre outros exemplos.

## CAPÍTULO 1. CESARIANA SACRIFICIAL E ABORTO TERAPÊUTICO

Complicações no parto e no pós-parto, situações que levam ao encontro entre vida e morte, são fenômenos históricos persistentes no tempo e no espaço. Diante do conflito materno-fetal – em que mulher e concepto concorrem, cada um por sua sobrevivência –, ao longo de milênios, pouco podia ser feito para solucionar a situação, e um dos raros recursos conhecidos era a cesariana sacrificial, o corte sobre o ventre da mulher gestante para retirar o concepto do útero e dar-lhe a chance de sobrevivência.

Esta tese busca perguntar e investigar como a cesariana ganhou espaço na prática obstétrica, e qual sua relação com o declínio do uso do aborto terapêutico como forma de solucionar partos complicados. Antes, porém, é necessário apresentar as rupturas e continuidades da prática abortiva para fins terapêuticos e sua relação com o uso e desuso da cesariana. Esses processos estão diretamente imbricados, são complexos e em pouco tempo se transformaram. De acordo com a historiadora alemã Martina Schlünder, que desenvolve pesquisas sobre a História da reprodução, é preciso “resistir à tentação de apenas adaptar os desentendimentos, não importa se eles vêm de uma prática social ou científica, a uma teoria muito precisa e coerente” (SCHLÜNDER, 2012, p. 150).

Buscando fazer jus aos desentendimentos, este capítulo mostrará a ligação entre a cesariana sacrificial e noções religiosas. Para esse fim, recorro ao conceito de protoideia, de Ludwick Fleck ([1935] 2010), com o objetivo de argumentar que a cesariana persistiu, por séculos, como uma forma de solucionar partos difíceis – mesmo após o aparecimento de outras alternativas técnicas, em especial o aborto terapêutico – justamente pela longa tradição religiosa que acompanha o procedimento.

O ponto central deste capítulo está em demonstrar o movimento de alternância entre aborto terapêutico e cesariana ao longo do tempo, além das razões pelas quais a cesariana sacrificial deu lugar ao aborto terapêutico e porque o aborto foi incorporado e, posteriormente, destituído da prática obstétrica. Considero que essa alternância deve ser examinada por vieses religiosos, jurídicos e políticos, que impactaram diretamente a prática e o pensamento obstétricos.

Conforme Fleck (2010, p. 166), a produção de conhecimento, de modo geral, é atravessada por contradições, intervenções religiosas, concepções culturais e tradições presentes nas sociedades. Esses aspectos, chamados exotéricos, englobam fatores culturais considerados externos à atividade puramente científica, à qual o autor chama esotérica. Os fatores exotéricos interferem diretamente na feitura do conhecimento esotérico. Entre o que se

chama influência cultural e a atividade estritamente científica não há uma barreira impenetrável, mas antes uma mistura, com dimensões permeadas entre si, igualmente relevantes para a construção do fato científico. Os aspectos exotéricos, portanto, não devem ser subestimados no que tange à dimensão do impacto que produzem nas práticas científica e médica. Pelo contrário, quando se entende a produção de conhecimento, que engendra a prática, como atividade que impacta a cultura e que está permeada pela própria cultura, fatores religiosos, místicos, e mesmo o acaso, são centrais para dissecar o fato científico. Questões relativas à reprodução e à sexualidade, temas que têm seus sentidos e materialidades historicamente disputados entre religião, justiça, movimentos sociais, prática médica, entre outros campos, são, nesse sentido, objetos privilegiados para a observação da interação entre os ciclos exotéricos e esotéricos.

É preciso criar maneiras de evitar aquilo que Bruno Latour (2005, p. 84) critica em estudiosos da ciência que, trabalhando pelo viés “social”, apontam para razões “socio-determinantes” de algum fenômeno, sem, contudo, procurar identificar quais são esses laços socialmente determinantes, produzindo textos que não dão conta da dimensão material e das relações sociais implicadas nos laços sociais e na cultura material. É preciso, enfim, conectar a produção técnico-científica com o cotidiano de suas práticas e objetos.

### **1.1 Cesariana: uma protoideia místico-religiosa**

A história da cesariana não é linear nem marcada por acertos progressivos. Trata-se, ao contrário, de uma trajetória repleta de tentativas fracassadas, mudanças de entendimento e reinterpretções sobre o que seria esse procedimento. Este trabalho se interessa justamente por essas fissuras e descaminhos que a cesariana percorreu até se consolidar como um fato científico. Acolhendo a leitura que Martina Schlünder faz da obra de Ludwik Fleck ([1935] 2010), considero fundamental mobilizar conceitos que permitam pensar a cesariana não como resultado de uma racionalidade técnica pura, mas como produto de um processo permeado por valores culturais, simbólicos e religiosos.

Os conceitos elaborados por Fleck são especialmente úteis para a história da medicina, campo em que ele mesmo atuou como médico, e ao qual dedicou reflexões fundamentais sobre a formação de estilos de pensamento e o desenvolvimento de fatos científicos. Entre esses conceitos, o de *protoideia* é central para entender as constâncias e mutações históricas que marcaram a cesariana. Por milênios, ela ocupou um lugar ritualístico e deferente em diferentes tradições religiosas, sendo concebida como prática de salvação espiritual – especialmente em contextos em que se buscava batizar o feto de uma mulher morta ou moribunda.

Fleck emprega o termo *protoideia* para designar representações culturais, muitas vezes místico-religiosas, que circulam de forma vaga e não sistematizada, mas que acabam orientando investigações científicas futuras. No caso da sífilis, por exemplo, ele mostra como a noção popular de que o sangue estaria "contaminado" pela doença precedeu em séculos o desenvolvimento de métodos laboratoriais que efetivamente identificaram o sangue como material-chave no diagnóstico da infecção – como na reação de Wassermann.

Muitos fatos científicos e altamente confiáveis se associam, por meio de ligações evolutivas incontestáveis, a **protoideias** (pré-ideias) pré-científicas afins, mais ou menos vagas, sem que essas ligações pudessem ser legitimadas pelos conteúdos. Como já exposto, existia uma ideia vaga da alteração sífilítica do sangue séculos antes de ser comprovada cientificamente. Ela surgiu de uma mistura caótica de ideias, desenvolveu-se durante muitas épocas, tornou-se cada vez mais rica em conteúdo, mais precisa, e procurou suas provas nas mais diversas abordagens (FLECK, 2010, p. 64).

Nesse sentido, a protoideia evidencia a **permeabilidade entre crenças populares e saber científico**. A ciência não se desenvolve isolada, mas muitas vezes se orienta pela tentativa de testar e comprovar ideias já naturalizadas no imaginário coletivo. Outros exemplos que Fleck menciona, como a crença antiga em átomos, o heliocentrismo e a ideia de que "seres invisíveis" causariam doenças, também ilustram como essas ideias difusas, de longa duração, podem dar origem a teorias científicas modernas.

Apesar de ser um conceito pouco mobilizado nos estudos históricos, Schlünder (2012, p. 150) o considera uma das formulações mais instigantes de Fleck. Jonathan Harwood (1986), mesmo ao criticar o alcance da obra de Fleck, reconhece a protoideia como uma de suas contribuições mais duradouras, justamente por destacar a influência das crenças populares no processo de legitimação científica.

Klaus Eichmann (2008) aprofunda esse ponto ao analisar a dimensão místico-religiosa das protoideias. Para ele, o misticismo não é apenas um dado social, mas opera como uma estrutura inconsciente que atravessa o estilo de pensamento coletivo — inclusive o científico. Isso explicaria por que certas ideias, mesmo com pouca base empírica inicial, são insistentemente perseguidas até que sejam enquadradas como cientificamente válidas. Eichmann argumenta que a protoideia muitas vezes permanece ativa, mesmo quando não é

nomeada como tal, influenciando profundamente os caminhos da ciência moderna (EICHMANN, 2018, p. 230).

Por isso, ao contrário dos médicos do século XIX, que ainda discutiam abertamente os vínculos entre cesariana, fé e sacrifício, os médicos do século XX, guiados pelo ideal da objetividade científica, passaram a silenciar os aspectos religiosos da operação — mesmo quando continuavam a aprimorar a cesariana como solução padrão para partos complicados.

Stig Brorson (2000) adverte, no entanto, que o uso do conceito de protoideia deve ser criterioso, já que nem toda prática científica deriva de uma ideia pré-científica. Fleck também é claro ao rejeitar leituras teleológicas: o fato de uma prática ter sido historicamente perseguida não significa que seu sucesso era inevitável. Muitas ideias persistentes jamais se comprovaram e foram abandonadas. O que torna uma protoideia relevante, segundo Fleck (2010, p. 67), é a *insistência* com que se tenta prová-la — mais do que sua veracidade final.

É nesse sentido que proponho compreender a cesariana como uma protoideia. Apesar de seus resultados historicamente conhecidos por serem mortais para a mulher, ela foi reiteradamente testada, valorizada e reinterpretada como possibilidade de salvação fetal — até ser convertida, no século XX, em uma prática médica padronizada, inclusive quando não havia indicação vital. Ao carregar um simbolismo de pureza, sacrifício e transcendência — em contraste com o aborto, estigmatizado como sujo e pecaminoso —, a cesariana foi integrada à obstetrícia como uma técnica de redenção. Essa trajetória de persistência, apesar dos riscos, é precisamente o que qualifica a cesariana como protoideia, e ajuda a explicar seu lugar central na história médica ocidental.

## **1.2 O nascimento sacrificial e puro**

Desde a Antiguidade, a cesariana era considerada uma prática a ser utilizada em casos extremos, tendo em vista sua gravidade para a mulher. O corte da cesariana, porém, encontrou maior espaço no cristianismo, uma vez que viabilizava a vinda de uma criança ao mundo e possibilitava a prática do batismo. Carmen Diniz (1996, p. 104) destaca a centralidade da influência cristã na prática da cesariana ao longo dos séculos, e demonstra que a necessidade do batismo, desde o século XII, foi determinante para que a cesariana galgasse sua importância ritual no Ocidente.

Antes de ser formalizado pela Igreja Católica, o batismo de crianças já era praticado por alguns segmentos do Cristianismo desde, pelo menos, o século III. Como informa E. A. Wright (1987, p. 13), é possível que uma passagem bíblica sobre morte e batismo, encontrada em *I Coríntios 15.29*, tenha impulsionado a prática sacramental na mais tenra infância: “de outra maneira, que intentam aqueles que se batizam em favor dos mortos? Se os mortos realmente não ressuscitam, por que se batizam por eles?” (I Cor. 15.29). A passagem teria sido interpretada como sinal da necessidade de batismo para mortos e moribundos. Considerando que o parto era um evento de risco, ao qual os bebês poderiam não resistir, era preciso apressar seu batismo e evitar a danação eterna até mesmo do conceito, também maculado pelo pecado original. O apologista Tertuliano, embora contrário à prática do batismo de crianças – pois entendia que elas deveriam se converter a Cristo de forma autônoma –, reconhecia ser esta uma prática comum. Santo Agostinho, por sua vez, pregava que o batismo deveria ser estendido às crianças desde bem novas, pois a água santa poderia retirar o pecado da relação sexual dos pais, lastro do pecado original (ALMEIDA, 2015, p. 45).

Conforme a historiadora portuguesa Francisca de Almeida (2015) enfatiza, a criança que morria sem ser batizada, a partir do século VIII, ficava sem honras de sepultamento cristão, fato que operou como uma coerção social para que o sacramento fosse celebrado o mais rápido possível, já que, nem mesmo os bebês mais frágeis poderiam ser perdoados sem que fossem batizados. A divisão, no sepultamento, entre os “anjinhos” e os não batizados expunha socialmente as famílias que não tinham tentado todos os recursos para que seu filho fosse inserido no seio da Igreja (ALMEIDA, 2015, p. 53).

Philippe Ariès (1981), em seu clássico *História social da criança e da família*, assinala que, antes mesmo da importância de nutrir o corpo, os recém-nascidos precisavam ter seu destino eterno selado. Na França do século X, diante das infecções e da alta taxa de mortalidade infantil, quando havia ausência de sacerdote ou padre – que procuravam estar presentes durante o parto caso o batismo de urgência fosse necessário – as parteiras eram incentivadas a realizar, elas mesmas, o batismo logo após o parto (ARIÈS, 1981, p. 12).

No século XVI, o “batismo de extrema necessidade”, destinado às crianças nascidas frágeis, poderia ser realizado por qualquer pessoa, além das parteiras e clérigos: leigos, pais, excomungados, entre outras. Em resumo, estavam habilitados todos aqueles que pudessem dizer que o sacramento se realizava em nome do Pai, do Filho e do Espírito Santo (ALMEIDA, 2015, p. 22). Tal abertura indicava a importância do ritual e sua eficácia pelo princípio do *Ex opere operato* (pela obra operada), expondo a certeza de que o sacramento seria eficiente, independente de quem o realizava e de quem o recebia.

A partir de 1614, o *Rituale Romanum*, livro litúrgico que descreve as formas de realização de todos os sacramentos e rituais, padronizou as formas de se batizar, uma vez que, até então, cada bispado tinha seus próprios ritos. Além disso, o livro conservou o batismo de urgência. Em 1745, o jurista e padre de Palermo, Emanuele Cangiamila, publicou a primeira edição de seu livro *Embriologia sacra, overo dell'uffizio de'sacerdoti, medici, e superiori, circa l'eterna salute de'bambini racchiusi nell'utero*, editado diversas vezes ao longo do século XVIII, em que apregoava a importância central da cesariana como forma de batizar fetos. O autor começa, justamente, vendo com bastante desconfiança os abortos espontâneos e os abortos provocados, sem, no entanto, concluir se seriam pecaminosos ou não, especialmente pela dificuldade em precisar se já havia a animação do feto (CANGIAMILA, [1745] 1751, p. 15). Aqui, podemos perceber o intercruzamento entre aborto e cesariana: esses procedimentos estiveram tensionados desde, pelo menos, o período Moderno, quando já se debatia sobre as alternativas de impedir o nascimento ou viabilizá-lo de modo brutal. Cangiamila também destacava a responsabilidade coletiva e social de performar o batismo, impondo a necessidade da cesariana, cirurgia que ele mesmo relatou ter realizado várias vezes, e exortava a comunidade a realizá-la quando as circunstâncias assim demandassem (PANCINO, 2007, p. 27).

O trabalho de Cangiamila repercutiu grandemente, e, logo em 1781, o frei castelhano Francisco González Laguna publicou no Peru o *Zelo sarcedotal para con los niños no-nacidos*, tratado médico-teológico que incentivava padres a realizar o procedimento cesáreo para salvar almas. É interessante observar que o frei também via um potencial a mais na cesariana, que deveria ser desenvolvida para “afastar o diabo dos Andes”, como diz o historiador Adam Warren (2009, p. 650). Assim, além de viabilizar o batismo e trazer os padres para o centro da prática cirúrgica, Laguna também argumentava que a cesariana seria uma prática de salvação das comunidades indígenas andinas, que poderiam ser libertadas do diabo por meio do procedimento, considerado uma prática de sacrifício, redenção e salvação. Warren (2009, p. 663) argumenta que este era um viés altamente colonizador e indicava a dominação da autoridade religiosa sobre os corpos das mulheres, especialmente das mulheres indígenas.

Santo Afonso de Ligório, que viveu entre 1696 e 1787, hierarquizou o sacramento do batismo como mais importante que todos os outros, afirmando que deveria ser observado prioritariamente em casos de parto complicado. A vida da mulher, adulta e já batizada, era compreendida como de menor importância, pois sua existência terrena não poderia ser comparada ao dano de perder uma criança inocente – que, não sendo batizada, estaria a caminho do inferno. Diante da necessidade de realização do sacramento, a mulher, assim como quem

estivesse ao seu lado durante o parto, deveria estar preparada para realizar o batismo por meio de uma cesariana:

Ela só é obrigada a suportar o corte do cirurgião sem seu consentimento, se houver uma provável esperança de que a criança ainda possa ser batizada e se sua própria morte em decorrência da cirurgia for incerta. Pois, com igual probabilidade de ambos os lados, ela tem de preferir a vida espiritual da criança à sua própria vida temporal. Isso significa que a mãe tem que suportar a possível morte sob o bisturi, se isso acarretar a provável possibilidade do batismo, e, portanto, da vida eterna, para a criança. (RANKE-HEINEMANN, 1996, p. 326)

Por meio da análise que Uta Ranke-Heinemann (1996) faz do parecer de Santo Afonso de Ligório, nota-se que a Igreja traz notável centralidade ao papel do médico, que conseguiria realizar a incisão cesariana e, conseqüentemente, permitir a graça batismal.

A urgência do batismo está diretamente relacionada à relevância da cesariana, entendimento que reafirma a questão da protoideia, pois o sacramento deveria ser realizado a qualquer custo, mesmo que às custas da mutilação do corpo da mulher morta, ou do corte abdominal na mulher moribunda. O que Hossam Fadel (2011, p. 3) chama “obsessão católica pelo batismo” ocasionou também a compreensão de que a cesariana seria uma intervenção cercada por sentidos místicos-religiosos, uma protoideia de como se deve proceder para solucionar partos complicados.

Somado ao fato de que a cesariana teria uma utilidade religiosa, para Carmen Diniz, desde a Idade Média houve um forte viés moralizante sobre o sexo e, logo, sobre o nascimento. O parto passou a ser entendido como um “ritual de expiação”, em que ficava evidente o sofrimento que deveria ser perpetrado à mulher por sua culpa no pecado original (DINIZ, 1996, p. 91). O risco e a incerteza seriam, assim, parte da inevitável culpa que as mulheres deveriam suportar por conta de seu papel na rebelião do Jardim do Éden. Ao homem, teria cabido a maldição do ardor do trabalho e das dificuldades da vida na Terra: “no suor do teu rosto comerás o teu pão, até que te tornes à terra; porque dela foste tomado” (Gênesis 3:19), ao passo que, à mulher, é dito: “multiplicarei grandemente a tua dor, e a tua conceição; com dor darás à luz filhos; e o teu desejo será para o teu marido, e ele te dominará” (Gênesis 3:16). O parto seria o momento em que a maldição bíblica se cumpriria e, por isso, a dor do parto, assim como suas funestas conseqüências, eram esperadas e entendidas como parte do processo de dar à luz.

No ritual de expiação da culpa sexual e do pecado original, a cesariana cumpriu papel importante. No caso de a mãe estar em vias de morrer, o procedimento era indicado pela Igreja, e a mulher deveria estar disposta a sacrificar seu corpo terreno pela definição do batismo do

concepto. Tal sacrificio da mulher, em favor da vida do concepto, foi parte essencial da associação entre batismo e cesariana. Sobre isso, Pam Lowe (2016) argumenta que a experiência de sacrificio do corpo da mulher, em virtude da conservação e do salvamento do concepto, é intrínseco à experiência da maternidade e da gestação. Além do ideal maternal de abnegação, que culturalmente induz ao comportamento de autossacrifício, Lowe pontua que o sacrificio também é imposto de maneira externa, como em decisões de conflito materno-fetal.

Débora Diniz e Sérgio Costa (2001, p. 41), elaborando uma revisão do conceito de conflito materno-fetal, avaliam que o termo carrega em si a presunção de parentalidade, como se a mulher gestante necessariamente fosse mãe, e, uma vez inserida na categoria de mãe, poderia ser colocada na posição de abnegação comentada por Lowe. Em razão disso, o conflito materno-fetal tende a ser visto de uma perspectiva que privilegia o concepto. Diniz e Costa avaliam, inclusive, o uso de cesarianas coercitivas, realizadas por obstetras que procuravam beneficiar o concepto sem dar à mulher outra alternativa. Num contexto em que só existia a cesariana sacrificial, beneficiar o lado do concepto seria uma sentença de morte para a mulher. No caso do batismo, que, em situações desesperadas, deveria ser ministrado por qualquer pessoa, o uso da cesariana sacrificial também estava à disposição de quem se aventurasse a chegar às últimas consequências – do e no corpo da mãe – para cumprir os fins sacramentais do concepto.

Em seu livro *Blood Rites*, Barbara Ehrenreich (2020) discute que o corte sacrificial e o sangue derramado também acionam a ideia cristã de perdão, possibilitando a expiação da culpa mediante suplício do corpo. Dentro da tradição cristã, segundo a qual as mulheres teriam permitido o pecado original, maculando o sexo em si, presume-se a inocência do concepto, o que evidencia a importância da cesariana sacrificial. O procedimento seria, nesse sentido, uma forma de penitência física pelas faltas espirituais.

Ainda que suportada pela Igreja, essa prática poderia ser considerada demasiadamente brutal, e partos complicados, sob o olhar angustiado e impotente do espectador, poderiam terminar com a morte de mulher e concepto se ninguém se dispusesse a fazer o corte cesáreo. Apesar disso – ou justamente por isso –, são as ideias de sacrificio, morte, nascimento e religião que cercam a protoideia da cesariana, orientando seus sentidos na prática médica, como será demonstrado nos próximos capítulos.

No contexto iluminista, contudo, receosos quanto à utilidade do sacrificio, muitos médicos tenderam a ver cesariana sacrificial como algo bárbaro (WARREN, 2009, p. 654). Esse desconforto com a dimensão sacrificial impulsionou outras formas de atuar diante do parto complicado, como, por exemplo, o aborto terapêutico, que será discutido na próxima sessão

deste texto. Mais tarde, porém, por conta de pressões religiosas e legais, o aborto terapêutico seria duramente criticado, tornando-se cada vez mais raro na obstetrícia, ao passo que a cesariana retornaria à prática médica. Buscando sistematizar esse fluxo entre aborto e cesariana, importa agora demonstrar o período em que a cesariana sacrificial foi questionada.

### **1.3 Aborto terapêutico como solução alternativa à cesariana**

A partir de fins do século XVIII, a cesariana sacrificial passou a ser contestada em diversos âmbitos. A discussão sobre a autonomia do indivíduo, típica ao contexto das Luzes, e, especialmente, a condenação da tortura e a depreciação da dor física, fizeram com que a técnica, muitas vezes resultante em morte materna, passasse a ser criticada por grupos intelectualizados.

De acordo com Lynn Hunt (2009, p. 116), o movimento iluminista na Europa, embora carregasse uma série de contradições, enfatizou o valor da vida humana e, por consequência, o corpo humano também passou a ser observado como uma unidade de autonomia que não poderia ser alvo de práticas deliberadamente dolorosas. Nesse contexto, a autora explica que a dor desmedida e o sacrifício, de modo geral, passaram a ser cada vez mais questionados e socialmente desincentivados.

Movimentos contrários à tortura de presos políticos e execuções públicas teatralizadas eram sintomas do questionamento à cultura Moderna, que creditava à dor e ao sofrimento do corpo a manutenção da autoridade do Estado e da Igreja (HUNT, 2009, p. 121). Além do sacrifício físico, a individualização do corpo tornaria o sangue e os demais fluidos corporais objetos cada vez mais privados. O sangue ritual, a ser derramado na cesariana sacrificial como forma de expiação, perdia sentido diante do corpo moderado iluminista. O corpo de mulheres, pessoas comuns, prisioneiros e pessoas escravizadas era debatido por juristas e médicos ilustrados como teoricamente invioláveis, e todo indivíduo deveria ter direito à preservação de seu próprio corpo (HUNT, 2009, p. 138).

O movimento das Luzes agregou contradições flagrantes entre discurso e prática. No entanto, a discussão filosófica ao redor da inutilidade do sacrifício seria fundamental para a laicização da compreensão do status do sofrimento infligido ao corpo humano. O sacrifício do corpo da mulher, para dar chance de salvamento ao conceito de viabilidade incerta, gerou um problema filosófico de origem secularista, e também impulsionou a criação de práticas alternativas para solucionar partos complicados e o conflito materno-fetal.

No século XVIII, é possível notar que padres, cirurgiões e médicos se opuseram à cesariana, especialmente em mulher viva, dada a brutalidade do procedimento. Sem anestésias

e fazendo uso de instrumentos rústicos, a cesariana em mulher viva, além de correntemente ocasionar a morte, era um procedimento extremamente doloroso.

Como demonstra Warren (2009, p. 650), ainda que tenha havido um grande impacto de obras de teologia moral e operatória – como o *Embriologia Sacra*, de Francisco Cangiamila, publicado em 1754; o *El zelo sacerdotal para con los niños no-nacidos*, de 1781, com autoria de Francisco González Laguna; além de outros textos que expressamente defendiam a cesariana, mesmo em mulher viva, como dever cristão –, que culminaram em legislações, em todo o Império Espanhol, por exemplo, postulando a obrigação da cesariana em casos de parto complicado e com a mãe em vias de morrer; muitas foram as críticas que apontaram para o caráter demasiadamente “bárbaro” do procedimento (WARREN, 2009, p. 654). Conforme Joffre Rezende (2009), os resultados nefastos da cesariana sacrificial eram observados na maioria dos casos:

Langaard (1873), em seu *Dicionário de Medicina Doméstica e Popular*, dá-nos o seu testemunho: “Apesar de que não se pode admitir que a operação seja absolutamente mortal, é o número das operadas que escapam muito limitado”. A preferência dos parteiros era para o uso do fórceps ou, se necessário, a embriotomia (REZENDE, 2009, p. 172).

No fim do século XVIII, o conceito de “distocia” foi cunhado para designar o parto anormal, defeituoso, em que a atuação dos obstetras e de seus recursos e instrumentos eram solicitados (DINIZ, 1996, p. 119). Como os médicos obstetras eram chamados para atuar nos casos desesperados, o desenvolvimento de formas de proceder foi um foco para essa categoria. As eclampsias, acompanhadas de epilepsias, vômitos incessantes, estreitamento pélvico, entre outras intercorrências, indicavam casos em que obstetras deveriam ser acionados para que, por meio de instrumentos e prática, pudessem executar o procedimento abortivo ou a cesariana. Ainda que a discussão iluminista tenha se pautado por ideais de humanidade e laicidade, na prática, obstetras ainda eram chamados para intervir em partos complicados.

A historiadora Ana Paula Martins (2004), que dissecou a História da intervenção no parto complicado em seu clássico *Visões do Feminino: medicina da mulher nos séculos XIX e XX*, ressalta que, a partir do século XVI, e especialmente no século XVII, com a entrada dos homens na cena do parto, os manuais de parteiros tornaram-se cada vez mais complexos, o que fornece indício sobre o aumento das intervenções no parto (MARTINS, 2004, p. 72).

O obstetra inglês William Cooper, em meados do século XVIII, teria atendido ao chamado de uma paciente que não conseguia dar à luz, e o evento terminou com uma operação cesariana realizada após múltiplas trações de fórceps. Após o ocorrido, o obstetra passou a

questionar se não haveria outra forma de socorrer a mulher sem causar sua morte. Cooper teria, então, sugerido o aborto terapêutico como alternativa, e o procedimento passou a ser amplamente utilizado por obstetras ingleses (FARR, 1980, p. 7).

Posterior à relevante atuação de Cooper para o reaparecimento do aborto terapêutico como alternativa à cesariana, o ano de 1851 é repercutido na literatura como data em que este procedimento foi entendido como recurso legítimo na obstetrícia. Tal reconhecimento se deu quando um médico francês, Dr. Lenoir, realizou um aborto terapêutico ao observar que sua paciente, em razão de um acentuado vício pélvico, não teria condições de dar à luz pela via vaginal, mas, preocupado com a delicada questão moral relacionada ao caso, Lenoir decidiu levar sua experiência à Academia com o objetivo de verificar sua validade e legitimidade. O médico disse que estava preocupado com as questões morais de sua decisão e resolveu debater a questão na Academia Nacional de Medicina (DUBOIS, 1851, p. 364):

Uma menina, grávida pela terceira vez, e com a pelve severamente contraída, solicitou os cuidados do senhor Lenoir, então, ela estava pouco avançada na gravidez. Nosso colega, após alguma hesitação, decidiu induzir o aborto, a fim de evitar a essa infeliz mulher as chances muito sérias de uma operação cesariana<sup>9</sup> (DUBOIS, 1851, p. 469).

O Dr. Dubois, encarregado de elaborar a ata da reunião, inicia a sessão conferindo um panorama da discussão e afirma que o Dr. Lenoir atendeu a paciente Julie Gross, de 35 anos, e, ao perceber que a paciente não teria condições de dar à luz, praticou uma indução de aborto, tendo a paciente sobrevivido. A decisão do médico foi pautada por sua recusa em realizar uma operação cesariana, que considerou assustadora, em razão das consequências “graves e infelizmente comuns da histerectomia” (DUBOIS, 1851, p. 365).

O Dr. Lenoir, ao tomar a palavra para explicar suas razões para tal conduta, disse que não seria capaz de empreender uma cesariana, visto que havia consultado as estatísticas do procedimento e assim concluído:

Chegamos a esta triste convicção, de que a imensa maioria das operadas está fadada à morte certa. Em Paris, por exemplo, durante cinquenta anos, não se pode citar um único caso feliz, e em Londres, de vinte e cinco mulheres infelizes entregues à faca de cesariana, apenas uma foi salva<sup>10</sup> (DUBOIS, 1851, p. 369).

---

<sup>9</sup> Tradução livre da autora.

<sup>10</sup> Tradução livre da autora.

No cerne de seu argumento estava a preocupação com a vida da mulher, que muito provavelmente não suportaria a cesariana sacrificial.

Tendo o Dr. Cazeaux sido responsável por elaborar um relatório sobre as sessões, ocorridas durante todo o ano, “sentiu ser seu dever dar total aprovação à conduta seguida por seu colega” (DUBOIS, 1851, p. 469), concluindo, entre outras coisas, que: “colocada na alternativa cruel de escolher entre a vida de seu filho e sua própria preservação, a mulher tem, por lei natural, o direito de optar pela mutilação de seu filho, o feto” (DUBOIS, 1851, p. 469).

Embora tenha assumido já ter praticado a operação abortiva, o Dr. Dubois foi contrário à normativa produzida pela Academia, pois, conforme argumenta, o parecer favorável desse coletivo poderia reverberar em uma onda de popularização do recurso abortivo entre os obstetras e, também, a perseguição àqueles que não optassem por realizar o procedimento. Assim, afirma: “ora, esta questão é inteiramente moral, e é, conseqüentemente, uma daquelas cuja solução deve ser deixada para a consciência e o esclarecimento do médico” (DUBOIS, 1851, p. 472). Para o Dr. Dubois, portanto, o assunto da provocação do aborto não deveria ser algo incentivado, justamente por ser uma cirurgia delicada no aspecto moral.

De toda forma, a Academia enfatizou que a mulher teria o direito de optar por sua própria vida face à existência do conceito. Para além da rejeição ao ideal de sacrifício, discutida por Lynn Hunt (2009, p. 97), a primazia da vida da mulher sobre a do feto, no discurso pró-aborto terapêutico na França, se relaciona ao contexto pós-bonapartista, que alçou a mulher ao papel de cidadã indispensável à pátria, cuja capacidade reprodutiva era tida como essencial (MARTINS, 2004, p. 227). Somado a isso, após a Revolução Francesa, e a intensa laicização do Estado, o aborto passou a ser discutido de maneira mais ampla e afastada de seus sentidos religiosos. De acordo com Alfred Derek Farr (1980, p. 9), o Marquês de Sade publicou um pequeno artigo confrontando a moralidade cristã sobre os usos do aborto e defendia que a prática deveria ser livre, para fins de controle populacional e também para encobrir relações extraconjugais que resultassem em gravidez.

Apesar dos protestos do Dr. Dubois, o Dr. Cazeaux fez eloquentes argumentações para disseminar a técnica do aborto terapêutico por uso do *seigle ergoté*. Traduzido livremente, o “centeio espigado” ou “esporão do centeio” (CARNEIRO, 2005, p. 116) era antigo conhecido dos povos europeus, uma vez que, em anos de chuvas abundantes, um fungo se instalava nos cereais, produzindo a ergotina, uma substância semelhante à dietilamida do ácido lisérgico, popularmente conhecida por LSD. Conforme Filipe Vicente (2002, p. 100), diversos quadros de alucinações coletivas, atribuídos a manifestações diabólicas no período Moderno, tinham como causa a ingestão acidental do centeio contaminado com ergotina. Dentre os efeitos dessa

substância, a provocação do aborto também foi observada e, por isso, a discussão sobre o aborto terapêutico na França esteve relacionada ao uso do centeio espigado.

Além do método de indução do aborto pela ergotina e demais substâncias abortivas, havia também o uso de instrumentos perfuradores para realizar a embriotomia ou craniotomia. As tesouras de Smellie, ou perfurador de Smellie, foram desenvolvidas pelo obstetra escocês William Smellie, em meados do século XVIII, e, apesar da semelhança com as tesouras cirúrgicas convencionais, possuem uma ponta afiada, semelhante a um alicate de corte. Essa alteração pontual no instrumento serviria para facilitar o corte na cabeça do concepto, por dentro do útero, para retirar parte da massa encefálica, permitindo a desobstrução do canal vaginal (CHANRACHAKUL; CHITTACHAREON; HERABUTYA, 2002).

Os procedimentos “destrutivos”<sup>11</sup>, como eram chamadas as embriotomias e as craniotomias, e também o uso do fórceps, foram de central importância para a distinção entre obstetras homens e parteiras mulheres. Em geral, eram chamados homens para atuar em complicações obstétricas, justamente por seu treino no manejo e posse desses instrumentos. Os objetos<sup>12</sup> obstétricos mencionados, além de caros, tiveram, em países como a França, o uso vedado às parteiras (ROHDEN, 2001, p. 123).

As definições do relatório de Cazeaux de fato inspiraram obstetras ao redor do mundo a se mobilizar pela aplicação do aborto terapêutico, mas também cumpriram o temor de Dubois: como será mostrado mais adiante, os obstetras partidários da cesariana e avessos ao aborto tinham que responder às críticas, dentro da própria comunidade de obstetras, por serem adeptos a uma prática mortal para uma mulher adulta. Vários fatores contribuíram para o ataque à cesariana, o capital político e a influência da obstetrícia francesa no Ocidente eram, sem dúvida, os de maior referência.

No Brasil, o impacto da validação do aborto terapêutico resultou em um pico, nos anos 1850, na produção de teses médicas favoráveis ao assunto. Nota-se, a partir dessa década, o crescimento da produção de textos sobre a técnica abortiva na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e na Faculdade de Medicina da Bahia, ambas fundadas em 1832. A tese era um texto que os alunos deveriam apresentar como uma espécie de trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de doutor em medicina. O tema central do texto poderia ser definido, a depender do ano, por sorteio; em edital prévio definido pelos professores; ou, ainda, por decisão

---

<sup>11</sup> É preciso ter em mente que os recursos destrutivos se distinguiam entre aqueles realizados em fetos vivos e os que se davam em fetos mortos. Essa distinção era feita de modo muito imprecisa, mas era melhor admitida em caso de o feto já ter morrido e precisar ser extraído.

<sup>12</sup> Para imagens de exemplares dos instrumentos obstétricos, ver os anexos.

do aluno. Conforme Jean Luiz Abreu (2016, p. 36), as teses eram avaliadas pelos professores a partir do domínio da bibliografia sobre o tema, e deveriam apresentar os diferentes pontos de vista sobre o assunto, além de um posicionamento a respeito. O volume das teses, em geral, varia entre 15 e 40 páginas, normalmente contendo uma introdução, revisão bibliográfica, apresentação de métodos e uma impressão geral sobre o assunto. As teses médicas são fontes privilegiadas para aferir o estado da arte, naquele contexto, dos assuntos aqui abordados. Além disso, como se trata de um exame a ser avaliado pelos mestres das instituições, os alunos procuravam sustentar seus argumentos reforçando a visão de seus professores.

A tese de doutorado do Dr. Domingos Velloso Guimarães, defendida na Faculdade de Medicina da Bahia, em 1875, recapitula a história do aborto terapêutico. A apresentação do histórico do tema também era comum a esse tipo de trabalho:

Dos autores mais antigos é citado Aetius, servindo-se do aborto como meio terapêutico. Nos séculos nono e décimo, foi empregado pelos árabes. Mas, do século décimo primeiro até o meado do século passado [XVIII], o aborto artificial ficou sepultado no esquecimento. Nenhum parteiro fez dele menção. Talvez, como pensa Naegele, da propagação do cristianismo, com o fim de por um fim à corrupção e abusos da época, venha a condenação e esquecimento deste recurso importante da arte obstétrica. Em 1708, Cooper, na Inglaterra, desesperando na operação cesariana nos estreitamentos extremos da bacia, serve-se do aborto artificial, o êxito é feliz (GUIMARÃES, 1875, p. 3).

O excerto do Dr. Guimarães revela aspectos importantes do aborto terapêutico, relacionando seu histórico apagamento à moralidade cristã e, ao mesmo tempo, informando que seu reaparecimento, a partir de Cooper, estava associado ao descrédito da operação cesariana sacrificial. O movimento de secularização resultou no entendimento de que a cesariana não era um recurso razoável e liberou o caminho para o aborto terapêutico.

Os médicos brasileiros reforçaram sistematicamente os principais argumentos<sup>13</sup> utilizados pelos obstetras franceses para defender a prática do aborto terapêutico. Durante o século XIX, aprendizes de obstetra adaptaram ao contexto brasileiro parte das justificativas dos médicos franceses, e procuraram dialogar eloquentemente com a religião católica, com a legislação vigente no Brasil e com a comunidade de obstetras. O aborto é um tema de interface entre diferentes meios, exotéricos e esotéricos, que disputam seus sentidos; dessa forma, a

---

<sup>13</sup> Anteriormente, pude discutir profundamente o uso do aborto terapêutico no Brasil do século XIX, elaborando uma análise sobre os debates legais, religiosos e sobre o status da vida do concepto (DORNELAS, 2018). Nesta tese de doutorado, eu procuro abordar aspectos do aborto terapêutico aos quais eu não havia me detido anteriormente, como a autonomia da paciente e as críticas dos partidários do aborto à cesariana.

prática médica não poderia discutir o assunto sem dialogar com as devidas esferas que historicamente produziam discursos de autoridade sobre o tema.

Ao catolicismo, os médicos justificavam que o mandamento “não matarás” não poderia ser aplicado à prática médica, se o foco da intervenção abortiva fosse para um propósito maior, de salvação da vida da mulher. Utilizando manobras narrativas e recortando frases bíblicas, os médicos partidários do aborto, altamente influenciados pelo Liberalismo, relativizaram os mandamentos cristãos.

A respeito da legislação brasileira, os obstetras se aproveitaram do vácuo legislativo sobre o tema. As Ordenações Filipinas, conjunto de leis portuguesas aplicadas no Brasil durante o período colonial, a Regência e parte do Império, nada mencionavam sobre o aborto. Em 1830, com a promulgação do Código Criminal, tem-se a primeira legislação a tipificar o crime de aborto, que mencionava apenas o aborto criminoso. Essa não menção direta ao aborto terapêutico, chamado, em termos jurídicos, aborto necessário, foi considerada uma importante brecha legal para a defesa da legitimidade da técnica. Em tese, se o aborto terapêutico ou necessário não era tipificado, seria também isento de punição.

Sobre a questão do conflito materno-fetal, a argumentação girava em torno da prioridade de sobrevivência da mulher em detrimento do concepto. Os autores das teses médicas argumentavam que a mulher, em casos de conflito materno-fetal, sempre deveria ter sua vida poupada, dada a importância do papel maternal. A função social da maternidade era entendida como o laço que conectava a mulher à sociedade e, ao mesmo tempo, a função materna, no interior da família, singularizava seu valor como indivíduo. Era comum, nesse sentido, que os médicos citassem a falta que a paciente fazia para seus pais, maridos e filhos já nascidos.

Focados na valorização da vida da mulher, os obstetras brasileiros também destacavam a necessidade de consentimento da paciente para empreender o aborto terapêutico. Como resume o médico Dr. João Agripino Doria, formado pela Faculdade de Medicina da Bahia: “a oposição absoluta da mulher é uma contra-indicação do aborto” (DORIA, 1877, p. 5). O princípio do consentimento da mulher está conectado à noção de autonomia do corpo, proveniente do debate iluminista. Se, no sentido religioso, a cesariana sacrificial deveria ser imposta como forma de viabilizar o batismo do concepto e a voz da mulher parturiente não era determinante para definir a prática, o aborto terapêutico colocava a questão para ser definida pela mulher. Essa alteração na definição de quem deveria decidir sobre o uso do aborto é um indício da tentativa de laicização do assunto e de confronto à noção sacrificial do parto. O médico, por executar o procedimento, protagonizava a situação, mas, ao mesmo tempo, não

possuía a palavra final, já que, antes de sua expertise e autoridade, estaria a autoridade individual da mulher sobre o próprio corpo.

Além desse fator, os autores das teses médicas recomendavam que, antes de a solução do aborto terapêutico ser apresentada à mulher, o procedimento fosse discutido com outros práticos:

Suponha-se também que este práctico, homem consciencioso, convida alguns colegas e estes concordam no diagnóstico e prognóstico. O que deverá resolver este médico, convencido das consequências? Deverá cruzar os braços diante desta mulher que lhe pede a conservação de sua vida, que lhe suplica um bálsamo para suas dores? Lhe responderá simplesmente? - Daqui a poucos dias deixareis de existir e vosso filho. E depois a sua consciência não lhe acusará? Não lhe dirá “és culpado, não mereces o nome de médico, consentiste numa morte que podias obstar”. E não será melhor, ou antes, não será do seu dever, desprezando prejuízos que não tem razão de ser, pôr um termo a esta prenhez sacrificando um feto que só tem alguns dias de vida inter-uterina e salvar assim a mulher? Creio que sim (GUIMARÃES, 1875, p. 7).

A fala do Dr. Guimarães também apresenta que o médico seria o suporte para realização do ato salvador da mãe, e que sua omissão seria muito pior, pois incompatível com o papel de responsabilidade do médico. Apesar da centralidade da decisão da mulher e do relevante papel cumprido pelo médico, penso que a necessidade de consulta a outros obstetras e de decisão consciente em favor da prática abortiva também dizem respeito à distribuição da responsabilidade. É correto afirmar que o contexto iluminista e as ideias de valorização da integridade do corpo físico não se difundiram de forma homogênea, e tampouco unânime. Diante disso, considero que a confirmação da vontade da mãe não seria somente em defesa de sua vida, mas também uma forma de compartilhar a responsabilidade do obstetra. Nesse sentido, observo que a consulta aos colegas obstetras e a importância do consenso devem ser entendidas pelo mesmo viés.

O aborto era – e ainda é – um assunto disputado pela justiça, pela religião e pela prática médica. Cada uma dessas instâncias procurava delimitar seus usos, tecendo teorias a respeito e sempre agenciando seus sentidos sob justificativa de deter legítima autoridade para discutir o tema. Cabia aos médicos, portanto, criar estratégias para proteger sua prática, atenuando a responsabilidade que tanto a justiça quanto a religião poderiam imputar-lhes. A argumentação técnica é essencial, visto que é este o domínio dos médicos.

Ao mencionar que o médico não deve cruzar os braços diante de uma morte que poderia obstar, o Dr. Guimarães coloca que o aborto terapêutico aciona significados próprios para a prática médica, que independem dos significados religiosos e jurídicos. Afinal, o médico pode

agir e, podendo agir, deve fazê-lo. Afinal, intervir no parto complicado era, essencialmente, o propósito da prática obstétrica masculina no século XIX.

No entanto, como será demonstrado posteriormente nesta tese, outros obstetras, no mesmo contexto, afirmavam que a cesariana sacrificial deveria ser preferível ao aborto terapêutico. A cesariana sacrificial, que, como dito, resultava em morte materna na ampla maioria dos casos, estava de acordo com os preceitos religiosos por ser uma protoideia de intervenção salvadora da alma do concepto. O procedimento também estava de acordo com a legislação vigente, já que nada se dizia sobre a cesariana, ao passo que o aborto era tipificado.

Retoricamente, a única vantagem de se defender o aborto terapêutico, em comparação com a cesariana sacrificial, era o argumento de que a vida da mulher importava mais que a do concepto, normalmente descrito pelos partidários do aborto como uma criatura sem vida. Obstetras favoráveis ao aborto terapêutico acusavam a cesariana sacrificial de ser um recurso brutal, anti-humano, para atacar a moral daqueles que defendiam o procedimento, pois não podiam taxa-lo como ilegal e, muito menos, anticristão. Ao contrário, o aborto terapêutico parecia ser uma questão muito mais controversa em termos de cristianismo e legislação.

A tese do Dr. Faria, de 1873, expõe a argumentação clássica entre os obstetras partidários do aborto terapêutico para demonstrar que a opção pela cesariana sacrificial não seria correta:

O que resta pois ao prático? Deixar que a prenhez progrida, abandonando a mulher aos recursos impotentes da natureza, ou tentar a extração do feto viável através da abertura do ventre, operação cesariana, quase sempre fatal à mulher, como provam as estatísticas. No primeiro, o médico torna-se duas vezes culpado, porque mãe e filho perecerão; no segundo caso salva algumas vezes, é verdade, o feto, porém sacrifica quase fatalmente a mulher, que se confiou aos seus cuidados (FARIA, 1873, p. 23).

