

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Aline da Silva Medeiros

Trabalhos do parto

**A Maternidade Dr. João da Rocha Moreira e o corpo feminino em
Fortaleza (1915-1933)**

MESTRADO EM HISTÓRIA SOCIAL

SÃO PAULO

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Aline da Silva Medeiros

Trabalhos do parto

**A Maternidade Dr. João da Rocha Moreira e o corpo feminino em
Fortaleza (1915-1933)**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em História Social, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Denise Bernuzzi de Sant'Anna.

MESTRADO EM HISTÓRIA SOCIAL

SÃO PAULO

2010

BANCA EXAMINADORA

Para meus avós,
José Airton (*in memoriam*) e Maria Mirian.

RESUMO

Autor: Aline da Silva Medeiros

Título: Trabalhos do parto. A Maternidade Dr. João da Rocha Moreira e o corpo feminino em Fortaleza (1915-1933)

Este trabalho pretende discutir os investimentos médicos que tiveram por alvo o corpo da mulher, na capital do Ceará, a partir da fundação, em março de 1915, da primeira maternidade da cidade, a Maternidade Dr. João Moreira. Dividida entre os atendimentos hospitalares e as atividades que compunham um curso de formação de parteiras, a Maternidade Dr. João Moreira constituiu núcleo produtor e propagador de novos modos de entender e lidar com o corpo feminino na hora do parto, modos estes, por sua vez, significativamente distintos das matrizes de leitura corporal carregadas pelas parteiras tradicionais, que então dominavam a cena do nascimento em Fortaleza. A documentação consultada, composta de casos clínicos, resenhas e estudos estatísticos, permitiu ainda a análise do emprego de procedimentos técnicos que cercaram algumas parturições dentro e fora da Maternidade Dr. João Moreira, com especial ênfase sobre as reorganizações das distâncias entre natureza e artifício, e suas implicações sobre o gestual médico dedicado ao corpo feminino por ocasião do parto.

Palavras-chave: corpo feminino; parto; parteiras; médicos; técnica.

ABSTRACT

Author: Aline da Silva Medeiros

Title: Births's labor. The Maternity Dr. João da Rocha Moreira and the woman's body in Fortaleza city (1915-1933)

The present work intends to discuss the medical investments which had as target the woman's body, in the capital of Ceará, since the foundation, on March 1915, of the first city's maternity, the Maternity Dr. João Moreira. Divided between the hospital care service and the activities that made up the training of the midwives, the Maternity Dr. João Moreira constituted the productor and propagator center of new ways to understand and deal with the female body in childbirth, which in turn was significantly different from the previous methods of body reading carried by the traditional midwives, who then dominated the scene of the birth in Fortaleza city. The reviewed documentation, consisting of clinical cases, reports and statistical studies, also allowed the analysis of the gradual employment of technical procedures which surrounded the childbirth inside and outside of the Maternity Dr. João Moreira, with particular emphasis on the reorganization of the distances between nature and artifice, and its implications on the gestures professionals dedicated to the female body.

Keywords: woman's body; birth; midwives; doctors; technique.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq, pela bolsa de estudos que viabilizou a vida em São Paulo.

À professora Denise Sant'Anna, pela orientação firme, criteriosa e bem-humorada; e, sobretudo, por cultivar em mim a postura de autora. Agradeço às professoras Yvone Dias Avelino, Estefania Fraga e Maria Odila Dias, pelo estímulo contínuo durante as aulas do mestrado. À professora Maria Lúcia de Barros Mott, pelo empréstimo de documentos e livros raros sobre a obstetrícia no Brasil, bem como pelas sugestões e críticas durante o exame de qualificação.

Aos colegas de mestrado com quem compartilhei as alegrias e angústias deste trabalho, em especial, André Araújo, Cássio Marafante e Antonio Carlos. Sou muitíssimo grata às conterrâneas Idalina Freitas e Ana Karine Garcia, pelos grandes favores prestados no início da aventura de fazer o mestrado em São Paulo. Com Patrícia Xavier partilhei as memórias do Ceará, as primeiras impressões da nova cidade, e também uma data: o 25 de Março!

Entre freiras, pepinos e iogurtes, encontrei as amigas raras de Ana Kely Carvalho, Ludmila Abreu e Nathalia Pamio. Wesley Braga, Luciana Farah, Juliana Alcova e Sânia Silva tornaram meus dias menos cinzas e mais alegres. De Carolina Schettini, guardo memórias que percorrem da gargalhada ao desespero, nosso laço de irmã sempre se renova. Na companhia doce de Ana Gabriela Andriani, voltei a acreditar que as relações são sempre passíveis de serem feitas e refeitas; com sua ajuda, meu amor pelas pessoas e pelo mundo se tornou mais calmo e generoso. Agradeço imensamente às Irmãs Marcelinas, inigualáveis anfitriãs. Sou grata à Irmã Valéria, pela acolhida sempre afetuosa. Sem a solicitude, as histórias e a inquieta curiosidade de Irmã Maria, minha estadia em São Paulo não teria sido tão divertida. Com Irmã Assunta travei uma relação preciosa, de cuidado mútuo e carinho desmedido.

Há inúmeros motivos por que agradecer Kênia Rios, as aulas simples e amorosas, as conversas sinceras, engraçadas e “acalmadoras”, e, especialmente, o fato de ter me ensinado que a maior grandeza de uma profissão é poder unir as pessoas. João Ernani Furtado Filho sempre estimulou a odisséia paulistana; com ele, cultivo uma amizade leal e afetuosa que, pouco a pouco, foi se construindo e se firmando. Agradeço ainda aos professores Eurípedes Funes, Adelaide Gonçalves e Régis Lopes, com quem

aprendi a apreciar o valor não apenas do rigor historiográfico, mas também das atitudes generosas.