O argumento é que o prático não deveria se omitir diante de um parto complicado em que houvesse conflito materno-fetal. Porém, nem toda intervenção seria correta, e o Dr. Faria apresenta o pacto de confiança, entre médico e paciente, ao qual outras teses aludem: a intervenção médica não poderia fazer mais mal do que bem à paciente. Diante disso, e também sob uma lógica iluminista, a cesariana estaria moralmente interdita.

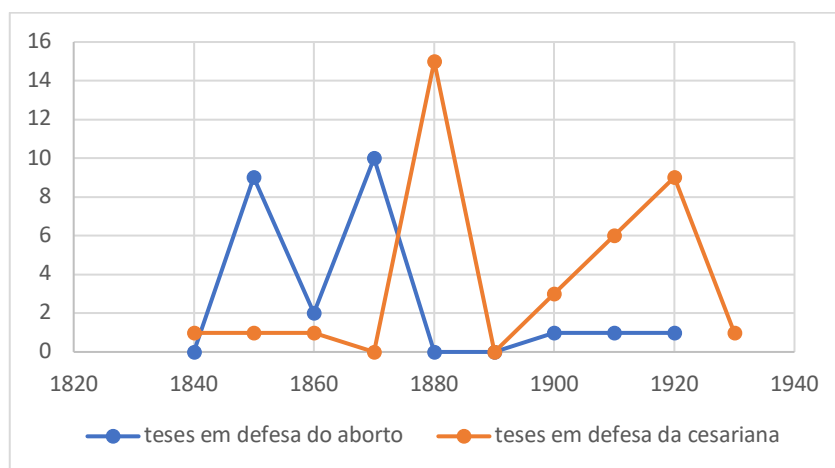
A pretensa superioridade moral dos praticantes do aborto terapêutico contra seus colegas cesarianistas era uma forma de trazer os sentidos do aborto para o ponto de vista esotérico médico-intelectual, afastando as influências religiosas e jurídicas. No entanto, como será

apresentado na próxima sessão deste capítulo, os ciclos exotéricos aumentaram a vigilância sobre o aborto terapêutico, tornando sua defesa cada vez mais dificultada para os obstetras.

#### 1.4 Aborto terapêutico sob condenação

A tensão entre cesarianistas e partidários do aborto no Brasil seguiu durante o século XIX, até que, a partir da década de 1870, verifiquei uma considerável diminuição no número de teses médicas que apregoavam a importância do aborto terapêutico. Este, que anteriormente havia sido o recurso mais indicado, tornou-se rarefeito na produção médica:

Gráfico 1 - Teses em defesa do aborto terapêutico x teses em defesa da cesariana<sup>14</sup>



Fonte: Elaborado pela autora (2017)<sup>15</sup>.

O gráfico acima foi elaborado a partir do conteúdo das teses médicas, defendidas na Faculdade de Medicina da Bahia e na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que se posicionaram em defesa de uma ou outra cirurgia, tendo sido excluídas as que se propuseram a elaborar um estudo comparativo entre ambas.<sup>16</sup> Fica evidente que, entre as décadas de 1870 e 1880, ocorre uma inversão no volume de teses que abordam e defendem cada um dos temas, assim como se pode notar a rarefação de discussões sobre o aborto terapêutico.

<sup>14</sup> O gráfico foi elaborado com base em todas as teses encontradas em trabalhos de campo na Biblioteca do Centro de Ciências e Saúde, no Rio de Janeiro, e na Biblioteca Gonçalo Muniz, em Salvador, e podem não representar todas as teses sobre o tema, embora indiquem para a tendência da produção de teses sobre os respectivos assuntos.

<sup>15</sup> A faixa indicativa de tempo (linha horizontal) foi organizada por décadas.

<sup>16</sup> Quatro teses estabeleceram estudos comparativos entre os procedimentos: *Parallelo entre a embryotomia e a operação cesariana*, de Adolpho Martins de Oliveira (1872); *Parallelo entre a embryotomia e a operação cesariana*, de Carivaldo José Chavantes (1872); *Considerações sobre o estudo comparativo entre as Operações Obstetricas: Embryotomia e Operação Cesariana*, de autoria de Augusto Gonçalves Martins (1888) e *Da embryotomia e seu paralelo com a symphysiotomia e a operação cesarena*, de Luiz da Cunha Feijó Junior (1866).

Além de constatar uma grande diferença entre o discurso médico de meados do século XIX, a favor do aborto, e a tendência do século XX em priorizar a cesariana, é preciso investigar as razões pelas quais o aparente descrédito da cesariana deu lugar à busca incessante por seu desenvolvimento técnico, mesmo diante de altas taxas de insucesso e complicações posteriores à intervenção. Embora esta tese privilegie o caso brasileiro, buscando compreender como a cesariana passou, de técnica meramente sacrificial para a vida da mãe, a cirurgia com resultados favoráveis, tal fenômeno também foi observado globalmente (MILLER, 2007).

Desenvolvendo a hipótese mencionada na introdução deste trabalho, por meio da obra *Eunucos pelo Reino de Deus: mulheres, sexualidade e a Igreja Católica* (1996), a autora, Uta Ranke-Heinemann sugere que o agravamento do discurso papal contra o uso do aborto terapêutico foi definidor:

Muitas mães devem sua morte aos salutaros pronunciamentos papais de 1884 até 1951; os médicos, por outro lado, devem a esses pronunciamentos o progresso que conseguiram, a que não teriam se empenhado sem a postura brutal e inexorável do Vaticano. Não fosse por ela, a medicina talvez ainda se encontrasse na Idade Média. Mas agora, graças aos Papas, as coisas “quase” que chegaram ao ponto em que os médicos não precisam mais da morte das mães como estímulo para “desenvolver sua prática” (RANKE-HEINEMANN, 1996, p. 320).

A autora apresenta uma hipótese plausível, sugerindo os motivos pelos quais a prática médica se desenvolveu para evitar o uso do aborto terapêutico. O centro de seu argumento é que a postura da Igreja Católica, cada vez mais contrária ao aborto, foi central para pressionar obstetras a desenvolverem outras práticas, não abortivas, que pudessem salvar a vida de mulheres em partos complicados.

Em 1951, o Papa Pio XII conferiu uma audiência à União Católica Italiana das Parteiras. A transcrição integral da fala, ocorrida em 29 de outubro do mesmo ano, foi publicada e chamada *Alocução de S. S. Pio XII sobre o apostolado das parteiras*. No texto, o Papa reafirma o papel exercido pela Igreja na rarefação da prática abortiva para fins terapêuticos:

A destruição direta de uma pretensa vida “sem valor”, nascida ou ainda não nascida, destruição essa praticada, há alguns anos, em larga escala, de forma alguma pode justificar-se. Por isto, quando essa prática começou a se difundir, a Igreja formalmente declarou que matar, mesmo por ordem da autoridade pública, aqueles que, embora sendo inocentes, por causa das suas taras físicas ou psíquicas não são úteis à nação, mas antes se tornam uma carga para ela, é contrário ao direito natural e ao direito divino positivo, e, por conseguinte, proibido (PIO XII, 1951, p. 402).

Pio XII, nesse excerto, além de condenar o aborto para fins eugênicos, também demonstra que, tão logo surgiram as práticas abortivas terapêuticas, a Igreja precisou manifestar-se formalmente em postura contrária. Evidenciando a dimensão do incômodo com a tentativa de laicização da prática abortiva, o Papa demonstra familiaridade com a argumentação dos médicos pró-aborto terapêutico ao mencionar, entre aspas, o termo “vida ‘sem valor’”, que, de fato, era bastante ventilado entre os obstetras. Era comum que os obstetras comparassem o conceito a um “vegetal parasita, e que mesmo não vive completamente pois que é privado daquelas mais nobres funções vitais” (FARIA, 1873, p. 22).

Entretanto, é importante observar que, no contexto em que foi desenvolvida por obstetras franceses, na década de 1850, a técnica abortiva como recurso terapêutico não era plenamente reprovada pela Igreja Católica. Ao longo de séculos, o assunto “condenação do aborto” permaneceu em aberto pela Igreja. Enquanto Tertuliano, teólogo da Igreja Primitiva, já no século III, afirmava que o cristão deveria ser necessariamente contrário ao aborto, já que interromper a gestação de um conceito seria equivalente a matar um homem (TERTULIANO, 2012, p. 197); Santo Agostinho, no século V, inspirado por ideias aristotélicas, assumia que a alma se forma, no feto masculino, somente após o 40º dia da gestação e, após o dobro do tempo, nos fetos femininos – o que poderia indicar uma janela para intervenções abortivas, já que, até os 40 ou 80 dias de gestação, o feto não teria alma (SILVA, 2011, p. 70).

Para além da questão da alma do feto, a condenação do aborto não era limitada ao assassinato, mas ao tipo de imoralidade escondida por trás da interrupção de uma gravidez. O adultério é uma das causas possíveis para a perseguição do aborto na prática cristã, visto que, em tese, a razão central para que o aborto fosse realizado seria a gravidez resultante de relações extraconjugais. As relações fora do casamento são consideradas inadequadas desde, pelo menos, o Concílio de Trento, em 1546, que condenava veementemente a infidelidade, apesar de nada ter definido a respeito do aborto (DEL PRIORE, 1994, p. 7).

O longo debate teológico e filosófico sobre o início da vida foi formalmente solucionado quando Pio IX, por meio da *Quanta Cura*, publicada em 1864, anuncia que deveria haver consenso no assunto da animação fetal. A postura oficial da Igreja seria, assim, considerar o início da vida coincidente com o momento da fecundação. A partir dessa encíclica, outras se seguiram, ao longo dos séculos XIX e XX, admoestando a respeito da pecaminosidade do aborto. Em 1884, o decreto de Roma, apregoado na Catedral Caverot, em Lyon, na França, decreta ser pecaminoso o uso da embriotomia, procedimento cirúrgico abortivo, com fins terapêuticos. No ano de 1889, outro decreto romano informa que qualquer intervenção cirúrgica que pudesse matar o feto ou a mãe grávida não poderia ser empregada. O ano de 1895 marca a

data em que uma junta médica levou a questão do aborto terapêutico ao Conselho da Igreja, recebendo por resposta, reiterada em 1898, a retificação da proibição do aborto para qualquer finalidade, ainda que para salvar a vida da mãe. Em 1930, por meio da encíclica *Casti Connubii*, o Papa Pio IX discorre mais detidamente sobre o tema, informando não haver razão suficiente para que fosse praticado um recurso que deliberadamente aniquilaria a existência de um ser em favor de outro, estabelecendo igualdade entre a suposta vida do embrião e a vida da mãe (RANKE-HEINEMANN, 1996, p. 315).

A *Casti Connubii* determina que obstetras não deveriam recorrer a nenhuma justificativa para o uso do aborto, já que sua execução, com o objetivo de poupar a vida da mulher, seria “indigna do nome nobre e da reputação de um médico” (PIUS XI, 1930, *s. p.*). Em um momento em que se portar publicamente como cristão era essencial para criar credibilidade entre os pacientes, a categoria não pode permanecer imune diante da sistemática produção discursiva da Igreja contra o uso de recursos terapêuticos que levassem à morte fetal ou materna.

Alguns autores destacam que a causa da tomada de posição da Igreja Católica no que concerne ao aborto se deve ao relacionamento pessoal entre Napoleão III e o Papa Pio IX. Diante das baixas demográficas sofridas pelo Império Francês, o Imperador teria pedido ao Papa que interviesse no assunto, declarando a pecaminosidade do aborto (LOOMIS, 2008, p. 89). Por uma perspectiva mais ampla, as decisões da Igreja Católica contra práticas abortivas, a partir do século XIX, seriam uma resposta à progressiva laicização e liberalização de Estados ao redor do mundo, que passaram a frear a autonomia da Igreja, tornando cada vez mais seculares os assuntos da vida social (ROSADO-NUNES, 2012, p. 26).

A tentativa do saber médico de obter o domínio sobre o assunto do aborto acionou mudanças nos ciclos exotéricos, que também disputavam seus usos e limites. Além da religião, o Estado também passou a procurar maneiras de coibir a prática abortiva. Questões reprodutivas são questões de demografia, assunto sensível para um país de dimensões continentais com grandes vazios demográficos. O Brasil, assim como outros países ocidentais, passou a legislar a respeito do aborto a partir do início do século XIX. E, como destaca Cassia Roth (2020), o controle da reprodução das classes populares brasileiras, desde fins do século XIX, era uma preocupação tão central, que até mesmo abortos espontâneos, quando tratados em hospitais públicos, eram considerados suspeitos.

Cassia Roth e Luiz Antônio Teixeira, em seu artigo *From Embryotomy to Cesarean: Changes in Obstetric Operatory Techniques in Nineteenth- and Twentieth-Century Urban Brazil* (2021), demonstram o percurso de substituição da prática do aborto terapêutico pela cesariana no Brasil. Os autores demonstram a permeabilidade dos fatores socioculturais no

desenvolvimento da cesariana, argumentando que, além dos motivos religiosos, o Código Civil de 1916 também teria exercido papel determinante no sentido de induzir o desenvolvimento técnico da cesariana. Essa legislação introduziu a personalidade jurídica do concepto, reconhecendo sua vida, e atribuindo seus direitos à proteção legal. A partir disso, os obstetras tiveram que ajustar suas técnicas para não ferir a autonomia da personalidade jurídica do concepto. A legislação de 1916 de fato reforçou a urgência pelo desenvolvimento técnico da cesariana; mas outro marco, considerado de grande relevância por Roth e Teixeira (2021), é digno de nota: um ano antes, em 1915, o Dr. Fernando de Magalhães havia divulgado seu próprio método para realização de cesarianas, complexificando a cirurgia em função de seu objetivo de sobrevivência materna.

Penso que, em relação à legislação, a tipificação do aborto terapêutico, em 1890, parece ser o gatilho inicial para as tentativas de desenvolvimento da cesariana. Isso porque, a partir desse momento, o aborto terapêutico com resultado em morte da paciente passou a ser tipificado, enquanto a cesariana, e qualquer consequência advinda desta cirurgia, não estava em evidência.

Como dito anteriormente, desde a colonização até o século XIX, o aborto passou formalmente despercebido pelas legislações penal e criminal (HENTZ, 2013). Em 1830, contudo, o Código Criminal apresentou a primeira tipificação do crime de aborto, sem nada mencionar sobre seu uso terapêutico. Os autores das teses médicas reconheceram essa lacuna legislativa como uma possibilidade de legalidade da prática, mas, ainda assim, adotavam outros cuidados para avaliar sua posição – exigindo o consentimento da mulher e, também, a deliberação coletiva entre seus pares.

Conforme tive a chance de analisar anteriormente (DORNELAS, 2018, p. 85), durante o século XIX, o aborto terapêutico não foi largamente empregado no Brasil, por conta do ensino teórico e afastamento dos obstetras homens da cena do parto. No entanto, mesmo diante da falta de prática, somente o discurso favorável ao aborto terapêutico bastou para acarretar mudanças na legislação penal brasileira. Em 1890, o novo Código Penal da República passou a tipificar o crime do aborto, especificamente para o aborto necessário. O Artigo 302 do Código Penal assim determinava:

Art. 302. Se o médico, ou parteira, praticando o aborto legal, ou aborto necessário, para salvar a gestante de morte inevitável, ocasionar-lhe a morte por imperícia ou negligência:

Pena - de prisão celular por dois meses a dois anos, e privação do exercício da profissão por igual tempo ao da condenação (BRASIL, 1890).

Este artigo trazia para o centro da discussão criminal a prática médica. As penas de prisão e suspensão dos direitos de exercício da profissão eram penas específicas para a comunidade de obstetras e parteiras. Considerando que parteiras tinham menos treinamento no manejo de instrumentos, o foco desse artigo nos obstetras torna-se ainda mais evidente. Se, por um lado, a inclusão do aborto terapêutico no Código Penal de 1890 foi entendida como algo importante para a comunidade de obstetras, como um aceno à importância do assunto; por outro, também significou o aumento da vigilância sobre a prática médica. A visibilidade, nesse caso, não é algo necessariamente positivo, podendo funcionar como uma armadilha para penalizar os praticantes do aborto terapêutico (DORNELAS, 2018, p. 93). Como resgatam Roth e Teixeira (2021, p. 37), o aborto terapêutico ou necessário, no início do século XX, era arriscado e, por isso mesmo, este artigo do Código Penal resultou em desestímulo ainda maior à prática, visto que previa penalidades no caso de a paciente falecer em decorrência do procedimento.

### **1.5 A cesariana como solução alternativa ao aborto terapêutico**

Ao longo dos séculos XIX e XX, a cesariana foi sendo ressignificada pela comunidade médica como uma alternativa moralmente aceitável ao aborto terapêutico, especialmente em contextos de conflito materno-fetal. Quando a medicina começou a ser confrontada pela Igreja Católica com relação à pecaminosidade do aborto — mesmo aquele indicado para salvar a vida da gestante —, a cesariana, até então uma técnica extrema e altamente letal, passou a ser reinterpretada como um “mal necessário”. Essa reabilitação ocorreu em um cenário no qual a autoridade religiosa, sobretudo a católica, exercia influência profunda sobre as práticas médicas, especialmente em países como o Brasil.

Em 1864, o Papa Pio IX publicou o *Syllabus Errorum*, condenando toda forma de aborto, inclusive o terapêutico. À época, a obstetrícia vivia um momento de crescente confiança técnica, e muitos médicos defendiam o aborto como uma medida de urgência legítima. A resposta da Igreja, no entanto, foi endurecer sua posição e pressionar para que fossem buscadas alternativas que não implicassem a morte do feto. A cesariana, mesmo que resultasse com frequência na morte da gestante, era compreendida como mais compatível com os valores cristãos do que o aborto. Poucos médicos que continuavam a defender o aborto passaram a ser vistos como impiedosos ou eticamente suspeitos. A cesariana, por sua vez, era resgatada como uma possibilidade de intervenção que preservava a lógica sacramental da vida e do batismo, mesmo que seu resultado prático fosse frequentemente desastroso.

Esse movimento foi reforçado no século XX. Em 1951, o Papa Pio XII, ciente dos limites enfrentados pelos obstetras, reconheceu que o progresso da medicina deveria se orientar por princípios morais, mas também pelo conhecimento técnico acumulado. Em discurso dirigido diretamente aos médicos, afirmou:

Por que é que as pessoas vos chamam? Por estarem convencidas de que conheceis o vosso mister, de que sabeis o que é necessário à mãe e ao filho, a que perigos uma e outro estão expostos, e como podem esses perigos ser evitados e superados. Espera-se de vós auxílio e conselho, naturalmente não de uma maneira absoluta, mas nos limites do saber e do poder humano, segundo o progresso e o estado atual da ciência e da experiência na vossa especialidade (PIO XII, 1951, p. 400).

Embora a Igreja não determinasse quais técnicas deveriam ser adotadas, impunha limites éticos e morais que influenciavam profundamente a prática médica. A cesariana, nesse contexto, tornava-se o caminho a ser tecnicamente aperfeiçoado: uma intervenção que, apesar de sua periculosidade, permitia salvar o feto e, potencialmente, também a mãe — sem violar frontalmente os preceitos religiosos. Era, portanto, uma técnica que respondia não apenas a desafios biomédicos, mas a um imperativo moral.

Se, por um lado, a cesariana era uma velha conhecida da Igreja por sua associação com o batismo in utero, por outro, seu caráter sacrificial — que aceitava a morte da mulher como consequência esperada — tornava-se cada vez mais incômodo diante das ideias modernas de dignidade individual. A inspiração iluminista, com sua ênfase na vida da mulher como sujeito moral e social, tensionava a antiga lógica do sacrifício feminino. Assim, o procedimento precisaria se reinventar: deveria deixar de ser uma prática de exceção e se tornar uma técnica de salvação. Era preciso livrá-la de sua reputação como uma cirurgia letal e aperfeiçoá-la até que fosse possível preservar tanto a mãe quanto o feto.

A substituição do aborto terapêutico pela cesariana não foi, portanto, um simples desdobramento técnico, mas uma reorientação moral. A proibição religiosa do aborto criou uma demanda urgente por alternativas aceitáveis — e essa demanda moldou diretamente a trajetória da cesariana. Não houve bulas papais ou códigos civis que punissem médicos por mortes maternas decorrentes de cesarianas mal-sucedidas. Em contraste, desde o Código Criminal de 1830 no Brasil, o aborto era criminalizado, e a legislação foi ainda mais restritiva em 1890, incluindo o aborto terapêutico. A disparidade entre os dois procedimentos revela não apenas uma preferência médica, mas uma estrutura moral enraizada: a cesariana era vista como um

“mal necessário”, social e religiosamente legitimado, enquanto o aborto continuava associado a ideias de pecado, imoralidade e desvio sexual. Essa diferença de tratamento — jurídico, religioso e simbólico — mostra como a cesariana foi moldada não apenas por avanços médicos, mas por uma moral católica profundamente internalizada na formação dos saberes obstétricos no Brasil.

Os médicos brasileiros que, no começo do século XX, encabeçaram a tentativa de desenvolver a cesariana, viveram em um contexto em que a Igreja Católica rejeitava qualquer investidura de laicidade (MARQUES, 1995, p. 21). Nesse sentido, os especialistas não interagiam somente entre si, mas também com diversos grupos sociais, científicos ou não, de modo que os fatos científicos — tal foi o caso da cesariana — não pertenciam somente à comunidade profissional, mas podiam ser apropriados por outras instâncias e instituições (LOWY, 1994, p. 238).

Ideias científicas se associam a ligações de origens diversas e imprecisas e, dessa forma, com o passar do tempo, tornam-se mais robustas e inspiram cientistas a procurar conteúdos que legitimem uma ideia outrora nebulosa e persistente. Além de orientar rumos de pesquisas e esforços clínicos, as protoideias permanecem fixas na opinião pública. A trilha da cesariana, como uma cirurgia cultural e historicamente alinhada aos preceitos católicos, já estava aberta pela protoideia, e é traçada como um objetivo, mesmo diante das altas taxas de mortalidade materna e fetal, além de complicações posteriores procedimento cesáreo.

**Já em 1951, o aborto terapêutico apareceria novamente na fala do Papa Pio XII como inescusável, independentemente de qualquer “indicação”. Considerando várias encíclicas e discursos papais que, entre as décadas de 1860 e 1950, exortaram os obstetras a não procederem com o aborto terapêutico, é possível inferir que a insistência da Igreja sobre o assunto indica que a prática abortiva também persistia. É possível notar, assim, que alguns coletivos de médicos buscaram mais rapidamente se adaptar aos preceitos religiosos, ao passo que outros buscaram conciliar os usos do aborto, ou não tomaram posição aberta sobre o assunto**

**CAPÍTULO 2. OS CORPOS MÚLTIPLOS E AS DIFERENTES CESARIANAS**

*Ajudantes inteligentes, instrumentos ótimos,  
luz, espaço suficiente para os movimentos necessários,  
temperatura apropriada, calma e precisão, são indispensáveis  
para diminuir o número dos insucessos  
que apresentam as estatísticas [da cesariana]  
(DOURADO, 1880, p. 22).*

O capítulo anterior discorreu sobre as razões pelas quais a cesariana deveria superar o aborto terapêutico, mas a operação cesárea existente, até aquele momento, era sacrificial. A partir de um contexto em que se produziu uma valorização do indivíduo, tal como a rejeição ao sacrifício materno, o resultado funesto para a mãe não era mais apropriado à nova expectativa de sobrevivência da mulher e do conceito em casos de parto complicado. Para superar o aborto terapêutico, os obstetras precisariam também superar os vários entraves impostos pela cesariana e aperfeiçoar a técnica, ou, melhor dizendo, desenvolvê-la, tornando-a efetivamente viável, especialmente no que dizia respeito à sobrevivência da mulher.

Alguns aspectos técnicos específicos deveriam ser desenvolvidos para romper com a histórica relação entre cesariana e morte. Neste capítulo, irei apresentar esses elementos, que precisavam ser solucionados para que a técnica deixasse de ser meramente sacrificial. Antes de serem mudanças que correspondem puramente ao progresso técnico da Medicina, argumento que havia dificuldades na incorporação prática desses recursos em benefício da cesariana. O horizonte de desenvolvimento da cesariana, com o objetivo de cindir com sua tradição sacrificial, significava, também, produzir uma cisão com o modo de compreensão do parto vaginal, e resultaria, ainda, em uma série de divergências entre gerações de obstetras – mais ou menos engajados na via de parto abdominal.

De acordo com a antropóloga neerlandesa Annemarie Mol (2002), o corpo não possui um significado intrínseco e inequívoco na prática médica, mas é encenado conforme diferentes realidades e práticas, em uma interação entre significados e materialidades. Para Mol (2002, p. 45), o verbo encenar seria adequado para definir o que se entende por prática médica, uma vez que implica em trazer, para o primeiro plano, o roteiro da encenação. No roteiro está contida a prática, a forma de fazer, os sentimentos que se espera observar nos atores, além do cenário em que ocorre a encenação. *Enact*, verbo original utilizado pela autora, também tem o sentido de decretar, impor legislativamente. A prática constrói o corpo, torna-o realidade, é a dimensão material em que a ideia e a teoria se encontram.

O corpo múltiplo é aquele que carrega diferentes significados, conforme a rede de interações em que está inserido e, como argumenta Mol (2002), é múltiplo também nas interpretações de seus sinais, sintomas e características. Em sua pesquisa, centrada na aterosclerose – doença circulatória que afeta os membros inferiores – a autora percebeu que o corpo do doente, quando em sua própria casa, é encenado por sintomas, como dores nos tornozelos, dificuldades para subir escadas, exaustão ao fazer caminhadas curtas. No hospital, a mesma doença é encenada a partir de outros sinais do corpo, como biópsias dos tecidos do paciente e parâmetros de exames cardiocirculatórios. Por meio dessas diferentes concepções de

corpo, as doenças e os sintomas são encenados de formas diversas. O corpo, em uma pequena lâmina de análise laboratorial, não é o mesmo corpo que toma de preocupação o paciente ao reconhecer que suas próprias funções motoras não estão bem, e nem mesmo o corpo manuseado pelo cirurgião, que, fendendo-o, observa as veias inchadas. São todos corpos diferentes, embora incorporem uma mesma doença.

As doenças e as relações entre corpo e saber médico não são elaboradas culturalmente apenas de forma teórica, mas estão conectadas à realidade da matéria corporal e são construídas na prática. É a prática que gera o corpo, assim como também o contrário se pode afirmar. O corpo em que, desde a Antiguidade, se executa a cesariana sacrificial, não é o mesmo corpo em que se realiza a cesariana em desenvolvimento nos anos 1920, e tampouco é o corpo da cesariana normalizada, da década de 1950 em diante. É um corpo diferente, ainda, daquele que passa pela versão mais recente do procedimento, datada do século XXI e chamada epidêmica. Por isso mesmo, as técnicas de cesariana tornam-se diferentes ao longo desse período, incidindo de formas distintas sobre os corpos. Buscando compreender as noções de corpo, entende-se a técnica e a prática.

A cesariana sacrificial corresponde a uma ideia de corpo sofredor, penitente, e é delimitada por uma noção religiosa de que o corpo da mulher grávida deve ser aberto para dar vida ao conceito. A técnica cesárea que corresponde a esse tipo de corpo é centrada apenas no corte. O grande corte abdominal, ou próximo ao tórax, no sentido vertical, que, sem almejar pela sobrevivência da mulher, não tem limites pré-definidos, deve ser suficientemente grande para que o conceito possa sair. Se não era esperado que a paciente sobrevivesse, métodos de anestesia, sutura e assepsia tampouco se faziam foco da operação.

A interdição do uso do aborto terapêutico, a partir de meados do século XIX, implicou em um movimento de conciliação entre permanências e rupturas. Se, por um lado, o aborto passava a ser cada vez mais disputado – por sentidos de pecado, na esfera religiosa, e como crime, no âmbito penal –; por outro, a cesariana não acionava as mesmas noções, não era pecado, e tampouco crime. No caso do parto complicado com necessidade de intervenção, a possibilidade da cesariana parecia mais desimpedida, justamente por acionar uma protoideia conformada aos preceitos religiosos. Porém, na tentativa de solucionar o parto complicado pela cesariana, havia um problema: se o aborto não poderia ser utilizado, por ser um recurso alegadamente mortal para o conceito, a cesariana também levava a resultados funestos para a mãe, que, diante do corte cesáreo, não sobreviveria.

Em consulta ao Santo Ofício sobre o uso do aborto terapêutico, em 1884, o bispo de Lyon, na França, recebeu a orientação do Vaticano de que o ensino e a prática de embriotomias,

craniotomias e demais técnicas de abortamento deveriam ser vedados em escolas e hospitais católicos. Em nova consulta, dois anos depois, em 1886, o Vaticano reiterou a resposta, mas acrescentou que, em instituições católicas, deveriam ser vedadas “todas as intervenções cirúrgicas que matam o feto e a mãe grávida” (RANKE-HEINEMANN, 1996, p. 319). A inclusão do entendimento de que também as mulheres não poderiam ser vitimadas por procedimentos cirúrgicos durante o parto complicado, exerceu pressão e corroborou com o desenvolvimento de outras formas de solucionar o conflito materno-fetal que resultassem na vida de ambos: conceito e mulher (RANKE-HEINEMANN, 1996, p. 320).

Desenvolver a cesariana como um recurso de salvamento para mulher e conceito era um objetivo que conservava certos sentidos da cesariana, mas não todos. Por ter estreita relação com a religião católica, a cesárea era melhor vista do que o aborto terapêutico, aspecto que se manteve conservado. A reputação da cesariana e seu papel protoideário estavam historicamente assegurados, no entanto, o procedimento precisaria mudar seus resultados, especialmente para a mulher. Conforme a indicação papal de 1886, poupar a vida do conceito não seria mais suficiente, era necessário que a técnica se desenvolvesse a ponto de salvar também a mulher.

A contestação, durante meados do século XIX, de que não seria correto imolar a vida de uma mulher adulta por meio da cesariana sacrificial, que culminou no desenvolvimento do aborto terapêutico, foi rapidamente sufocada por uma série de decretos de Roma. Contudo, a argumentação em favor da vida da mulher também gerou impactos, pois motivou a necessidade de alteração da cesariana ao ponto de a própria Igreja Católica pressionar pelo desenvolvimento de um outro tipo de cesariana. Além disso, em casos de severa complicação no parto, os médicos tampouco desejavam ocupar a posição de realizar um procedimento mortal para uma mulher adulta. Conforme demonstra Rita Marques (2005), entre obstetras e ginecologistas, a observância aos preceitos católicos era essencial para angariar a confiança da clientela. Outro aspecto dessa confiabilidade resultava do sucesso das intervenções. Tendo em vista a reputação da cesariana, por muito tempo relacionada à morte da mulher, o recurso ao corte cesáreo enfraquecia a confiabilidade do obstetra chamado para atuar no parto complicado. Como informa o Dr. Bacellar, em 1845, sobre a cesariana: “seria muito degradante ao prático operar uma mulher cuja bacia não apresenta dificuldade alguma à saída do feto” (BACELLAR, 1845, p. 30). A degradação da imagem do obstetra, como aquele que realiza cesarianas de maneira inconsciente, deveria ser evitada. Demonstro, na próxima sessão deste capítulo, as diferentes técnicas cesarianas e suas formas de interação com o corpo.

## **2.1 O corte para a morte**

Para Annemarie Mol (2002, p. 142), o cirurgião moderno é aquele sujeito autorizado, por seu conhecimento, a realizar o corte no corpo; ao passo que a cirurgia é entendida pela antropóloga como o único momento em que, sem sobra de dúvidas, alguém está habilitado a ferir outra pessoa de forma legítima. Entretanto, num contexto em que a autoridade médica ainda não havia sido plenamente estabelecida, existiam outras formas de autorização e justificativa para o corte. A cesariana sacrificial aceitava como praticantes parteiras, padres, familiares, cirurgiões, ou espectadores que, dispendo-se a realizar o procedimento, teriam sua legitimidade conferida pela autoridade moral e espiritual do batismo.

Como pude demonstrar no capítulo anterior, até meados do século XIX, foi produzido no Brasil um menor número de teses médicas sobre o uso da cesariana como tema principal, e há poucas menções sobre seu uso, justamente por conta da possibilidade de intervir nos partos complicados com o aborto terapêutico. Num primeiro momento, entre 1845 e 1870, as teses que descrevem a cesariana apresentam a técnica sacrificial, e, por isso mesmo, a maioria dos alunos, como seus professores, compreendiam que deveriam lançar mão do procedimento obstétrico apenas como último recurso. O próprio aborto terapêutico, com resultados mais seguros para a mulher, deveria ser recorrido antes da cesariana. Apenas alguns poucos autores dessas teses, como o Dr. Thompson – que defendeu seu trabalho sobre o tratamento de eclampsia, em 1870, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro –, eram absolutamente contrários ao uso do aborto terapêutico, e recomendavam esperar o caso evoluir, de forma autônoma, a fins de evitar o recurso abortivo. Se a espera não gerasse resultado, recomendava-se, então, o uso da cesariana, mesmo que sacrificial, como solução para o parto complicado:

Somos de parecer, à vista das observações por nós lidas, que o tratamento geral pode em certos casos impedir o aborto, e a prenhez seguir o seu curso plácida e serenamente, sem que acidente algum venha perturba-la mesmo durante o parto. Com que direito provocaríamos o aborto? Com que direito aniquilaríamos a existência de um ser, cuja vida para o futuro poderia ser preciosa à sociedade, e até mesmo indispensável e necessária? Deixamos, pois, a natureza obrar por si, encarreguemo-la dessa tarefa para nós demais onerosa e de suma responsabilidade e acompanhemos a conduta de Dubois e Depaul que em casos semelhantes só confiam e esperam no elemento – natureza (THOMPSON, 1870, p. 46).

Os médicos franceses eram conhecidos por suas práticas de aborto terapêutico, ao qual o Dr. Thompson era contrário; mas, no que se tratava de aguardar o momento da intervenção, esse grupo heterogêneo de obstetras concordava que era preciso cautela. Thompson crê que ele não teria a prerrogativa necessária para tomar a decisão do aborto terapêutico, mas também se

escusa de praticar a cesariana, por saber que este procedimento provavelmente seria fatal para a mulher, e, portanto, recomenda não agir nesse tipo de caso.

O Dr. José Bacellar, que tratou sobre o uso da cesariana em sua tese, defendida em 1845, na Faculdade de Medicina da Bahia, comenta sobre os diferentes lugares do corpo onde o corte poderia ser realizado. Pela lateral do abdômen, pelo centro do abdômen, na transversal do ventre, ou na altura dos pelos pubianos. Todos os tipos de corte acarretavam risco de morte, podendo acidentar artérias ou atingir outros órgãos internos, além do útero. Em todos os casos, Bacellar reconhecia a semelhança em relação ao método utilizado desde a Antiguidade, que, apesar de trazer variações quanto ao lugar da incisão, resumia-se, basicamente, a um corte grande o suficiente para que o concepto fosse expelido. Em suma, diz: “tantos e tão variados processos assaz extremos mostram o quão difícil e grave é a operação cesariana” (BACELLAR, 1845, p. 28).

Bacellar também diz da forma de encenação da cesariana – como sinônimo de corte – naquele contexto:

As aplicações dos instrumentos cortantes no corpo da mulher têm algumas vezes por fim salvar o menino, que não pode passar pelas vias naturais, é desta arte dar-lhe um caminho mais fácil. Esses instrumentos trazem tristeza e consternação às famílias e muitas vezes põem a termo a vida da infeliz parturiente (BACELLAR, 1845, p. 12).

Nota-se que o ator principal da cena é a lâmina do cirurgião, e não o cirurgião em si. A agência é do instrumento cortante, que traz tristeza à família da paciente em vias de morrer. É possível observar, ainda, que o “instrumento cortante” é genérico, não sendo descrito um instrumento específico. No capítulo anterior desta tese, trago uma breve menção, do Dr. Dubois, à cesariana como “a faca cesariana”. A redução da cesariana ao instrumento cortante demonstra que a prática não seria tanto uma técnica, mas um ato ou gesto que independe das habilidades do profissional que executa o corte.

Outro gesto de cesariana sacrificial apresentado por Thompson é a cesariana vaginal. Considerada por ele a melhor forma de se realizar a cesariana sacrificial, seria mais efetiva nos casos em que o concepto já estivesse muito “baixo”, ou seja, quando o trabalho de parto há muito se delongava. A cesariana vaginal seria uma incisão para cortar o colo do útero, abrindo passagem para o concepto. Sobre isso, Thompson explica:

Quanto ao manual operatório é muito simples: toma-se o bisturi abotoado de cabo comprido, de maneira que a extensão da lâmina seja curta. Esvazia-se o

reto e a bexiga; depois, mandando colocar a mulher transversalmente sobre o leito, as pernas afastadas e os calcanhares repousando sobre os joelhos de dois ajudantes, introduz-se o indicador da mão esquerda e procura-se o ponto mais saliente do orifício [do colo do útero]. Chegado ao lugar desejado, vira-se o bisturi, executa-se um movimento de serra e corta-se de cinco milímetros (THOMPSON, 1870, p. 47).

O bisturi abotoado era um instrumento mantido dentro de uma capa protetora para ser inserido na vagina da paciente; ao alcançar o local da incisão, a capa era desabotoada — daí o nome. O corte era simples, pois não se esperava a recuperação da paciente. No parágrafo seguinte, Thompson recomenda que, se uma incisão de 5 milímetros não fosse suficiente, outras deveriam ser feitas até que a passagem do concepto fosse viável. O médico sequer menciona procedimentos complementares, como a sutura após o corte. Bacellar (1845), por sua vez, considerava necessário limpar a ferida e observava que alguns obstetras na Alemanha e na França já realizavam a sutura do útero: “houve práticos que julgaram tão necessária a sutura que chegaram a dizer que se deviam por os fios antes de se abrir o útero, para que a reunião [das partes da ferida] se fizesse mais cedo” (BACELLAR, 1845, p. 33). Ele próprio, contudo, não parecia convencido da necessidade do uso de linha e agulha para fechar o útero.

A ausência de procedimentos de sutura, o silêncio sobre substâncias anestésicas e a falta de preparo higiênico reduziam a cesariana a um mero corte — seguido, quase invariavelmente, da morte da paciente. Para Annemarie Mol (2002, p. 143), o cirurgião que realiza o corte não é, necessariamente, o mais conhecedor. Muitas vezes, o ato de cortar está mais relacionado à autoridade de quem o realiza — à legitimidade para fazê-lo — do que ao saber técnico sobre como fazê-lo. No caso da cesariana sacrificial, não se discutia o saber-fazer da técnica; o corpo, roteirizado como aquele que deveria ser fulminado, encenava essa realidade por meio de um grande corte.

No apanhado de Thompson sobre como se deveria proceder em uma cesariana vaginal, o autor menciona que a paciente, no momento da incisão, deveria estar com os calcanhares apoiados sobre os joelhos dos ajudantes, conforme citação acima. Esse apoio dos ajudantes informa sobre o ambiente em que, naquele contexto, a cesariana possivelmente seria realizada. Não é possível saber se seria um espaço hospitalar ou doméstico, mas, de toda forma, o espaço não contava com aparato ou mobiliário pertinente para esse tipo de intervenção. Os corpos dos assistentes apareciam assim, como suporte improvisado para amparar a paciente.

Em sua tese (1870), o Dr. Thompson apresenta um caso hipotético de eclampsia, em que a paciente estaria em coma profundo, para argumentar que o obstetra tinha o papel de esperar pelo momento de intervir, especialmente se não tivesse experiência. Para Thompson

(1870, p. 44), intervir em um parto complicado não tendo experiência seria como lançar-se na “mais densa treva”. O autor conclui que o melhor a se fazer seria aguardar a “natureza”, ou seja, esperar que o caso se resolvesse por si só, com o óbito da mulher e do concepto, visto que a definição sobre quando o corte mortal deveria ser executado era uma “tarefa para nós demais onerosa e de suma responsabilidade” (THOMPSON, 1870, p. 46).

O Dr. Carvalho, em sua tese sobre estreitamento pélvico, defendida em 1865 na Faculdade de Medicina da Bahia, confessa que o pior aspecto das intervenções no parto seria, certamente, a dúvida; a incerteza relacionada ao momento correto e às circunstâncias adequadas para lançar mão de intervenções que, muito provavelmente, resultariam na morte da paciente. Para Carvalho (1865), a angústia se dava porque o ofício do médico era ingrato, sendo chamado apenas para socorrer os casos mais desesperados e, ainda assim, os leigos esperavam o êxito de sua intervenção: “incertezas e hesitações, que passam despercebidas para os homens que desconhecem as dificuldades da arte, mas que as compreendem perfeitamente os práticos eminentes” (CARVALHO, 1865, p. 35).

A dificuldade na definição do momento da operação também pode explicar a recusa ou a incerteza em tomar a responsabilidade de empreender o corte fatal. Ainda que a autoridade médica no parto estivesse em construção, como demonstra Ana Paula Martins (2004, p. 80) sobre a crescente medicalização do parto; no caso da prática da cesariana, os médicos não desejavam deter sozinhos a última palavra, visto que a morte da paciente poderia causar comoção e até levar o praticante à má reputação.

## **2.2 A sutura para cura**

O corte fatal da cesariana sacrificial não era difícil, bastava cortar. Mas, para aperfeiçoar o procedimento, era preciso mudar a forma de realização do corte e inventar uma conduta para além do sacrifício. A cesariana sacrificial, em que, por razões religiosas, não se expecta a sobrevivência da mulher, não caberia mais à lógica pós-Iluminista, apresentada no primeiro capítulo, de valorização do indivíduo, preservação do corpo, recusa da dor e do suplício, e, principalmente, de secularização. Ainda que tenha sido mantida a protoideia da cesariana como prática aceitável para a religião católica, seu viés sacrificial perdeu espaço, no mundo ocidental, após a invenção da autonomia dos corpos. A partir daí, surgiu a necessidade de modificar o resultado da cesariana, e, por consequência, a técnica em si.

Além da insistência no ideal de desenvolvimento da cesariana, rompendo com sua tradição mortal; na prática, a cesariana se beneficiou dos aprimoramentos da cirurgia geral como um todo. Poucas teses desse contexto fazem menção, por exemplo, a procedimentos de assepsia – que só foram incorporados à prática médica a partir da década de 1860, quando o cirurgião britânico Joseph Lister passou a divulgar o bom êxito de suas cirurgias, realizadas após limpeza do campo cirúrgico com ácido fênico e ácido carboxílico. O que pouco se discute é que Lister também foi responsável por incentivar a prática de “ligaduras”, ou seja, de sutura por meio de agulha e linha, posteriormente às incisões cirúrgicas. Ele mesmo admitiu que o “princípio antisséptico” permitiu que sua prática pessoal de cirurgia fosse aprimorada, especialmente na sutura, já que a limpeza dos fios, imediatamente anterior, evitava supuração e permitia a recuperação dos tecidos e cicatrização (LISTER, 1867, p. 248).

A respeito da sutura do útero, no caso específico da cesariana, como destacam Cassia Roth e Luiz Antônio Teixeira (2021, p. 32), a contribuição do obstetra alemão Max Sänger foi essencial para a aumentar as chances de sobrevivência da mulher após a incisão. Foi Sänger quem introduziu a técnica, que, como visto anteriormente, ainda não era ponto pacífico da prática obstétrica no contexto do Dr. Bacellar.

A sutura do útero é certamente o maior indício de que a cesariana, da década de 1880 em diante, buscava novos resultados de sobrevivência para a mulher, objetivando um descolamento entre cesariana e morte. O Dr. Sänger, em seu artigo *Sobre a reabilitação da cesariana clássica*, de 1882, realiza um compêndio sobre sua convicção a respeito da importância da sutura uterina, abordando também a urgência por modificações na prática da cesariana. Sänger estava convencido de que tal sutura seria o ponto central para transformar o resultado da cesariana clássica, sacrificial. No referido artigo, o autor informa que, em 1871, o obstetra holandês Simon Thomas já praticava suturas no útero após o parto cesáreo (SÄNGER, 1882, p. 385). Abrindo mão da pretensão de originalidade da técnica, é possível entender que o procedimento de fechar a ferida, defendido por Sänger, complexifica a cesariana, uma vez que o corpo cesarianizado deveria ser curado. Suturar significa estancar, refazer, fechar, restaurar o tecido cortado, dando à paciente a possibilidade de recuperação.

É preciso, contudo, reduzir o espaço do determinismo tecnológico e entender que não apenas a assepsia, a anestesia e a sutura solucionaram os riscos da cesariana. Não interessa aqui negar o papel empreendido por essas técnicas, mas aferir como esses avanços foram – e se foram – incorporados à prática obstétrica da cesariana. Certamente houve mudanças técnicas que viabilizaram a cirurgia de forma geral, mas certos aspectos da cesariana só puderam ser desenvolvidos a partir da prática dos médicos, pelo contato com o corpo e, após o devido

treinamento. A existência desses recursos técnicos, portanto, não resultou em benefício imediato para a cesariana, pois era preciso, antes, saber como utilizá-los. A introdução de práticas de assepsia, por exemplo, não resultou na extinção de supurações e infecções em cirurgia. Não por ser uma técnica ineficiente, mas porque o manejo desse conhecimento é prático, envolvendo erros e acertos no cotidiano cirúrgico.

Para o historiador alemão Thomas Schlich (2010, p. 9), geralmente se aceita que a história dos procedimentos cirúrgicos tem seu ponto de virada no século XIX, com a introdução da anestesia e da assepsia, como se tudo fosse resolvido a partir de então. O determinismo tecnológico simplifica a relação entre tecnologia e prática, afirmando que, primeiro surge a tecnologia, e, então, a prática se apropria dela; para desarmar esse enviesamento, é preciso inverter a equação. Primeiro, há a necessidade de solucionar um determinado problema, no caso da cesariana, a morte da paciente, e, a partir daí, procura-se desenvolver tecnologias para dar condições à resolução do problema. Schlich (2010, p. 10) é assertivo ao dizer que, apenas a partir da observação da prática médica, é possível mensurar se as novas tecnologias de fato revolucionaram a história da cirurgia.

A introdução de técnicas – anestésicos, procedimentos de limpeza, sutura, transfusões de sangue, entre outras – ajudou a viabilizar a cesariana ao mesmo tempo em que introduziu à prática novos problemas, perguntas e incertezas. Isso porque geraram a necessidade de aprendizado e treinamento na lida e calibragem de tais recursos. Como destaca Jacqueline Wolf (2018), vários contratempos da cesariana foram solucionados por gerações de obstetras, em um esforço coletivo e independente da cirurgia geral. Considerando que a cirurgia é um saber-fazer, é preciso encenar repetidamente os processos, até que se torne eficiente.

A tese do Dr. Ângelo Dourado (1880), aluno da Faculdade de Medicina da Bahia, representa a segunda geração de obstetras que, entre as décadas de 1880 e 1890, foi fortemente influenciada pela cultura de antissepsia e de profissionalização da cirurgia como um todo. O Dr. Dourado descreve a cesariana, na década de 1880, assumindo a possibilidade de sobrevivência da mulher, de modo que sua descrição em muito difere daquela narrada por colegas das décadas anteriores. A cesariana, desse período em diante, torna-se complexa, dividida entre diferentes tempos operatórios: incisão, extração, limpeza e sutura.

O processo operatório, contudo, continuava envolvendo um grande corte, e o Dr. Dourado (1880, p. 23) descreve que a incisão, a ser realizada no abdômen, deveria ter aproximadamente 25 centímetros, e as demais camadas, como o peritônio e o útero deveriam ser cortados no mesmo sentido da primeira incisão. Entre as diferentes camadas do procedimento, o médico descreve obstáculos e chances de complicação, como hemorragias,

logo de início, no primeiro segmento da pele abdominal; no peritônio, a existência do líquido ceroso poderia contaminar os outros planos; as alças do intestino, por sua vez, poderiam dificultar o acesso ao útero; e, enfim, no corte do útero, a placenta poderia se apresentar antes, causando hemorragia. O ritmo do corte também era importante, já que seria preciso assegurar que, ao abrir o útero, o concepto não fosse ferido.

Após o corte, e a consequente retirada manual do concepto e da placenta, o Dr. Dourado passa a descrever o que considera a parte mais difícil da cirurgia:

Entremos agora em uma questão difícilíssima de resolver-se, é o modo pelo qual se deve proceder relativamente ao curativo da ferida do útero depois da extração do feto e dos líquidos. Alguns autores aconselham que se deve fazer a sutura com fio metálico ou animal, mas isto apresenta inconvenientes, como sejam, dando-se a retração do útero, os lábios da ferida se afastam, os líquidos purulentos poderão cair na cavidade peritoneal (DOURADO, 1880, p. 24).

A sutura, nesse sentido, simbolizou um aspecto que inspirava esperança de melhor prognóstico para as pacientes, mas, concomitantemente, era também uma etapa a ser aperfeiçoada. Nas páginas seguintes, o médico segue expressando suas preocupações a respeito da contaminação que a intervenção cesariana, por conta da manipulação do obstetra, poderia gerar em outros órgãos internos.

A Dra. Rita Lobato Velho Lopes, aluna da Faculdade de Medicina da Bahia, também reforça a preocupação dessa geração de obstetras com relação à lesão do peritônio decorrente da cesariana, e recomenda um processo chamado gastro-elitrotomia, ao qual define da seguinte forma: “tal é a designação de um processo especial, destinado a substituir a operação cesariana propriamente dita, e que tem por fim a extração artificial sem lesar o peritônio e o útero” (LOPES, 1887, p. 26). O método é uma variação da cesariana vaginal e visava à ampliação do colo do útero para viabilizar a expulsão do concepto. Com a apresentação da gastro-elitrotomia pela médica, é possível perceber algumas características de sua geração, que, além de ter buscado prevenir o comprometimento do abdômen, tinha a intenção direta de suplantar a “cesariana propriamente dita”, recorrida pela geração anterior.

A mudança do corte largo e mortal para a incisão “semi-lunar que, partindo da espinha ilíaca antero-superior, vá terminar na sínfise pubiana” (LOPES, 1887, p. 27), indica a complexidade do processo, que agora passa a ser descrito por uma linguagem cada vez mais técnica, demonstrando também o desenvolvimento do conhecimento anatômico. A Dra. Lopes (1887, p. 39) apresenta o último tempo do procedimento, centrado na sutura, que seria “vantajosa quanto ao resultado final da operação”. A obstetra também afirma que, no contexto

de sua escrita, a necessidade de sutura já era um consenso entre os obstetras, embora ainda se discutisse a melhor maneira de realizá-la. Além dessa preocupação com a fase final da cesariana, a médica determina que esta seria uma “alta cirurgia”, um processo complexo, de modo que todas as regras da antissepsia deveriam ser observadas para que fosse alcançado o sucesso.

Como se vê nas narrativas do Dr. Dourado e da Dra. Lopes, além do ponto principal da cirurgia – o nascimento –, o parto por via abdominal trazia intrincados elementos a serem considerados com diligência. Após o corte inicial, a complexidade da cesariana estaria exposta, encontrando percalços impostos, por exemplo, por outros órgãos internos, líquidos, secreções e tecidos. Soma-se a isso o fato de que a cavidade abdominal representava, em si, um novo desafio para a prática obstétrica. Até então, a entrada de médicos, majoritariamente homens, na cena do parto estava centrada na pélvis. Carmen Diniz (1996, p. 119) afirma que a crescente intervenção no parto foi um sintoma da patologização da pélvis. A interpretação de que a via pélvica seria defeituosa – daí a definição de “distocia”, que significa disfuncional – foi essencial para reforçar que a astúcia masculina, mais eficiente que as capacidades fisiológicas da mulher, poderia superar essa distorção.

A racionalização do parto e a procura por objetividade nos procedimentos de nascimento seriam maneiras de evitar imprevistos. Tal racionalização pode ser percebida pela pelvimetria, um conjunto de técnicas, desenvolvidas, desde fins do século XVII, para medição dos ângulos da bacia e aferição das condições de passagem do feto. O exame envolvia compassos, réguas, além de toques ginecológicos. A precisão do teste era bastante precária, mas, ainda assim, a compreensão geométrica e cartesiana da pélvis foi uma tentativa de criar meios de atestar, objetivamente, distinções entre o normal e o patológico (MARTINS, 2004, p. 92). Ana Paula Martins (2004) também enfatiza que a pelvimetria seria a síntese do corpo que deve ser objetificado, analisado e medido de forma objetiva, direta, para que a natureza pélvica pudesse ser expressada em um valor numérico. Apesar dos séculos de produção e divulgação de textos que postulavam a importância da apuração das “condições de passagem”, o exame era impreciso e não respondia à principal pergunta dos obstetras: estariam diante de um parto fácil ou complicado?

Os “vícios da pélvis” eram os principais motivos de complicação no parto. A “falta de passagem” era a variável mais comum, que resultava no parto como evento incontrolável, perigoso, arriscado e que facilmente poderia se complexificar, pois, sem espaço o suficiente para a passagem do bebê, instrumentos como fórceps, cranioclastas ou cefalotribos, entrariam em cena, pelo canal vaginal, para dar fim ao parto. Essas intervenções instrumentais operativas

aumentavam consideravelmente a chance de infecção puerperal, que, até a difusão dos antibióticos, levava à morte. Era exatamente nesse contexto de “falta de passagem” que as parteiras, em geral, optavam por solicitar a presença dos médicos operadores, habilitados para o manejo de instrumentos (ROHDEN, 2001, p. 60). Logo, se os casos complicados eram aqueles atendidos pelos médicos, a busca por maneiras de solucionar problemas mais graves ficou a cargo dessa categoria.

Como apontam Andreza Nakano, Claudia Bonan e Luiz Antônio Teixeira (2017, p. 424), no século XX, a via vaginal continuaria a ser considerada imprevisível, fonte de incertezas para o obstetra, que já havia reconhecido na cesariana normalizada a superação da imprevisibilidade do parto. Porém, em gerações anteriores de obstetras, a cesariana havia sido entendida como um procedimento imprevisível e complexo, como dizem o Dr. Dourado e a Dra. Lobato, e, ainda que fosse objetivada a sobrevivência da mulher, deveria ser recorrida como último recurso, posterior até ao aborto terapêutico.

A cesariana é uma mudança na forma de solucionar o parto complicado. O conhecimento do corpo pélvico/vaginal não colaborava com a realização do procedimento. O abdômen, e toda a complexidade de sua cavidade, era entendido como imprevisível. Após o corte, o obstetra estaria diante do corpo abdominal, e não do corpo pélvico, e esse era um aspecto a ser desenvolvido para que a cesariana enfim fosse aperfeiçoada e empreendida como recurso não mais sacrificial: como lidar com a cavidade abdominal, até então pouco explorada pela obstetria, que havia passado séculos estudando a pélvis?

A aparente contradição desse contexto se dá pelo fato de que, ao mesmo tempo em que novos recursos técnicos, como assepsia e anestesia, tornaram-se disponíveis, permitindo uma cesariana cada vez mais bem sucedida; o manejo desses mesmos recursos deveria ser aprendido na prática e conciliado com esse novo corpo, abdominal. Esse imbróglio tornava a cesariana cada vez mais possível e, ao mesmo tempo, mais complexa e, portanto, difícil. Os autores das teses apresentadas neste tópico não informam se eles próprios realizaram cesarianas, mas demonstram as rupturas entre o gesto cesáreo sacrificial e a cesariana como cirurgia a ser aperfeiçoada, assim como as dúvidas que se impunham no processo. Importa, agora, apresentar a prática da cesariana, ainda em desenvolvimento, e como o conhecimento obstétrico foi encenado sobre o corpo.

### **2.3 A técnica na prática: diferentes corpos colidem**

A tese *Da embryotomia e seu paralelo com a symphiotomia e a operação cesareana*, defendida em 1866 pelo Dr. Luiz da Cunha Feijó Junior (1843 – 1913), é especialmente importante para este capítulo, pois registra cesarianas, por ele praticadas, quando lecionava na cadeira de Partos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. É importante informar que O Dr. Feijó Junior era filho do barão de Santa Isabel, Dr. Luiz da Cunha Feijó (1817 – 1882), que também havia sido professor da cadeira de Partos na mesma instituição. Durante o século XIX, o ensino de obstetrícia no Rio de Janeiro foi comandado pelos Feijó. Ambos detinham diminuta experiência em partos, de forma geral, mas há registros de que teriam realizado abortos terapêuticos e cesarianas como as que serão apresentadas nesta parte do capítulo.

O primeiro registro diz respeito da prática do pai, O Dr. Feijó pai esteve à frente do atendimento à princesa Isabel do Brasil durante o parto de seu primeiro herdeiro, em 1874, e foi atacado nos jornais, após denúncia anônima, por ter performado uma craniotomia no bebê. O caso foi debatido publicamente, e a imperícia do obstetra, que fez uso incorreto do clorofórmio e do fórceps, correu o país. Como dimensiona Mary Del Priori, os jornais publicaram um folheto anônimo (DEL PRIORI, 2013, p. 120) afirmando que o Dr. Feijó pai e seu séquito mancharam a reputação dos obstetras profissionais diante do país<sup>17</sup>. A historiadora Lorena Telles (2019, p. 167) ressalta que o atendimento em clínicas privadas expressava o cerne de sua prática obstétrica. Além disso, Telles apresenta diversos casos em que, valendo-se de laços de amizade com proprietários de pessoas escravizadas, o patriarca dos Feijó intervia em casos severos de doenças ginecológicas e partos complicados de mulheres escravizadas. Sem essas conexões pessoais e prestígio social, outros obstetras não conseguiam ter acesso à cena do parto. Maria Renilda Barreto (2016, p. 393), por sua vez, destaca que a atuação de parteiras leigas e treinadas em parto no Brasil, durante todo século XIX, colaborou para o afastamento masculino da prática do parto, (BARRETO, 2016, p. 401). Fora desses espaços de prática, possibilitados por relações pessoais, os obstetras formandos tinham poucas oportunidades para intervir e desenvolver habilidades no manejo de instrumentos.

Em sua já mencionada tese (1866), o Dr. Feijó Junior comparava a embriotomia, a cesariana e a sinfisiotomia, tendo-a defendido quando seu pai era professor da cadeira de Partos e vice-diretor da Faculdade de Medicina. Sobre a embriotomia, primeira operação abordada na tese, o autor afirma que apoiar inveteradamente o procedimento seria um extremo, mas seria uma postura igualmente radical recusar completamente seu uso. Ao longo de nove páginas,

---

<sup>17</sup> Para detalhes deste caso ver o primeiro capítulo de *“O feto que atenta contra sua vida”: o aborto como terapia nas teses médicas (1830-1890)* (DORNELAS, 2018), e *Ensino de Obstetrícia no Brasil do século XIX: entraves na medicalização do parto* (DORNELAS, 2019).

Feijó Jr. detalha as diferentes maneiras de empreender o aborto terapêutico e, inclusive, afirma que a prática de seu pai contava com casos de embriotomia realizados na maternidade da Misericórdia.

Após essa seção, o obstetra dedica modestas uma página e meia de sua tese para abordar a cesariana. Primeiro, o autor trata da história do procedimento, apresentando, logo após, o método operatório e, por fim, conclui a seção. O Dr. Feijó Junior não menciona nenhum caso envolvendo seu pai na maternidade da Misericórdia e afirma, sobre a cesariana: “atualmente considerada pelos parteiros, com justa razão, como uma das mais graves operações, é tida por eles como recurso extremo para os casos desesperados” (FEIJÓ JUNIOR, 1866, p. 10).

Ao descrever o procedimento operatório, Feijó Jr., diz que, antes mesmo que fosse praticada a incisão, dois ajudantes deveriam estar encarregados de, com as palmas as mãos sobre a barriga da mulher, “trazer e fixar o útero na linha mediana; o outro [ajudante] superiormente para impedir que as vísceras abdominais venham interpor-se entre o útero e a parede do ventre” (FEIJÓ JUNIOR, 1866, p. 11). O médico explica que as diferentes camadas de tecidos deveriam ser cortadas, a fim de alcançar o útero. Antes, porém, a “folha do peritônio” deveria ser perfurada com o dedo indicador, que abriria a delicada película responsável por envolver os órgãos internos. Ao começar o procedimento de corte, os assistentes precisariam manter-se firmes na “compressão lateral”, para evitar que os órgãos internos fossem expelidos do corpo. O feto, então, deveria ser puxado – pela parte que se apresentasse –, e, logo depois, a placenta poderia ser retirada, para que, finalmente, fosse praticada “a união dos lábios da ferida abdominal por meio de uma sutura” (FEIJÓ JUNIOR, 1866, p. 11).

A seção seguinte da tese de Feijó Jr. é sobre a operação sigaultiana, ou sinfisiotomia. O procedimento consistia em um corte no tecido mole que conecta os lados dos ossos púbicos. Partindo do clitóris, até atingir o local da junção, o bisturi deveria separar o tecido que liga os dois lados da bacia. Essa incisão resultaria na abertura da pélvis e facilitaria a expulsão do concepto. O autor afirma que, naquele contexto, essa operação já havia sido abandonada e poucos se dispunham a realizá-la.

Ainda que Feijó Jr. não recuse a importância da cesariana e que não se declare um partidário extremista do aborto terapêutico, percebe-se que, em seu julgamento, a solução do parto complicado deveria se dar pela via vaginal. Tanto o aborto terapêutico quanto a sinfisiotomia são procedimentos centrados na pélvis. Embora sejam formas de intervenção de alta complexidade, ambas reforçam o modo de ver a via vaginal de parto como forma de solucionar a complexidade obstétrica. Tanto Feijó Jr. quanto Feijó pai faziam parte de uma

geração em que cesariana acionava as noções de risco, fatalidade e último recurso; antes de acioná-la, era preciso tentar o aborto terapêutico. O obstetra Jorge de Rezende, em sua rememoração do percurso da cesariana no Brasil, afirma que “de 1881 a 1904 houve 5 cesarianas no Rio de Janeiro. Era o feticídio regra, os mais susceptíveis apenas esperavam a morte do concepto para reduzi-lo a operação embriotômica” (REZENDE, 1992, p. 40). De fato, para os Feijó, o aborto terapêutico deveria ser colocado em prática sempre que houvesse indicações para tal e, com isso, a cesariana perdia espaço em sua prática.

Voltando à tese de Feijó Jr., após discutir seus motivos técnicos e legais para preferir o aborto terapêutico, o autor passa a dialogar com o que chama “argumentos religiosos dos cesarianistas”. Primeiro, diz que a violação do 5º mandamento, “não matarás”, não se aplica ao obstetra, que age em função de evitar um mal maior. Além disso, argumenta que o batismo, uma das principais razões históricas que levou a Igreja Católica a recomendar a cesariana, também poderia ser feito dentro do útero (FEIJÓ JUNIOR, 1866, p. 16). É bom lembrar que, no caso da embriotomia realizada, pelo Feijó pai, no primeiro parto da princesa Isabel do Brasil, o concepto foi batizado dentro do útero, por meio de uma seringa especial, antes de passar pela embriotomia (DORNELAS, 2018, p. 55). Feijó Jr., enfim, termina suas explicações aos cesarianistas dizendo que gostaria de ter mais tempo para debater com o padre Debreyne, a quem chama “exagerado defensor da operação cesariana” (FEIJÓ JUNIOR, 1866, p. 17).

O referido padre era o francês Pierre Jean Corneille Debreyne (1786-1867), também médico, interessado em embriologia sagrada, um ramo da teologia moral que discute temas metafísicos, como a alma humana e a animação fetal. Por razões religiosas, Debreyne (1874, p. 382) era partidário da cesariana e argumentava que cabia à mulher o dever cristão de oferecer-se à cesariana sacrificial, dando vida ao concepto e permitindo seu batismo. A produção do padre Debreyne repercutiu entre os obstetras franceses, que precisavam retrucar suas críticas ao aborto terapêutico, e também é mencionada, na tese do Dr. Feijó Junior, como uma referência à conexão entre cesariana sacrificial e religião.

Sem se delongar sobre os argumentos específicos da alma do concepto, o Dr. Feijó Junior termina sua tese afirmando o seguinte: “julgamos ter provado a superioridade da embriotomia sobre a operação cesariana, provando igualmente que não procedem os principais argumentos religiosos dos cesarianistas” (FEIJÓ JUNIOR, 1866, p. 17). Feijó Jr. pertencia a uma geração de obstetras que reconhecia a pressão religiosa exercida sobre o uso do aborto terapêutico, tal como a opinião da Igreja a respeito da necessidade da cesariana, para fins de batismo; ainda assim, não estava comprometido com o desenvolvimento de outras formas de procedimento cesáreo, como a geração do Dr. Dourado e da Dra. Lopes iria propor um par de

décadas mais tarde. Sua opinião, em favor do aborto terapêutico, era baseada em uma visão de corpo pélvico, na importância da vida da mulher e, por isso, sua prática evitaria a cesariana sacrificial, o único tipo de cesariana conhecida à época.

O Dr. Fernando de Magalhães, obstetra lembrado como o “pai da obstetrícia brasileira”, e grande entusiasta da cesariana como solução para qualquer dificuldade no parto, cuja prática será melhor analisada nos próximos capítulos, era aluno do Dr. Feijó Junior na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Além disso, Magalhães era interno no hospital da Misericórdia no Rio de Janeiro, onde o mesmo Dr. Feijó Junior era dirigente, e observou uma das poucas operações cesarianas por ele realizadas, fornecendo algumas de suas impressões sobre o modo como a técnica foi executada:

Em duas salas contíguas acolhiam-se grávidas e puérperas; o princípio da separação não era muito respeitado, pois a lotação preenchida de uma sala forçava o recebimento de uma gestante entre puérperas, ou o contrário. Não se cuidava rigorosamente de isolamento, porque um pequeno quarto, mais destinado aos doentes graves e servindo também para algumas intervenções, não tinha espaço para mais de duas camas. A sala maior era iluminada por uma larga claraboia, sob a qual, para as operações abdominais, armavam-se a mesa adequada. Faziam-se ali as laparotomias ginecológicas, improvisando-se a sala operatória entre as camas temporariamente abandonadas pelas ocupantes habituais. Nesse cenário assisti à primeira operação cesariana. Tenho bem presente todo o episódio clínico. Era uma mulher de nanismo típico, constituição esquelética do raquitismo na forma pseudocondroplástica, bacia de vício pélvico absoluto, através da qual seria terminantemente impossível o parto instrumental, até mesmo com o emprego do bazeotribo [instrumento utilizado na embriotomia]. Foi em 1899; tudo se apresentara com grande antecedência para o momento ansiosamente esperado; passaram-se oito dias em expectativa armada, mobilizando todo pessoal do serviço, pronto à primeira voz. Afinal, chega o momento tido como azado para o início da operação. Às dez horas da noite, ante à assistência numerosa e comovida, começa a intervenção, que segue, arrastada e indecisa por quase duas horas. O maior rigor no preparo de todo material havia sido a preocupação única; ainda assim, a paciente não sobreviveu 24h, fulminada pela peritonite. Confesso que no meu espírito, não guardei nem impressão, nem ensinamento; mas, comparando esse quadro com o que havia fora daqui, ainda sinto o atraso em que se vivia e a deficiência com que se lutava (MAGALHÃES, 1922).

Essa longa citação é necessária para demonstrar certos aspectos da prática do Dr. Feijó Junior e, mais ainda, para evidenciar os pontos de ruptura entre o corpo pélvico e o corpo abdominal – respectivamente assinalados pelas práticas de Feijó Jr. e Magalhães. É preciso ponderar, contudo, que o Dr. Magalhães escreveu esse relato após ter apresentado e praticado seu próprio método de realização da cesariana, e de ter firmado seu compromisso com a

superação do aborto terapêutico. Além disso, como dito, Magalhães viria a ser lembrado como o principal entusiasta da via abdominal como solução para o parto complicado, deslocando o protagonismo pélvico. Em suma, a máxima atribuída a Fernando Magalhães dizia: “o parto será natural ou cesáreo”.

Em seus escritos, Magalhães não considera suficientemente boa a cesariana realizada por Feijó, que resultou na morte da paciente. Afinal, a operação havia sido realizada por um obstetra do corpo pélvico, e, segundo consta no relato, a decisão de Feijó Jr. pela cesariana se justificou por ser aquele um caso de indicação absoluta – ou seja, quando não havia possibilidade de realizar a embriotomia, visto que o estreitamento pélvico da paciente era tão severo, que não haveria espaço para praticar o procedimento. Para Magalhães, o fato de que a operação pela via pélvica seria “terminantemente impossível”, foi o único fator a contribuir para que Feijó Jr. solucionasse o caso pela via abdominal.

Nakano, Bonan e Teixeira (2017), em seu artigo *O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras*, argumentam que a cesariana, passou a ser recomendada como via normalizada de nascimento. Para os autores, a cesariana se consolidou como um estilo de pensamento, no sentido proposto por Ludwik Fleck, originalmente em 1935, como a maneira de se nascer. Ampliando essa proposição, percebo que não se trata só de um estilo de pensamento da forma de nascer, mas, antes, uma forma de solucionar o parto complicado. Essa apresentação da via abdominal como solução, em substituição à via pélvica, significa, ainda, uma mudança na própria concepção de corpo. Como dito anteriormente, a via abdominal era uma possibilidade relativamente nova e pouco explorada na prática obstétrica. Ainda que o aborto terapêutico e a sinfisiotomia fossem práticas complexas, e até mesmo letais para as pacientes, ambas correspondiam a uma noção de obstetrícia pélvica, em que a via vaginal de parto era vista como complexa, e, às vezes, dita “defeituosa”. Para a geração de obstetras formados por uma educação imbuída pelo estilo de pensamento da via vaginal, centrada na pélvis, a cesariana – representativa do corpo abdominal – era uma mudança nas formas de entender o parto, suas complicações e meios de resolvê-lo.

De acordo com Annemarie Mol (2002, p. 45), um mesmo corpo pode representar diferentes objetos a partir das distintas visões que se tem dele. No caso de sua pesquisa, a autora observa que cirurgiões e patologistas, lidando com a mesma doença, conseguem se entender e comunicar com facilidade seus pontos de vista, mas, na prática, tomam diferentes caminhos, pois lidam com partes distintas do corpo. Essa diferença nos modos de ver o corpo é um tipo de colisão de conduta, que resulta em consequências materiais que extrapolam o momento da intervenção, significando efeitos práticos para os pacientes. O vício pélvico, a depender daquele

que observava o corpo, poderia levar tanto a uma cesariana quanto a uma extração por fórceps, ou, ainda, ao aborto terapêutico.

A paciente cesarianizada em 1899 era, para Magalhães, um corpo abdominal, que deveria ser aberto para solucionar a complicação. Para Feijó Junior, tratava-se de um corpo pélvico, que só foi aberto pela cesariana sacrificial em razão da irrestrita impossibilidade de realização do procedimento vaginal, o aborto terapêutico. Ainda para Mol (2002), a realidade do corpo múltiplo está na prática, e o modo de intervir nesse corpo é definido pela maneira como é visto. A paciente, sob a ótica da escola pélvica, foi reduzida ao tamanho de sua pélvis e considerada portadora de vício pélvico absoluto, um corpo sem condições de dar à luz pelo parto vaginal. É o exame da pélvis da paciente, considerada demasiadamente diminuta, que rompe com a expectativa de uma intervenção vaginal e impele ao procedimento cesáreo. Convém notar que a impossibilidade do parto vaginal, nesse caso, levou o Dr. Feijó Jr. a dar fim à vida da paciente de maneira cirúrgica, como se não houvesse nada mais a ser feito com esse corpo, inapto à parturição e ao aborto.

A partir dessa divergência nos modos de ver o corpo advêm todas as outras discordâncias de Magalhães em relação à prática de Feijó Jr. O ambiente onde se realizou a operação é descrito como inapropriado, por ser uma enfermaria improvisada para intervenções abdominais. A falta de uma sala própria para esse tipo de procedimento indica, ainda, que as cirurgias abdominais eram esporádicas, a normalidade naquele ambiente, onde grávidas e puérperas esperavam atendimento ou convalesciam, era o parto vaginal. O lugar para as gestantes estava garantido, mas, para a cirurgia abdominal, era precário. Além disso, vale notar que as culturas de assepsia e de sutura uterina já estavam em voga no contexto em que a operação foi realizada; mas, apesar disso, a paciente foi “fulminada pela peritonite”, fato que corrobora a ideia de que os recursos técnicos, por si só, não resolveriam a cesariana, pois tinham que ser aprendidos, na prática, como saber-fazer.

A grande antecedência no agendamento da cesariana mostra o ritual ligado ao procedimento cesáreo, que, testemunhado com comoção, informa sobre o conhecimento de seu aspecto sacrificial por parte da audiência. A autoridade do médico estava localizada na definição sobre a necessidade da intervenção, e, uma vez convencido de sua absoluta necessidade, o Dr. Feijó Junior mobilizou o hospital da Misericórdia para a cerimônia lúgubre. O material, rigorosamente preparado, não correspondia ao saber-fazer, mas à cenografia pomposa do momento, uma vez que a atuação em si foi descrita como indecisa e arrastada. Magalhães, que se tornaria professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, diz que nada

aprendeu com aquele momento, talvez porque Feijó Jr. não estivesse ali para ensinar, mas para cumprir o papel de tomada de decisão cabida ao obstetra.

Fernando de Magalhães, em suas memórias, relembra seu mestre, afirmando que sua formação havia sido tão parca que sequer poderia dizer se o Dr. Feijó influenciou em sua prática médica:

Tanto tempo ao seu lado, seu interno e assistente, ainda sinto as suas excelentes qualidades inesquecíveis e não me recordo mais dos seus raros defeitos. Tampouco lamento sua indiferença pela instrução alheia: a isto devo a liberdade que sempre tive, sem ideais preconcebidas e erros emprestados, de seguir por mim o caminho que a curiosidade me apontou e o estímulo me tem feito percorrer (MAGALHÃES, 1944, p. 12).

Como aluno, Magalhães diz que pouco pôde aprender com o professor, ao que respondeu com a tentativa de criar sua autonomia prática. A ruptura com seu velho mestre também é uma mudança no modo de entender o parto, no modo de ensinar, e, principalmente, de entender a cesariana e o aborto terapêutico, já que Magalhães era defensor da cesariana, e assim asseverava: “nunca pratiquei uma embriotomia em feto vivo” (MAGALHÃES, 1922, p. 441). Magalhães parece ter levado para sua prática médica poucas referências adquiridas em seu processo de formação; ou, talvez, tenha com isso definido aquele tipo de prática que não gostaria de perpetuar. Em seu discurso *Os mestres do meu tempo*, realizado em 1926 no âmbito da Associação Brasileira de Educação, Magalhães (1930, p. 57) rememora vários de seus professores da Faculdade de Medicina, e até mesmo do colégio Pedro II, onde estudou quando criança e adolescente, mas não cita seu professor de Medicina, o Dr. Feijó Junior.

Conforme o levantamento de Rezende (1992), a primeira cesariana em mulher viva documentada do Brasil foi realizada, em 1855, por Feijó pai. Sobre o procedimento, foi dito que a paciente teria sobrevivido, morrendo posteriormente, em razão de um mal súbito ao levantar-se do leito. Fora isso, não há maiores relatos sobre o assunto. Outras poucas operações cesarianas ocorreram entre o final do século XIX e o início de século XX. Não se sabe ao certo o resultado dessas intervenções.

Boa parte desses procedimentos foi realizada na Maternidade de Laranjeiras, no Rio de Janeiro. Conforme Cassia Roth (2020, p. 62), o estabelecimento foi fundado, em 1904, para ser um hospital público filantrópico, tendo sido decisivo para o aprendizado em obstetrícia na capital federal, já que, em 1918, foi transformado em hospital-escola ligado à Faculdade de Medicina (BARRETO; OLIVEIRA, 2016).

Em 1907, outra cesariana foi realizada, pelo Dr. Furquim Werneck (1846 – 1908), mas não se sabe a razão pela qual foi indicada, e tampouco seu resultado. O procedimento foi registrado por meio de fotografia, e revela alguns aspectos de semelhança em relação aos modos de se praticar a cesariana descritos pelo Dr. Feijó Junior. Em 1866, Feijó Jr. dizia ser indispensável à operação a presença de ajudantes, responsáveis por conter as vísceras, que ficariam expostas após o corte: “o útero apresenta-se então na incisão das paredes do ventre, o ajudante continua a fazer a compressão lateralmente, e o parteiro fende as paredes uterinas pelo mesmo processo: extrai o feto, puxando pela parte que se apresentar” (FEIJÓ JUNIOR, 1866, p. 11).

Como se vê na imagem abaixo, um ajudante mantém suas mãos ao redor do abdômen da paciente, enquanto o médico extrai manualmente o feto. Entre a técnica descrita por Feijó Jr., e aquela executada por Furquim Werneck – separadas por 41 anos de importantes avanços técnicos, como assepsia e sutura do útero, que marcaram as diferentes gerações de obstetras –, a imagem demonstra que, muito provavelmente, a contenção dos órgãos internos continuou fazendo parte da prática da cesariana até, pelo menos, aquele momento. Considero que a contenção manual dos órgãos demonstra, nesse período, a persistência da dificuldade em lidar com a cavidade abdominal, pois, para que a saída do concepto fosse possível, sem haver, contudo, desarranjo dos outros órgãos, era preciso manter o corte suficientemente contido.

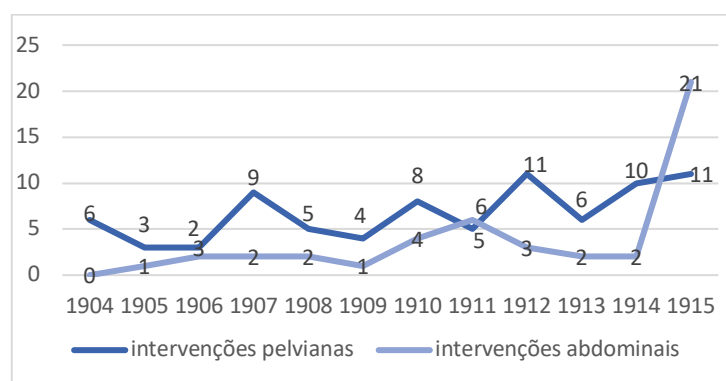
Figura 2 - Quarta operação cesariana efetuada na maternidade de Laranjeiras pelo Dr. Furquim Werneck



Fonte: *Operação cesariana* (REZENDE, 1992, p. 42).

A imagem deixa evidente que o campo cirúrgico estava centrado no abdômen e diversas pessoas, talvez estudantes, testemunharam a operação com certa perturbação no semblante – tal como na operação cesariana observada por Magalhães, em 1899. De certo modo, observa-se uma continuidade na forma de proceder as cesarianas. De acordo com a estatística apresentada por Magalhães, os anos que sucedem à fundação da Maternidade de Laranjeiras contaram, de modo geral, com poucas intervenções em partos. Ainda assim, as intervenções chamadas pélvicas superaram consistentemente as abdominais, exceto em 1911 e 1915. Até 1915, quando Fernando de Magalhães divulga seu próprio método para realização de cesarianas, observa-se uma tendência de intervenção pélvica nos partos. Se a prática é um indício do que se entende como corpo, argumenta Mol (2002), vê-se, portanto, a prevalência do corpo pélvico.

Gráfico 2 - Intervenções pélvicas x intervenções abdominais, por ano, realizadas na Maternidade de Laranjeiras, RJ.



Fonte: Elaborado pela autora (2021), com base nos dados apresentados em *Lições de clínica obstétrica* (MAGALHÃES, 1922).

Nakano, Bonan e Teixeira (2017) discutem o orgulho com o qual o coletivo de pensamento formado a partir dos obstetras do Rio de Janeiro – discípulos da linhagem de Fernando Magalhães – se porta, até o presente, apresentando-se de maneira coesa e especialmente afeita à cesariana que, a duras penas, foi desenvolvida em meio a este grupo. Observa-se, porém, que até 1915, a maior parte das intervenções eram vaginais, focadas no corpo pélvico. Em contrapartida, nota-se que em outras realidades a via abdominal aparecia de forma muito mais familiar na prática obstétrica.

Os relatórios da *Reunião do Congresso Científico Latino-Americano*, celebrada na cidade do Rio de Janeiro, de 6 a 16 de agosto de 1905, publicados em 1909, traziam a compilação das atas das sessões do congresso, assim como a íntegra de todos os trabalhos apresentados durante o evento e o resumo do debate das sessões.

Dentre outras pautas, a sessão de Medicina e Cirurgia discutiu o desenvolvimento da cesariana, especialmente a partir do relato levado pelo obstetra argentino Dr. Eliseo Canton, professor titular de Obstetrícia na Faculdade de Medicina de Buenos Aires, diretor da clínica obstétrica del S. Roque, na mesma cidade. O Dr. Canton apresentou, em seu trabalho *Sobre 17 casos de operación cesárea conservadora estudio comparativo entre incisión longitudinal y transversal del útero*, sua experiência, que contava com dados coletados a partir de quatro anos de prática, em seu serviço de atendimento na maternidade del S. Roque. Na experiência em questão – assim descrita porque, ao longo do tempo, o método utilizado pelo Dr. Canton na realização da operação sofreu variações –, a maior parte das mulheres era de “origem europeia”, conforme avalia o autor (CANTON, 1909, p. 27). No entanto, seu texto, minuciosamente descritivo, informa que parte considerável das pacientes era composta por “mucamas”, “serventes” e mulheres estrangeiras de forma geral.

De acordo com os relatórios, o trabalho do Dr. Canton foi lido na íntegra diante de obstetras uruguaios, argentinos e brasileiros, que compareceram ao evento. Os registros contam, também, que os colegas latino-americanos ficaram com “a melhor impressão do trabalho do professor Canton. A memória apresentada vem patentear as qualidades técnicas do ilustre mestre e, bem assim, o grau considerável de adiantamento em que se encontram as instalações hospitalares de Buenos Aires” (CONGRESSO, 1909, p. 20). Além disso, o trabalho foi apreciado como um “incentivo para o Brasil acompanhar a progressista Republica Argentina” (CONGRESSO, 1909, p. 21).

O Dr. Canton disseca todos os assuntos mais melindrosos da operação cesariana, discutindo o preparo e o posicionamento da equipe, e diz que, da primeira incisão na pele abdominal até a extração do feto, bastavam dois ou três minutos; ao passo que a sutura seria o procedimento que custava maior tempo ao operador, sendo o momento crítico da operação (CANTON, 1909, p. 40).

Dentre os congressistas, um mais entusiasmado com os feitos do Dr. Canton pediu a palavra para elaborar um longo elogio: o Dr. Fernando de Magalhães, que compareceu ao evento ainda não era famoso. Demonstrando seu entusiasmo com o desenvolvimento da técnica, Magalhães enfatizou que “defende a operação cesariana, quanto à mortalidade e trata das aderências operatórias que, no seu entender, não são inconvenientes de grande monta” (CONGRESSO, 1909, p. 10). Diante disso, é adequado dizer que, enquanto no Brasil o período de tentativas da cesariana se inicia timidamente em 1904, na Argentina, pelo menos desde 1900, havia pelo menos a atuação do Dr. Canton, que tinha o objetivo de tornar a cesariana possível,

a partir das tentativas clínicas, buscando solucionar cada aspecto de dificuldade observado na intervenção obstétrica abdominal.

Suplantar o aborto terapêutico pela cesariana também significava superar a longa tradição do gesto cesáreo sacrificial, alterando seu resultado final, para que a operação resultasse em mulher e concepto vivos. Diversos percalços, porém, são observados nesse processo, em especial, no que diz da necessária interação com o abdômen. A cesariana passou a ser uma cirurgia complexa, que envolvia a manipulação da cavidade abdominal e, no momento de suas primeiras execuções no Brasil, era realizada por obstetras que haviam sido treinados para entender o parto como um fenômeno pélvico e que, por isso, centravam seus esforços em práticas vaginais para solucionar complicações no parto. A intervenção cirúrgica no abdômen, sendo praticada por obstetras com a visão de resolução pélvica, fazia com que a cesariana fosse entendida como recurso desesperado, recorrido ou cogitado em última instância.

Para que o resultado da cesariana fosse alterado, a existência de recursos técnicos como assepsia, sutura, anestesia, entre outros, não era suficiente. Fazia-se necessário mudar a compreensão do corpo, trazendo o foco da prática obstétrica, nos casos complicados, para o abdômen. Além disso, é preciso observar que, para desenvolver a cesariana como um recurso não mais sacrificial, era necessário o comprometimento do prático com cirurgias obstétricas complexas, e também com o aprendizado do manuseio das novas tecnologias, o que foi, em maior ou menor escala, assimilado por coletivos de obstetras.

### CAPÍTULO 3. O “APOLOGISTA EXTREMADO”: A CESARIANA EM DESENVOLVIMENTO

*A distocia pelviana serviu de assunto a interessantes lições, onde o professor expõe as vantagens da operação cesariana por ele praticada 82 vezes, com a mortalidade materna de 8,5%, resultado excelente por que figuram na estatística 66 intervenções tardias, cujo prognóstico até bem poucos anos, era desanimador. O professor Magalhães é um apologista extremado da lendária operação* (CASTILHO, 1918, p. 373).

Pesquisar o desenvolvimento da cesariana no Brasil implica também considerar a atuação central do Dr. Fernando Augusto Ribeiro de Magalhães. Nascido em 1878, Magalhães foi obstetra no Rio de Janeiro, diretor da Maternidade de Laranjeiras — fundada em 1904 — e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro entre 1915 e 1918. Relembrado como o “pai da obstetrícia brasileira”, Magalhães não apenas propôs uma forma singular de realizar a cesariana, mas também foi um defensor convicto do procedimento, mesmo quando ainda era considerado perigoso. Ao longo de sua carreira, envolveu-se em polêmicas para garantir espaços adequados ao treinamento dos internos, entendendo que os hospitais — e, por extensão, os corpos grávidos — seriam indispensáveis ao avanço técnico da operação. Essa concepção, ainda que comum à época, evidencia uma medicalização crescente do parto e o uso reiterado dos corpos femininos como campo de experimentação. Reconhecido como “apologista extremado” da cesariana, Fernando Magalhães esteve à frente da criação de condições institucionais e pedagógicas — como lugares de ensino, prática e coletivos dedicados ao procedimento — que foram fundamentais para consolidar a técnica no cenário médico nacional.

A transição da cesariana sacrificial para a cesariana em desenvolvimento representou, antes de tudo, uma promessa de solução futura para casos obstétricos difíceis. Essa mudança também implicou o abandono progressivo da via vaginal como principal recurso nos partos complicados. A seguir, analiso a atuação de um coletivo médico que passou a insistir na intervenção por via abdominal como técnica preferencial. Considerando as condições materiais necessárias ao desenvolvimento da cesariana, discuto em seguida a centralidade do espaço hospitalar, que viabilizou as primeiras tentativas sistemáticas da cirurgia. Além do hospital, argumento que o aperfeiçoamento da técnica só foi possível por meio de intervenções reiteradas em corpos gestantes, tratados como campo de aprendizado. Por fim, examino o chamado “caso da maternidade”, ocorrido em 1915, que envolveu uma cesariana malsucedida — com a morte

da paciente e do feto — e que gerou intenso debate público naquele contexto sobre os limites da operação e as condições da assistência hospitalar.

### **3. 1 A cesariana abdominal como promessa de solução da “complicação no parto”**

Para Ludwik Fleck (2010), que remonta ao desenvolvimento no entendimento da sífilis como fato científico, o Dr. Wassermann e seus colaboradores, ao elaborarem um teste para a infecção sífilítica, guiavam seu método “muito mais pela esperança do que por resultados” (FLECK, 2010, p. 135). De forma semelhante, o Dr. Magalhães e seus estudantes também tinham a ambição de tornar a cesariana segura, em inícios do século XX, quando a técnica ainda não tinha uma reputação positiva. Sobre a importância da tentativa, Fleck avança que os experimentos são preciosos. Mas, enquanto um fato científico ainda não está bem estabelecido, em meio às diferentes pistas e hipóteses, sua aparência é dispersa e desordenada: “quanto mais nova uma área de pesquisa, mais confusos são os experimentos” (FLECK, 2010, p. 135).

No caso dos estudos encabeçados pelo Dr. Wassermann, orientados pela protoideia do sangue sífilítico, várias pistas infundadas foram investigadas e, após diversos testes, resultaram em erro. No caso de Magalhães e sua orientação protoideária de suplantiar os recursos abortivos terapêuticos pela cesariana, as variáveis a serem ajustadas no corpo da paciente eram muitas, como assepsia, sutura, anestesia e também incisão.

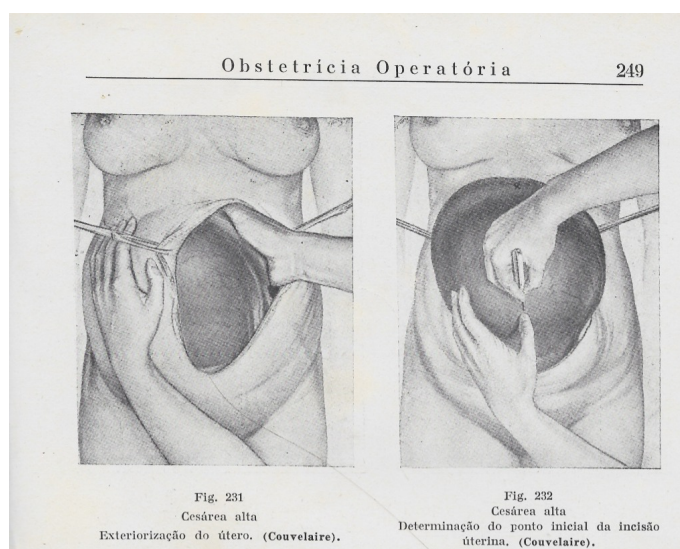
Desde meados do século XIX, parteiros ao redor do mundo publicaram diferentes formas de praticar a cesariana. O italiano Edoardo Porro é reconhecido por ter sido um dos primeiros a ter sucesso com o procedimento, em 1876. Sua técnica, contudo, envolvia a retirada dos órgãos reprodutivos, amputando o útero do corpo com o conceito dentro, em um processo de esterilização que gerou polêmica, pois punha fim à capacidade reprodutiva da paciente (ÁLVAREZ VÁZQUEZ, 2010, p. 1). Pouco depois, em 1878, tornou-se conhecido o método observado pelo missionário inglês Robert Felkin, que documentou uma cesariana de sucesso na atual Uganda. O bom resultado da técnica, no entanto, supunha uma cauterização com lâmina quente, que, além de fechar o útero, evitava infecções (MUULA, 2007).

Coube aos obstetras, portanto, resolver a questão do corte e sutura de ambos, abdômen e útero. A incisão muito grande poderia provocar hemorragia, e o local incorreto do corte poderia afetar outros órgãos internos do abdômen – a peritonite, vale dizer, era umas principais razões de adoecimento pós-cesariana. A prática cesárea capaz de evitar o peritônio só seria desenvolvida na década de 1920, antes disso, a infecção dessa membrana seguiria representando um problema frequente na prática de Magalhães, que havia iniciado seus estudos práticos com a cesariana em 1904 (ROTH; TEIXEIRA, 2021, p. 42).

Em 1915, o Dr. Magalhães publicou uma versão inicial de seu método para realização da cesárea<sup>18</sup>. Observa-se no *Gráfico 2*, apresentado no capítulo anterior, que, naquele mesmo ano, o número de cesarianas praticadas na Maternidade de Laranjeiras dobrou. A técnica deveria ser empreendida por meio de uma incisão latitudinal, de pelo menos 20 centímetros, para que o útero fosse parcialmente retirado do corpo. O órgão, então, seria isolado com o auxílio de lençóis de borracha, utilizados para diminuir o contato do útero com o ambiente externo. Dessa forma, as chances de infecção seriam reduzidas, e a peritonite poderia ser evitada. Nas memórias de Jorge Rezende ([1941]1992, p. 42), discípulo de Magalhães, o advento dos lençóis de borracha foi de fato eficiente em diminuir o número de infecções.

Antes mesmo de começar o procedimento, Magalhães aventa a indispensabilidade do espaço hospitalar para realização da cirurgia. Os materiais deveriam estar devidamente separados e limpos, posicionados à disposição do parteiro. Após a anestesia, que deveria ser feita por meio de éter, raquiana, novocaína ou estovaína, seguia-se a técnica de “exteriorização” – descrita na literatura médica como uma tentativa de evitar a contaminação do peritônio. Os processos de exteriorização envolviam essa retirada parcial do útero para que o líquido amniótico, considerado uma fonte de contaminação, não entrasse em contato com a cavidade abdominal (MAGALHÃES, 1924, p. 14).

Figura 3 - Exemplo de cesariana com procedimento de exteriorização



Fonte: *Obstetrícia Operatória* (BIQUET, 1932).

Segundo Magalhães, a técnica deveria ser dividida em duas fases: a primeira, puramente obstétrica e uma segunda, puramente cirúrgica (MAGALHÃES, 1924, p. 79). É preciso

<sup>18</sup> A descrição da técnica foi publicada inicialmente em um folheto, datado de 1915. Posteriormente, foi formalizada em *A operação cesareana abdominal*, publicação de 1924, de autoria do próprio Magalhães. Além disso, o procedimento é narrado na íntegra por Rezende ([1941]1992 p. 43).

entender a divisão entre “cirúrgico” e “obstétrico” como um indício da complexidade envolvida no desenvolvimento da cesariana, visto que a prática requeria, naquele momento, que o obstetra soubesse mais do que o conhecimento relativo ao parto em si: era necessária a astúcia do procedimento cirúrgico de forma geral.

Os instrumentos necessários para a primeira parte seriam um bisturi, uma tesoura, alguns grampos de Kocher e grampos de Péan, uma pinça de garra grande, duas agulhas de Reverdin levemente curvas, uma pinça de dissecação e os ditos lençóis de borracha, devidamente “autoclavados”, ou seja, após passarem por procedimento de assepsia (MAGALHÃES, 1924, p. 80). Além desses instrumentos, a segunda parte também exigia pinças de garra, cliques Michel e uma grande bandagem.

A primeira parte consistia em realizar a incisão – tendo, ao centro, a cicatriz umbilical como referência – e puxar o órgão para fora, e, enquanto ajudantes seguravam o útero com o auxílio dos lençóis de borracha, uma segunda incisão era feita, com o objetivo de abrir o órgão e extrair o feto. A segunda parte consistia, basicamente, em reinserir o útero no abdômen, utilizando a bandagem para estancar provisoriamente o princípio de hemorragia e evitar que o sangue entrasse em contato com a cavidade abdominal, além disso, a bandagem também servia para preencher a cavidade abdominal enquanto o útero era realocado manualmente. Por fim, eram realizados os procedimentos de sutura, fechando as diferentes incisões (MAGALHÃES, 1924, p. 82).

A descrição completa do método de Magalhães toma seis páginas de seu livro, em que discute cada um dos tempos operatórios, narrando os possíveis inconvenientes e as formas de resolvê-los. A diferença da complexidade do seu método para o método narrado por Feijó Junior, em 1866, é flagrante. O corpo em que opera a prática de Magalhães é um corpo abdominal, e, por almejar a sobrevivência da paciente, o procedimento é melindroso. Todas as variáveis possíveis são tratadas, desde a necessidade do uso da autoclave, até os lençóis de borracha, passando pela contenção da hemorragia e uma infinidade de outros detalhes. Nesse contexto do desenvolvimento da cesariana, tudo era levado em conta.

Magalhães, além de lançar seu método, também o divulgou em revistas científicas e o praticou, por diversas vezes, a partir de 1915. Sobre sua prática, ele atestou:

Devo ter sido eu o maior responsável pelo crescimento numérico moderno da operação cesariana, mas tendo de fazer o exame da consciência, pesando a respeito da minha ação, cada vez mais sinto a soberana verdade da ideia. Aumentaram consideravelmente as cesarianas no Rio de Janeiro, mas, em compensação, quase desapareceram as operações mutiladoras (MAGALHÃES, [s. d.] *apud* REZENDE, 1992, p. 41).

Convém reparar que as cesarianas eram incentivadas de forma direta, para que se pudesse atestar “a soberana verdade”. Conforme Fleck (2010), existe uma orientação interna no desenvolvimento técnico em medicina que objetiva, aprioristicamente, chegar a um resultado bem definido de sucesso. Nesse sentido, as tentativas, direcionadas inicialmente a um propósito, são responsáveis por conduzir os esforços na direção de uma mudança. Observo que, no caso da cesariana, esse processo pautou-se pelo reforço da via de parto abdominal como modo de ver o corpo gestante e solução para o parto complicado.

O Dr. Fernando Magalhães destaca a falibilidade da pelvimetria em seu livro *Lições de Clínica Obstétrica*, inicialmente publicado em 1915 e reeditado em 1922. No capítulo *Dystocia pelviana*, que aborda as patologias que poderiam se apresentar no parto por via pélvica, o autor explica que o exame de mensuração da condição de parturição da paciente possuía vasta teoria, mas, na prática, não encontrava suficiente respaldo. O autor enfatiza, ainda, a dificuldade de tentar medir o ângulo da bacia durante o trabalho de parto, momento em que a paciente sentia fortes dores e incômodos (MAGALHÃES, 1922, p. 173).

Nesse mesmo capítulo, Fernando Magalhães apresenta a discussão sobre as alternativas de procedimento quando, diante do vício pélvico, o fórceps não fosse capaz de solucionar o caso. As principais alternativas estavam divididas entre dois grandes grupos: as cirurgias destruidoras ou a cirurgia abdominal. O primeiro grupo incluía os procedimentos abortivos, como as embriotomias, craniotomias e o aborto terapêutico de forma geral. A gravidade dessas operações, caso o feto estivesse vivo, era asseverada. No segundo grupo estariam inseridas as cesarianas, cirurgias abdominais performadas por diferentes técnicas, mas que, grosso modo, significavam o delivramento cirúrgico por meio do abdômen.

Magalhães atribui diferentes expectativas para os dois grupos de cirurgias. As “cirurgias destrutivas” estariam relacionadas a uma tradição que considerava atrasada, mas ainda eram usadas no país:

Infelizmente ainda se fala em embriotomia em feto vivo. A referencia aqui vale para estigmatiza-la e ao mesmo tempo desfazer as impressões errôneas recebidas de leituras mal interpretadas que atribuem a alguns dos mais conhecidos parteiros da época a pratica da obstetrícia destruidora. Ninguém duvida que haja ainda quem cultive o feticídio terapêutico nos vícios de conformação da bacia, mas o dogma de Pinard é vencedor e a maioria dos pateiros modernos reconhecem a criminalidade na perfuração do feto vivo (MAGALHÃES, 1922, p. 227).

A intenção explícita dessa fala consiste em estigmatizar o procedimento abortivo em feto vivo, taxando de atrasados os parteiros que, pautando-se em uma interpretação supostamente limitada dos clássicos, ainda assinalavam a importância do aborto terapêutico em feto vivo. É preciso lembrar que o livro em que Magalhães escreveu essa passagem é um compilado de suas aulas mais importantes na Universidade do Brasil, onde lecionava. Conforme as considerações de Ludwik Fleck (2010) a respeito da formação de um estilo de pensamento, existem estratégias para assegurar o desenvolvimento coeso de uma comunidade. Nesse sentido, um dos artifícios implicados no fluxo do desenvolvimento de um fato científico é um tipo de coação baseado na lógica: “o que não pode ser pensado de outra maneira” deve tornar-se a percepção geral, a ser compartilhada entre os membros da comunidade.

No caso da fala de Magalhães a respeito da embriotomia, é preciso destacar que o obstetra constrói seu discurso com o objetivo de enviesar seus alunos, influenciando-os contra a pertinência da técnica em feto vivo. Nesse sentido, destaca a faceta criminal da operação e também atribui sua aplicação a problemas no entendimento da teoria obstétrica. Magalhães, diferentemente, pautava-se pela descrença no procedimento abortivo, centrado na via vaginal:

A substituição da embriotomia pela cesariana “é a regra indestrutível da doutrina de Pinard – passou a embriotomia em feto vivo. As mínimas exceções criadas pela deficiência da proteção à mulher grávida hão de desaparecer e os conselhos, a propaganda, a assistência e a observação severa das regras de profilaxia obstétrica farão eliminar do arsenal do parteiro, em tempo não muito longínquo, os instrumentos da destruição (MAGALHÃES, 1922, p. 232).

Adolphe Pinard (1844-1934), evocado nas duas passagens trazidas acima, e em muitas outras ao longo do livro, era uma referência para Magalhães no sentido de combater os usos do aborto terapêutico. Pinard foi um obstetra francês que deixou um amplo legado de puericultura e eugenia, considerando que a melhor forma de preparar a criação das crianças era estimulando o cruzamento entre pessoas com “boas heranças genéticas”. O discurso de Pinard foi um dos grandes pioneiros da eugenia na França e, em seus estudos, o obstetra idealizou diversos aspectos voltados a políticas natalistas (THÉBAUD, 2002, p. 416).

A relação entre Pinard e Magalhães, em termos de filiação teórica, era bastante próxima. O discípulo de Magalhães, Jorge Rezende – considerado o aperfeiçoador da técnica da cesariana baixa, a mais comum até hoje –, passou por um estágio, entre 1938 e 1939, na maternidade Baudelocque, na França, onde foi aluno de Alexandre Couvelaire, discípulo de Pinard. Essa linhagem acadêmica indica uma filiação teórica e prática, uma vez que a maternidade

Baudelocque foi, ao longo da primeira metade do século XX, reconhecida como referência na aplicação de cesarianas em casos difíceis (THÉBAUD, 2002, p. 423).

Retomando a fala de Magalhães, é possível notar que, além de tentar instigar seus alunos a acreditar que a embriotomia seria uma técnica inadequada, sua argumentação passava também pela valorização da cesariana. O autor apresenta a cesariana como a técnica viável e adequada aos casos de distocia. Preferível a qualquer alternativa, a operação cesárea, no discurso de Magalhães, é definida como uma possibilidade de suplantar as técnicas abortivas, sabidamente eficientes, conforme ele mesmo afirma:

A embriotomia é a operação verdadeiramente redutora dos diâmetros da cabeça fetal. Em qualquer dos grupos da classificação clínica de bacias, que aqui foi aceita, isso é de 65 até 100 mm estando o feto morto. Não é necessário discutir sua aceitação. Cumpre, todavia, conservar a noção de que raramente as embriotomias podem não resolver o caso obstétrico (O BRAZIL-MÉDICO, 1915, p. 227).

Se for considerado que o volume do feto não varia se este estiver vivo ou morto, o próprio Magalhães admite que, do mais severo ao mais ligeiro caso de vício pélvico, a embriotomia seria eficaz e, mais que isso, admite serem raros os casos em que a embriotomia não obtinha sucesso. Ou seja, a embriotomia era eficiente, mas, a despeito disso, Magalhães preferia a cesariana.

A sinfisiotomia, procedimento conhecido por aumentar os diâmetros da bacia para viabilizar a passagem do conceito durante o parto, também foi desacreditada por Magalhães como uma alternativa entre a embriotomia e a cesariana. O Dr. Magalhães parece, assim, destacar a cesariana como única alternativa possível, desacreditando as intervenções vaginais, centradas na ideia de corpo pélvico, como se vê:

Não podem perdurar como operação de escolha por muito tempo quaisquer das operações ampliadoras da bacia; quando os benefícios da cesariana tiverem conquistado as preferências, os tímidos se recusarão completamente a hebotomia ou a sinfisiotomia, já hoje incapazes de suportar o confronto com a cesariana. Ficarão então as intervenções para os casos restritos e ainda não suficientemente justificados, em que a cesariana não deve ser executada; [...] donde se conclui que as operações ampliadoras comportam um elemento passageiro de progresso para a obstetrícia moderna e estão longe da perfectibilidade a que se aspira. São operações determinantes de estados mórbidos, como a infecção e devem desaparecer das causas de letalidade (MAGALHÃES, 1922, p. 250).

Antecipando um futuro, no qual a cesariana viria a ser completamente eficaz contra qualquer problema na hora do parto, Magalhães parece desestimular técnicas como a sinfisiotomia e a hebotomia, intervenções para o parto vaginal, colocando-as como coadjuvantes, mesmo num momento em que a cesariana ainda não contava com muitos “benefícios conquistados”. É curioso perceber que essas técnicas pélvicas, tal qual a cesariana, também estavam “longe da perfectibilidade”, mas, para o parteiro, a cesárea seria uma promessa melhor em comparação a tais recursos.

Para além das razões morais, é preciso reiterar que a cesariana é também o ápice da engenhosidade masculina em obstetrícia. Isso se verifica, pois a cesariana dependia da aplicação do monopólio formativo em Medicina obstétrica, excluindo outras experiências profissionais.

Além disso, a tentativa de fazer da via abdominal a principal resolução do parto seria a desconsideração dos caracteres intrínsecos ao corpo gestante, que poderiam apresentar impedimentos para dar à luz por parto vaginal. A cesariana seria a mudança na concepção de corpo: não mais se detinha às intervenções na pélvis ou a recursos pélvicos como o fórceps, ou as embriotomias, mas visava alternar a resolução do parto complicado para a via abdominal, altamente interventiva, e que trazia o parteiro para o centro do momento do nascimento.

Em seu livro *Síntese Obstétrica*, ([s. d.]), Magalhães apresenta que a via abdominal é a “superioridade da terapêutica extrínseca”, e prossegue, afirmando que essa mudança no modo de terminar o parto estaria contribuindo para que a especialização técnica da formação médica, nos desafios do parto abdominal, fosse cada vez mais necessária. Dessa forma, as práticas centradas no corpo pélvico estariam em decadência: “a técnica através do tempo apurou a operação abdominal, mas não aperfeiçoou a operação transpélvica” (MAGALHÃES, [s. d.], p. 92).

Considerando a contribuição de Martina Schlünder (2012, p. 149), o corpo, pela lógica biomédica, é aquele que pode ser reparado em suas disfuncionalidades. Carmen Diniz e a obstetra Ana Cristina Duarte resgatam que

no século XX [o parto vaginal] foi visto como algo arriscado, desagradável, degradante, repugnante, assustador, uma exposição humilhante dos genitais a estranhos. [...] O parto foi tratado como uma patologia a ser remediada por meio de uma sequência de intervenções, ou a ser prevenida através de uma cesárea (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 19).

Prolongando o raciocínio das autoras, a cesariana pode ser entendida, também, como uma negação da vagina.

A solução do parto patológico seria, assim, empreendida através da substituição da via de nascimento pélvica pela via abdominal. Além disso, Magalhães tinha pretensões mais amplas para o desenvolvimento da cesariana:

[a cesárea é o recurso] que não sente a distócia, que não se preocupa com o estorvo inesperado, que começa e que acaba, que atende indiferentemente a todas as complicações obstétricas, que socorre com êxito e rapidez tanto o feto que sofre com o útero que cede, que se deixa conduzir dentro das determinações comuns e que, por ser simples, fácil, exequível, rápida, independente, eleva o profissional, colocando-o acima do caso clínico, tornando-o superior, consciente, tranquilo e certo. Ninguém pode contestar o grande progresso cirúrgico que é a operação cesariana no instante do seu aperfeiçoamento. Todo o raciocínio exposto faz-la suplantar as demais intervenções obstétricas (MAGALHÃES, 1922, p. 273).

Mais que apontar para a superação da distocia pélvica e a “elevação do profissional”, Magalhães recorre a uma linguagem adjetivada para defender seu ponto de vista, salientando a superioridade da via abdominal de nascimento. “Fácil, exequível, rápida” são os adjetivos apresentados no mesmo trecho em que admite que a técnica estava ainda “em aperfeiçoamento”. Os louvores à cesariana não eram relativos aos seus resultados naquele contexto, mas a um desejo de que, de fato, o procedimento se tornasse cada vez mais simples, tal como pontuou Fleck (2010) a respeito do teste de Wasserman.

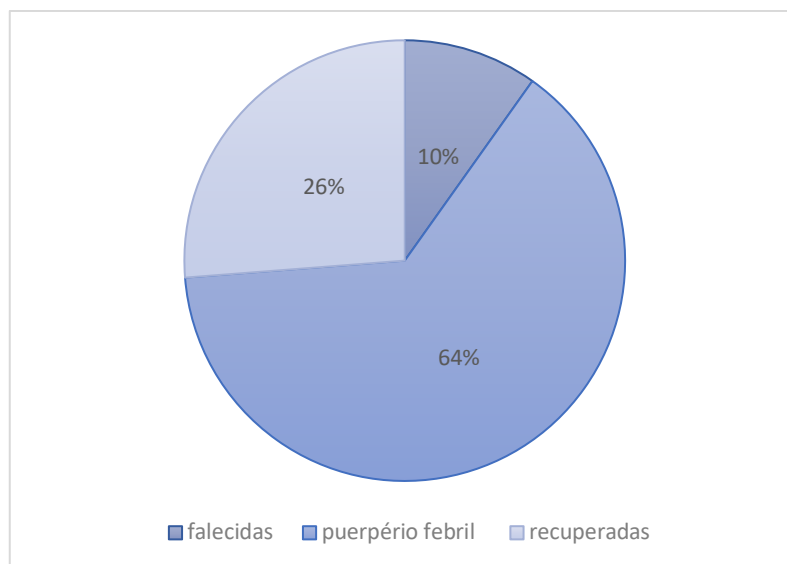
Conforme dados apresentados pelo Dr. Magalhães ([1915]1922, p. 169), referentes ao resultado dos partos cesáreos realizados na Maternidade de Laranjeiras, entre o ano de 1904 e setembro de 1916, tinha-se que 26% das pacientes tiveram puerpério normal, 10% das pacientes morreram durante a operação e 64% das pacientes operadas apresentaram “puerpério febril”. Para ilustrar o que seria o pós-parto febril ou complicado, recorro ao discurso do obstetra carioca Arnaldo Quintella, que foi interno da Maternidade de Laranjeiras e narra o puerpério febril de uma cesariana:

parturiente profundamente inficionada, com 39° C de temperatura axilar, 132 batimentos de pulso radical, com cheiro pútrido exalado do útero ao ser este aberto e cujo bom resultado, pelo restabelecimento da operada é mais obra do acaso do que dedução clínica do progresso científico (QUINTELLA, 1917, p. 213).

Como descrito, o puerpério febril era grave, e a recuperação da doente, incerta. Ainda que as taxas de óbito não fossem alarmantes, como na cesariana sacrificial, a cesariana em desenvolvimento não obteve evoluções imediatas relativas à assepsia, já que, embora a técnica

de Magalhães envolvesse procedimentos de autoclave, quase dois terços das pacientes apresentavam sintomas de infecção decorrente de contaminação.

Gráfico 3 - Resultados das cesarianas – Maternidade de Laranjeiras (1904-1916)



Fonte: Elaborado pela autora (2021)<sup>19</sup>.

Para Magalhães, mesmo com as incertas taxas de sucesso, o desenvolvimento da cesariana era um valor em si, pois seria “fácil, exequível, rápida”. Ainda que sua prática pessoal na Maternidade de Laranjeiras, onde era diretor, e na Pro-Matre, onde fora fundador, apresentasse limites, o médico entendia que o aperfeiçoamento da técnica era um investimento futuro na obstetrícia como um todo. Considerando que a cesariana é uma cirurgia que requer o espaço hospitalar para ser executada, analisarei agora de que formas esses estabelecimentos, por meio de infraestrutura e disponibilidade de corpos humanos, permitiram a realização das cesáreas.

### 3. 2 O hospital e a prática

Para Annemarie Mol (2002), o hospital é o lugar de encenação da prática médica. É, assim, o lugar onde a doença pode ser “encenada”, como diz a autora, e onde ocorrem os procedimentos terapêuticos. No caso do parto cesáreo, no início do século XX, existia um corpo específico a ser cesarianizado, um corpo construído por um olhar clínico que transforma caracteres físicos em sinais de defeitos. Em outros espaços, como no atendimento domiciliar,

<sup>19</sup> 61 pacientes no total.

uma pélvis poderia não ser classificada, nem entendida como estreita ou patológica. Uma vez dentro da maternidade, a pélvis era medida e avaliada, em uma forma de interpretação do corpo que encarava algumas características fisiológicas em aspectos a serem corrigidos pela via abdominal.

A historiadora estadunidense Cassia Roth argumenta, em seu artigo de 2018, *Birthing life and death*, que a assistência hospitalar às mães pobres foi antes um projeto de medicalização do parto do que, de fato, uma ampliação dos serviços prestados a esse grupo. Conforme demonstra a autora, médicos obstetras atuantes no Brasil passaram as primeiras décadas da República militando pela expansão desses espaços, argumentando que o projeto viabilizaria o higienismo e a assistência caridosa. No entanto, não conseguiram expandir massivamente os atendimentos. Isso se deu, de acordo com Roth (2018, p. 922), porque o plano não encontrou, na prática, uma escala relevante, e experiências da vida reprodutiva se mantiveram, de forma geral, como eventos afastados do espaço hospitalar.

Maria Renilda Barreto e Samuel Oliveira (2016, p. 4) indicam que, após a Proclamação da República, houve uma expansão das instituições de amparo a mulheres e crianças, grupos frágeis, que seriam também responsáveis por criar o futuro da nação. O projeto de fundação de maternidades para assistência às classes populares comungou médicos, feministas e políticos, orientados pelo objetivo comum de proteção à maternidade-infância lato senso.

A fundação da Maternidade de Laranjeiras, em 1904, demonstra o aumento da influência da medicina junto ao Estado, se comparado com o período imperial. Barreto e Oliveira (2016, p. 6) resgatam que o projeto da Maternidade Santa Isabel, apresentado em 1880, nunca se concretizou. A inexistência de um lugar onde os alunos pudessem aprender sobre o parto em termos práticos foi constante durante todo o período imperial, o que resultou em um ensino de obstetrícia marcadamente teórico (DORNELAS, 2018, p. 57).

A Maternidade de Laranjeiras significaria, assim, uma virada para o ensino prático e, também, para a modernização do Rio de Janeiro e a assistência filantrópica. A expansão do amparo às mães pobres, na cidade, seria reforçada em 1918, com a fundação da maternidade Pro Matre. O projeto inicial era de Stella de Carvalho Guerra Duval, engajada no amparo às mulheres pobres, e contava com uma estrutura completa de creche, cantina e asilo. Fernando Magalhães que, à época, já era diretor da Maternidade de Laranjeiras e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, aderiu ao projeto para garantir mais um espaço de prática do ensino de obstetrícia e ginecologia (BARRETO; OLIVEIRA, 2016, p. 8).

Como mostra Márcia Silva (2003, p. 85), os hospitais passaram de espaços destinados puramente ao acolhimento, em fins do século XIX, para serem entendidos como espaços que

abrigavam laboratórios importantes, sendo disputados por diferentes instituições de ensino como ambiente para treinamento na prática médica e desenvolvimento da ciência. Além desse fator, o hospital seria também a forma através da qual os médicos higienistas poderiam se aproximar da prática de seus ideais, atuando em contato direto com a população (SILVA, 2001, p. 554). Nas primeiras décadas do século XX, o hospital perdeu a dimensão de albergar doentes, tornando-se, também, lugar de produção de conhecimento científico. Os hospitais das grandes cidades, nesse sentido, estavam ligados a outras instituições, ocupadas por homens de ciência. No caso da cesariana, esse aspecto hospitalar foi fundamental para a produção de conhecimento clínico.

Evito atribuir um julgamento moral ao percurso das tentativas de aprimorar e desenvolver a técnica da cesariana, pois, antes do Código de Nuremberg (1947) – formulado a partir dos Julgamentos de Nuremberg, em que médicos do regime nazifascista foram condenados pela prática de experimentos dolorosos em humanos –, a noção de ética da experimentação em pessoas não estava bem estabelecida. De todo modo, como defende Sandra Caponi (2004, p. 450), ao avaliar a biopolítica da experimentação, é preciso entender que essa prática decorre de relações assimétricas de poder, que devem ser estudadas, pois contribuem para uma perspectiva crítica do passado e confrontam a ideia triunfalista do progresso científico.

Em seu artigo *On Medical Experiments on Human Beings*, publicado em 1948, após os mencionados Julgamentos de Nuremberg, Ludwik Fleck discute justamente a bioética do experimento em humanos. O artigo, traduzido ao português por Ilana Löwy (2016), informa que Fleck havia sido convidado a publicar sua experiência pessoal, tendo ele próprio, médico e pesquisador de formação, sido forçado a trabalhar no desenvolvimento de vacinas contra tifo no campo de concentração de Buchenwald, na Alemanha. Fleck, que depôs em Nuremberg como testemunha, atestou a natureza violenta da experimentação nazista (LÖWY, 2016, p. 1).

Nesse artigo, Fleck afirma que os experimentos nazistas nos campos de concentração foram o ápice da violência, sugerindo até que algum tipo de parafilia alimentasse a dimensão sádica envolvida nos experimentos (FLECK [1948] *apud* LÖWY, 2016, p. 3). O autor traz apontamentos importantes para esta tese, quando diz que as experimentações ocorridas nos campos de concentração eram o ápice da cultura científica do século XX, até aquele momento. Fleck diz, ainda, sobre a importância de que os casos de Buchenwald e demais campos despertassem o debate sobre como a prática médica tem sido pautada por meio do abuso de corpos vulneráveis, e questiona: “o que é uma técnica cirúrgica testada pela primeira vez se não um experimento em humano?” (FLECK [1948] *apud* LÖWY, 2016, p. 2).

O autor argumenta, também, que o ambiente hospitalar ligado a instituições de pesquisa e de ensino gera certo receio por parte das populações que vivem ao redor desses hospitais. Isso porque esses grupos se sentem suscetíveis a tornarem-se parte de experimentos para o desenvolvimento de alguma técnica (FLECK [1948] *apud* LÖWY, 2016, p. 4). Para o autor, o insucesso de práticas ocorridas nesses espaços seria um fator de forte contribuição para o “cisma sociedade-ciência” (FLECK [1948] *apud* LÖWY, 2016, p. 3). Além disso, Fleck faz menção a fatores sociais que tendem a fragilizar pacientes dentro da estrutura hospitalar de desenvolvimento da medicina. Nesse sentido, faz referência a pessoas racializadas, órfãos e alienados como grupos potencialmente vulneráveis dentro desses espaços, em diferentes partes do mundo, antes mesmo das atrocidades ocorridas nos campos de concentração.

No caso do Brasil, a Primeira República foi um momento de expansão dos centros urbanos, que se constituíam em torno de uma crescente classe média comerciante, que gerava serviços e demandas. Essa incipiente classe urbana, descendente da nobreza fundiária do Império, não compactuava com valores liberais, mas tampouco condenava o autoritarismo militar com que havia sido deposta a monarquia e era simpática ao controle das camadas populares. Maria Helena Patto (1999, p. 171) afirma que a brutalidade repressiva se mobilizava rapidamente contra a população vulnerável, e a violência cotidiana estava a todo vapor. Num contexto como esse, os corpos pobres estavam à mercê da violência, de forma generalizada, mas também nos espaços hospitalares.

O Dr. Magalhães publicou um artigo, em 1922, intitulado *A obstetrícia e a ginecologia no Brasil (balanço de um século)* e, logo nas primeiras linhas, ponderou: “nenhuma coletividade tem querido esquivar-se de recapitular o acervo de seus préstimos em um século da vida nacional; assim se dirá também, aqui, se esse tempo ecoou-se integralmente em favor da prática obstétrica e da clínica ginecológica” (MAGALHÃES, 1922, p. 326). Ao longo do texto, o autor traz diversas fotografias das fachadas de maternidades de todo o Brasil, e, ao fim, reforça o tom de assistência materna. Contudo, o foco do artigo seria trazer um diagnóstico da capacidade de prática e de ensino da obstetrícia e da ginecologia no país: “a decadência do ensino está em desacordo com o adiantamento da especialidade” (MAGALHÃES, 1922, p. 334). O autor enfatiza, assim, o lugar do hospital, essencial para o desenvolvimento de uma categoria profissional segura, que deveria abandonar de vez o ensino puramente teórico que havia persistido no século anterior (DORNELAS, 2019).

A respeito da função de produção de conhecimento no hospital, interessa também a pesquisa de Jaime Benchimol (1999) sobre a febre amarela e as tentativas de combate à doença, em fins do século XIX, que exigiram investimentos em experimentos e que utilizaram a

população interna de hospitais do Rio de Janeiro para testes. A reputação dos hospitais entre as classes populares era tenebrosa. Mas, ao contrário dos casos de experiências em animais, não houve oposição aos experimentos realizados em humanos. Para o autor, o silêncio da oposição ocorreu justamente porque os corpos utilizados eram de “operários, imigrantes, marinheiros, escravos ou gente que traz ainda a marca do cativo na cor e aspereza da pele. Esta rale pode muito bem servir de bucha para o balão ascendente da ciência” (BENCHIMOL, 1999, p. 34).

Os esforços e tentativas de aperfeiçoamento da cesariana se deram, principalmente, nas maternidades gratuitas do Rio de Janeiro, então capital federal, sob a influência do Dr. Magalhães. É preciso ressaltar que Magalhães destacava sua intenção em conduzir os esforços de melhoramento do procedimento e, para tanto, a clínica de partos mostrava-se indispensável. A cesariana é um procedimento hospitalar. Macas, agulhas, linhas, bisturis, gazes, drogas anestésicas são cruciais para sua realização. Maria Lúcia Mott (2002, p. 203) alarga essa compreensão, incluindo também o encanamento, a energia elétrica e demais serviços disponíveis no meio urbano como decisivos para a viabilidade de grandes cirurgias obstétricas. O hospital era o espaço onde esses objetos coincidiam e poderiam incidir sobre o cerne da técnica: o corpo. A presença do corpo é imperativa para as experimentações da cesariana, afinal, é a dimensão em que a técnica encontra a realidade, e a cesárea pode ser realizada.

Para se chegar ao momento da intervenção em pacientes foi preciso romper com o ensino teórico de obstetrícia no país. Conforme analisei anteriormente, em minha dissertação de mestrado (DORNELAS, 2018), desde a fundação da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, uma série de pedidos e solicitações, direcionados ao governo imperial, demandavam a criação de uma clínica de partos ou, pelo menos, a abertura de alguns leitos, onde os alunos poderiam aprender e desenvolver habilidades práticas. Enquanto, na França, os parteiros tradicionalmente colecionavam casos clínicos e mantinham grandes debates relacionados a suas práticas na Academia Imperial de Medicina da França; as associações médicas no Brasil se valiam puramente de debates teóricos. As manobras de parto eram aprendidas por meio de livros e aulas expositivas, e a parte prática se resumia aos manequins. Na Faculdade de Medicina da Bahia, a situação era precária, conforme relatório da instituição, de 1863:

A parte pratica do curso não pôde ser congruentemente desempenhada por falta de parturientes, em que se exerçam as manobras. O art. 8º dos estatutos, que desde o anuo de 1854 nos está prometendo uma casa de Maternidade, tem sido até hoje mais um entretenimento para nossa irmanação. Entretanto nada ha mais inconcebível, e até incitante do que formarem-se anualmente moços, que saem da nossa Faculdade sem inteiro conhecimento da arte de partos [...]

exercitam-se os estudantes na boneca de camurça, já estragada, que pouco auxilia este importantíssimo estado (SEIXAS, 1863, p. 71).

Uma já sólida historiografia identifica a proliferação de maternidades com a recepção e a apropriação dos ideais higienistas. Diferentes aspectos sobre esse mesmo entendimento foram analisados por diferentes vieses, que serão apresentados. Maria Marta de Luna Freire (2008, p. 155) destaca que o Brasil recebeu as ideias ligadas à maternidade científica – ou seja, a maternidade orientada pelos preceitos médicos higienistas – a partir da República, que, calcada no ideal sanitário da nação, passou a reproduzir discursos sobre a necessidade de assistência à mulher gestante.

A missão de superar o passado imperial e escravista estimulou a elite brasileira a se movimentar em direção a uma pátria sadia, objetivo que passava diretamente pelo reforço do exercício maternal para a grandeza da nação. O cuidado e a atenção com a gestação, o parto, o puerpério e com as crianças, adquiriram central importância para o país, em consonância com o discurso higienista que se afirmava na categoria médica (FREIRE, 2008, p. 168).

A historiadora Maria Lúcia Mott (2002) afirma que o primeiro movimento de fundação de estabelecimentos de saúde para “as mães pobres” foi empreendido especialmente nas grandes cidades, a partir da mobilização do capital particular, organizado em função da filantropia. Mott resgata que tanto em São Paulo, em 1894, quanto em Belo Horizonte, em 1916, foram fundadas maternidades para o acolhimento de mulheres desvalidas. A assistência geral, para classes sociais mais abastadas, foi um processo mais tardio, a partir dos anos 1930, quando as maternidades nos centros urbanos passaram a ser enfaticamente recomendadas para o parto. Mott (2002) destaca que a assistência hospitalar ampliada às camadas abastadas se deu a partir de um processo de valorização do ambiente da maternidade como seguro, asséptico e o mais adequado para o nascimento e para a execução de técnicas cirúrgicas, quando necessárias. No entanto, as mulheres consideradas vulneráveis em ambientes urbanos já eram assistidas, em sua maioria, por estabelecimentos hospitalares:

Dar à luz fora de casa era uma situação anormal, considerada apavorante e procurada apenas em casos extremos, sobretudo por pessoas tidas como desclassificadas socialmente. Nos casos de partos complicados, apenas mulheres mais pobres, indigentes, prostitutas e mães solteiras recorriam às Santas Casas mantidas por caridade religiosa e benemerência (MOTT, 2002, p. 198).

É possível constatar, portanto, que a medicalização do parto foi um processo que atingiu às mulheres de classes sociais diferentes de formas e em momentos também distintos. As classes

populares foram primeiramente expostas à medicalização do parto, e, só depois, esse processo atingiu as classes médias e abastadas.

Esse breve compilado sobre o surgimento e a proliferação das maternidades pode abrir outras perspectivas a respeito da função didática desses estabelecimentos. Mott (2002, p. 204) comenta rapidamente sobre esse aspecto e diz que os partos difíceis serviam, muitas vezes, “para o estudo clínico de estudantes de medicina e parteiras”. As maternidades atraíam um contingente de mulheres pobres que não tinham outro lugar onde se recolher durante o parto, ou que precisavam se deslocar para esse estabelecimento em decorrência de alguma complicação.

As mulheres ricas, por outro lado, passaram por um processo de convencimento de que o parto nas clínicas particulares seria a melhor opção (MOTT, 2002, p. 204). Essa diferença no tratamento entre as classes sociais, assim como a expectativa com relação ao serviço hospitalar, também pode ser compreendida através da recomendação feita pelo Dr. Lionel Downing em sua tese para livre-docente em obstetrícia na Faculdade de Medicina da Bahia, defendida em 1916, que abordava a cura da placenta prévia:

Então devemos discernir com bastante cuidado entre os casos de placenta prévia no hospital de maternidade e os da clínica particular. No hospital devemos atender com esforço particular para salvar a criança viva. Na clínica particular não devemos negligenciar a criança, mas devemos acentuar mais as nossas providências contra a hemorragia da mãe (DOWNING, 1916, p. 17).

A afirmativa do Dr. Downing permite observar a diferença entre o tratamento dado às mães que recorriam aos estabelecimentos particulares e que, por isso, teriam melhores chances de sair com vida; e aquele conferido às mães que passavam pelo atendimento hospitalar público. Além da questão de classe, Mott (2002) pontua que as mulheres prostitutas, defloradas e viúvas também enfrentavam grandes riscos de não saírem vivas da assistência hospitalar gratuita. Na Santa Casa do Rio de Janeiro, em fins do século XIX, médicos obstetras da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro desconfiavam que as freiras perpetravam castigos físicos ou negligências às parturientes para garantir que, após entrarem nesses estabelecimentos, “nunca mais voltassem” (MOTT, 2002, p. 201).

A morte de uma mulher que cumprisse os ideais de maternidade e de moralidade seria um desafio a ser superado, e esforços deveriam ser feitos no sentido de devolvê-la a salvo para sua família. Em contraste, a vida da mulher adulta com conduta moralmente suspeita estaria em um segundo escalão das prioridades médicas. Retomando o argumento de Roth (2020, p. 77), é preciso ter em mente que a estrutura republicana desenhou um padrão de cidadania bastante

restrito às mulheres. O serviço da maternidade exemplar era o único modo de acessar a legitimidade do Estado, e aquele imenso contingente de mulheres que não podiam ou não conseguiam contribuir para o “chamado materno” estava sob exame, podendo sofrer consequências não só médicas, mas também policiais e legais por seus “desvios”.

Nesse caso, convém enfatizar que não só a cesariana pode ser desenvolvida pelo ensino médico clínico, mas também outros tipos de cirurgias foram sistematicamente aprimorados por meio da prática em pacientes. O Dr. Fabião, que foi professor de ginecologia da Universidade do Brasil e chefe da clínica de ginecologia da Santa Casa do Rio de Janeiro, escreveu sobre a cura do prolapso genital, ponderando que a prática da cirurgia ginecológica para reparo dessa condição parecia mais uma questão de exibição das habilidades do cirurgião do que um compromisso com a reabilitação das funcionalidades das pacientes e com o aspecto estético de seus genitais:

aquilo que assistimos diariamente nos serviços hospitalares é o seguinte: as doentes portadoras de prolapso genital são operadas, ora com um ora com outro método, cujos motivos parecem ser justificados mais pela preocupação de exibição técnica e da incerteza dos resultados do que indicados pelos diferentes graus de evolução do prolapso. As doentes saem do hospital, espalham-se pelos subúrbios e pelo interior, onde se isolam dos centros hospitalares. É preciso conhecermos a psicologia dessa gente para sabermos que, reproduzido o prolapso, tanto pior, porque nessas condições é que absolutamente não mais voltarão ao serviço onde foram tratadas. E continuam assim, indiferentes, arrastando esse prolapso que se avoluma e se ulcera. Os nossos jovens colegas, assistentes dos serviços de ginecologia, dedicam-se com entusiasmo ao problema presente do prolapso genital, isto é, o momento operatório, numa injustificável indiferença pelo resultado estético e longínquo de suas diferentes técnicas (FABIÃO, 1932, p. 129).

A citação da obra de Fabião permite a análise de diferentes aspectos da prática ginecológica operatória naquele contexto. Além da já salientada vaidade médica, observada na execução das cirurgias, nota-se também que as pacientes são mulheres dos subúrbios e do interior. “Essa gente” era a submetida aos procedimentos operatórios por “jovens colegas”, ávidos por testarem diferentes técnicas.

A historiadora estadunidense Deirdre Owens (2017) argumenta, em seu livro sobre as origens da ginecologia estadunidense, que o aperfeiçoamento de técnicas de cesariana e de reparo de fistula obstétrica foi comum, nos Estados Unidos, durante todo o século XIX. As mulheres escravizadas no sul do país eram operadas em hospitais voltados para o atendimento nos planteis, ao passo que, no norte, criadas domésticas oriundas da Irlanda passavam por operações em hospitais católicos. Esse processo resultou em um acúmulo de conhecimento

técnico que beneficiou as senhoras da alta sociedade, que se tornaram alvo dessas intervenções, quando já não eram mais experimentais, mas terapêuticas.

No Brasil, a atuação de Fernando de Magalhães e seu coletivo é paradigmática no sentido de ter ampliado as escalas de aplicação da cesariana nas maternidades de Laranjeiras e Pro Matre. Importa salientar que não se trata de uma grande proporção de cesarianas, quando comparadas ao número de partos realizados em todo o Rio de Janeiro, mas é imperioso enfatizar que as pacientes direcionadas a esses estabelecimentos de aprendizagem e aperfeiçoamento técnico tornaram-se cada vez mais elegíveis para o parto cesáreo. Após apresentar as estatísticas da Maternidade de Laranjeiras, coletadas por seu aluno interno, Dr. Octávio de Souza, entre os anos de 1904 e 1916 (até o mês de setembro), Magalhães analisa:

além do aumento global do número de intervenções, o que é natural dado também o aumento da frequência de mulheres ao serviço, é que nesses dois últimos anos, foi muito mais utilizada a via abdominal do que a via pelviana [...] isso vale pela afirmativa, que a orientação no tratamento dos vícios pelvianos se modificou grandemente (MAGALHÃES, 1922, p. 169).

É importante destacar que, além de buscar aumentar o número de atendimentos na maternidade, Fernando Magalhães também ambicionava expandir o uso da cesariana como técnica preferencial para tratar o chamado “vício pélvico. De acordo com seus dados, a pelve patológica estaria presente em 13,245% das mulheres brancas, 18,022% das pardas e 23,032% das negras. Esses percentuais não se referem à composição total das pacientes, mas sim à incidência de anomalias dentro de cada grupo racial — sugerindo, portanto, uma maior frequência de complicações entre as mulheres negras. Diante desses números, Magalhães sugeria que as mulheres negras, por apresentarem maior incidência de pelves consideradas patológicas, seriam candidatas prioritárias à cesariana.

Fatores raciais, de classe e condições de vulnerabilidade social se combinavam, assim, para tornar certos corpos mais disponíveis à intervenção médica. Como argumentado ao longo desta seção, as mulheres atendidas nas maternidades dirigidas por Magalhães — em sua maioria pobres e racializadas — foram incorporadas ao projeto de desenvolvimento técnico da cesariana, muitas vezes sem acesso à recusa ou ao consentimento informado. Seus corpos se tornaram, assim, meios concretos de experimentação e refinamento da técnica.

O engajamento de Magalhães com a cesariana não foi isento de controvérsias. Sua atuação gerou críticas e ataques pessoais, que serão explorados na próxima seção. Ainda assim, os riscos associados à operação — incluindo a morte de pacientes — eram tratados como efeitos colaterais toleráveis em nome de um ideal. Como ele próprio afirmou: “o ideal santifica os

inominados, escolhe-os entre os silenciosos, tempera-os na resignação, sopra-lhes o ânimo da virtude, dá-lhes a energia da humildade e concede-lhes a alegria do sacrifício” (MAGALHÃES, 1930, p. 76). Sob essa lógica, os sacrifícios eram justificados por um propósito maior: o avanço da ciência.

### **3.3 A prática da cesariana em desenvolvimento: ataque e defesa no “caso da maternidade”, de 1915**

No mesmo ano em que Magalhães desenvolveu sua própria técnica de cesariana chama de exteriorização, seu nome foi envolvido em uma significativa polêmica pública, batizada pelos jornais como “caso da maternidade”, em que uma mulher e sua filha – assim chamada pelas mídias da época – foram submetidas, respectivamente, a uma cesariana e uma embriotomia, que levaram à morte de ambos. Existem diferentes linhas de análise possíveis para esse caso, ocorrido em 1915. Primeiramente, observa-se que o evento foi central para a defesa do hospital-maternidade como lugar de acolhimento e de legítimo uso de cirurgias ainda em desenvolvimento, como a cesariana. Observam-se diferentes estratégias argumentativas, diante dos ataques midiáticos, para justificar os óbitos de mãe e filha, decorrentes do atendimento da maternidade. Demonstrei a seguir que o “caso da maternidade” é emblemático no sentido de elucidar o lugar central ocupado pela assistência hospitalar no desenvolvimento da prática médica, e de que formas o corpo fragilizado foi inserido nesse ambiente, tornando-se alvo de técnicas biomédicas. O caso enfatiza, ainda, o embate público da autoridade médica, que deveria reagir ao ser questionada pelas intercorrências trágicas decorrentes da assistência hospitalar.

Diferentes notícias de jornais correram pelo país inteiro, garantindo ampla cobertura ao caso, que, ao longo de meses, ocupou espaço em notas e reportagens diárias, dando origem, até mesmo, a uma crônica de Lima Barreto. Além desse conjunto de fontes, o próprio Magalhães escreveu sobre o ocorrido em seu livro *Lições de Clínica Obstétrica* ([1915] 1922), mais especificamente no primeiro capítulo, intitulado *O caso da maternidade*. O Dr. Arnaldo Quintella, rival histórico de Magalhães, também redigiu e publicou, em 1916, um capítulo sobre o caso, e artigos foram divulgados no periódico *Brazil-Médico*, com o objetivo de debater o tema. Esse panorama ajuda a dimensionar o efeito causado pelo episódio na prática de Magalhães, e o modo como o evento suscitou a necessidade de defender tudo que o coletivo organizado em torno do médico, em função do desenvolvimento da cesariana, tinha à disposição: os assistentes, a Maternidade de Laranjeiras, a cesariana em si e o direito de intervir no corpo das pacientes.

O caso foi narrado por diferentes versões: o denunciante anônimo; o companheiro da falecida; o próprio Magalhães, que era o chefe do serviço; o assistente responsável pelas intervenções e, enfim, os jornais. Cada personagem dessa soma trazia elementos novos a cada um dos aspectos implicados no evento, que será analisado conforme sua complexidade. Partirei da denúncia anônima, endereçada a vários jornais cariocas, e os diferentes dados acerca do ocorrido serão apresentados conforme a fonte.

O jornal *A noite*, que foi conhecido por seu tom sensacionalista e por divulgar casos escabrosos do cotidiano do Rio de Janeiro do começo do século, trazia no título de uma reportagem, na segunda página, com letras grandes, a pergunta: “um insucesso na maternidade? Mãe e filho morrem torturados em uma operação cesariana e outra de craniotomia” (A NOITE, n. 1186, 1915). Além do título impactante, ao lado de fotos de três homens negros, sendo um retratado como morto e dois acusados de assassinato, o jornal trazia também foto da fachada da Maternidade de Laranjeiras. A interrogação no título do artigo já lançava as bases da suspeita que pairava sobre a Maternidade de Laranjeiras. Ao aproximar a foto de sua fachada da dessas pessoas acusadas de cometerem crimes, o subtexto era evidente: o caso da maternidade era parte das páginas policiais e estava sob suspeição.

Era o início de uma polêmica que muito se estenderia. Outros jornais da cidade, como *Correio da manhã* e *Época*, entre os dias 14 e 15 de abril de 1915, reproduziram textos muito semelhantes. Variando apenas a introdução, todos davam espaço a uma denúncia anônima, na íntegra, que descrevia com detalhes o ocorrido na maternidade. O jornal *Estado do Pará* publicou pequenas notas ao longo do caso, adicionando novos detalhes conforme o assunto se desenrolava na capital. O *Jornal do Recife* também separou algumas linhas para anunciar o ocorrido com a “inditosa Lucinda Leal”, em referência ao nome da paciente.

O relato,<sup>20</sup> publicado nos jornais do Rio de Janeiro, começava com algumas informações da vida pessoal da paciente: Lucinda Lopes de Oliveira tinha sido admitida em trabalho de parto no sábado, dia 3 de abril de 1915, na Maternidade de Laranjeiras. Ela tinha 29 anos, era solteira, natural do estado do Rio de Janeiro. Morava originalmente na rua Senador Vergueiro, 165 e, sendo “seduzida” pelo jardineiro Francisco dos Santos, foi morar com ele na mesma rua, ao número 203, onde ele trabalhava e residia, na casa da família de um distinto militar da Marinha. Após essas informações, a denúncia prosseguia com detalhes minuciosos, dizendo que o vício pélvico da parturiente havia sido detectado por meio de pelvimetria. No domingo, seu namorado voltou à maternidade e a encontrou “na sala de operações”, o denunciante descreve a cena como

---

<sup>20</sup> Todas as citações trazidas aqui são dos relatos presentes nessa matéria do jornal *A noite* (n. 1186, 1915).

“tocante”. É dito, ainda, que o casal se abraçava e chorava, e Lucinda “sofria muito e estava muito medrosa”. Na segunda-feira, Francisco ligou para a maternidade e foi informado do falecimento de sua companheira. Ele seguiu para o lugar e só conseguiu a liberação do corpo da mulher. O filho teria “nascido morto” e não lhe disseram onde o pequeno corpo teria sido enterrado. Com essa introdução, o denunciante anônimo parece ter sido uma pessoa que acompanhou todo o caso por um ângulo próximo.

A denúncia, depois, seguia para uma parte mais técnica, que deixa entrever que, muito possivelmente, o denunciante era aluno, ou interno da maternidade. Esse trecho da denúncia é introduzido pela questão: “que teria havido?”. Essa pergunta aciona a estranheza com que os eventos já narrados foram conduzidos: por qual razão a mulher faleceu? Por que não pode o pai ver a criança? A resposta segue: “coisas horrorosas se haviam passado”. A denúncia conta que, não podendo ser realizado o parto normal, por conta do “defeito da bacia”, resolveu-se aplicar o fórceps por longas horas e, nesse momento, suspendeu-se a administração de clorofórmio. Apesar do cansaço do operador, cujo nome até então havia sido omitido, seguiu-se com uma nova sessão de fórceps, iniciada às 7h, e que, novamente, não deu resultado. Ao fim dessa segunda sessão, observou-se um “volumoso hematoma” no períneo da paciente. Insistindo no fórceps, às 10h o hematoma se rompeu, essa parte é descrita da seguinte forma: “que horror! Foi um perder de forças... Vários assistentes tomaram parte da cena dantesca, puxando o fórceps”. Nesse momento foi constatada a morte fetal e, então, deveria se proceder a uma craniotomia. Esse segundo procedimento também não foi bem sucedido e sua condução é descrita como: “foi feita à la diable”. A cena é caótica: aparentemente, o instrumento para esse procedimento, o craneoclasta, foi inserido de maneira errada no útero da paciente, “quando isto foi visto por todos, houve uma decepção geral”. Essa parte da narrativa não atribui nomes, mas destaca a inabilidade de quem quer que estivesse no manejo do instrumento.

Seguindo, o relato questiona “o que fizeram os profissionais? Decidiram ali a sorte da parturiente, que já vinha sendo torturada. Praticaram então a operação cesariana. Quando acabaram, estava morta a paciente”. Retomando a pergunta do início da denúncia, “o que teria havido?” para que os corpos não tivessem sido devidamente entregues a Francisco? A notícia separa suas últimas linhas para sugerir que os corpos seriam as provas das brutalidades ocorridas dentro da maternidade e, por isso mesmo, sugeria a exumação de ambos os corpos, assim finalizando: “a ação, pois, deve ser da polícia”.

Para contextualizar a dimensão do caso, é preciso enfatizar que, durante as primeiras aparições do ocorrido nos jornais, outra pauta sobre erro médico ou imperícia ganhava a mídia, “o caso da menor Odette”, ocorrido em março de 1915, no Rio de Janeiro. As pessoas

acompanhavam a história de uma adolescente órfã, recolhida a uma instituição, que faleceu após ter passado por uma cirurgia (CORREIO DA NOITE, n. 134, 1915). O caso também foi amplamente repercutido, mas foi minguando à medida que “o caso da maternidade” se desenrolava.

É importante ressaltar que jornais sensacionalistas estavam sempre procurando por um caso escabroso para angariar leitores, o que pode explicar o esquecimento de Odette quando Lucinda se tornou a protagonista da tragédia hospitalar. Odette, assim como Lucinda, foi exumada, e seu corpo em decomposição estampou os jornais com fotos de vários ângulos. Lucinda também teve seu corpo, parcialmente decomposto, exposto diante das lentes jornalísticas. A mídia do Rio aparentemente pressionava pelas impressionantes exumações, como deixa ver a matéria de 16 de abril de 1915: “é bem claro que teremos mais uma exumação, nem se compreende mais coisa alguma de espécie nessa cidade, que não acabe com o desenterramento de um cadáver” (O PAIZ, n. 11.148, 1915).

Para além do sensacionalismo, é possível ver que a sociedade estava bastante desconfiada da atuação da medicina e, mesmo que ainda não houvesse de fato uma medicalização ampla, como resalta Roth (2020), qualquer indício já levantava suspeitas. A divulgação de casos de brutalidade ou de imperícia nas maternidades, por sensacionalismo ou não, demonstra a contradição do discurso médico, afinal, esses espaços, idealmente voltados ao acompanhamento das pessoas pobres, eram também ambientes de violência. Trazer os médicos para as páginas policiais, envolvendo nomes que comumente estariam na coluna social na seção de investigações policiais, era também uma forma de oferecer algum tipo de resistência e vigilância sobre a prática médica. A matéria do jornal *O Século* conecta os dois casos, afirmando que:

não está ainda terminado o inquérito aberto no 15º distrito policial para apurar a causa mortis da menor Odette Mendes, que, segundo depoimento de parentes, morreu por culpa de um cirurgião dentista, e já surge outro caso, esse de complicações mais graves, dado o fato de nele figurar o nome de Dr. Fernando Magalhães, atual diretor da maternidade e professor da Faculdade de Medicina (O SÉCULO, n. 2360, 1915).

A reportagem do *O Século* qualifica a gravidade do “caso da maternidade”, pois nele estaria envolvido não um dentista anônimo, como ocorreu no caso Odette, mas o renomado professor Magalhães. A foto de Fernando Magalhães apareceria no jornal *Correio da Manhã*, em 17 de abril de 1915, ao lado da foto de ladrões envolvidos em outros casos. No dia seguinte à divulgação da carta anônima, vários jornais publicaram que Fernando Magalhães, que era

diretor da Maternidade de Laranjeiras, havia endereçado um ofício ao Ministro da Justiça, que foi integralmente impresso nos jornais. Nele, o próprio Magalhães pedia a abertura do inquérito policial. O pedido foi acatado e a 3ª delegacia de polícia ficou responsável por colher evidências (GAZETA DE NOTÍCIAS, n. 106, 1915). Ao se colocar à disposição da Justiça, agindo de maneira voluntária, Magalhães se colocou como alguém que nada tinha a esconder.

Logo que a investigação foi aberta, teve início nas mídias a expectativa pela exumação dos cadáveres, o que de fato foi determinado nos dias após o começo das investigações. Nos jornais, Lucinda apareceria por diversas vezes como “infeliz”, que “sofreu difícilíssima operação”, “desventurada”, que teve uma “morte trágica”, uma mulher que “foi encontrar num leito de uma Maternidade, o trágico fim de sua juventude e o doloroso destino do seu primeiro amor” (A NOITE, n. 1209, 1915). Toda essa linguagem adjetivada, utilizada por diferentes jornais que divulgavam o assunto, fazia parte da construção de Lucinda como vítima.

Conforme a análise de Roberto Efrem Filho (2017), que trabalha com casos de violência, a “vítima” não é uma categoria auto-evidente, mas precisa ser construída justamente porque existem relações de poder que colocam alguns corpos como passíveis de violência. Por isso, nem toda forma de violência gera o mesmo grau de indignação. Relações de raça, gênero, sexualidade e classe são fatores regularmente apresentados para diminuir a dimensão de um evento brutal (EFREM FILHO, 2017, p. 9). Por isso, é preciso construir a “narrativa do ato de brutalização como uma imagem de brutalidade, da vítima como vitimável” (EFREM FILHO, 2017, p. 8). A reivindicação da violência se constrói para informar que um ato doloroso perpetrado a uma pessoa foi inaceitável. É importante dizer que é sempre um risco narrar acontecimentos violentos, e que isso pode gerar um voyeurismo da desgraça alheia que não difere em nada dos jornais sensacionalistas. Ao mesmo tempo, a visibilidade da violência foi uma estratégia, observada nas notas de jornais, para arquitetar a inadmissibilidade do evento ocorrido na Maternidade de Laranjeiras e colocar a cesariana no banco dos réus da fé pública.

Desde a denúncia anônima, há um esforço em tornar Lucinda uma vítima da imperícia. Primeiro, é apresentada como uma moça seduzida, ingênua, que pode ter se desviado das relações lícitas do casamento, mas que tinha embarcado nessa situação por conta da sedução do pai de seu filho, o jardineiro Francisco. Depois, a cena comovente do choro e do medo na sala de operações. A fragilidade e a solidão da paciente demonstram uma moça que não podia mensurar as consequências de seu amor juvenil. Do outro lado, os parteiros inábeis, que, na categoria de algozes, não se importavam com a moça e, por isso, foram responsáveis por conduzir os procedimentos descritos como “horríveis”.

Além de inocente e indefesa, a categoria de vítima também passa pela publicização das imagens de brutalidade. Como destaca Efrem Filho (2017, p. 10), convenções morais podem dificultar a construção da vítima e, por isso, cenas da violência sofrida precisam ser compartilhadas para evidenciar que a ação perpetrada haveria sido indefensável. No caso de Lucinda, pouco se falou ou se enfatizou sobre o lado moral de viver com um homem com quem não era casado; em lugar disso, foram explicitadas as cenas de violência, como o episódio do sangue, que jorrou nos assistentes após a ruptura do hematoma no períneo. O sangue abundante, ao ser descrito pelo denunciante, remete à brutalidade contra uma mulher que passava por um procedimento longo, sem anestesia, já que a cloroformização havia sido suspensa, conforme o relato. A “tortura”, como foi chamado o período em que Lucinda esteve dentro da maternidade, reforça que os eventos foram extremos, para além da normalidade naquele ambiente. Os corpos mortos, de Lucinda e de seu feto, aparecem como evidências da força desproporcional à qual foram submetidos.

Diversos jornais enviaram equipes ao cemitério São João Batista, sob intuito de acompanhar a exumação do corpo de Lucinda, que foi procedida na alvorada do dia 20 de abril de 1915. A publicização do sofrimento como forma de legitimar o que a vítima passou foi constante nos jornais, que apresentaram fotos explícitas da necropsia. Para além de chocar e entreter uma audiência que consumia a tragédia, a publicação reforçava Lucinda como uma “desgraçada”, que terminou morta após uma cesariana. Logo que se começou o exame público, sob a sombra de uma árvore, o jornalista do jornal *O Imparcial* explica: “os médicos verificaram a incisão da pele feita por ocasião da operação cesariana. A incisão era de 193 milímetros, fechada com 12 pontos” (O IMPARCIAL, n. 840, 1915). O tamanho do corte é dado ao leitor para que tenha literal dimensão do procedimento. Outros jornais deram publicidade ao útero de Lucinda que fora remexido pela perícia e se mostrou machucado (A NOITE, n. 1192, 1915).

Além do corpo da mulher, que logicamente traria a grande incisão decorrente da cesariana, o corpo do feto também guardaria registros da brutalidade, e o “inocente” como chamado pelos jornais, poderia colaborar para construir a acusação dos parteiros. Porém, para assombro dos presentes, o corpo do feto não estava junto de sua mãe. A mídia achou suspeito, pois era a segunda vez que este feto não era apresentado. Primeiro, quando o pai foi liberar os corpos na maternidade e, depois, na ocasião dos exames da investigação. Aparentemente, o corpo do feto poderia depor mais ainda contra a prática ocorrida no hospital das Laranjeiras.

A instituição depois informou o local do sepultamento do bebê e no dia 24 de abril o corpo do recém-nascido pode ser examinado pela investigação policial. Os jornais também compareceram em peso ao cemitério São Francisco Xavier para tomar notas *in loco* do evento.

O corpo, embrulhado em papel grosso, tinha a anotação: “recém-nascida de Lucinda Oliveira, Laranjeiras”. A cabeça era descrita como uma “massa informe”, como era de se esperar, após a craniotomia. O exame, contudo, concluiu que o tórax também estava bastante machucado (JORNAL DO BRAZIL, n. 115, 1915). De fato, esse exame foi comprometedor, pois indicava um uso impreciso da craniotomia, que atingiu também o tronco. Como foi dito na denúncia anônima, a craniotomia foi uma parte especialmente mal conduzida dos procedimentos realizados, naquele dia, pelos parteiros.

Lucinda era uma moça pobre. Busquei nos jornais da época pelo endereço em que vivia<sup>21</sup> antes da companhia de Francisco, e consegui indícios desua condição. Diversos anúncios de procura de emprego, por pessoas residentes no mesmo endereço da moça, evidenciam que Lucinda era apenas mais uma dentre as jovens pobres das classes baixas urbanas do Rio de Janeiro, que precariamente arrendavam cômodos para dormirem e buscavam maneiras de sobreviver por meio de empregos de serventes domésticos. Por meio de jornais, publicados ao longo das décadas de 1910 e 1920, é possível ler dezenas de anúncios de trabalhadoras e trabalhadores que eram oferecidos, por meio de publicidades nomeadas “aluga-se”, para as mais variadas funções.<sup>22</sup> Além disso, sua filha craniotomizada foi enterrada na área de “menores indigentes” (O SECULO, n. 2364, 1915) do cemitério, parte destinada não às pessoas de posses, mas aos pobres que teciam arranjos familiares fora das normas burguesas.

Após a notícia da exumação, o Dr. Magalhães foi prontamente aos jornais oferecer um discurso para implodir a construção da legitimidade de Lucinda e sua filha como vítimas. Quando repercutiu o caso, ele tratou de publicar, em jornais, periódicos científicos e até em seu livro, um discurso sobre *o caso da maternidade*. Contra-atacando, Magalhães argumentou que todo o alarde era desnecessário, e analisou a situação por outro ângulo:

Apresentando à execração pública um estabelecimento de assistência que recebeu a mulher sã portadora de um filho vivo e transformou-os em dois cadáveres estropeados! A tirada pode ser impressionadora, mas é sobretudo mendaz. Não bateu às portas do estabelecimento uma mulher sã, mas uma mulher no fim de uma gravidez acidentada, na véspera de um parto difícil, condições estas que várias vezes comportam o germe do imprevisto e do irremediável. Quem não tem visto, quem não tem lido, a quantos não têm surpreendido, estes casos em que as exigências sucessivas e rápidas impõem ao profissional a sequência das operações de gravidade crescente. E quantas vezes, o episódio tumultuoso da parturição não tem o epílogo triste de uma

<sup>21</sup> “Oferece-se uma moça para copeira ou arrumadeira. Prefere-se dormir fora do aluguel; na rua senador Vergueiro n. 165” (JORNAL DO BRASIL, n. 194, 1915).

<sup>22</sup> O anúncio de patrões que ofereciam seus trabalhadores domésticos para serviços em outras casas no jornal foi comum durante todo período imperial, especialmente para escravizados. A prática de anunciar o aluguel de funcionários domésticos no jornal era um efeito da extensão das relações abusivas de trabalho (SOUZA, 2017).

vida que se esvai em sacrifício de outras que não pôde despontar (MAGALHÃES, 1922, p. 20).

Magalhães debate diretamente com os opositores, que apresentavam Lucinda e sua filha como vítimas ideais que não mereciam o tratamento brutal que receberam. O médico parece acenar que uma mulher e um feto saudáveis não teriam passado pela série de procedimentos dolorosos. Lucinda era uma mulher pobre, que teve uma gravidez difícil, o que a reposicionava como um corpo inapto ao melhor dos resultados. Sua condição permitia que a morte – ou o “germe do irremediável” – fosse um dos resultados prováveis. Seu corpo e o de sua filha eram passíveis de ser “estropiados”. Além disso, ele argumenta que procedimentos interventivos podiam gerar consequências graves, esperava-se isso das intervenções obstétricas. Em contraste com a promessa de simplificar a cesariana, que apresentei no início deste capítulo, Magalhães agora assume que consequências funestas poderiam ocorrer.

Retomando a análise de Efrem Filho (2017), Magalhães de fato opera os marcadores da vítima e sua condição de saúde para enfatizar que Lucinda não era tão escalável para o papel de vítima legítima. Sua condição teria sido compatível com as perigosas e dolorosas cirurgias feitas nas Laranjeiras, em abril de 1915.

O debate, porém, não se limitou à discussão sobre a vítima. Conforme o trabalho de Rodrigo Silva (2017, p. 87) sobre as crônicas do escritor Lima Barreto, sua produção foi impactada pelo caso da maternidade de 1915. Inocência, personagem de Barreto dedicado a debater as controvérsias da ciência, observa que tanto Magalhães como seus opositores estavam debatendo publicamente, em termos científicos, uma questão que envolvia a morte de pessoas, como se fossem meras vaidades, completamente descoladas do público (SILVA, 2017, p. 89).

No banco dos réus da desconfiança pública, estava a operação cesariana que, na ampla maioria dos relatos dos jornais, aparecia como causa da morte de Lucinda: “foi feita a operação cesariana, ainda que tardia. A parturiente só veio a falecer destarte horas após, vítima de traumatismo operatório” (A EPOCA, n. 966, 1915). Considerando o investimento de Magalhães no desenvolvimento da cesariana, era necessário também apresentar uma defesa da técnica. Nesse sentido, importa ter em mente o que ressalta Rita Marques (2005, p. 84) sobre a necessidade de ter casos de sucesso para garantir a boa fama do parteiro. Se Magalhães, que era notoriamente comprometido com a cesariana, deixasse o recurso ser desacreditado pela opinião pública, seu esforço poderia ser inócuo. O caso foi deliberadamente uma opção pela cesariana, o que foi divulgado pelo próprio médico à época: “no caso da maternidade a cesariana foi imposta pela distocia sobrevinda e, como teria de optar entre ela e o arrancamento

[embriotomia], preferi a cesariana em benefício da paciente e também dos meus créditos profissionais” (MAGALHÃES, 1922, p. 162). É importante considerar que a opção foi uma escolha, em que foi levada em conta a possibilidade do aborto terapêutico, e também a própria carreira do Dr. Magalhães. Nesse sentido, deve ter havido um esforço que a justificasse.

A opinião pública queria saber se a cesariana era perigosa ou se *aquela* cesariana, em particular, havia sido perigosa. A maior suspeição, de que a prática teria sido deliberadamente mal realizada, foi levantada quando, no exame de necropsia de Lucinda, foi encontrada uma flanela ou uma bandagem, de 30 centímetros, dentro do abdômen da paciente. A cena foi repercutida por vários jornais:

mais um pouco de pressão e cada vez quer deslizar o mármore da mesa e o Dr. Jacintho traz presa na pinça uma compressa de flanela do tamanho de um lenço comum. O médico [legista] tem um momento de espanto, olha em derredor, hesita no exame do pano, mas, vendo que a reportagem verificara o achado, desdobrou a compressa que estava tinta de sangue (CORREIO DA NOITE, n. 140, 1915).

Os jornais também comentaram que essa flanela, alojada nas entranhas de Lucinda, surpreendeu os legistas, que tentaram manter a discrição sobre o achado, o que indica que talvez não quisessem expor Magalhães. Mas era tarde, o tecido tinha sido notado pelos presentes. Outros jornais relatam que um legista assistente teria dito: “uma flanela! Que diabo!”, e outro: “isso estraga um operador” (A NOITE, n. 1192, 1915), pontuando que esse fato poderia condernar ao fim da carreira de qualquer profissional médico. O achado foi entendido pelos legistas como uma prova cabal da imperícia médica. Muitos dos jornalistas que estavam no local fizeram questão de publicar fotos da tal flanela.

Figura 4 - Notícia: Uma exumação sensacional: é encontrado um pedaço de pano no abdomen da infeliz.



Fonte: *A noite* (n. 1192, 1915).

Magalhães foi aos jornais, no mesmo dia, apresentar suas razões para a flanela grossa estar no abdômen da paciente:

Esta compressa ainda é uma prova da prudência com que andei: não me limitei a drenar o fundo do saco anterior, deixei um tampão apertado de flanela sobre o segmento inferior como profilático da hemorragia possível naquela região, onde a agulha no passar provocava a saída do sangue. E o tampão é de flanela por terem acabado os de gaze, e não o fixei porque serviria só por 24 horas, ao passo que o outro devia permanecer quatro dias pelo menos. A decomposição do cadáver, distendendo e deslocando as vísceras, levou o tampão para cima. A compressa encontrada é a prova da previdência. (O IMPARCIAL, n. 840, 1915).

O achado suspeito foi suficiente para trazer novas perguntas, visto que a justificativa de Magalhães parecia não fazer sentido. Se o ventre da paciente foi achado suturado com 12 pontos, e a flanela era para tamponar a ferida externa, como ela teria ido parar tão profunda dentro do ventre sob sutura? É curioso observar que, ao mencionar o achado da flanela no periódico científico *Brazil-Médico*, em 1915, Magalhães só diz que o ventre da paciente tinha ficado propositalmente aberto e a flanela seria para tamponar. O médico não cita a decomposição do corpo e nem se alonga na explicação, como se, diante do coletivo especializado, qualquer deslize mal explicado pudesse ser facilmente refutado pelos pares e

renderia ainda mais polêmica (O BRAZIL-MÉDICO, 1915). Sobre a flanela, convém observar que este objeto era um dos materiais indispensáveis para a realização de sua cesariana, que contava com o método de exteriorização, descrito no início deste capítulo. O esquecimento da flanela mostra a dificuldade na lida com o abdômen, evidenciando o modo como o processo da cesariana em desenvolvimento estava incerto.

O jornal *Correio da noite*, de 14 de maio de 1915, perguntava: “houve erro de técnica?”, e pressionava para que o assunto fosse discutido na Assembleia de Medicina, já que o público do jornal, assim como os jornalistas e até mesmo os policiais que investigavam o tema, era leigo. O periódico *A notícia*, por sua vez, elencava diversas perguntas, e queria saber: “estando o feto morto, deve recorrer à cesariana?” (A NOTÍCIA, n. 104, 1915)

Foi no intuito de procurar entender qual a validade das declarações e dos procedimentos de Magalhães que os jornais passaram a convidar médicos para comentar o assunto. Poucos aceitaram o convite, pois, conforme o *Correio da Noite*, temiam o atrito com Magalhães. Quem aceitou a tarefa foi o Dr. Arnaldo Quintella, livre-docente da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, rival público de Magalhães. Ambos haviam concorrido para o concurso de substituto do professor Feijó Jr., na ocasião de sua aposentadoria, e chegaram a brigar publicamente, declarando-se rivais por toda vida.

No livro publicado por Quintella, em 1916, *Alocuções e debates*, o último capítulo explora o caso da maternidade em detalhes, procurando expor Magalhães como destemperado, que, em outra ocasião, teria premeditado uma cirurgia mutiladora em uma paciente (QUINTELLA, 1917, p. 171). Quintella chama o caso da maternidade de “salada operatória”, por conta da variedade e mistura de procedimentos, e anuncia, no prefácio do livro, que iria deliberadamente questionar Magalhães e seu assistente, Octávio de Souza, que assistiu Lucinda, avisando: “tenha, porém, certeza de que eu não o traumatizarei muito. As aplicações de fórceps para arrancar-lhe a ciência empavonada serão ‘brandas’; não lhe farei ‘craniotomia’ e quando apresentar sinais de sofrimento, saberei ser humano, indo em seu auxílio” (QUINTELLA, 1917, p. 172). A análise de Quintella foi publicada no jornal *A noite*, ao longo dos dias de abril de 1915, e servia aos propósitos de confrontar as declarações eloquentes de Magalhães. Quintella entregou aos leitores do jornal explicações para cada uma das maiores dúvidas, refutando Magalhães em praticamente tudo. É preciso entender que o desgaste da relação dos dois parceiros certamente estava presente no prisma pelo qual Quintella avaliava a prática de Magalhães.

Quintella transcreveu em seu livro e nos jornais o depoimento de Fernando Magalhães à polícia. O declarante prestou informações contrárias à denúncia anônima, dizendo que a

paciente estava bastante calma, que esteve anestesiada durante todo o processo e que seria perfeitamente normal fazer a cesariana para extrair um feto morto, informando, ainda, que a cesariana foi feita como habitualmente: “diante de seus alunos, no exercício de sua função de professor” (MAGALHÃES, 1915 *apud* QUINTELLA, 1916, p. 176). Antes de passar às análises de Quintella sobre o depoimento, convém salientar que a cesariana foi realizada de maneira didática, conforme o próprio Magalhães, que demonstrou o procedimento para seus alunos. Quintella também chama a atenção para a habilidade de Magalhães de “preencher a oportunidade obstétrica” (QUINTELLA, 1916, p. 179).

A primeira parte da crítica está na insistência do fórceps e no decorrente inchaço do períneo. A segunda parte ataca a inabilidade de Magalhães de não ter notado o vício pélvico da paciente logo no início do caso, e também aborda, finalmente, a maior das controvérsias: a flanela. Após uma série de argumentos, Quintella finaliza:

Como é que, (na hipótese de cura de Lucinda) o Dr. Magalhães, depois de retirar o dreno da gaze, iria pescar a compressa de flanela no ventre de sua operada? Não é possível, tudo está mal contado. A compressa foi esquecida dentro do abdômen da infeliz parturiente (QUINTELLA, 1917, p. 188).

Passando para outra questão de interesse público, a respeito da necessidade ou não da cesariana, Quintella expõe o discurso de Magalhães contra sua própria prática e diz que o correto seria fazer uma cesariana com antecedência, e não um procedimento impensado, no calor da situação. Destaca, ainda, que Magalhães deveria saber melhor lidar com a técnica da cesariana, pois “ensina que ‘nenhuma intervenção reclamada por vício de conformação da bacia poderá vencer jamais em exequibilidade pronta e fácil a cesariana moderna” (QUINTELLA, 1917, p. 191), retirando uma citação de Magalhães em defesa do procedimento cesáreo, em que afirmava tratar-se de um recurso “fácil”. Quintella procura escancarar a contradição entre o que desejava Magalhães e a realidade do que era a cesariana naquele contexto. Tratava-se de uma cirurgia difícil, que nem seu próprio defensor se arriscou a praticar quando admitiu a parturiente. Sabendo de sua condição pélvica, pelo contrário, o fórceps, recurso que Magalhães considerava antiquado, foi utilizado à exaustão.

O coletivo de alunos e internos que também fazia parte do projeto de desenvolvimento da cesariana foi devidamente blindado por Magalhães, de modo a não comprometer sua incipiente escola, favorável ao uso da cesariana como recurso que deveria suplantiar o aborto terapêutico. Na primeira vez que Magalhães foi a público falar sobre o caso da maternidade, sua preocupação, antes de mais nada, consistia em tirar da linha de frente dos ataques o interno da

maternidade, Dr. Octávio de Souza, que atendeu Lucinda inicialmente. Em ofício endereçado ao Ministro da Justiça, convenientemente publicado no jornal, lê-se:

Todo caso clínico se passou debaixo da minha direção e ação. A aplicação do fórceps e a perfuração da cabeça praticou-as à minha vista e por ordem minha, com todo rigor, meu assistente, pessoa idônea, depositário da minha confiança, meu auxiliar, há quatro anos, e livre docente da faculdade. A operação cesariana fi-la eu. Assumo toda a responsabilidade do ocorrido: as intervenções exatamente indicadas desceram às regras da técnica operatória (CORREIO DA NOITE, n. 136, 1915).

Em defesa pública entre os pares, leitores do *Brazil-Médico*, Magalhães disse que não precisava emprestar seu prestígio ao assistente, pois ele “tem personalidade suficiente, dispensa a compaixão alheia” (CORREIO DA NOITE, 1915, p. 158), mas, no fim das contas, acaba fiando a conduta do médico auxiliar, dizendo que “faria o mesmo”, se estivesse em seu lugar.

Além das análises de Quintella, outro parteiro também aceitou o convite dos jornais para comentar o caso. No dia 29 de abril de 1915, o jornal *A noite* publicou o que chamava “Inquérito científico”, em que elaborou dez perguntas para que o Dr. Rego Monteiro as respondesse. O entrevistado é qualificado como “suficientemente conhecido, como abalizado ginecologista e obstetra” (A NOITE, n. 1201, 1915).

As perguntas apresentadas de fato são específicas da área médica. A primeira indagação refere-se à “*conjugata diagonalis*”, uma razão matemática obtida por meio de cálculos das medidas da pélvis. A partir dessa pergunta, o tom do “Inquérito científico” estava estabelecido. As perguntas todas apontam para a mesma questão: a cesariana poderia ou não poderia ter sido evitada? “A operação cesariana era indicada ou havia outros meios menos perigosos para a parturiente de fazer a extração fetal?” (A NOITE, n. 1201, 1915). Além disso, percebe-se a certa popularização da discussão científica e o manejo das categorias obstétricas pelos jornais, que inquiriam sobre “grau de vício pélvico”, “indicação do fórceps”, “dilatação cervical”. De fato, a cesariana estava em xeque. Considerada um recurso “perigoso”, teria sido usada de forma desnecessária pela equipe das Laranjeiras, na opinião de jornais e parteiros contemporâneos já que o feto já estava morto.

Dr. Monteiro responde às perguntas de forma direta, informando que havia outras formas de proceder para evitar a cesariana, como, por exemplo, a sinfisiotomia. Monteiro também destaca que o parteiro deveria sempre agir de forma a realizar, prioritariamente, os procedimentos mais simples, evitando aqueles mais complexos, e que a situação evoluiu para a indicação da cesariana sem antes proceder operações menos perigosas. A última pergunta fazia

referência à “flanela” encontrada no ventre da falecida Lucinda: “É científico deixar no ventre de uma laparotomizada uma compressa de flanela-dreno-tampão sem deixar uma ponta exterior?”. A isso, o médico responde, sem mais palavras: “Não” (A NOITE, n. 1201, 1915).

A partir da complexidade das perguntas elaboradas pela redação do jornal é possível notar que as críticas a Magalhães não foram somente inflamadas por seu inimigo, o Dr. Quintella, mas também por outros médicos, como o Dr. Monteiro, que havia desaprovado a conduta com a paciente Lucinda. Além disso, percebe-se o interesse do jornal em rebater a retórica de Magalhães, que respondia à polêmica com citações em bases ditas “científicas”. A estratégia jornalística pareceu, assim, ser munir-se das críticas proferidas por Magalhães recorrendo à validação de outros práticos.

Retomando Marcia Silva (2001, p. 561), que afirma que os hospitais eram lugares de ciência e também de ensino, entende-se que poderia ser grave para o estabelecimento “científico” dirigido por Magalhães receber tão duras críticas. Para defender a ciência, era preciso também defender seu ambiente de exercício. Nesse caso, era preciso também calar os jornais, que se alvoroçavam e cobravam esclarecimentos enfáticos, pois “em se tratando de morte ocorrida em um estabelecimento de caridade subvencionado pelo governo, causa estranheza a reserva mantida pelos peritos” (O SECULO, n. 2362, 1915). A equipe do jornal *A noite* também destacava que o assunto era de interesse público, pois era um estabelecimento financiado com verba federal e municipal, sendo preciso checar as condições sob as quais o caso se deu, visto que “tão respeitável nos parece a vida humana, máxime de quem é forçado a recorrer à caridade oficial ou pública” (A NOITE, n. 1201, 1915). Além disso, o jornal aponta que, em período próximo, a maternidade estaria passando por um quadro de reformulação de pessoal, pelo qual um “bando de jovens” estavam agora no atendimento. Nesse sentido, “não seria, portanto, de se estranhar que a denúncia fosse fundada” (A NOITE, n. 190, p. 1915).

Para afastar qualquer tipo de suspeita sobre o estabelecimento, Magalhães afirma que, em Laranjeiras, a paciente “desprotegida só teve naquela casa o carinho, a dedicação, o amparo de quantos lá trabalham” (MAGALHÃES, 1922, p. 25). Acionando novamente o lugar como uma instituição piedosa de caridade, o parteiro queria ressaltar que fez uma boa obra ao acolher a “desprotegida” mulher.

O amplo e franco combate que Quintella apresentou foi respondido por Magalhães, que desqualificava seu opositor como invejoso. Sua opinião como médico obstetra colaborou para entender o que poderia ter sido feito diferente no caso da maternidade. Os jornais cobravam providências diariamente. Reforçando as contradições dos depoimentos, e rememorando a descoberta da flanela, os periódicos davam notícia do caso (A NOITE, n. 1237, 1915). Apesar

disso, as publicações pareciam antecipar que o caso não resultaria em punições e, nem mesmo, no esclarecimento dos fatos. Magalhães era influente e eloquente, poderia influenciar as conclusões do inquérito. A perícia concluiu que a flanela, que poderia ser vista como flagrante erro, foi considerada uma prova pouco precisa, por conta do adiantado estado de decomposição do corpo (A NOTÍCIA, n. 104, 1915), argumento que, anteriormente, o próprio Magalhães também tinha apresentado.

O laudo e a conclusão do inquérito ocorreram em meados de agosto de 1915. O jornal *A noite*, de 15 de agosto de 1915, comentou em tom crítico que o documento não trazia nada de conclusivo, e informava que o inquérito parecia mais uma descrição do caso do que uma análise. Separada em cinco tópicos, a matéria criticava cada um dos pontos do relatório, em primeiro lugar, denunciava que as aplicações iniciais de fórceps haviam sido feitas na paciente por sete homens; segundo, que os internos deixaram a paciente agonizar até apresentarem o caso ao diretor; terceiro, que o erro na aplicação do craneoclasta foi apenas um erro pequeno, visto que o instrumento “escapuliu” da mão do parteiro; quarto, que a cesariana foi a alternativa que restou, pois a via pélvica estava tão inchada e machucada que não haveria jeito de retirar o feto e, por último, falava que a flanela havia sido esquecida no ventre da parturiente e, ironicamente, afirma que isso era algo muito comum “na França, na Alemanha e em diversos outros grandes países” (A NOITE, n. 1310, 1915). O inquérito concluiu que não houve imperícia e, portanto, não houve nenhum crime. A investigação foi encerrada em agosto de 1915.

A experiência de defesa de Magalhães foi colocada à prova diante desse caso, que ironicamente resultou no fortalecimento de seu coletivo. A cesariana sob suspeita, a maternidade ambígua, o coletivo imperito, tudo isso foi questionado publicamente, mas não foi o suficiente para de fato incutir a dúvida pública em relação aos envolvidos. Defender toda a engrenagem que fazia a cesariana ser aprimorada foi essencial para seu desenvolvimento. Os eventos adversos do caso da maternidade seriam entendidos por Magalhães de uma maneira muito particular, como se vê em seu artigo, publicado no *Brazil-Médico*, a respeito da situação:

Confiemos serenamente na vida, no labor fecundo, na dor libertadora, eis o que nos ensina a suave parábola do grão de trigo que, se soubesse o que é e o que vale, cumpriria com amor o seu destino, indo da germinação à florescência e à maturidade para alcançar gloriosamente o martírio do esmagamento na pedra do moinho, porque no fundo do sulco em que dormita, ele o pão do futuro, resume em si o trabalho penoso do lavrado e o sol radiante de Deus (MAGALHÃES, 1915, p. 163).

Essa metáfora pode ser perturbadora se a entendermos como uma apologia à dor que serve a um propósito. O "grão de trigo", esmagado pela pedra, para que sua vida seja útil ao lavrador, em nome de um pão futuro. Paralelamente, a morte da paciente Lucinda é encarada como um sacrifício para contribuir com a cesariana que, no futuro, viria a ser uma obra perfeita, iluminada por Deus, e feita pelas mãos do obstetra-lavrador.

Nesse sentido, observo a aproximação entre a cesariana em desenvolvimento e a cesariana sacrificial. O corpo, que não poderia ser sacrificado em função de questões religiosas, pode, de certa forma, ser instrumentalizado, até as últimas consequências, em nome do progresso futuro da técnica.

Diante dessa concepção, e em conclusão a este capítulo, é importante apresentar que o Dr. Jorge Rezende, que foi o celebrado médico dito responsável pelo aprimoramento da cesariana, divide os louros de seu reconhecimento com seu mestre, Dr. Fernando Magalhães, e o relembra na segunda edição de seu livro *Operação Cesariana*:

Qualquer outro chefe de escola, autor de procedimentos operatórios de tanta valia, jamais permitira que nos seus serviços fossem experimentadas técnicas alienígenas e, ao mesmo tempo, litigiosas. Magalhães, demonstrando seu alto espírito, permitiu, e o que é mais, incentivou os que ensaiavam (REZENDE, 1992, p. 45).

O excerto de Rezende, redigido na década de 1990 em tom memorialístico, atribui à autoridade e à excepcionalidade de Magalhães a capacidade de se “experimentar” técnicas que, de tão ousadas, as qualifica como “alienígenas” e “litigiosas”. Convém salientar que a Maternidade de Laranjeiras é chamada de “escola” pelo autor, o que permite enfatizar a finalidade pedagógica do estabelecimento. Além disso, a experimentação das práticas “alienígenas” foi incentivada por Magalhães para que os alunos pudessem “ensaiar” a prática da cesariana. Ainda que parteiros dos centros urbanos considerassem a importância da cesariana, o coletivo organizado ao redor de Magalhães se colocou de maneira enfática nessa tentativa de progresso da técnica. O desenvolvimento da cesárea foi, além de um esforço coletivo, um pacto em defesa das maternidades como estabelecimentos que forneciam corpos femininos na tentativa de normalizar as grandes cirurgias obstétricas.

## **CAPÍTULO 4. OUTRAS PRÁTICAS: A ADESÃO PARCIAL À CESARIANA EM DESENVOLVIMENTO**

O capítulo anterior apresentou o comprometimento de Fernando Magalhães com a cesariana em desenvolvimento e sua determinação em dominar a técnica. Porém, para Ludwik Fleck (2010), o protagonismo de um personagem no desenvolvimento de um fato científico estaria sempre relacionado a um contexto social favorável a seu aparecimento. Por considerar a natureza do conhecimento científico inseparável da cultura e da sociedade, Fleck argumenta que a subjetividade é importante, embora tenha menos impacto do que o contexto histórico e o local em que se desenvolve um fato científico, e resume seu ponto na anedota: “por exemplo, não se poderia imaginar um Napoleão antes da Revolução Francesa” (FLECK, 2010, p. 88).

Além da ênfase no social, Fleck também argumenta que os indivíduos que se destacam no desenvolvimento de um fato científico, estão acompanhados de ajudantes, assistentes e alunos que configuram, no fim das contas, um coletivo. Os fatos científicos são desenvolvidos, portanto, de forma coletiva. Fernando Magalhães é considerado o pai da obstetrícia nacional e é possível observar gerações de parteiros descendentes de sua idealização da via abdominal como forma de solucionar o parto complicado e, ainda, como forma normalizada de nascer (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015). Andreza Nakano, Claudia Bonan e Luiz Antônio Teixeira (2017) discutem o orgulho com que o coletivo de pensamento formado a partir dos parteiros da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro – posteriormente chamada Universidade Federal do Rio de Janeiro –, da linhagem de Fernando Magalhães, se portam até o presente, especialmente em relação à cesariana, que a duras penas foi desenvolvida por esse coletivo.

Por coletivo referencio a discussão de Fleck (2010, p. 82) a respeito do que denomina “coletivo de pensamento”, ou seja, um grupo que compartilha modos de ver e agir dentro de um repertório. A noção de coletivo pode ser reduzida, grosso modo, a uma comunidade de cientistas em um particular espaço e tempo que possui uma inclinação ou direcionamento para um caminho de desenvolvimento.

Para discutir o papel singular da escola de Fernando Magalhães no desenvolvimento da cesariana, é preciso apresentar um paralelo à sua atuação, buscando lançar luzes sobre como outros parteiros lidavam com o parto e com o papel da cesariana em desenvolvimento em casos de parto complicado, tema que reconhecidamente estava na ordem do dia da obstetrícia de forma geral. Outros parteiros, à mesma época, embora também tenham mostrado entusiasmo quanto ao ensino clínico prático e também tenham realizado cesarianas em processo de desenvolvimento, mantiveram uma clínica focada no corpo pélvico. Para servir a esses

propósitos, devo apresentar as semelhanças e distensões entre os doutores Hugo Furquim Werneck e Fernando Magalhães, no sentido de evidenciar o aspecto extremado da defesa de Magalhães e seu coletivo pela suplantação do aborto obstétrico pela cesariana.

Para o antropólogo Gonçalo dos Santos (2020), o desenvolvimento do aparato tecnológico do parto altamente tecnológico ou *high-tech*, como é o caso da cesariana, se espalhou de maneira desigual no espaço. O autor analisa o caso da cesariana na China, chamando a atenção para a forma pela qual o fenômeno da medicalização do parto se deu de maneira dissonante em áreas centrais e periféricas do país. Pela lógica, o centro e a periferia recebem quantidades diferentes de recursos para o investimento em infraestrutura, o que impacta diretamente na difusão das técnicas de medicalização do parto. Além disso, em espaços onde estruturas de poder e de coerção são menos presentes, tende a haver um convívio entre diferentes técnicas, que o autor chama *low-tech*, via vaginal, e *high-tech*, cesariana. Segundo Annemarie Mol (2002, p. 37), a prática sempre está relacionada à visão de corpo pelo médico, mas também ao lugar onde se encena a prática. A antropóloga, que realizou seus estudos no Hospital Z, pseudônimo para um hospital no interior da Holanda, argumenta que a aterosclerose, no Hospital Z, é diferente no Hospital A ou no Hospital B, pelo fato de as relações sociais, em cada espaço, guardarem especificidades.

Pensando sobre como a tecnologia e prática se dispersam de maneira diferente, argumento que as semelhanças entre Werneck e Magalhães, sendo ambos professores, católicos e chefes de maternidades, encontram seu limite no espaço em que cada um deles exerceu sua prática – respectivamente, Belo Horizonte, a capital recém-fundada de Minas Gerais, e o Rio de Janeiro, então capital federal e, ainda, em outros exemplos do país.

Werneck, nascido no Rio de Janeiro em 1878, foi fundador da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, em 1911, posteriormente incorporada à Universidade de Minas Gerais. Também foi fundador da Maternidade Hilda Brandão, em 1916, do Hospital particular São Lucas, em 1922, e diretor da Santa Casa de Belo Horizonte. Além das muitas funções administrativas que exerceu como membro da congregação, foi eleito deputado estadual em 1935 e faleceu antes de tomar posse do cargo. Para fins de comparação, convém resgatar que Fernando Magalhães também nasceu no Rio de Janeiro, no mesmo ano de 1878. Filho de um livreiro português, formou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1899. Tornou-se professor na mesma faculdade, em 1900, por meio de um cargo interino e, no ano seguinte, passou a ser livre-docente. Fundou a Maternidade Pró-Matre, de serviço gratuito, em 1918, e foi diretor da Maternidade-escola de Laranjeiras por vários anos. Foi deputado na Constituinte

e era conhecido por sua influência junto ao governo de Getúlio Vargas. Ambos os médicos praticavam cesarianas com diferentes graus de empenho em sua realização.

O Dr. Hugo Furquim Werneck era filho do também obstetra Dr. Francisco Furquim Werneck. Formou-se em Medicina em 1901, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, com uma singular prática clínica, uma vez que foi auxiliar de seu pai na Santa Casa carioca (MARQUES, 2005, p. 74). Após ser acometido pela tuberculose, retornando de seu tratamento na Europa, estabeleceu-se em Belo Horizonte, em virtude de sua saúde, já que o clima da cidade favorecia os pacientes de tuberculose (MARQUES, 2005, p. 54). Conforme Rita Marques, que investigou a trajetória de Hugo Werneck e o estabelecimento de sua prática na recém-inaugurada cidade de Belo Horizonte, tão logo o médico se viu instituído na cidade, também tratou de modernizar a Santa Casa, fundada em 1899. A historiadora Anny Torres indica que a Santa Casa era mantida pela iniciativa filantrópica e era a principal referência na assistência à saúde da cidade de Belo Horizonte, fundada em 1897 (TORRES, 2020 p. 132.) O estabelecimento, apesar de recente, comunicava com a lógica do século XIX, sendo uma espécie de albergue de doentes. Para suprir a ambição da prática operatória, Werneck passou a comandar uma reforma, garantindo um ambiente propício para operações obstétricas e ginecológicas (MARQUES, 2005, p. 55).

Werneck mantinha uma consistente prática de cirurgias abdominais. Mesmo sem poder atestar que se trata da integralidade do material, as fichas de suas pacientes do Hospital São Lucas<sup>23</sup>, entre 1926 e 1932, revelam que o médico realizou diversas histerectomias, retiradas de cistos e remoção de apêndice em pacientes de ambos os sexos.

---

<sup>23</sup> Material consultado no CEMEMOR-UFMG.

Figura 5 - Ficha de paciente

Name: [Redacted] Address: *Fernandes, Esq. Minas* No. *1435*  
 Date: *28.1.26* Occupation: *Domestica* Age: *42* Weight: *cadada*  
 Diagnosis: *Fibromioma. Salpingite*  
 History:  
 Treatment: *Hysterectomy total. Oophore salpingectomy duplex. (exc. to ovs ovaries via bancha on rectus) Chloroform - ether*

Fonte: Centro de memória da Medicina – UFMG (CEMEMOR) – Acervo Hugo Werneck fichas de pacientes 1926 – 1932.

Em 1926, por exemplo, Werneck realizou uma série de procedimentos em uma paciente de 42 anos que, apresentando um tumor, especificamente fibroma, e salpingite, inflamação das trompas de falópio, foi submetida a uma histerectomia total, retirada de ambas as trompas e ovários, tendo sido anestesiada com clorofórmio e éter.

#### 4.1 A cesariana moderada

Quando Werneck faleceu em 1935, foi sucedido pelo Dr. Clóvis Salgado, que, em um concurso controverso, assumiu o cargo de professor do curso de obstetrícia e ginecologia em Belo Horizonte (MARQUES, 2005, p. 139). O professor foi lembrado por seu sucessor como um homem a quem a Faculdade de Medicina da cidade muito devia, por ter sido o seu fundador, diretor e professor: “o meio médico desta cidade deve-lhe o ter sido o introdutor da grande cirurgia abdominal nesse consagrado centro de cultura” (SALGADO, 1937, p. 425). Além do testemunho de Salgado, as mesmas fichas do Hospital São Lucas também atestam que Werneck praticava a cesariana:

Figura 6 - Ficha de paciente

Name: [Redacted] Address: *Bella Horizonte, Minas* No. 1608  
 No. 16. PHYSICIANS' CASE CARD. The Simple Medical Card Index System. B.S. & Davidson, Ltd., 21, Col. Terrell St., W. Copyright & Reg.  
 Date: *6-9-26* OCCASION: *Domestica* AGE: *22* MARRIED: *Some* HEIGHT: *160*  
 Diagnosis: *Eclampsia*  
 History:  
 Treatment: *Cesariana vaginal*  
*clorofórmio - 35'* *Faleceu 5 horas após a intervenção*

Fonte: Centro de memória da Medicina – UFMG (CEMEMOR) – Acervo Hugo Werneck fichas de pacientes 1926 – 1932.

Nas fichas das pacientes de Werneck observa-se que o obstetra esteve atento às mudanças na técnica da cesariana. Em 1926 ele realizou uma cesariana vaginal, que era uma técnica de abertura do colo do útero, discutida no capítulo 1. A paciente, de 22 anos, apresentava eclampsia e passou pela cesariana anestesiada com clorofórmio, tendo falecido 5 horas após a intervenção. Nisso é possível ver que Werneck, que desde 1912 já operava pela via abdominal, optou por um método conservador de realização da cesariana, diferente do método abdominal desenvolvido por Fernando Magalhães em 1915.

Figura 7 - Ficha de paciente

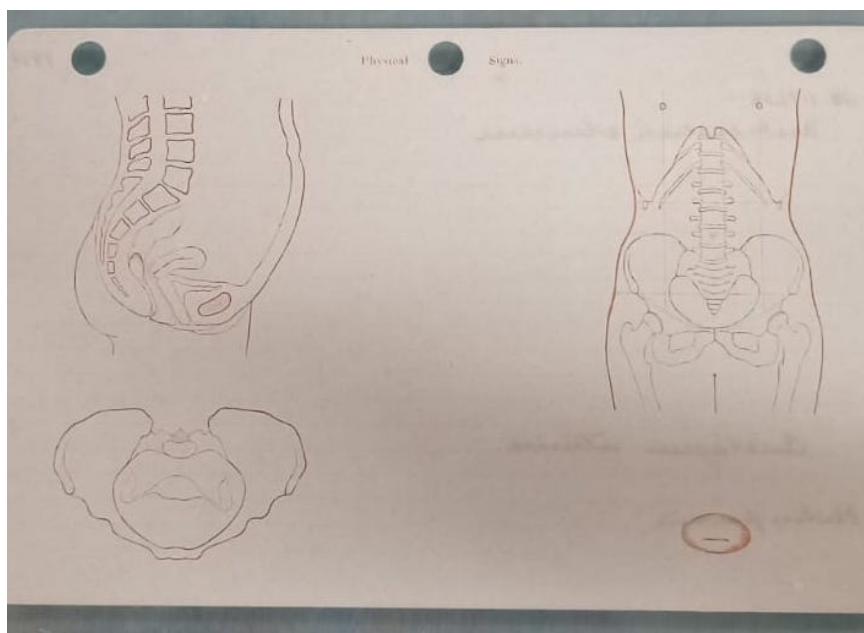
Name: *Dei* Address: *B. Horizonte* No. 1397  
 No. 16. PHYSICIANS' CASE CARD. The Simple Medical Card Index System. B.S. & Davidson, Ltd., 21, Col. Terrell St., W. Copyright & Reg.  
 Date: *24-11-1924* OCCASION: *Domestica* AGE: *25* MARRIED: *Some* HEIGHT: *160*  
 Diagnosis: *Dystocia por excesso de volume do feto.*  
 History:  
 Treatment: *Cesariana vaginal conservadora*  
*clorofórmio*

Fonte: Centro de memória da Medicina – UFMG (CEMEMOR) – Acervo Hugo Werneck fichas de pacientes 1926 – 1932.

Em 1924, empreendeu outro método de cesariana, a segmentar conservadora – em que diferentes incisões eram realizadas no útero, conservado ao final do procedimento. A anestesia por clorofórmio foi mantida. É possível ver a sincronia entre as práticas de Magalhães e Werneck que, na década de 1920, recorriam a cesarianas. É possível que ambos entendessem a importância da cesariana para evitar o conflito religioso, no entanto, o nível de comprometimento com a técnica, que poderia acarretar a morte da paciente, era diferente.

Embora Werneck tivesse ampla prática no corpo abdominal, realizando retiradas de apêndice e outras intervenções, sua visão de parto era centrada no corpo pélvico. A maior parte das fichas de suas pacientes do Hospital São Lucas são do mesmo tipo. Com um *layout* pré-definido em inglês, a ficha tem o nome de “*the simple medical card index system*” e inclui espaço para nome, idade, cor, endereço e número de registro da paciente, além de um grande espaço para descrever o quadro clínico e a intervenção realizada. No verso dessa ficha, é possível ver o desenho de uma pélvis óssea, com a representação de alguns tecidos moles. Representada em quatro ângulos, os desenhos pré-elaborados da pélvis seriam um espaço para anotar os sintomas físicos. Não se sabe onde Werneck adquiriu essas fichas, provavelmente eram importadas, mas utilizou-as consistentemente entre 1926 e 1933. É provável que elas atendessem ao seu modo de exercer sua clínica e sua noção de obstetrícia:

Figura 8 - Verso de ficha de paciente



Fonte: Centro de memória da Medicina – UFMG (CEMEMOR) – Acervo Hugo Werneck fichas de pacientes 1926 – 1932.

Sua prática não estava focada na mudança da via vaginal para a via abdominal, para ele, a cesariana era um recurso exequível, embora o último. Antes, era importante tentar acompanhar o parto com poucas intervenções vaginais. Nessa diferença de perspectiva estaria baseada sua prática hospitalar e seu coletivo de pensamento.

Casos de conflito materno-fetal envolviam, em geral, o dilema entre aborto terapêutico e cesariana. A prioridade entre a vida da mulher ou do nascituro era o critério essencial para a definição entre um ou outro procedimento. Werneck (1916, p. 36) procura abordar o tema de maneira otimista, apontando para a tendência de se salvar a vida de ambos, que seria inviolável: “É que a mulher grávida representa uma individualidade duas vezes sagrada, implicando de um modo inviolável para ela a proteção da mãe e do filho, quem quer que seja esta mulher e qualquer que seja a origem do filho”. Essa passagem chama a atenção, pois Werneck procura trazer o elemento religioso ao mencionar as vidas “sagradas” como o motivo pelo qual deve-se procurar realizar a prática da melhor forma. Além disso, tenta romper com a expectativa de morte e dor que era socialmente divulgada a respeito dos serviços hospitalares para mulheres pobres, afirmando que, independentemente de como essa gravidez tivesse ocorrido, não haveria represálias. É possível que Werneck não pudesse assegurar, na prática, com tamanha segurança, que haveria sempre modos de salvar ambos, mãe e nascituro, mas, apesar dessa realidade, o parteiro opta por não preparar uma defesa pública da cesárea e acena para a expectativa de um bom prognóstico geral.

De outro modo, Magalhães contrasta a expectativa da cesariana e da embriotomia, assumindo que ambas seriam arriscadas:

Dos que pensam que o estado geral da mulher pode contraindicar igualmente tanto a cesariana como a embriotomia; quando as resistências da paciente são mínimas, o perigo é idêntico para ambas, e no caso, talvez seja preferível adotar a menos destruidora, a cesariana. A possibilidade de infecção da mulher tem no método da operação cesariana tardia um meio de escolha e o falado perigo das rupturas uterinas, além do erro inerente à fragilidade das previsões subsiste também para embriotomia. Só o estado do feto moribundo é a verdadeira contraindicação da cesariana e as dificuldades do juízo crítico chegam, nesta contingência, ao auge do desespero... mas a consciência do profissional sentir-se-á bem quando, no momento de dúvida, se deixar impressionar pela esperança salvadora (MAGALHÃES, 1922, p. 232).

Ao abordar a responsabilidade relacionada à escolha entre um ou outro recurso “no auge do desespero”, quando não se pode precisar qual das partes tem melhor chance de sobreviver, o parteiro recomenda a cesariana por uma questão de consciência, apostando assim no recurso mais perigoso, que, dando certo, resultaria em duas vidas salvas. Isso não quer dizer, contudo,

que seja possível uma comparação ética entre os dois parteiros, mas é preciso enfatizar a diferença entre suas perspectivas. Profundamente comprometido com o desenvolvimento da cesariana, Magalhães precisava criar argumentos para munir, a si mesmo e a seus alunos, de justificativas que pudessem garantir a opção pela cesariana, mesmo quando não houvesse indícios de que o feto viveria fora do útero.

De forma geral, o hospital maternidade, tanto no Rio de Janeiro quanto em Belo Horizonte, seria o lugar ideal para “a solução de muitos problemas obstétricos é na quadra atual francamente cirúrgica, e intervenções de certa relevância só podem ser praticadas, com segurança de êxito em uma maternidade” (MATERNIDADE, 1913, [s. p.]). Tão logo sua pedra fundamental foi lançada, a prática cirúrgica como meio de solucionar a complexidade do parto também foi elencada entre seus propósitos. Porém, o método dos parteiros em Belo Horizonte demandava cautela: “mercê de Deus não temos o furor operandi [...] somos francamente conservadores, mas conservávamos apenas o que é capaz de prestar ainda algum serviço à nossa doente, sem prejuízo ulterior da saúde dela” (WERNECK, 1913 *apud* MARQUES, 2005, p. 56). O furor operatório tinha como limite a vida da paciente. O debate sobre a cesariana fazer mais mal do que bem à paciente era intenso, mas, para Magalhães, o parteiro que normalmente esperava o parto ser espontâneo para depois observar se seria preciso uma intervenção, perdia um tempo precioso. Para ele, ao primeiro sinal de complicação no trabalho de parto, a cesariana logo deveria ser recorrida: “a prática sanciona o raciocínio que, insensivelmente, leva à preferência pelo parto abdominal, sempre pronto, completo, fácil e independente” (MAGALHÃES, 1922, p. 42).

Quando Jorge Rezende revê, em 1992, trajetória de seu coletivo sob a direção de Magalhães, apresenta uma comparação entre as práticas da cesariana na clínica de Belo Horizonte e no Rio de Janeiro. Ao citar um artigo<sup>24</sup> de Pires de Sá (1918), que era professor da clínica de Belo Horizonte, Rezende sumariza que, na capital mineira, “não se faz a operação cesariana sem necessidade” (1992, p. 41), dando a entender que a noção de necessidade do coletivo do Rio de Janeiro era mais frouxa. Rezende transcreve a fala do colega mineiro, dizendo dos “casos de operação cesariana oportuna, praticada somente quando a indicação é absoluta”. Apesar da cautela na prescrição da cesárea, o médico afirma que, de 78 casos, dois tiveram óbito da paciente, o que pode indicar uma prática conscienciosa, mas que não se esquivaria por completo à necessidade de intervenção. Quando Pires de Sá explica quais são as intervenções a serem praticadas antes da cesariana, diz:

---

<sup>24</sup> Não foi possível localizar o artigo até o momento e, portanto, só será possível analisar os dados que Sá Pires apresenta por meio das longas citações de Rezende, inseridas em seu livro *Operação cesariana*, de 1992.

Disponho de dois serviços, com organização e disciplina. Neles há uma regra – o parto natural, quando não o posso observar, quero que o artifício tampouco contrarie a natureza. Daí o uso muito moderado do fórceps, a indicação muito rigorosa da versão, a prescrição da pubiotomia, o horror à operação embriotômica no feto vivo, ou no feto que o parteiro deixa morrer (PIRES, 1918 *apud* REZENDE, 1992, p. 42).

Pires de Sá, em 1918, era subordinado a Werneck, aparecendo como seu ajudante na figura 13 deste capítulo e, em sua fala, indica que a conduta do coletivo de Hugo Werneck consistia em esperar. O obstetra aguardaria o desenrolar dos casos, reduzindo as intervenções apenas ao necessário e rejeitando a embriotomia em feto vivo, sem nem mencionar, porém, a cesariana. Esse excerto revela que, assim como no coletivo de Magalhães, em Belo Horizonte havia também a recusa ao aborto terapêutico, apesar disso, tampouco se pode observar um apego amplo à cesariana. Pelo contrário, recursos pélvicos e outras manobras deveriam ser utilizados.

#### **4.2 Diferentes hospitais e diferentes práticas**

No caso da Maternidade Hilda Brandão, inaugurada em Belo Horizonte, no ano de 1916, por iniciativa do Dr. Werneck, desde seus primeiros rascunhos de organização, havia sido definido que a instituição adotaria um sistema misto, contando com enfermarias filantrópicas, gratuitas, e outros leitos, para pensionistas. A ideia era que a clínica particular cobrisse os custos dos leitos gratuitos. Na matéria do jornal *Minas Gerais*, de 1913, que anunciava a construção do prédio amplo e finamente adornado, na área hospitalar da capital do estado, é enfatizado que, embora a instituição estivesse preparada para receber ambos os públicos, as doentes pensionistas teriam garantidos: “conforto e bem estar, compatíveis com sua posição social” (MATERNIDADE, 1913, [s. p.]). Era importante reforçar às classes médias da cidade que se tratava de um estabelecimento atento às distinções sociais, onde se dispensava às senhoras pensionistas um atendimento diferenciado.

Na Santa Casa de Belo Horizonte, primeira clínica de Werneck, era necessário atrair pacientes. Para tanto, foi preciso evidenciar que o estabelecimento não reforçaria o estereótipo de que o serviço hospitalar às mulheres pobres era violento. Esse grupo, dizia-se, encontraria bom acolhimento e conforto nas instalações repaginadas da Santa Casa.

Figura 9 - Foto da enfermaria Dr. Hugo Werneck, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte



Fonte: Álbum Médico de Belo Horizonte, Imprensa Oficial, abr. 1912, p. 57.

A imagem demonstra o público da ala ginecológica da enfermaria do Dr. Werneck: trata-se majoritariamente de mulheres negras, que, vestindo um uniforme com saia e blusa, possuem cama individual, equipada com cobertor e colchão. O espaço é amplo, iluminado e ligeiramente ornamentado por um arranjo ao final do corredor. Observa-se, ainda, a presença de mulheres brancas, irmãs de caridade, que voltam seus rostos às pacientes em um gesto de assistência.

Outra imagem da maternidade, especialmente significativa, apresenta uma ala para as mulheres recém-paridas. O quarto parece ser menor e também mais reservado do que o da primeira imagem, e o padrão de cores das paredes é diferente. Apenas as pacientes, que vestem o mesmo uniforme das mulheres internadas na clínica de ginecologia, estão na ala obstétrica. Uma das mulheres está em pé, segurando seu filho, como se estivesse recuperada do parto, as outras estão deitadas, também com seus filhos nos braços. Apenas uma paciente está prostrada, embora o berço ao seu lado esteja arranjado, parecendo indicar que o parto resultou em feto vivo. No fundo da imagem, um homem com roupas de cirurgião recosta o braço na peseira de um leito. Suas roupas e tipo físico correspondem à figura de Hugo Werneck, que será apresentada mais adiante:

Figura 10 - Maternidade na Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte



Fonte: Álbum Médico de Belo Horizonte, abril de 1912, Imprensa Oficial, página 59.

Para efeito de comparação, passemos à imagem da Maternidade de Laranjeiras, no Rio de Janeiro, em 1907. A sala é mais adornada, não só pelo lustre estilo *art nouveau*, mas também pelos estuques do teto. Pelo menos nove pacientes aparecem na imagem, entre leitos e berços equipados com colchões e cobertores, espaçados na medida suficiente para o médico transitar. As pacientes parecem divididas entre grupos, as da direita parecem prostradas e, entre as da esquerda, mais bem dispostas, uma carrega um bebê. No fundo da sala, um leito ocupado é por alguém. As garrafas de soro na cabeceira e a presença de uma enfermeira, dedicada àquele leito no momento, parecem indicar a presença de uma paciente que inspirava cuidados intensivos. De toda forma, a sala está munida por equipamentos que fornecem indício de intervenção externa. Em se tratando do trabalho, duas mulheres, de pé, vestem-se de enfermeiras no estilo profissional, não utilizando adereços que comuniquem símbolos religiosos. Chama a atenção os quatro médicos, homens jovens, que estão em atuação, cada um parece estar envolvido em uma atividade no instante da fotografia.

Figura 11 - Maternidade de Laranjeiras, 1907



Fonte: *A Miscarriage of Justice* (ROTH, 2020).

Todas as fotos certamente passaram por curadorias e foram posadas. No início do século XX, fotografias institucionais marcavam o momento solene em que o ideal da instituição seria demonstrado na imagem. Apesar da pompa do momento da fotografia, dois personagens da imagem da Maternidade de Laranjeiras têm seus rostos borrados, indicando movimento: a enfermeira, em rota diagonal, parece se deslocar para o primeiro leito, enquanto o médico, que apoia um estetoscópio obstétrico sobre um leito, vira seu rosto em direção à movimentação da enfermeira. O movimento observado na terceira imagem diverge das irmãs de caridade e enfermeiras da primeira imagem, que, estáticas, observam as pacientes.

Observo que o coletivo organizado na Maternidade de Laranjeiras, sob direção de Fernando Magalhães, queria se apresentar como um lugar de prática e de serviço, pelo menos cinco profissionais estão na cena, entre médicos e enfermeiras. Ao passo que, na Santa Casa de Belo Horizonte, sob direção de Hugo Werneck, o ambiente parece ser menos interventivo, menos profissionais estão na cena e quase nenhum movimento é notado.

### 4.3 Diferentes coletivos para diferentes propósitos

Essas diferentes cenas dizem também do tipo de coletivo sobre o qual Magalhães e Werneck exerciam sua liderança. Partindo do fato de que a cesariana e seu desenvolvimento foi uma agenda, é preciso reconhecer a dimensão do ensino e como foi importante para o coletivo do Rio de Janeiro angariar estudantes que perseguissem o objetivo do rápido desenvolvimento e das ampliações do uso da cesariana. “Toda essa juventude, razoavelmente fundibulária e iconoclasta presta o grande serviço de policiar o bando das notoriedades aparatosas, mas refolhadas e inertes” (MAGALHÃES, 1930, p. 33), nesse trecho, o professor vê nas novas gerações a possibilidade de uma ruptura total com os mestres viciados no ensino teórico, o que foi essencial para a suplantação do aborto terapêutico pela cesariana, pois essa última ainda precisava se estabelecer também teoricamente, e o aborto terapêutico havia sido consenso, por décadas no século XIX, entre parteiros em todo o Ocidente.

Werneck tinha interesses em deixar um legado de discrição, e foi lembrado por seus alunos como um homem sisudo e até mesmo sistemático, mas, sobretudo, confiável e discreto (MARQUES, 2005, p. 86). “A mocidade não o amava. Votava-lhe respeito e temor. Werneck não possuía clãs. Era um professor à moda antiga, moldado em hábitos medievais, germanizado nos métodos e nas atitudes. Sintético e incisivo, batia em cheio os assuntos, com a preocupação sincera de ensinar” (MOTA, 1935, p. 27), relembra seu discípulo Oliveira Mota. Sua atitude indica que sua prática e ensino seriam estritas ao aprendizado. Durante o momento da aula, não havia a aproximação em favor de um objetivo centrado para além da formação ampla e sólida dos futuros médicos.

Convém lembrar que Jorge Rezende, amplamente conhecido por ser o desenvolvedor da cesariana no país já na década de 1940, atribui a Magalhães sua prática e o incentivo para desenvolver a cesariana. Rezende dividiu com seu mestre possibilidades e foi atendido. Rezende, citando Magalhães, relembra a ponderação do mestre:

assinalar que entre alguns dos meus auxiliares, praticantes da operação cesariana, num justo desejo de autonomia, foi negada a vantagem dos drenos abdominal e uterino. Convenço-me hoje da responsabilidade desta simplificação, na sequência mortal de algumas operações (MAGALHÃES, [s. d.] *apud* REZENDE, [1941] 1992, p. 82).

Essa cautela de Magalhães pode ser analisada por frentes diversas: primeiro, que sua prática era cercada por assistentes, que executavam o procedimento, embora estivessem sob a batuta do professor. Isso pode demonstrar seu engajamento com o ensino prático e também com a

necessidade de estabelecer um coletivo que orientaria seus esforços para um propósito comum, em benefício da cesariana. Além disso, pode-se enfatizar que seus ajudantes pediram autonomia e, apesar de não terem sido atendidos de pronto, mais tarde receberam o aval do professor para colocar os drenos como parte do processo da cesariana, o que indica sua maleabilidade no que diz respeito à colaboração para o propósito da simplificação do parto abdominal.

Conforme documento apresentado por Roth (2020, p. 98), em um caso de cesariana por vício pélvico, ocorrido em 1924 na Maternidade de Laranjeiras, Magalhães registrou nota, encontrada na papeleta da doente: “essa paciente foi tocada por todos os residentes, estudantes presentes para verificação da existência do anel de Bandl”. Em nome do aprendizado, os alunos e internos foram aproximados do corpo da mulher, o que indica que a Maternidade era o lugar do desenvolvimento das habilidades dos alunos e dos internos.

Por outro lado, o Dr. Werneck parecia saber muito bem como funcionava o cotidiano da clínica obstétrica daqueles que eram dados aos “clãs”, e sabia que o parteiro que autorizasse a presença de auxiliares na sala de operações deveria estar ciente de que essa era uma grande responsabilidade:

Há quem porfie em ser assistente e interno de uma clinica e complacente o professor acabará por ter sua enfermaria entulhada de auxiliares, para os quais é necessário procurar ocupação, e dos quais não se consegue desvencilhar na cooperação insistentemente oferecida nas operações praticadas (WERNECK, 1934, p. 15).

As mãos ávidas por tomar parte no momento da operação eram, para ele, uma fonte de chateação por conta da “insistência”. Para Werneck (1934, p. 15), o melhor dos assistentes era aquele que, apesar de curioso, “não atrapalha”. Vê-se que os procedimentos eram encabeçados por ele próprio e que, em nome das práticas de esterilização, o ambiente deveria ser sempre o mais vazio possível. Mirando na limpeza, o obstetra também tinha como resultado a técnica de ensino centrada na observação, o que dependia dos esforços do aluno para apresentar resultados. Aparentemente Werneck acreditava que a prática obstétrica, sob seu comando, estava restrita ao talento pessoal e à confiança que o aluno transferia para o mestre.

Quando a pedra fundamental da Maternidade Hilda Brandão foi lançada, em 1913, o número especial do jornal *Minas Gerais* evidencia os menores detalhes do prédio, cada um dos aspectos pensados para garantir o acolhimento, a limpeza e também um lugar para a prática. Sobre esse último aspecto, o jornal afirma ser pequena a área para que a plateia de alunos e internos observasse os procedimentos, e a razão para tal seria “muito poucos são os alunos que realmente dominam o campo operatório. Por este motivo limitamos o número de lugares e

garantimos a todos a possibilidade de observar o ato cirúrgico” (MATERNIDADE, 1913, [s. p.]). A imagem, de início do século XX, registra a sala de operações da Maternidade Hilda Brandão descrita na matéria e revela a distância guardada entre os operadores e os observadores do procedimento:

Figura 12 - Sala de cirurgia da Maternidade Hilda Brandão, no início do século XX



Fonte: *Maternidade Hilda Brandão, da Santa Casa, chega ao 1º século como modelo de atendimento à gestante* (FONSECA, 2016).

Como apresenta Rita Marques (2005, p. 83), houve casos de alunos que transferiram o curso de Belo Horizonte para o Rio de Janeiro à procura de um ensino mais prático. Não significa, no entanto, que o ensino na Faculdade de Medicina de Belo Horizonte fosse absolutamente teórico, mas certamente era mais cauto que no Rio de Janeiro. Como bem reconhece o Dr. Clóvis Salgado, Werneck legou uma série de alunos que foram conhecidos por

serem bons cirurgiões e que mantiveram clientela na cidade de Belo Horizonte, como Octaviano Neves e Lucas Machado, que fundaram importantes instituições de saúde na cidade (SALGADO, 1937, p. 425).

Porém, aparentemente o coletivo de Werneck envolvia mais as irmãs de caridade e enfermeiras do que os alunos. Nota-se, na imagem anterior, que os alunos assistem da galeria enquanto uma irmã de caridade parece ser a auxiliar de instrumentação.

Figura 13 - Histerectomia total praticada pelo Dr. Hugo F. Werneck. Assistente Dr. Pires de Sá. Anestesia Irmã Euphemia, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte



Fonte: Álbum Médico de Belo Horizonte, Imprensa Oficial, abr. 1912, p. 81.

Na imagem acima, Werneck, que lembra a pessoa ao fundo da *Figura 10*, e Pires de Sá realizam uma histerectomia – remoção do útero, também um conhecido método para realização de cesarianas. A irmã Euphemia, usando hábito, aparece atuando diretamente na cirurgia ministrando anestesia na paciente, uma mulher negra.

Werneck preferia seus alunos observando, mas incluía diretamente as freiras-enfermeiras nas intervenções obstétricas. Ao contrário de Magalhães, que motivava os alunos na prática obstétrica, Werneck via a atuação dos jovens com receio, devotando maior confiança às irmãs. As freiras, treinadas em enfermagem na Alemanha, foram convidadas por Werneck para trabalhar na ala ginecológica e obstétrica. O médico considerava essas religiosas hábeis para o trato cirúrgico e também convenientes para angariar boa reputação à maternidade, que,

conduzida por um obstetra homem, era vista com desconfiança pela população (MARQUES, 2005b, p. 157).

No “caso da maternidade”, relatado no capítulo anterior, busquei evidenciar as tentativas de Fernando Magalhães de resguardar o coletivo de internos envolvido na polêmica pública. Werneck também emprestou seu prestígio e reputação para garantir a atuação de seu coletivo de assistentes.

Como resgata Marques, durante a Primeira Guerra Mundial, a comunidade germânica no Brasil esteve sob suspeição, o que afetava diretamente as irmãs de caridade alemãs que atuavam na Santa Casa (2005, p. 103). A ruptura das relações diplomáticas do Brasil com a Alemanha instigou o governo mineiro a conduzir uma investigação sobre as comunidades germânicas no estado, sob suspeita de espionagem. Um relatório, elaborado pelo médico Cícero Ferreira em 1917, concluiu que não havia espiãs entre os religiosos alemães da Santa Casa e do Colégio Arnaldo – escola de Belo Horizonte fundada por padres germânicos – mas que era preciso evitar sua atuação em espaços importantes, que, caso o conflito se agravasse, poderiam ser sequestrados pelos alemães.

As irmãs de caridade logo ficaram em evidência, sendo expostas à campanha teutofóbica. Como narra Marques, os professores da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte se colocaram energicamente contrários à presença das irmãs alemãs na Santa Casa, e houve, por parte dos mais exaltados, inclusive ameaça de agressão às religiosas (MARQUES, 2005, p. 105). Werneck foi o único professor a defender as alemãs e encomendou um parecer dos principais juristas da época para assegurar a legalidade de sua permanência no Brasil. Os juristas Mendes Pimentel e Ruy Barbosa emitiram opinião favorável à continuação das irmãs em suas funções no hospital.

A determinação de Werneck para defender as irmãs de caridade indica sua confiança na atuação delas, mas também diz do tipo de prática que mantinha na cidade. Werneck considerava que o maior de seus deveres era ensinar os jovens sob sua responsabilidade a serem discretos, piedosos e sérios, com o objetivo de acessar o corpo das senhoras das classes médias e, dessa forma, trazer o convencimento às camadas urbanas, abastadas ou trabalhadoras, de que poderiam confiar no obstetra e ginecologista profissional (MARQUES, 2005, p. 99). Hugo Werneck devotou sua vida a transformar a experiência das mulheres e das famílias belo-horizontinas com a atenção médico-hospitalar, tornando-a uma espécie de acordo de confidencialidade no que dizia respeito ao delicado assunto do sexo. Por isso mesmo, suas aulas eram centradas na observação. Seu coletivo, na prática, era formado por irmãs de caridade e alunos de destaque, todos exortados a manter a postura ativa. Sua clínica, além disso, era vazia,

mantendo a noção de ambiente resguardado. Os propósitos desses parteiros eram diferentes e, portanto, suas práticas também. A escola de Magalhães se comprometeu com a engenhosidade do mestre, e sua abertura encontrou incentivo à experimentação, que era possível por meio da disponibilidade das pacientes que se dirigiam às maternidades.

#### **4.4 Diferentes objetivos e espaços**

Magalhães e Werneck eram ambos médicos católicos, mas mobilizavam sua fé de forma pública em diferentes direções. Werneck cuidava de sua imagem social piedosa para não afrontar a família mineira e se cercava de irmãs de caridade para atrair as classes médias urbanas (MARQUES, 2005a, p. 107). Magalhães procurava se firmar como um médico altamente engajado com a profissionalização da obstetrícia comprometida com o abandono do aborto terapêutico, e investia na mudança do modo de ver o parto, aproximando-se dos médicos jovens criativos, ávidos por criar formas de solucionar as dificuldades da cesariana.

A prática e o coletivo de ambos os médicos refletem seu lugar na sociedade brasileira daquele contexto. Cada um com sua particularidade, e apresentando limites no determinismo tecnológico, observa-se que tanto Werneck quanto Magalhães tinham à sua disposição o espaço físico, devidamente paramentado para a prática de intervenções cesarianas, e também pacientes que acessavam o serviço hospitalar. Como visto por meio das fotografias, desde pelo menos 1912 passaram a ser realizadas grandes cirurgias abdominais na cidade de Belo Horizonte, mas a cesariana continuava a representar um recurso excepcional e a conduta vaginal persistiria, como dito por Pires de Sá, assistente do Dr. Werneck.

Em Belo Horizonte, havia tanto corpos pacientes quanto tecnologias disponíveis para a realização da cesariana. No entanto, isso não foi suficiente para que a técnica se consolidasse nos hospitais da cidade. Era preciso mais do que disponibilidade prática: era necessário um compromisso com a técnica e seu aperfeiçoamento. Isso implicava uma mudança na visão sobre o corpo e nas formas de intervenção nos partos complicados, com a valorização da via abdominal em relação à vaginal — algo que não se observava na prática de Werneck. Como apontam Nakano, Bonan e Teixeira (2017, p. 420), os obstetras ligados ao coletivo de Fernando Magalhães viam a via vaginal como problemática e o corpo pélvico como imprevisível. Para esse grupo, os "obstetras antigos" eram aqueles que aguardavam o curso natural do parto e, ao intervir, recorriam à via vaginal. Já a obstetrícia moderna era aquela que antecipava a intervenção, por meio da via abdominal. Dentro dessa lógica, Werneck se alinharia à tradição dos parteiros antigos, pautando sua prática na espera e na ação apenas diante de obstáculos

concretos. Para Fleck (2017, p. 420), o desenvolvimento do fato científico está sempre relacionado à insistência coletiva orientada pela protoideia, o que pode ser frustrante para o coletivo empenhado no desenvolvimento, afinal, trata-se de um processo de tentativas, erros e variáveis a serem calibradas. Expandindo esse raciocínio, observo que Werneck dedicou seus esforços em outras direções, valendo-se da cesariana quando necessário, mas não comprometendo-se com os revezes envolvidos no desenvolvimento da técnica. Como dito anteriormente, Magalhães, por sua vez, estava orientado para o desenvolvimento da cesariana, dada a urgência em afastar-se de práticas abortivas para fins terapêuticos.

Cassia Roth, em seu livro *Miscarriage of Justice* (2020), discute que abortos espontâneos e acidentes domésticos com crianças eram primordialmente investigados como aborto criminoso e infanticídio. Valendo-se da “onipresença da polícia”, as denúncias de vizinhos e qualquer atitude suspeita levantavam uma série de investigações para averiguar supostos crimes. Essa engrenagem de suspeita e apuração de crimes funcionou como coerção às práticas de controle de fertilidade.

Ampliando esse quadro, considero que as práticas obstétricas também estavam sob escrutínio. Desde 1890 havia a tipificação do aborto terapêutico no caso de a paciente morrer e, como indica Cassia Roth (2020 p. 37), o aborto terapêutico era uma técnica perigosa, que poderia ocasionar a morte da paciente. A vigilância sobre o uso do aborto terapêutico pesava sobre os médicos. O lugar de evidência assumido por Fernando Magalhães como diretor da Maternidade de Laranjeiras, chefe da Maternidade Pro-Matre e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, colocava em foco toda sua conduta. Seu entusiasmo com relação à cesariana também se faz necessário para afastar qualquer sombra de dúvidas em relação ao aborto e outras práticas de controle de fertilidade.

Como mostra Rohden (2001, p. 173), referindo-se ao “caso Abel Parente”, obstetras não estavam acima do bem e do mal quando se falava em controle de fertilidade. O caso, que ganhou comoção entre a comunidade de obstetras do Brasil, em 1893, no Rio de Janeiro, tinha como personagem principal o Dr. Abel Parente, italiano que praticava obstetrícia e ginecologia no país. Ele desenvolveu um método contraceptivo envolvendo a aplicação de substâncias no útero e, tendo publicado no jornal sua descoberta, foi fortemente criticado pela Sociedade de Higiene do Brasil, que ameaçou levar o caso à Promotoria Pública e Diretoria Sanitária. O ataque ao Dr. Parente estava centrado na falta de ética do médico, que de acordo com seus colegas e opositores, teria zombado da natureza reprodutiva da mulher (ROHDEN, 2001, p. 177).

O caso Abel Parente mostra que a autoridade médica tem limites bem definidos quando se trata de questões de fertilidade. A Primeira República esteve altamente engajada em coibir o

controle reprodutivo e mantinha um aparato policial efetivo nesse combate (ROTH, 2020, p. 156). Nem mesmo os médicos estavam imunes a tal escrutínio, afinal, o Código Penal de 1890 diz, especificamente para os médicos:

Art. 302. Se o medico, ou parteira, praticando o aborto legal, ou aborto necessário, para salvar a gestante de morte inevitável, ocasionar-lhe a morte por imperícia ou negligencia: Pena - de prisão celular por dois meses a dois anos, e privação do exercício da profissão por igual tempo ao da condenação (BRASIL, 1890).

Magalhães fazia parte do comitê da Academia Nacional de Medicina para combater a “praga do aborto criminoso” no Rio de Janeiro (ROTH, 2020, p. 106), e mantinha firme seu discurso contrário ao aborto terapêutico, mas defendia que a questão não fosse tratada de maneira meramente religiosa (ROTH, 2020, p. 123) (MAGALHÃES, 1922, p. 426). Embora fosse contrário à prática, a tentativa de trazer a questão do aborto terapêutico para a alçada da medicina indica os limites da autoridade médica. Havia uma legislação contrária e também explícita proibição religiosa, limites que ele mesmo respeitava e, publicamente, não os confrontava. De fato, a autoridade médica se firmou no que dizia respeito aos corpos das mulheres que estavam sob exame, mas o Estado também colocava a prática médica sob suas lentes. Michel Foucault, em *Vigiar e Punir* (1987, p. 74), argumenta que o poder de vigilância não se exerce pela aplicação de leis severas, mas na determinação aberta do inimigo. Delimitando que o inimigo seria o aborto criminoso, Magalhães se posiciona como antiaborto e tira o foco de si mesmo, apontando outro alvo.

Em suma, a visibilidade é também vigilância e, por consequência, disciplina (FOUCAULT, 1987, p. 201). O espaço da capital federal era mais visado e exposto em contraste com a nova capital mineira, onde paulatinamente se estabelecia o aparato policial e legal. A prática de Werneck estava relacionada à criação de confiança entre a recatada clientela. Magalhães também estava empenhado em angariar confiança, mas do poder público, e precisava manter-se ilibado, sem qualquer suspeita de agir contra os preceitos da religião e da lei. Enquanto Werneck evitava a polêmica do conflito materno-fetal para dar confiança à suas pacientes, Magalhães produzia discursos que não deixam sombra de dúvida a respeito de sua posição, cesarianista e contrária ao aborto.

## CONCLUSÃO

Retomando a epígrafe inicial, de Ludwik Fleck, quis demonstrar algumas das muitas facetas que constituem um fato científico. Não ousaria tentar preencher toda a complexidade do desenvolvimento da cesariana e de sua substituição ao aborto terapêutico, mesmo porque esta tese não alcança o momento em que essa troca se efetua de maneira definitiva, se é que existe tal período. Privilegiei o que ainda é pouco discutido a respeito do assunto para buscar dar ao campo da História do Parto alguma contribuição arejada, embora limitada.

Em primeiro lugar, tratei da gênese, procurando um antídoto para os genéricos fatores “socioculturais”. Valendo-me do conceito de protoideia, quis destacar uma importante permeabilidade da sociedade e da cultura no fazer científico. Entendo que a cesariana foi, antes de tudo, uma ideia persistente de último recurso para o parto complicado, momentaneamente interrompida – em algum lugar do século XIX – pelo afã humanista-iluminista em poupar a vida da mulher adulta, que desembocaria no aborto terapêutico. Embora o aborto terapêutico esteja ainda sobrevivendo nas sombras, a cesariana é iluminada no Brasil, vice-campeão global das taxas de cesariana.

Discutindo os sentidos da cesariana e do aborto terapêutico, percebo que a gênese de ambos definiu os modos com que cada uma dessas técnicas ecoaria no tempo e no espaço. A cesariana, com sua tradição mortal, aproximava-se dos desígnios cristãos do batismo, ao passo que o aborto encabulava a Igreja por sua aproximação com o adultério e outras condutas imorais, que traziam dúvida a respeito da virgindade. Quando, no contexto das reivindicações iluministas, o aborto como recurso terapêutico foi tecnicamente desenvolvido, a Igreja Católica logo viu com preocupação a secularização desse debate, enrijecendo sua postura sobre o tema. Na sequência, os Estados Ocidentais também passaram a restringir a prática do aborto, já que o assunto também aciona preocupações sobre demografia e, no limite, propriedade privada, constrangendo ainda mais a prática abortiva, ao passo que a cesariana permaneceria um assunto alijado dos Códigos Penais.

Nesse sentido, além da porosidade entre cultura e ciência, demonstro os limites e constrangimentos destinados à prática médica. Desconfio da medicalização do parto como um processo vencedor por unanimidade. É verdade que as mulheres no Brasil não possuem direito ao próprio corpo – no que tange à sua fertilidade e direito de escolha –, mas, também os médicos obstetras, não puderam dispor de técnicas abortivas da maneira que gostariam, pois estavam submetidos aos poderes temporais e religiosos. Nisso, eu vejo uma escolha da prática médica:

a de tomar uma posição que, alinhada aos preceitos cristãos e legais, poderia legitimar sua autoridade de atuar sobre os corpos cis-femininos. A opção que a categoria de obstetras fez, pelo aperfeiçoamento da cesariana, foi também uma tentativa – bem sucedida – de apaziguar uma oposição que poderia destruir sua autoridade.

Quero dizer que, no caso do desenvolvimento da cesariana como fato científico, é possível notar que a autoridade médica precisava negociar, abrindo mão do aborto terapêutico e reconduzindo a cesariana às práticas obstétricas, sob intuito de não perder o necessário aval da Igreja para acessar os corpos gestantes. Volto ao caso do médico do Recife, que realizou o procedimento de interrupção da gravidez na garota do Espírito Santo, esse médico recebeu em cheio a fúria da Igreja, que o excomungou e, posteriormente, mobilizou grupos fanáticos para atacá-lo com protestos à porta do hospital.

Observo, com isso, a importância de salientar os embaraços entre aborto, cesariana, leis e religião, para que o debate nutrido pelo movimento feminista a respeito dos direitos reprodutivos busque sempre pautar-se pela questão da saúde. É necessário que o aborto seja um tema de saúde pública, apenas. Disputar seus sentidos é algo de primeira importância.

Para além dos significados, procurei, neste trabalho, dar lugar à prática. A História da Medicina aborda técnicas cirúrgicas, embora pouco se interesse pelo fazer. Eu entendo perfeitamente que esse aspecto tenha ficado em menor evidência porque, em geral, a descrição de procedimentos médicos torna-se enfadonha, especialmente para nós, que não temos formação prévia em Ciências da Vida. No entanto, é pela prática que se conhece o corpo. Historiadores da Ciência tendem a ler a obra *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*, de Ludwik Fleck ([1935] 2010, p. 97), sem dar muita atenção ao capítulo três, em que o autor apresenta a *Reação de Wasserman a um não especialista*. Na descrição simplificada das técnicas e testes estão presentes a protoideia, o coletivo de pensamento, o estilo de pensamento, a autoindução dos experimentos, o erro e o acerto.

Nos casos da cesariana e do aborto terapêutico, muito me interessa a noção de corpo à qual essas técnicas atendem. Tal como o aborto terapêutico, a cesariana sacrificial também perdeu espaço. E, em um movimento de complexo fluxo cultural, a Igreja Católica, que perdia terreno, encomendou aos obstetras alguma alternativa do parto complicado que pudesse substituir o aborto terapêutico: “é por isto que deveis tender a elevar-vos até o ápice dos conhecimentos específicos da vossa profissão” (PIO XII, 1951, p. 401). Penso que essa mudança da Igreja Católica e o estímulo de salvar mulher e feto são indícios importantes de que também a Igreja está sob influência de discussões seculares. A cesariana sacrificial não mais

servia à geração de obstetras que a havia trocado pelo aborto terapêutico justamente por ser mais benéfico à mulher.

A fala do Papa Pio XII não é só sobre uma teoria, tampouco sobre divagações a respeito da vida do feto, mas um incentivo ao desenvolvimento da prática. Para que os corpos sobrevivessem, era preciso solucionar uma série de problemas, reformulando o sentido e a técnica da cesariana. Era preciso, sobretudo, mudar o modo de ver a via de resolução do parto complicado, evitando o mais eficaz dos recursos: o aborto terapêutico que, reduzindo o volume do feto, resolveria efetivamente a obstrução no parto.

O aborto era um recurso vaginal, como o fórceps a sinfisiotomia, episiotomia e as manobras que deveriam ser praticadas levando em conta a complexidade do corpo pélvico. O foco da obstetrícia, palavra que deriva de *obstáculo*, foi a pélvis, que representava o principal fator de complicação no parto. Da pélvis partiria a definição se o parto seria normal ou complicado. Inventar uma forma de solucionar o parto complicado passava também por mudar a resposta para a via abdominal que, em tese, seria menos complexa do que a pélvis, que volta e meia surpreendia os parteiros, transformando um parto tranquilo em complicado. As alças do intestino, o peritônio, o líquido amniótico... todos esses elementos do corpo estavam em questão e precisavam ser incorporados à nova prática.

Essa mudança significaria alterar as habilidades do obstetra, que agora, como cirurgião, teria que lidar com outro tipo de imprevisibilidade, a da cavidade abdominal. Nesse aspecto, eu avalio ser preciso dispensar especial atenção para a forma pela qual as tecnologias – que em tese teriam tornado possíveis os procedimentos cirúrgicos complexos – também impunham novas dificuldades ao momento do parto. Longe de negar a relevância da assepsia, por exemplo, eu destaco que o uso desses recursos trouxe, antes de soluções, problemas.

Como explicou Fernando Magalhães: “na operação cesariana não se conhecem dificuldades técnica; este ponto não tem contraditores. Há, entretanto, oposição à cesariana por ser ela perigosa, presente a infecção, mesmo inicial ou quando se prolonga o trabalho, e, com maioria de razão” (MAGALHÃES, 1924, p. 48). A técnica da cesariana estaria solucionada, mas as infecções, mesmo na era pós-assepsia, ainda não. Considero necessário expor a dificuldade enfrentada ao longo do desenvolvimento da cesariana, rompendo com o determinismo tecnológico e considerando os percalços apresentados pelas novas técnicas incorporadas à prática. Esse é um dos aspectos que pretendo continuar desenvolvendo: as maneiras pelas quais são utilizados os recursos tecnológicos.

Para aprimorar, é preciso tentar, e nisso eu enfatizo o lugar do hospital para além da infraestrutura, mas especialmente em sua relação com o corpo das pacientes. Essa é a dimensão

onde se pode desenvolver, aprimorar, ensinar, tentar a prática. Creio ser essa uma importante possibilidade para os estudos em cirurgia. A cesariana em desenvolvimento causou também mortes de pacientes, colocando a prática sob exame da sociedade, que desconfiava dos benefícios do procedimento. Defender a cesariana foi sinônimo de defender o direito à prática médica inadvertida em pacientes. Observo a necessidade de aprofundar estudos sobre o uso de corpos humanos no desenvolvimento da Medicina, questionando, inclusive, quais são os grupos mais expostos às experimentações.

Pondero que a tradição médica, antes dos Julgamentos de Nuremberg, valia-se livremente de corpos subalternizados para desenvolvimento de suas práticas, capítulo da História da Medicina que não pode ser ignorado. Até mesmo porque procedimentos escabrosos em nome do progresso científico não ficaram no passado, como lamentavelmente vimos, durante a pandemia de COVID-19, o caso de um plano de saúde, com sede em São Paulo, que elaborou o chamado “kit COVID”, oferecendo a pacientes drogas sem eficácia comprovada para tratamento da infecção. O objetivo era elaborar um estudo clínico que comprovasse a eficácia dessas drogas. Fora de qualquer parâmetro científico, o “estudo” foi, no máximo, uma experimentação aleatória, sem amostras previamente selecionadas, sem metodologia, e essencialmente, sem consentimento e ciência dos pacientes.<sup>25</sup>

A violência obstétrica é um assunto urgente e está centrado na falta de autonomia da mulher diante do poder médico. Algo que transpassa toda as gerações de parteiros, descritas nesta tese, é o uso do corpo de mulheres das classes populares para proveito do desenvolvimento técnico. Em um país violento como o Brasil, é central buscar analisar forças tenções implicadas em relações hierárquicas, como é o caso da relação médico-paciente, que pode ser ainda mais vertical quando adicionados marcadores de classe, raça e gênero. Por isso, penso ser necessário trazer a dimensão violenta do uso dos corpos de pacientes no passado, averiguando quanto desse passado ainda se faz presente.

Observando o esforço coletivo por meio do qual a cesariana foi desenvolvida, considero importante opor-me à narrativa de excepcionalidade individual e busco enfatizar a natureza coletiva do desenvolvimento de um fato científico. O grupo de obstetras organizados ao redor de Fernando Magalhães, que se orgulha por ter normalizado a técnica da cesariana, devota seu sucesso no aperfeiçoamento da prática às chances que tiveram de treinar no corpo de pacientes. Confronto, porém, a uniformidade desse processo a partir da comparação com outros grupos de parteiros, observando que diferentes coletivos de pensamento têm também diferentes

---

<sup>25</sup> <https://www.nexojournal.com.br/expresso/2021/09/22/7-pontos-chaves-para-entender-o-caso-da-Prevent-Senior>

compromissos. O coletivo de Hugo Werneck, na provinciana cidade de Belo Horizonte, esteve empenhado em acessar o corpo feminino e angariar confiança pública. Mas, embora Werneck tivesse à sua disposição hospitais bem paramentados e um coletivo bem treinado, esteve afeito a outras noções de parto e do papel do obstetra.

Argumento, assim, que as clivagens regionais devem ser necessariamente observadas para entender que todo fato científico é inseparável do lugar em que se origina e se desenvolve. Para além da disponibilidade de infraestrutura, pessoal qualificado, recursos de forma geral, o aborto era uma prática muito mais combatida em espaços onde a vigilância religiosa e legal estava a postos. A cesariana pode ter suplantado o aborto terapêutico nos centros urbanos, nos hospitais particulares, nos nichos fundamentalistas e talvez se confirme a máxima do obstetra Sebastião Piato, que abre esta tese e aqui repito: “nossos dias assistem, afortunadamente, ao desaparecimento das embriotomias. A segurança da operação cesariana e o encontro, cada vez mais raro, de parturições negligenciadas, reduziram, ao mínimo, a incidência das embriotomias” (PIATO, 2009, p. 574).

Considerando um país tão grande quanto o Brasil, questiono, onde são raras as parturições negligenciadas? Em que lugares a operação cesariana é segura? Logo que as pesquisas desta tese se iniciaram, em março de 2018, fui à biblioteca J. Baeta Viana, no *campus* Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais, para explorar os documentos médicos sobre o assunto. Antes de me dirigir, como de costume, ao segundo andar, onde os livros e periódicos antigos ficam, fui à prateleira do primeiro andar, onde os alunos regularmente vão para consultar livros e manuais correntemente utilizados nas disciplinas do curso de Medicina. Na seção de livros atuais sobre obstetrícia, consultei *Complicações em Obstetrícia*, de Sebastião Piato, de 2009. Selecionei este livro porque o tema da “complicação” é uma constante conecta a cesariana e o aborto terapêutico, no presente e no passado. Quando li a frase do Dr. Piato, estava convencida de que a cesariana havia suplantado o aborto terapêutico.

Para engrossar meu até então argumento consultei a base de dados do Sistema Único de Saúde – via DATASUS – e pesquisei pela “embriotomia”, realizada pelo SUS em todo Brasil, entre 1992 e 2007, o maior período disponível. Eu esperava encontrar pouquíssimas intervenções, prova cabal de que a cesariana teria substituído o aborto terapêutico, o que não se confirmou. Encontrei um número expressivo de embriotomias realizadas no estado do Maranhão, como mostra a tabela abaixo.

Figura 14 - Procedimentos Hospitalares do SUS – por local de internação

PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO - BRASIL

AH pagas segundo Região/Unidade da Federação  
Procedimentos: 35013010 EMBRIOTOMIA  
Período: 1992-2007

Região/Unidade da Federação	AH pagas
<b>TOTAL</b>	<b>11.962</b>
<b>Região Norte</b>	<b>433</b>
.. Rondônia	10
.. Amazonas	78
.. Roraima	2
.. Pará	256
.. Tocantins	87
<b>Região Nordeste</b>	<b>10.228</b>
.. Maranhão	8.742
.. Piauí	309
.. Ceará	15
.. Rio Grande do Norte	1
.. Paraíba	31
.. Pernambuco	11
.. Alagoas	35
.. Bahia	1.084
<b>Região Sudeste</b>	<b>753</b>
.. Minas Gerais	416
.. Espírito Santo	25
.. Rio de Janeiro	183
.. São Paulo	129
<b>Região Sul</b>	<b>424</b>
.. Paraná	130
.. Santa Catarina	145
.. Rio Grande do Sul	149
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>124</b>
.. Mato Grosso do Sul	11
.. Mato Grosso	76
.. Goiás	37

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Fonte: *O Estado* (2018).

O número de embriotomias no Maranhão supera, em muito, o procedimento realizado em outros estados em que o procedimento de fato estava realmente reduzido.

Recentemente, pesquisei no Google “embriotomias no Maranhão”, e encontrei uma matéria, de 2018, com o título *Provedor da Santa Casa teme corte de gastos na unidade*,<sup>26</sup> que discutia a falta de repasse do governo estadual para a Santa Casa de São Luís. Em um trecho da matéria lê-se o balanço do mês de julho de 2018: “o número de atendimentos realizados na maternidade da Santa Casa de Misericórdia do Maranhão cresce a cada mês. Em julho deste ano [2018], foram executados 218 procedimentos, sendo 79 partos normais, 42 cesáreos, 43 curetagens e 37 embriotomias” (O ESTADO, 2018).

O número de embriotomias é quase igual ao de cesarianas, e não há mais informações atestando se o procedimento é feito em feto vivo ou morto. De toda forma, observa-se que é preciso cautela para generalizar os resultados de um fato científico em um país tão vasto quanto o Brasil. Desconfio que o aborto segue sendo útil por uma série de fatores. Talvez essa seja a maior possibilidade em aberto deste trabalho: a verificação do desenvolvimento da cesariana e do aborto terapêutico para além do centro.

---

<sup>26</sup> <https://oestadoma.com/noticias/2018/11/07/provedor-da-santa-casa-teme-corte-de-gastos-na-unidade/>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A EPOCA. Rio de Janeiro, n. 966, 17 abr. 1915. Disponível em: <<http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=720100&pasta=ano%20191&pesq=%22traumatismo%20operat%C3%B3rio%22&pagfis=7980>>. Acesso em: maio 2021.

A EPOCA. Rio de Janeiro, n. 970, 21 abr. 1915. Disponível em: <<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=720100&Pesq=%22caso%20da%20maternidade%22&pagfis=8013>>. Acesso em: maio 2021.

ÁLBUM Médico de Belo Horizonte, Imprensa Oficial, abr. 1912, p. 81.

ALMEIDA, Francisca Pires de. Felizes os que morrem “anjinhos”: Batismo e morte infantil em Portugal (séculos XVI-XVIII). **Revista de Historia Bajomedieval y Moderna**, Erasmo, n. 2, p. 43-53, 2015.

ÁLVAREZ VÁZQUEZ, Jorge. Mutilación versus conservación. **Humanidades Médicas**, v. 10, n. 1, p. 0-0, 2010.

A NOITE. Rio de Janeiro, anno V, n. 190, 18 abr. 1915. Disponível em: <[http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=348970\\_01&pesq=%22caso%20da%20maternidade%22&pasta=ano%20191&pagfis=6211](http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=348970_01&pesq=%22caso%20da%20maternidade%22&pasta=ano%20191&pagfis=6211)>. Acesso em: maio 2021.

A NOITE. Rio de Janeiro, n. 1186, 14 abr. 1915. Disponível em: <[http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=348970\\_01&Pesq=%22Fernando%20de%20magalh%C3%A3es%22&pagfis=6188](http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=348970_01&Pesq=%22Fernando%20de%20magalh%C3%A3es%22&pagfis=6188)>. Acesso em: maio 2021.

A NOITE. Rio de Janeiro, anno V, n. 1192, 20 abr. 1915. Disponível em: <[http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=348970\\_01&pasta=ano%20191&pesq=%22opera%C3%A7%C3%A3o%20cesariana%22&pagfis=6223](http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=348970_01&pasta=ano%20191&pesq=%22opera%C3%A7%C3%A3o%20cesariana%22&pagfis=6223)>. Acesso em: maio 2021.

A NOITE. Rio de Janeiro, anno V, n. 1194, 22 abr. 1915. Disponível em: <[http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=348970\\_01&pasta=ano%20191&pesq=%22o%20caso%20tragico%20da%20maternidade%22&pagfis=6235](http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=348970_01&pasta=ano%20191&pesq=%22o%20caso%20tragico%20da%20maternidade%22&pagfis=6235)>. Acesso em: maio 2021.

A NOITE. Rio de Janeiro, n. 1209, 7 maio 1915. Disponível em: <[http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=348970\\_01&pasta=ano%20191&pesq=%22doloroso%20destino%22&pagfis=6326](http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=348970_01&pasta=ano%20191&pesq=%22doloroso%20destino%22&pagfis=6326)>. Acesso em: maio 2021.

A NOITE. Rio de Janeiro, n. 1237, 4 jun. 1915. Disponível em: <[http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=348970\\_01&pesq=%22o%20caso%20da%20maternidade%22&pagfis=6494](http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=348970_01&pesq=%22o%20caso%20da%20maternidade%22&pagfis=6494)>. Acesso em: maio 2021.

A NOITE. Rio de Janeiro, anno V, n. 1310, 15 ago. 1915. Disponível em: <[http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=348970\\_01&pasta=ano%20191&pesq=%22opera%C3%A7%C3%A3o%20cesariana%22&pagfis=6942](http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=348970_01&pasta=ano%20191&pesq=%22opera%C3%A7%C3%A3o%20cesariana%22&pagfis=6942)>. Acesso em: maio 2021.

A NOTÍCIA. Rio de Janeiro, n. 121, 4 maio 1915. Disponível em: <<http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=830380&pesq=%22o%20caso%20da%20maternidade%22&pagfis=23046>>. Acesso em: maio 2021.

A NOTÍCIA. Rio de Janeiro, n. 104, 17 abr. 1915. Disponível em: <<http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=830380&pasta=ano%20191&pesq=%22o%20caso%20da%20maternidade%22&pagfis=22981>>. Acesso em: maio 2021.

A NOTÍCIA, n. 626, 3 de novembro, 1907.

ARAÚJO, Joaquim Onofre. Abdome agudo em obstetrícia: rotura uterina, dilatação gastro-duodenal. **Revista de Medicina**, v. 26, n. 105, p. 23-32, 1942.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Ltc, 1981.

BACELAR, Simônides. **Questões de linguagem médica**. Aborto ou abortamento? [s. l.] [s. d.].

BACELLAR, José Teixeira da Matta. **Dissertação sobre as operações sigaultianas e cesariana**. 1845. 41 f. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1845.

BARRETO, Maria Renilda Nery; DE OLIVEIRA, Samuel Silva Rodrigues. **Cidade, assistência e saúde: as maternidades entre o privado e o público no subúrbio do Rio de Janeiro (1889-1930)**. 2016.

BARROSO, Maria do Sameiro. Post-mortem Cesarean section and embryotomy: myth, medicine, and gender in Greco-Roman culture. **Acta Medico-Historica Adriatica**, v. 11, n. 1, p. 75-88, 2013.

BENCHIMOL, Jaime Larry. **Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

BRAGA JUNIOR, Antonio Djalma. O direito, a moral e a religião. **O Estado de Minas**, Belo Horizonte, 29 ago. 2020. Disponível em: <[https://www.em.com.br/app/noticia/opiniao/2020/08/29/interna\\_opiniao,1180550/o-direito-a-moral-e-a-religiao.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/opiniao/2020/08/29/interna_opiniao,1180550/o-direito-a-moral-e-a-religiao.shtml)>. Acesso em: ago. 2020.

BRASIL. **Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Promulga o Código Penal. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1940. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)>. Acesso em: 23 fev. 2021.

BRASIL. **Decreto no. 847, de 11 de outubro de 1890**. Promulga o Código Penal. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=66049>>. Acesso em: 15/jun./2015.

BRASIL. Ministério do Império. **Relatório do ano de 1843 apresentado a Assembleia Geral Legislativa na 3ª sessão da 5ª legislatura**. Ministro José Carlos Pereira de Almeida Torres, 1844. Disponível em: <[http://memoria.bn.br/pdf/720968/per720968\\_1843\\_00001.pdf](http://memoria.bn.br/pdf/720968/per720968_1843_00001.pdf)>. Acesso em: 1 dez. 2017

BRENES, Anayansi Correa. **História da parturição no Brasil, século XIX**. 1991. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/1991.v7n2/135-149/pt/>>. Acesso em: 17 maio 2017.

BREU, Jean Luiz Neves. As teses médicas mineiras do século XIX: perspectivas de análise de um corpus documental (1836-1897). **História Revista**, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 24, 14 jan. 2016. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/hr.v20i3.36935>.

BRIQUET, Raul. **Antologia médica brasileira**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1951.

BRORSON, Stig. Ludwik Fleck on proto-ideas in medicine. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 3, n. 2, p. 147-152, 2000.

CANGIAMILA, Francesco Emanuele. **Embriologia sacra**. Per. G. Cairola, 1751.

CAPONI, Sandra. A biopolítica da população e a experimentação com seres humanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 445-455, 2004.

CASTILHO, A. J. **Brazil-Médico**. Rio de Janeiro, 1918. Disponível em: <<http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=081272x&pasta=ano%20191&pesq=%22extremado%22%20+%20magalhães&pagfis=14359>>. Acesso em: maio 2021.

CHAVANTES, Carivaldo José. **Paralelo entre a embriotomia e a operação cesariana**. 1872. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1872.

CHANRACHAKUL, B; A CHITTACHAREON,; HERABUTYA, Y. Cephalocentesis with the modified Smellie's perforator. **International Journal Of Gynecology & Obstetrics**, [S.L.], v. 76, n. 2, p. 203-206, 22 jan. 2002. Wiley. [http://dx.doi.org/10.1016/s0020-7292\(01\)00561-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0020-7292(01)00561-6).

CORREIO DA MANHÃ. Rio de Janeiro, n. 5896, 17 abr. 1915. Disponível em: <[http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=089842\\_02&pesq=%22francisco%20dos%20santos%20jardineiro%22&pasta=ano%20191&pagfis=23016](http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=089842_02&pesq=%22francisco%20dos%20santos%20jardineiro%22&pasta=ano%20191&pagfis=23016)>. Acesso em: 9 abr. 2021.

CORREIO DA NOITE. Rio de Janeiro, n. 134, 13 abr. 1915. Disponível em: <<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=830135&pesq=%22caso%20da%20maternidade%22&pasta=ano%20191&pagfis=3140>>. Acesso em: maio 2021.

CORREIO DA NOITE. Rio de Janeiro, n. 136, 15 abr. 1915. Disponível em: <<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=830135&pesq=%22caso%20da%20maternidade%22&pasta=ano%20191&pagfis=3148>>. Acesso em: maio 2021.

CORREIO DA NOITE. Rio de Janeiro, n. 140, 20 abr. 1915. Disponível em: <<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=830135&pesq=%22caso%20da%20maternidade%22&pasta=ano%20191&pagfis=3165>>. Acesso em: maio 2021.

CORREIO DA NOITE. Rio de Janeiro, n. 157, 14 maio 1915. Disponível em: <<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=830135&pesq=%22caso%20da%20maternidade%22&pasta=ano%20191&pagfis=3240>>. Disponível em: maio 2021.

COSTA, Sérgio; DINIZ, Debora. **Bioética**: ensaios. Brasília: Letras Livres, 2001.

DAMARES diz que menina de dez anos estuprada deveria ter feito cesárea. **Isto é**, 18 set. 2020. Disponível em: <<https://istoe.com.br/damares-diz-que-menina-de-dez-anos-estuprada-deveria-ter-feito-cesarea/>>. Acesso em: set. 2020.

DEBREYNE, Pierre Jean Corneille. Moechialogie, traité des péchés contre les sixième et neuvième commandements du décalogue, et de toutes les questions matrimoniales qui s'y rattachent,... suivi d'un abrégé pratique d'embryologie sacrée... Paris: Poussielgue frères, 1874.

DEL PRIORE, Mary Lucy Murray. Brasil colonial: um caso de famílias no feminino plural. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 91, p. 69-75, 1994.

DIÁRIO de Pernambuco, n. 5, 6 de janeiro, 1919.

DIÁRIO de Pernambuco, n. 18, 19 de janeiro, 1919.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elementos para uma releitura médico-social. 1996. 210 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; DUARTE, Ana Cristina. **Parto normal ou cesárea?** o que toda mulher deve saber (e todo homem também). São Paulo: UNESP, 2004.

DORNELAS, Isabela de Oliveira. Ensino de Obstetrícia no Brasil do século XIX: entraves na medicalização do parto. *In*: VASCONCELOS, Eduardo (org.). **História das Ciências**: saberes e práticas em análise. 1ed.São Paulo: Intermeios, 2019, v. 1, 2019.

DORNELAS, Isabela de Oliveira. **“O feto que atenta contra sua vida”**: o aborto como terapia nas teses médicas (1830-1890). 2018. 114 f. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2018.

DOURADO, Ângelo Cardoso. **Operação cesariana e sua apreciação**. 1880. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1880.

DOWNING, James Lionel. **Interações cirúrgicas nos primeiros tres meses de gestação ectópica**. 1916. Tese (Doutorado em Livre Docência) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1916.

DUARTE, Geraldo *et al.* Gestantes hipertensas e morte fetal: análises de 171 casos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 10, n. 7, p. 148-52, 1988.

EFREM FILHO, Roberto. A reivindicação da violência: gênero, sexualidade e a constituição da vítima. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 50, 2017.

EICHMANN, Klaus. **The network collective**: Rise and Fall of a Scientific Paradigm. Basileia: Birkhauser Verlag, 2018.

ESTADO do Pará, n. 1492, 15 maio 1915. Disponível em: <<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=800082&pesq=%22caso%20da%20maternidade%22&pasta=ano%20191&pagfis=8620>>. Acesso em: maio 2021.

ESTADO do Pará: Propriedade de uma Associação Anonyma, n. 2864, 16 de março de 1919.

FABIÃO, M. M. **Um processo universal para a cura do prolapso genital feminino**. Rio de Janeiro: Calvino e Filhos, 1932.

FADEL, Hossam E. Postmortem and perimortem cesarean section: historical, religious and ethical considerations. **The Journal of IMA**, v. 43, n. 3, p. 194, 2011.

FARR, A D. The Marquis de Sade and induced abortion. **Journal Of Medical Ethics**, [S.L.], v. 6, n. 1, p. 7-10, 1 mar. 1980. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.6.1.7>.

FEIJÓ JUNIOR, Luiz da Cunha. **Da embryotomia e seu paralelo com a symphiotomia e a operação cesarena**. 1866. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1866.

FLECK, Ludwik. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**: introdução à doutrina do estilo de pensamento e do coletivo de pensamento. Belo Horizonte: Fabrefactum Editora, 2010.

FLECK, Ludwik. Medical experiments on human beings. **Polski tygodnik lekarski**, v. 3, n. 35, p. 1052-1054, 1948.

FON-FON: Semanário Alegre, Político, Crítico e Espusante. Rio de Janeiro, n. 3, 13 jan. 1912. Disponível em: <<http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=259063&pesq=%22torreão%20roxo%22&pagfis=9115>>. Acesso em: maio 2021.

FONSECA, Renato. Maternidade Hilda Brandão, da Santa Casa, chega ao 1º século como modelo de atendimento à gestante. **Hoje em Dia**, Belo Horizonte, 20 mar. 2016. Disponível em: <<http://hoje.vc/1m67x>>. Acesso em: maio 2021.

FREIRE, Maria Martha de Luna. Ser mãe é uma ciência: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 153-171, 2008.

FURTADO, Affonso Henrique. Embryotomia em Feto Vivo. **O Brazil-Médico**, Rio de Janeiro, 1933.

GAZETA de Notícias. Rio de Janeiro, n. 106, 18 abr. 1915. Disponível em: <[http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=103730\\_04&pasta=ano%20191&pesq=%22caso%20da%20maternidade%22&pagfis=34478](http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=103730_04&pasta=ano%20191&pesq=%22caso%20da%20maternidade%22&pagfis=34478)>. Acesso em: maio 2021.

GOUVÊA, Pedro D'Alcantara de Souza. **Indicações do aborto**. 1877. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1877.

HABEAS corpus. Direção: Débora Diniz e Ramon Navarro. Fundação Ford; International Women's Health Coalition, 2013. Vídeo (20 min.), son., color. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=FfZnokXk3Bs>>. Acesso em: maio 2021.

HARWOOD, Jonathan. Ludwik Fleck and the Sociology of Knowledge. **Social Studies of Science**, v. 16, n. 1, p. 173-187, 1986.

HUNT, Lynn. **A invenção dos direitos humanos: uma história**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009. 363 p.

JAFFARY, Nora E. **Reproduction and its Discontents in Mexico: Childbirth and Contraception from 1750 to 1905**. Chapel Hill: UNC Press Books, 2016.

JORNAL DO BRASIL. Rio de Janeiro, n. 115, 25 abr. 1915. Disponível em: <[http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=030015\\_03&pasta=ano%20191&pesq=%22massa%20informe%22&pagfis=29379](http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=030015_03&pasta=ano%20191&pesq=%22massa%20informe%22&pagfis=29379)>. Acesso em: maio 2021.

JORNAL DO BRASIL. Rio de Janeiro, anno XXV, n. 194, 13 jul. 1915. Disponível em: <[http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030015\\_03&pesq=%22senador%20vergueiro%20165%22%20+%20%22oliveira%22&pasta=ano%20191&Pesq=%22senador%20vergueiro%20165%22&pagfis=30564](http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030015_03&pesq=%22senador%20vergueiro%20165%22%20+%20%22oliveira%22&pasta=ano%20191&Pesq=%22senador%20vergueiro%20165%22&pagfis=30564)>. Acesso em: maio 2021.

JORNAL DO COMMERCIO, n. 4535, 9 de Dezembro de 1916.

JORNAL DO RECIFE. Recife, n. 109, 23 abr. 1915. Disponível em: <<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=705110&pesq=%22caso%20da%20maternidade%22&pasta=ano%20191&pagfis=64374>>. Acesso em: maio 2021.

LATOUR, Bruno. **Reassembling the Social: an Introduction to Actor-Network-Theory**. Oxford: Oxford University Press, 2005.

LISTER, Josef. On the Antiseptic Principle in the Practice of Surgery. **British medical journal** vol. 2,351 (1867): 246-8. doi:10.1136/bmj.2.351.246 SÄNGER, Max. Zur Rehabilitirung des classischen Kaiserschnittes. *Archiv für Gynäkologie*, v. 19, n. 3, p. 370-399, 1882.

LOBATO, Rita Lopes Velho. **Paralelo entre os methodos de preconisados na operação cesariana**. 1887, 106 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1887.

LOWE, Pam. Introduction. **Reproductive Health And Maternal Sacrifice**, [S.L.], p. 1-15, 2016. Palgrave Macmillan UK. [http://dx.doi.org/10.1057/978-1-137-47293-9\\_1](http://dx.doi.org/10.1057/978-1-137-47293-9_1).

LÖWY, Ilana. Fleck e a historiografia recente da pesquisa biomédica. In: PORTOCARRERO, Vera (org.). **Filosofia, história e sociologia das ciências: abordagens contemporâneas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 233-249.

LÖWY, Ilana. Ludwik Fleck e a presente história das ciências. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 7-18, 1994.

LÖWY, Ilana. Ludwik Fleck: On Medical Experiments on Human Beings. **Science, Technology, & Human Values**, v. 41, n. 3, p. 534-546, 2016.

LURIE, Samuel; GLEZERMAN, Marek. The history of cesarean technique. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 189, n. 6, p. 1803-1806, 2003.

MAGALHÃES, Fernando. A obstetrícia e a gynecologia no Brazil (balanço de um século). **Revista de Gynecologia e d'Obstetrícia**, ano XVI, n. 9, set. 1922.

MAGALHÃES, **A operação cesareana abdominal**. Rio de Janeiro: S.A. Litho-Typografica Fluminense, 1924.

MAGALHÃES, Fernando. **Discursos**: terceira série 1924-1929. São Paulo: Companhia Melhoramentos de S. Paulo, 1930.

MAGALHÃES, Fernando. **Lições de clinica obstétrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Livraria Castilho, 1922.

MAGALHÃES, Fernando. Prefácio. *In*: REZENDE, Jorge. **Contribuição ao estudo da operação cesariana abdominal**. Rio de Janeiro: A Casa do Livreiro, 1941.

MAGALHÃES, Fernando. Resumo Biográfico coligido por sua filha Lúcia Magalhães. **Jornal do Comércio**, Rio de Janeiro, 1944.

MAGALHÃES, Fernando. **Síntese obstétrica**. Rio de Janeiro: Guanabara, [s. d.]

MARQUES, Rita de Cássia. A imagem social do médico de senhoras no século XX. *In*: \_\_\_\_\_. **A imagem social do médico de senhoras no século XX**. Belo Horizonte: Coopmed, 2005. p. 178.

MARQUES, Rita de Cássia. **Da romanização à terceira via**: a Igreja no Brasil de 1889 a 1945. 1995. 169 f. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1995.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Paraná: Fiocruz, 2004. 288 p.

MARTINS, Augusto Gonçalves. **Considerações sobre o estudo comparativo entre as Operações Obstétricas**: Embryotomia e Operação Cesariana. 1888. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1888.

MASCARENHAS, Sebastião Gonçalves da Silva. **Do Aborto Provocado**. 1873. 72 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1873.

MATERNIDADE de Belo Horizonte. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, n. 169, supl., 20 jul. 1913.

MEDEIROS, Helbert Renato Feydit de; CARVALHO, Diana Maul de; TURA, Luiz Fernando Rangel. A concorrência na arte de partejar na cidade do Rio de Janeiro entre 1835 e 1900.

**História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 999-1018, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/gJQqnMW8mWg68TX733Lrttm/?lang=pt>>. Acesso em: maio 2021.

MOL, Annemarie. **The Body Multiple: Ontology in Medical Practice**. North Carolina: Duke University Press; London: Durham, 2002.

MASIERO, André Luis. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 10, n. 2, p. 549-572, maio/ ago. 2003.

MASSON, Amadêo Prudencio. **Sciencias accessorias** (Preparação do acido oxalico e suas propriedades). 1859. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1859.

MILLER, Ruth. Politicizing Reproduction In Comparative Perspective: ottoman, turkish, and french approaches to abortion law. **Hawwa**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 73-89, 2007. Brill. <http://dx.doi.org/10.1163/156920807781787653>. Disponível em: [https://brill.com/view/journals/haww/5/1/article-p73\\_5.xml?casa\\_token=n3wIL2aK\\_vIAAAAA%3AsGT91ZrkZ6WBQzdpqcWlt6iLVZRrV4BuJf7gyZtZevZ-P4519oUKhzRIZ7aTRacZRFSr1HJDAaI&ebody=article%20details](https://brill.com/view/journals/haww/5/1/article-p73_5.xml?casa_token=n3wIL2aK_vIAAAAA%3AsGT91ZrkZ6WBQzdpqcWlt6iLVZRrV4BuJf7gyZtZevZ-P4519oUKhzRIZ7aTRacZRFSr1HJDAaI&ebody=article%20details). Acesso em: 02 fev. 2022.

MOTT, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História**, v. 25, 2002.

MOTTA, Augusto Fulgencio Pares de. **Indicações do aborto**. 1877. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1877.

MOTA, Oliveira. Hugo Werneck. **Revista Médica de Minas**, Belo Horizonte, ano II, n. 20, 15 abr. 1935.

MUULA, Adamson S. Ethical and practical consideration of women choosing cesarean section deliveries without “medical indication” in developing countries. **Croatian medical journal**, v. 48, n. 1, p. 94, 2007.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no sudeste do brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 885-904, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312015000300011>.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro obstetrícia, de Jorge de Rezende. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 155-172, jan./ mar. 2016.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 415-432, 2017.

O BRAZIL-MÉDICO. Rio de Janeiro, n. 20, abr. 1915. Disponível em: <<http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=081272x&pasta=ano%20191&pesq=%22o%20caso%20da%20maternidade%22&pagfis=11307>>. Acesso em: maio 2020.

O IMPARCIAL. Rio de Janeiro, n. 840, 21 abr. 1915. Disponível em: <[http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=107670\\_01&pasta=ano%20191&pesq=%22opera%C3%A7%C3%A3o%20cesariana%22&pagfis=10357](http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=107670_01&pasta=ano%20191&pesq=%22opera%C3%A7%C3%A3o%20cesariana%22&pagfis=10357)>. Acesso em: maio 2021.

OLIVEIRA, Adolpho Martins de. **Paralelo entre a embryotomia e a operação cesariana**. 1872. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1872.

O PAIZ. Rio de Janeiro, ano XXX, n. 11.148, 16 abr. 1915. Disponível em: <[http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=178691\\_04&pasta=ano%20191&pesq=%22bem%20claro%20que%20teremos%20mais%22&pagfis=27253](http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=178691_04&pasta=ano%20191&pesq=%22bem%20claro%20que%20teremos%20mais%22&pagfis=27253)>. Acesso em: maio 2021.

O SECULO. Rio de Janeiro, anno 9, n. 2360, 20 abr. 1915. Disponível em: <<http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=224782&pasta=ano%20191&pesq=%22menor%20odette%22&pagfis=10225>>. Acesso em: maio 2021.

O SECULO. Rio de Janeiro, anno IX, n. 2362, 22 abr. 1915. Disponível em: <<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=224782&Pesq=%22subvencionado%20pelo%20governo%22&pagfis=10233>>. Acesso em: maio 2021.

O SECULO. Rio de Janeiro, anno IX, n. 2364, 24 abr. 1915. Disponível em: <<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=224782&pesq=%22caso%20da%20maternidade%22&pasta=ano%20191&pagfis=10241>>. Acesso em: maio 2021.

OWENS, Deirdre Cooper. **Medical Bondage: Race, Gender, and the Origins of American Gynecology**. Athens: University of Georgia Press, 2017.

PAGÉ, Anna June. **Birth Narratives in Indo-European Mythology**. 2014. 203 p. Thesis (PhD in Philosophy in Indo-European Studies) – University of California, Los Angeles, 2014.

PANCINO, Cláudia. Como nós éramos. Nascituros e fetos na história: entre imagens e imaginário. **História: Questões & Debates**, Curitiba, v. 47, n. 2, p. 15-41, 2007.

PARENTE, Raphael C. M. *et al.* A história do nascimento (parte 1): cesariana. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, p. 481-486, set. 2010.

PAULA E SILVA, Joaquim Francisco de. **Do aborto provocado pelo parteiro e suas indicações**. 1862. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1862.

PIATO, Sebastião. **Complicações em Obstetrícia**. Barueri: Manole, 2009.

PIUS, IX. **Encíclica: Quanta Cura**. Vaticano, 8 dez. 1864. Disponível em: <<https://www.vatican.va/content/pius-ix/it/documents/encyclica-quanta-cura-8-decembris-1864.html>>. Acesso em: maio 2021.

PIUS XI. Casti connubii. **Acta Apostolicae Sedis**, Rome, v. 22, p. 539-592, dez. 1930.

QUINTELLA, Arnaldo. *Alocuções e debates*. Rio de Janeiro: Typ. do Jornal do Comércio, 1917.

RANKE-HEINEMANN, Uta. **Eunucos pelo reino de Deus**: mulheres, sexualidade e a Igreja Católica. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

REZENDE, Joffre Marcondes de. **À sombra do plátano**: crônicas de história da medicina [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. p. 171-172. ISBN 978-85-61673-63-5. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

REZENDE, Jorge de. **Contribuição ao estudo da operação cesareana abdominal** (Sobre uma experiência pessoal de 114 casos). Rio de Janeiro: A Casa do Livro, 1941.

REZENDE, Jorge de. **Operação cesariana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.

RODRIGUEZ, Yamisel Febles. **Gravidez na adolescência**, 2019. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/13932>>. Acesso em: out. 2020.

ROHDEN, Fabíola. A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX. In: \_\_\_\_\_. **A arte de enganar a natureza**: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 248. (Coleção História e Saúde).

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher [online]. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ROSADO-NUNES, Maria José. O tema do aborto na Igreja Católica: divergências silenciadas. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 64, n. 2, 2012. Disponível em: <[http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252012000200012](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252012000200012)>. Acesso em: 28 out. 2014.

ROTENSTREICH, Nathan. The Proto-Ideas and Their Aftermath. **Cognition and Fact**. Dordrecht, v. 87, p. 161-178, Springer 1986.

ROTH, Cassia. **A Miscarriage of Justice**: Women's Reproductive Lives and the Law in Early Twentieth-Century Brazil. Stanford: Stanford University Press, 2020. 360 p.

ROTH, Cassia. Birthing life and death: women's reproductive health in early twentieth-century Rio de Janeiro. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 921-941, out./ dez. 2018.

ROTH, Cassia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. From Embryotomy to Cesarean: Changes in Obstetric Operatory Techniques in Nineteenth-and Twentieth-Century Urban Brazil. **Bulletin of the History of Medicine**, v. 95, n. 1, p. 24-52, 2021.

SALGADO, Clóvis. Aula Inaugural proferida em Belo Horizonte pelo professor Clóvis Salgado. **Revista de Gynecologia e d'Obstetrícia**, ano XXXI, jun. 1937.

SANTOS, Gonçalo. Birthing Stories and Techno-moral Change across Generations: coping with hospital births and high-tech medicalization in rural south china, 1960s-2010s. **Technology And Culture**, [s. l.], v. 61, n. 2, p. 581-616, 2020. Project Muse. <http://dx.doi.org/10.1353/tech.2020.0054>.

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

SCHLICH, Thomas. **The origins of organ transplantation: surgery and laboratory science, 1880-1930**. University Rochester Press, 2010.

SCHLÜNDER, Martina. Escrever a história para ver e aprender a perguntar. In: CONDÉ, Mauro Lúcio Leitão (org.). **Ludwik Fleck: estilos de pensamento na ciência**. Belo Horizonte: Fino Traço, 2012.

SEIXAS, Domingos Rodrigues de. **Memórias Históricas da Faculdade de Medicina da Bahia**. 1863. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1863.

SILVA, Adriano Corrêa. O magistério católico e a defesa da vida humana na sua origem, à luz do dado científico. **Revista de Cultura Teológica**, v. 19, n. 76, p. 63-81, out./ dez. 2011.

SILVA, Caroline Santos. **Com um fórceps na mão, há de se parir uma nação: ensino e prática da obstetria e ginecologia em Salvador (1876-1894)**. 2011. 134 f. Dissertação (Mestrado em História Social) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, 2011.

SILVA, Márcia Regina Barros da. **O mundo transformado em laboratório: ensino médico e produção de conhecimento em São Paulo de 1891 a 1933**. 2003. 267 f. Tese (Doutorado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVA, Márcia Regina Barros da. O ensino médico em São Paulo e a criação da Escola Paulista de Medicina. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 8, n. 3, p. 541-566, 2001.

SILVA, Rodrigo Aparecido Ribeiro da. **Um huron perfeito: presença francesa nas crônicas de Lima Barreto para a revista Careta (1915-1922)**. 2017. 173 f. Dissertação (Mestrado em Letras) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2017.

SIRET, Mal. C-section births surge to ‘alarming’ rates worldwide – study. **BBC News**, 12 out. 2018. Disponível em: <<https://www.bbc.com/news/world-45834011>>. Acesso em: 2 mar. 2021.

SOUZA, Flávia Fernandes de. **Criados, escravos e empregados: o serviço doméstico e seus trabalhadores na construção da modernidade brasileira (cidade do Rio de Janeiro, 1850-1920)**. 2017. 583 f. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017.

TELLES, Lorena Feres da Silva. **Teresa Benguela e Felipa Crioula estavam grávidas: maternidade e escravidão no Rio de Janeiro (século XIX)**. 2019. Tese (Doutorado em

História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.8.2019.tde-24072019-152856>. Acesso em: out. 2018.

TERTULIANO: **Apologia**. 2012. Disponível em: <https://www.tertullian.org/brazilian/apologia.html>. Acesso em: out. 2017.

THÉBAUD, Françoise. A medicalização do parto e suas conseqüências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 415-426, 2002.

THOMPSON, Henrique. **Da eclampsia durante a prenhez**. 1870. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1870.

VAILATI, Luiz Lima. **A morte menina: infância e morte infantil no Brasil dos oitocentos**. São Paulo: Alameda, 2010.

VAN DONGEN, Pieter W. J. Caesarean section – etymology and early history. *South African Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 15, n. 2, p. 62-66, Aug. 2009.

VASCONCELOS, Eduardo Henrique Barbosa de. On the Writing of History of Science in Brazil in the Second Half of the 20th Century: What is inside and outside. **Transversal: International Journal for the Historiography of Science**, [s. l.], n. 11, 2021. DOI: 10.24117/2526-2270.2021.i11.07. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/transversal/article/view/37638>. Acesso em: 10 may. 2022.

VICENTINI, Renato da Silva. **Entre sanatórios e terreiros: Ulysses Pernambucano, René Ribeiro e o projeto reformista da psiquiatria social do Recife (1910 – 1940)**. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, 2019.

WARREN, Adam. An Operation for Evangelization: Friar Francisco Gonzalez Laguna, the Cesarean Section, and Fetal Baptism in Late Colonial Peru. **Bulletin of the History of Medicine**, Baltimore, v. 83, n. 4, p. 647-675, 2009.

WERNECK, Hugo Furquim. Aula inaugural dos cursos médicos da Universidade de Minas Geraes, proferida em março de 1934 pelo prof. Hugo Werneck. **Revista de Gynecologia e d'Obstetricia**, anno XXXIV, n. 3, tomo I, supl., mar. 1940.

WERNECK, Hugo Furquim. Maternidade Hilda Brandão. **Archivos Mineiros de Medicina**. ano I, v. I, n. 2, ago. 1916.

WOLF, Jacqueline H. **Cesarean section: An American History of Risk, Technology, and Consequence**. JHU Press, 2018.

WRIGHT, E. A. Fetal salvage with cervical cerclage. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**. v. 25, n. 1, p. 13-16, fev. 1987. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0020729287901780>>. Acesso em: fev. 2021.

ZYLBERKAN, Mariana. Fui chamado de assassino, diz diretor de hospital onde menina fez aborto. **Veja**, 17 ago. 2020. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/brasil/fui-chamado-de-assassino-diz-diretor-de-hospital-onde-menina-fez-aborto/>>. Acesso em: fev. 2021.

## APÊNDICE

Para facilitar a compreensão dos diversos termos técnicos e instrumentos mencionados neste texto, elaborei este anexo com imagens de procedimentos e ferramentas descritas ao longo da tese. Tenho como referência especialmente o “Armamentarium obstetricium Gottingense.” de Kuhn Walther, 1987, do livro “Operação Cesariana” de Jorge de Rezende, 1992, fotos tiradas no (CEMEMOR – UFMG) e demais imagens retiradas da internet.

## Autoclave



*Figura 14. Autoclave*

Fonte: Acervo pessoal | Fonte: Centro de Memória da Medicina – UFMG (CEMEMOR)

## Baseotribo



Figura 15. Baseotribo

Fonte: [https://www.historiadelamedicina.org/Instrumentos/instrumento\\_112.html](https://www.historiadelamedicina.org/Instrumentos/instrumento_112.html). Acesso em: 14 mai. 2022

## Cesariana Vaginal

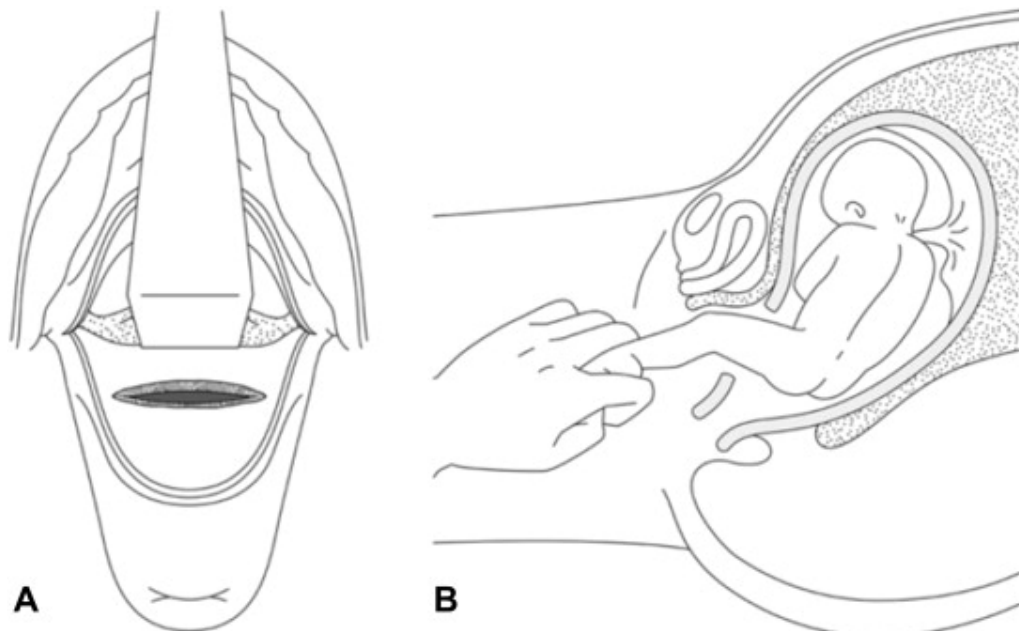


Figura 16. Cesariana Vaginal

Fonte: Shinya Karakida, Toshio Sasaki, Kentaro Kai, Kei Harada, Shinichiro Yoshimura, Michiharu Kono, Hisashi Narahara, Vaginal cesarean section for second-trimester therapeutic abortion, Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, Volume 52, Issue 4, 2013, Pages 564-567, ISSN 1028-4559, <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2013.10.019>.

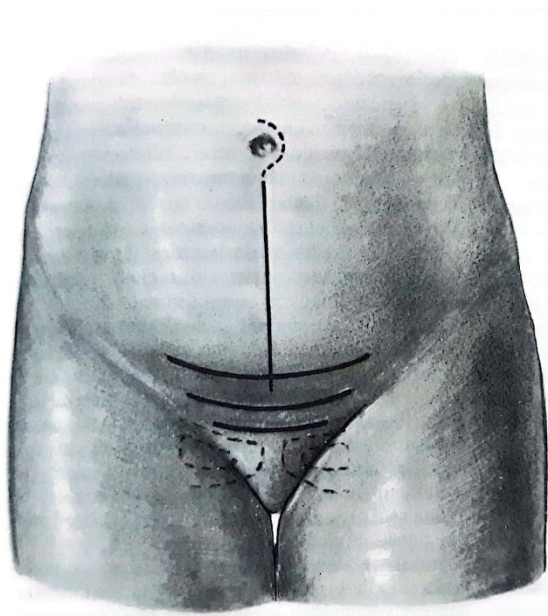
## Bisturi



*Figura 17. Bisturis de Stein*

Fonte: Armamentarium Obstetricium Gottingense| 1987 (p. 125)

## Tipos de corte para cesariana

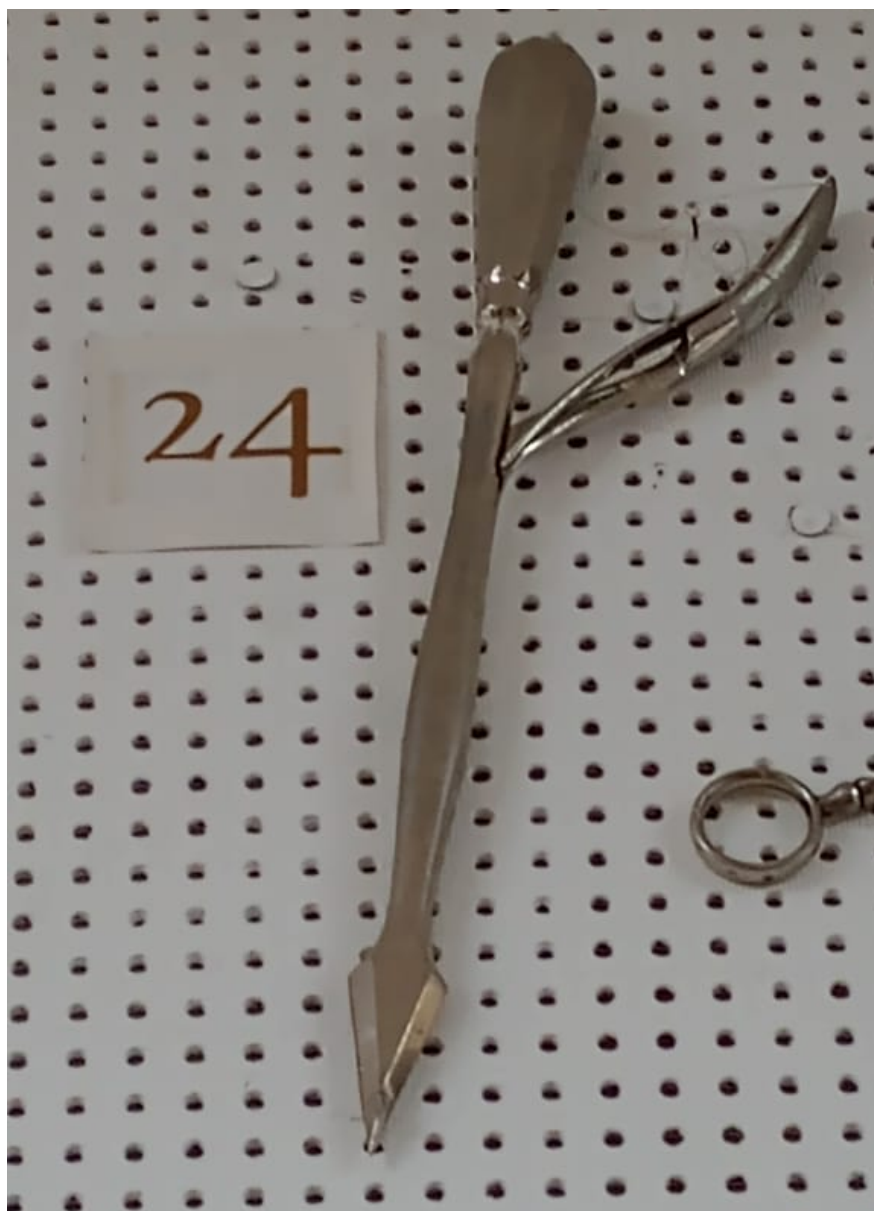


**Fig. 7.** Os tipos de laparotomia para a operação cesariana.

*Figura 18. Tipos de corte para cesariana*

Fonte: Operação cesariana| 1992 (p. 55)

## Craniotomia



*Figura 19. Perfurador para craniotomia*

Fonte: Acervo pessoal | Fonte: Centro de Memória da Medicina – UFMG (CEMEMOR)



*Figura 20. Craneoclasto*

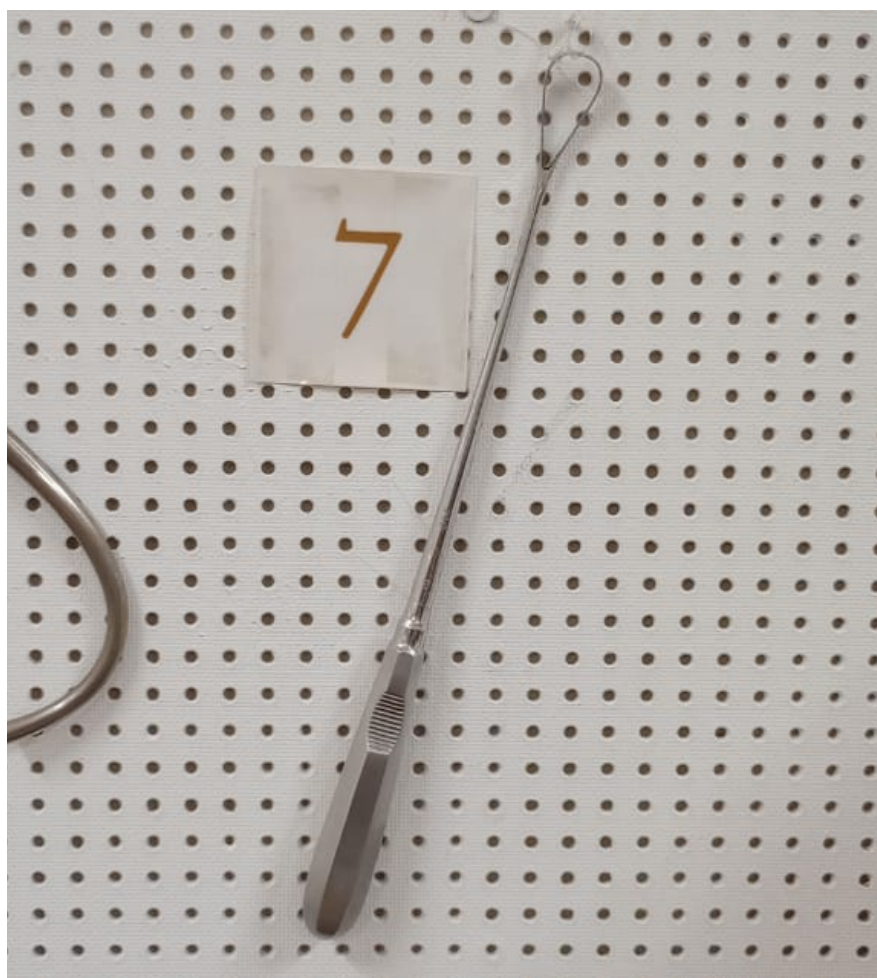
Fonte: Acervo pessoal | Fonte: Centro de Memória da Medicina – UFMG (CEMEMOR)



*Figura 21. Extratores de cabeça*

Fonte: Armamentarium Obstetricium Gottingense| 1987 (p. 120)

## Cureta



*Figura 22. Cureta uterina de Spilberg (cortante)*

Fonte: Acervo pessoal | Fonte: Centro de Memória da Medicina – UFMG (CEMEMOR)

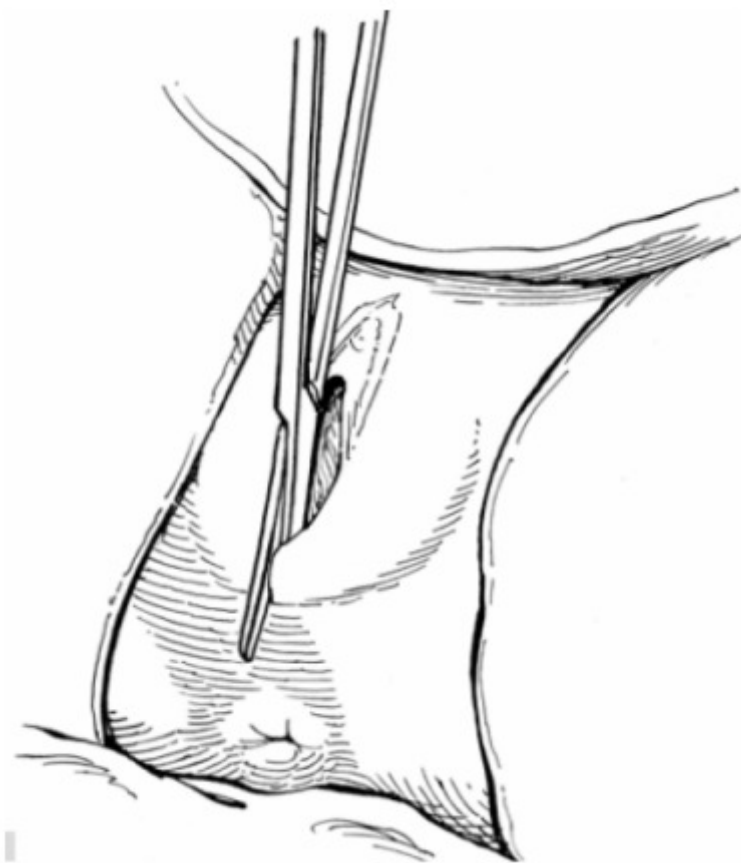
## Embriotomia



*Figura 23. Kit de instrumentos para embriotomia*

Fonte: Armamentarium Obstetricium Göttingense| 1987

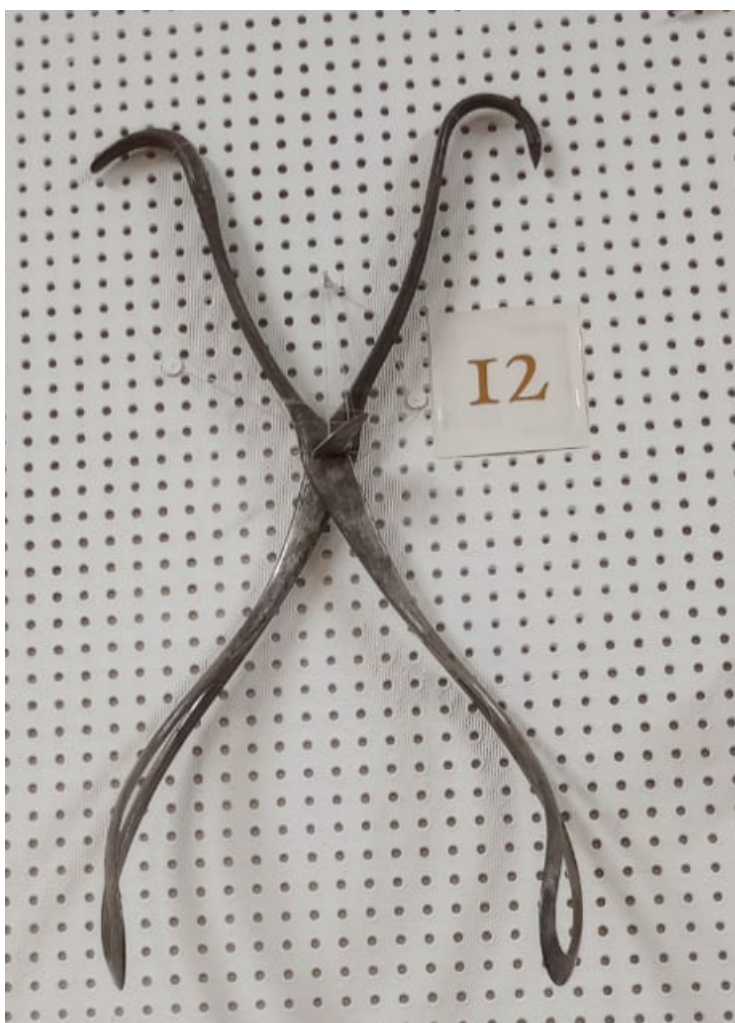
## Episiotomia



*Figura 24. Prática de episiotomia*

Fonte: [http://uvsfajardo.sld.cu/sites/uvsfajardo.sld.cu/files/parto\\_normal\\_dr\\_julio\\_borrego\\_parte4.pdf](http://uvsfajardo.sld.cu/sites/uvsfajardo.sld.cu/files/parto_normal_dr_julio_borrego_parte4.pdf). Acesso em: 14 mai. 2022

## Forceps



*Figura 25. Forceps*

Fonte: Acervo pessoal | Fonte: Centro de Memória da Medicina – UFMG (CEMEMOR)

## Técnicas de nascimento com uso de fórceps



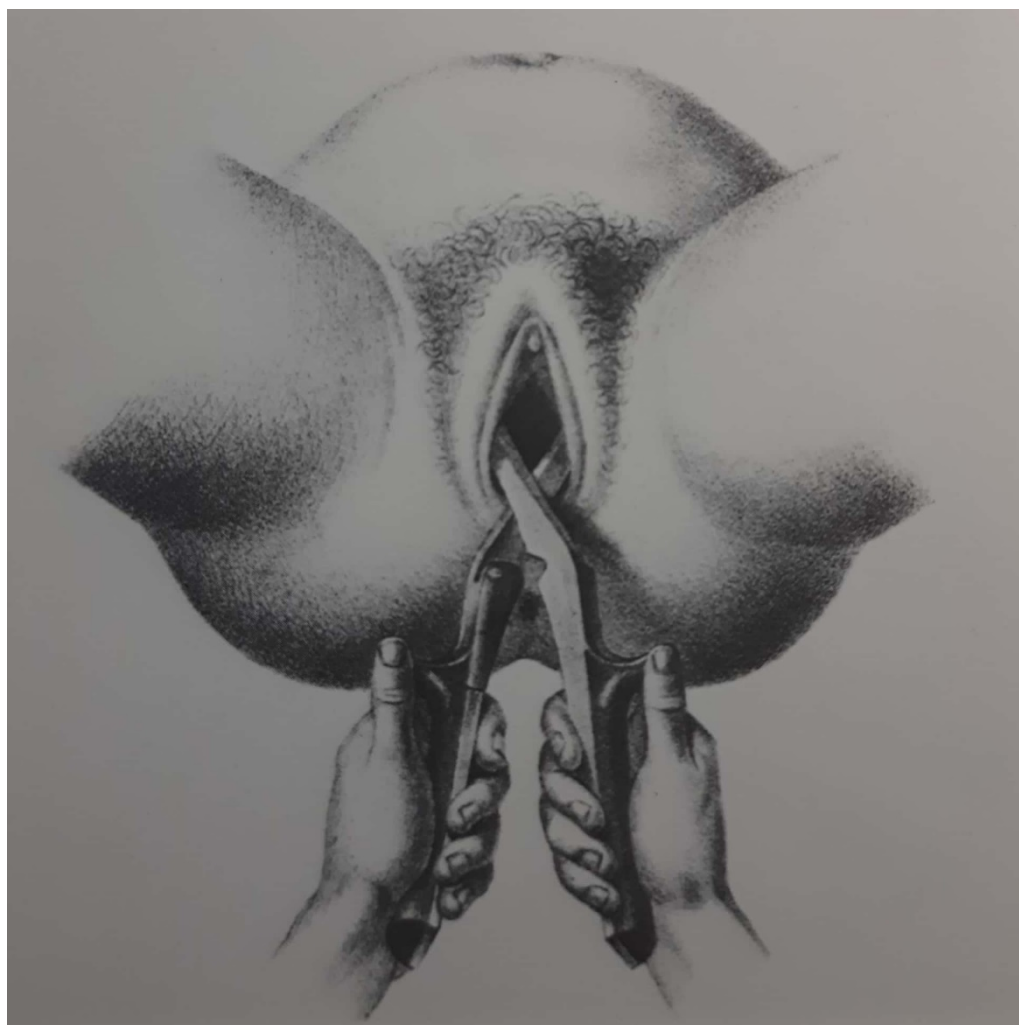
*Figura 26. Uso de fórceps*



**Fig. 10.** Aplicação do fórcepe, para o desprendimento cefálico; completa, como terceiro tempo, a manobra representada nas *Figs. 7, 8 & 9*.

*Figura 27. Uso de fórceps*

Fonte: Operação cesariana | 1992



*Figura 28. Uso de fórceps*

Fonte: Armamentarium Obstetricium Gottingense| 1987

## Hebotomia

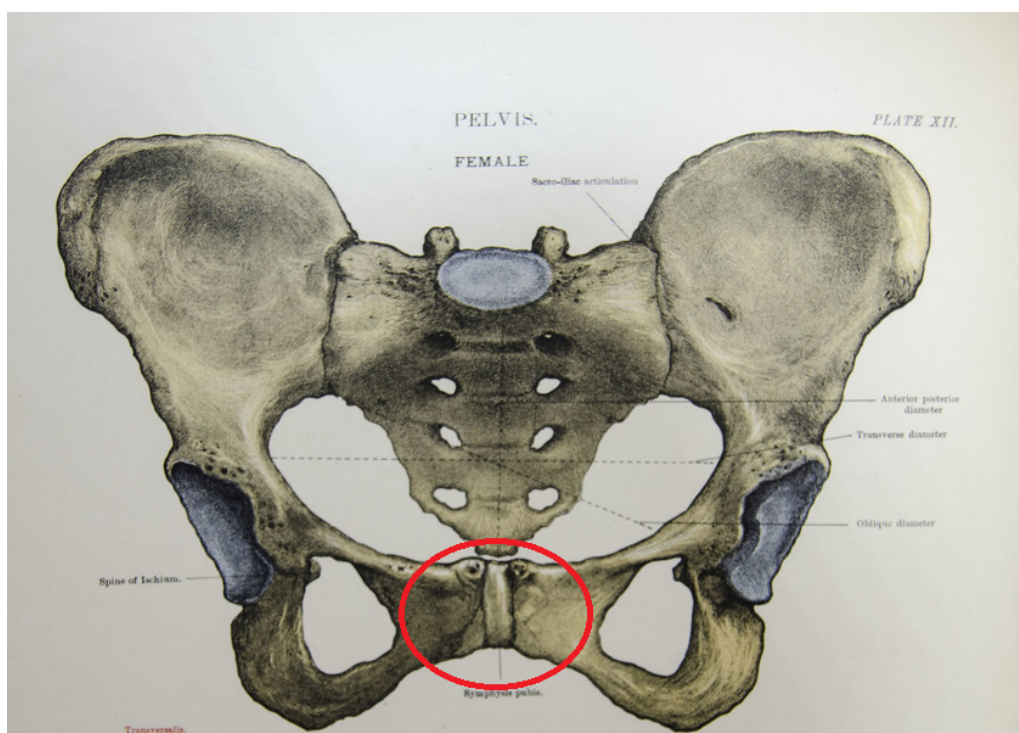
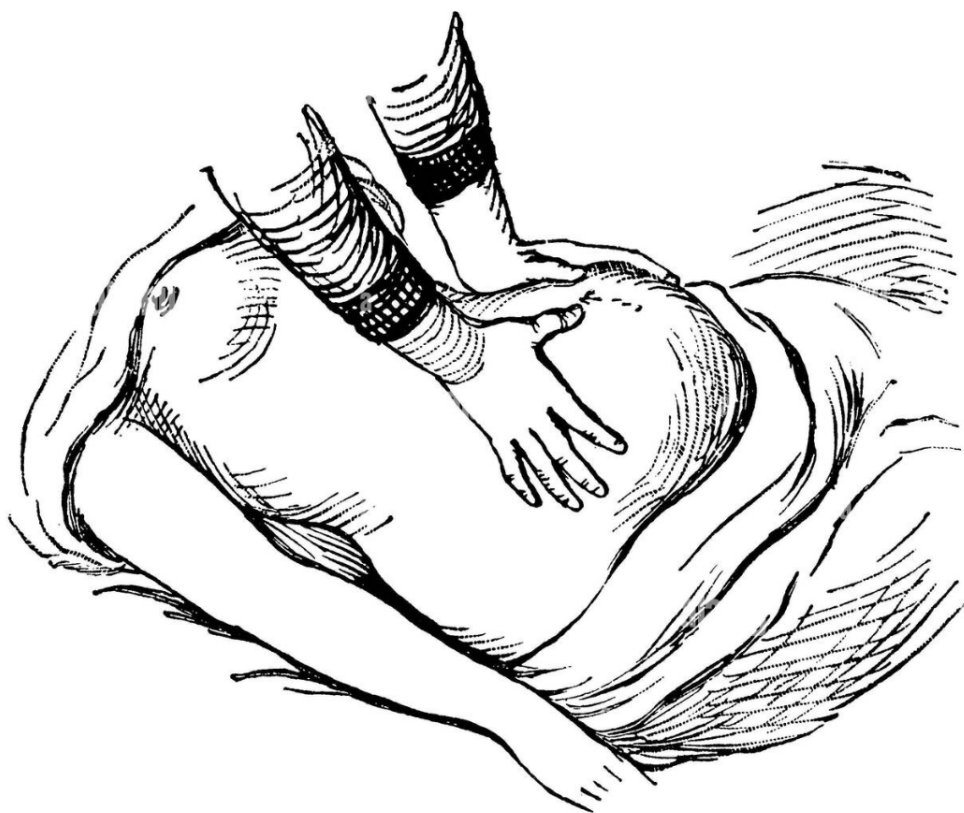


Figura 29. Região onde se realiza a hebotomia

Fonte: "female pelvis" by liverpoolhls is licensed under CC BY-SA 2.0. To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/2.0/?ref=openverse>. Acesso em: 14 mai. 2022

## Manobra de Kristeller



*Figura 30. Demonstração da manobra de Kristeller*

Fonte: <https://www.alamy.com/stock-image-birth-expulsion-of-the-baby-according-to-kristeller-geburt-austreibung-166100496.html>. Acesso em: 14 mai. 2022

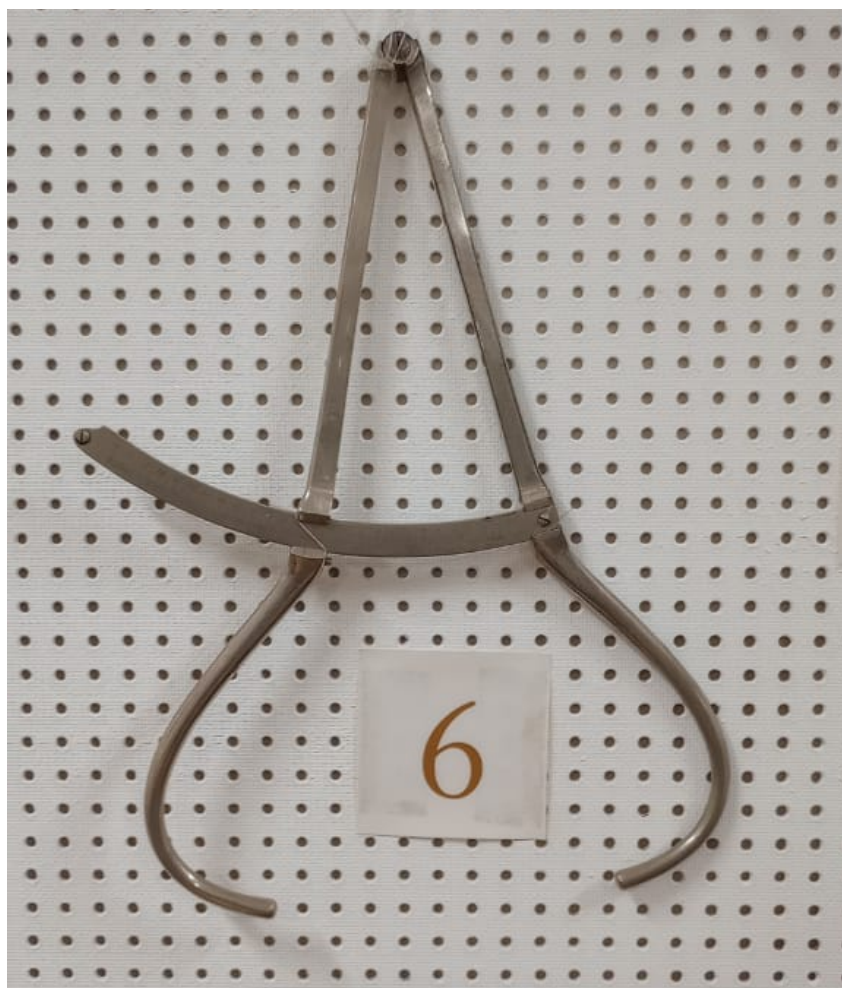
## Pelve



*Figura 31. Modelo de cabeça de feto atermo e pelve humana*

Fonte: Acervo pessoal | Fonte: Centro de Memória da Medicina – UFMG (CEMEMOR)

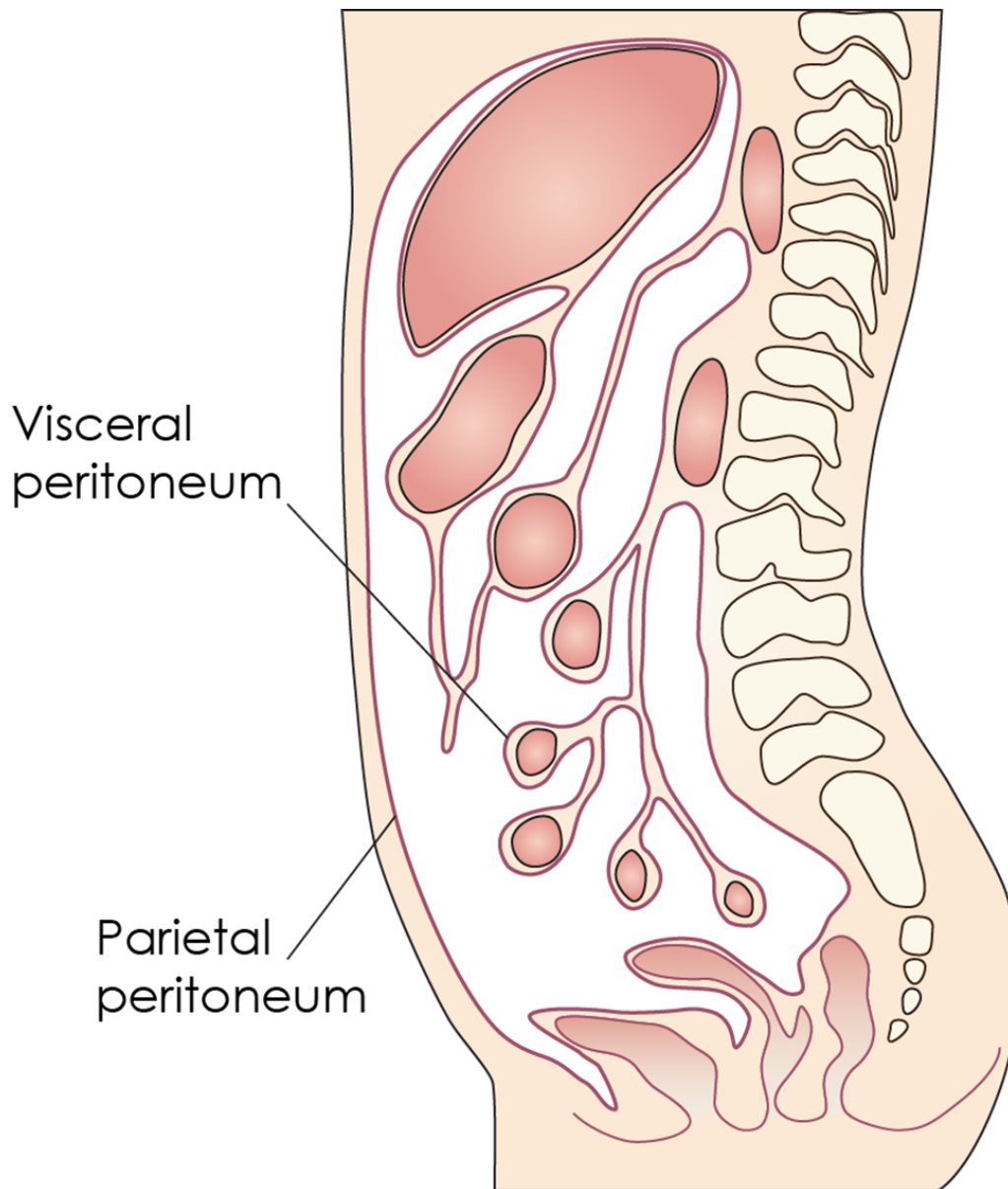
## Pelvímetro



*Figura 32. Pelvímetro*

Fonte: Acervo pessoal | Fonte: Centro de Memória da Medicina – UFMG (CEMEMOR)

## Peritônio

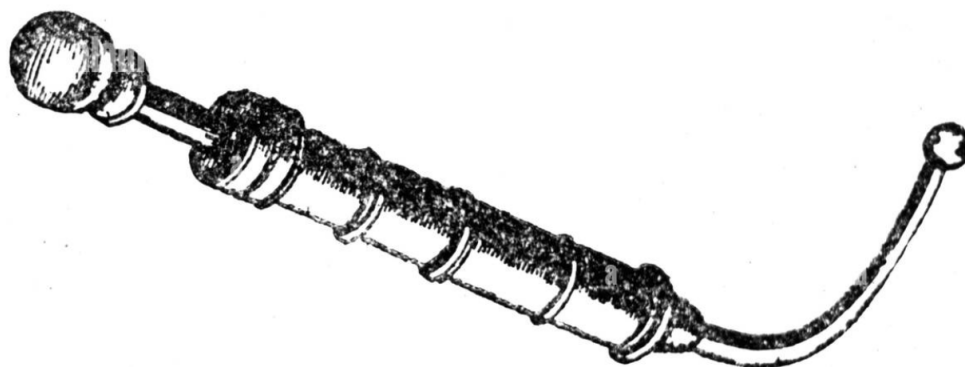


**Figure 1. Visceral and Parietal Peritoneal Membranes**

*Figura 33. Peritônio*

Fonte: <https://advancedrenaeducation.com/wp/wp-content/uploads/2019/05/anatomy-of-the-peritoneum/>. Acesso em: 14 mai. 2022

## Seringa de batismo



*Figura 34. Seringa de Batismo*

Fonte: <https://www.alamy.com/religion-christianity-ceremony-baptism-syringe-for-emergency-baptism-by-midwife-after-design-by-francois-mauriceau-1637-1709-engraving-17th-century-additional-rights-clearance-info-not-available-image240879150.html>. Acesso em: 14 mai. 2022

## Sinfisiostomia

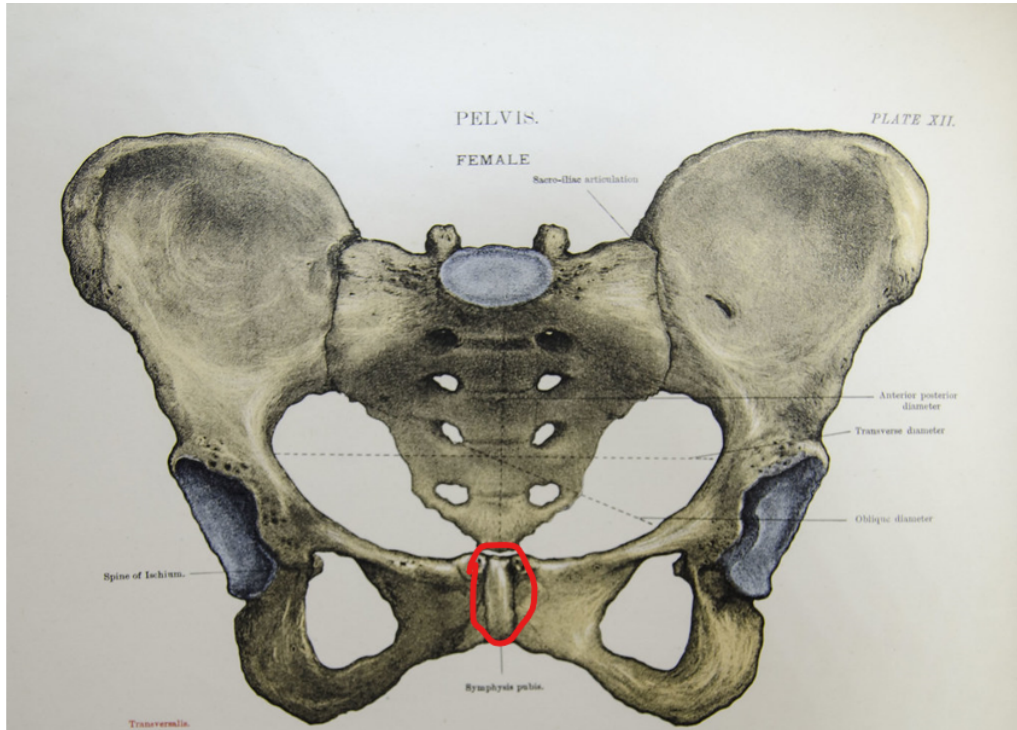


Figura 35. Região onde se realiza a sinfisiostomia

Fonte: "female pelvis" by liverpoolhls is licensed under CC BY-SA 2.0. To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/2.0/?ref=openverse>. Acesso em: 14 mai. 2022

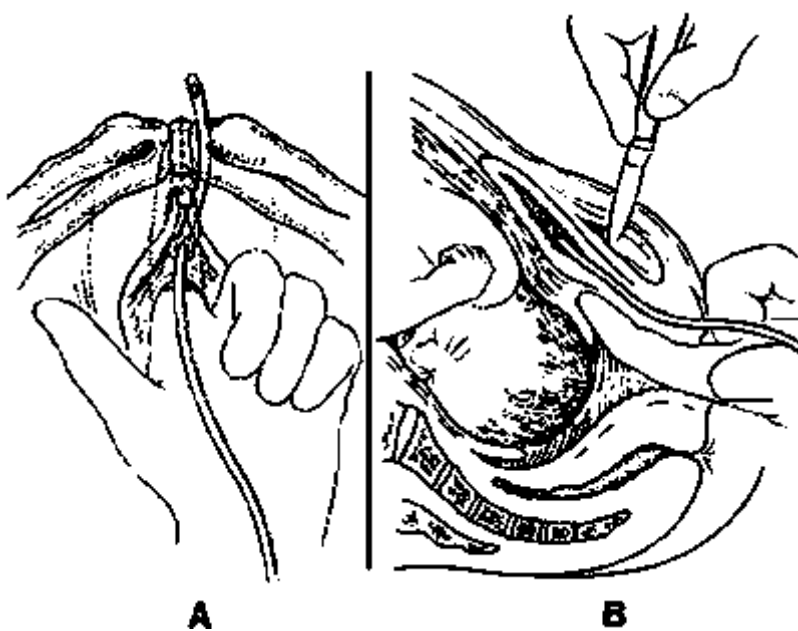


Figura 36. Sinfisiostomia

Fonte: COOK, John et al. Surgery at the district hospital: obstetrics, gynaecology, orthopaedics and traumatology. World Health Organization, 1991.

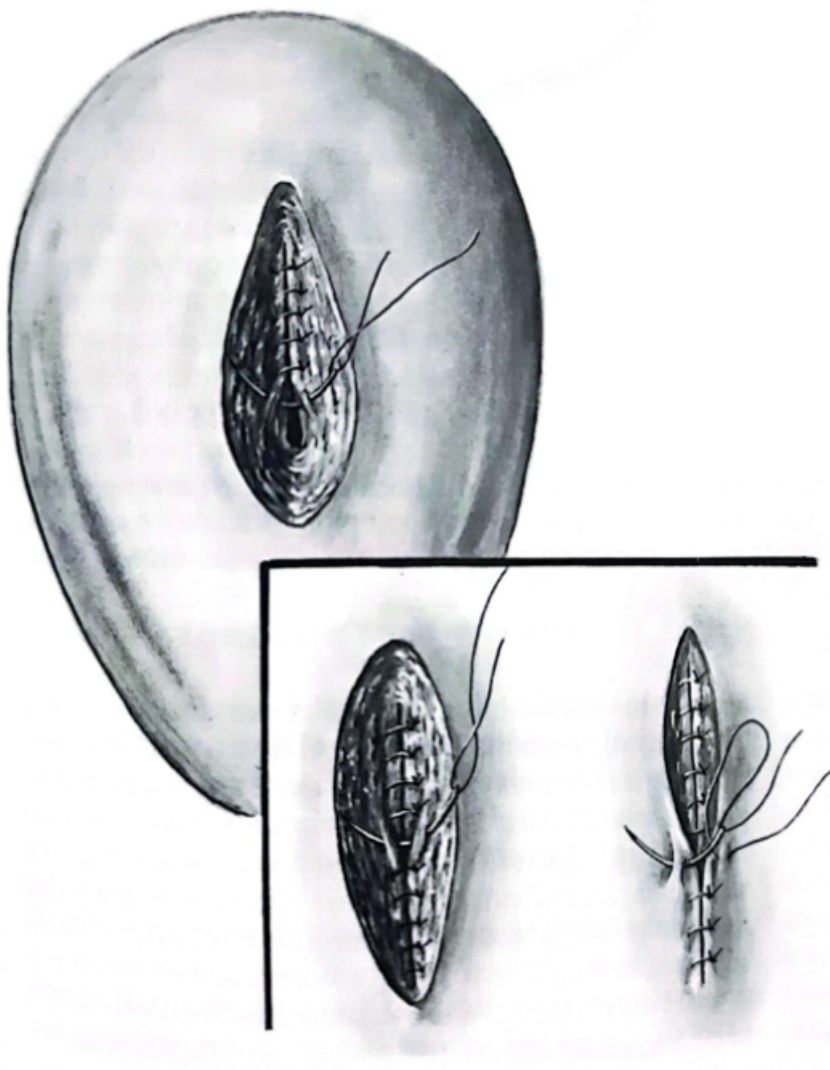
## Instrumentos de sutura



*Figura 37. Agulhas de sutura*

Fonte: Armamentarium Obstetricium Gottingense| 1987 (p. 125)

## Sutura do útero pós operação cesariana



*Figura 38. Agulhas de sutura*

Fonte: Operação cesariana| 1992 (p. 55)

## Tesoura de Smellie



*Figura 39. Tesoura de Smellie*

Fonte: <https://ehive.com/collections/6025/objects/1123902/smellies-obstetric-perforator>. Acesso em: 14 mai. 2022