Kleiton de Moraes é irmão disfarçado de amigo, presença constante nos melhores e piores momentos da minha vida. Agradeço principalmente pelas conversas, leituras e críticas que envolveram a elaboração desta dissertação. Com Thiago Sales cultivo uma amizade leve e sincera que só se aprofunda desde os tempos já “remotos” da graduação. Aprendo diariamente com Jorge Henrique, sua forma de ver o mundo e os obstáculos da vida é sempre inspiradora. Agradeço ainda à Karuna Sindhu, amiga-borboleta, sempre colorida, atravessando os céus e, agora, as águas. Não poderia esquecer os nomes de Paulo Cesar dos Santos, Angélica Freire e Afonsina Moreira, porque sempre me presenteiam com um abraço e uma palavra de carinho.

Durante os meses em que pesquisei na Academia Cearense de Medicina, a convivência bem-humorada com Dona Verônica e Seu Valdir tornaram as minhas tardes mais animadas. Agradeço à solicitude de Dona Madalena e Regina durante o período em que realizei consultas nos documentos disponíveis na Academia Cearense de Letras. Sou grata a Tibério Sales, companheiro de pesquisas que me passou diversos documentos imprescindíveis a este trabalho.

Tenho uma imensa dívida de gratidão para com Dona Luci, pelo estímulo, pelo carinho e pela preocupação durante todo o período em que passei em São Paulo. Agradeço enormemente ao Professor Evanilson, pelo apoio à decisão de estudar fora, pelos conselhos de quem já viveu em terra estranha, pelas conversas e memórias sobre a Fortaleza antiga, e pelas aulas primorosas, que acentuaram o meu gosto pela língua francesa e pela literatura de um modo geral.

Agradeço à Amora Matos, *sweetest precious*, amiga linda que mesmo à distância nunca deixou de estar presente e de dividir os aprendizados da vida. Tia Kelma sempre me recebe como filha e está sempre pronta para conversar e aconselhar.

Aos meus pais, pela disponibilidade em reinventar o amor, mesmo quando tudo parece ser muito difícil. Agradeço pelo suporte financeiro, pelo apoio e pela tolerância, afinal de contas, todos sabemos, não é muito fácil se ter uma filha historiadora.

Ao Ramon, pelos trabalhos contínuos, persistentes e silenciosos do amor.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1. O CORPO E A CLÍNICA	
1.1 A gestão filantrópica da vida	12
1.2 O corpo aberto ao mundo	33
1.3 Das assistências clínicas	53
CAPÍTULO 2. A FORÇA DA FIBRA	
2.1 A dinâmica hospitalar	74
2.2 O útero e as trações	96
2.3 O útero e os invisíveis	115
CAPÍTULO 3. A FIBRA DOCILIZADA	
3.1 Método de Delmas	135
3.2 Talho cesáreo	158
CONSIDERAÇÕES FINAIS	185
ANEXOS	191
FONTES	196
BIBLIOGRAFIA	203

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Certificado da parteira Amélia da Costa Maia, formada pelo Curso de Parteiras da Maternidade Dr. João Moreira, em 19 de Maio de 1917, p. 55.

Figura 2. Prédio da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, em fins do século XIX, p. 76.

Figura 3. Prédio da Maternidade Dr. João Moreira em meados dos anos 1930, p. 79.

Figura 4. Feto de conformação teratológica extraído do corpo materno na Maternidade Dr. João Moreira, em 16 de agosto de 1916, p. 104.

Figura 5. Desenho feito pelo Dr. Cesar Cals para explicar a “versão interna vaginal” ou “versão extra-uterina”, p. 113.

Figura 6. Fotografias da senhora M., mulher que sofreu o primeiro parto cesáreo da capital cearense, quando de sua chegada à Maternidade Dr. João Moreira, em dezembro de 1932, p. 165.

Figura 7. Fotografia da senhora M., mulher que sofreu o primeiro parto cesáreo da capital cearense, com seu filho nos braços, semanas depois da realização da operação cirúrgica, em abril de 1933, p. 175.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de leitos e sua distribuição na Maternidade Dr. João Moreira, entre os anos 1920 e 1930, p. 80.

Tabela 2. Número de leitos da Maternidade Dr. João Moreira relativamente à estimativa da população feminina de Fortaleza, entre os anos 1920 e 1930, p. 83.

Tabela 3. Número de leitos da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza relativamente à população de Fortaleza, na segunda metade do século XIX, p. 83.

Tabela 4. Número de mulheres atendidas anualmente na Maternidade Dr. João Moreira em relação à estimativa da população feminina da cidade; média de mulheres atendidas por dia, entre 1915 e 1933, p. 88.

Tabela 5. Número de mulheres que deram à luz, de mulheres tratadas por infecção puerperal e de mulheres que sofreram outros atendimentos relativamente à quantidade de mulheres entradas na Maternidade Dr. João Moreira, entre 1915 e 1933, p. 90.

Tabela 6. Número de altas e de falecimentos em relação à quantidade de mulheres entradas na Maternidade Dr. João Moreira, entre 1915 e 1933, p. 92.

Tabela 7. Número de partos naturais e partos artificiais relativamente ao total de partos assistidos nas enfermarias da Maternidade Dr. João Moreira, entre 1915 e 1933, p. 107.

Tabela 8. Número de partos a fórceps, versões internas e embriotomias relativamente à quantidade de partos artificiais ocorridos na Maternidade Dr. João Moreira, entre 1915 e 1933, p. 108.

Tabela 9. Número de mulheres infectadas tratadas na Maternidade Dr. João Moreira, em relação à quantidade de mulheres entradas no estabelecimento hospitalar, entre os anos de 1915 e 1933, p. 117.

Tabela 10. Número de mulheres infectadas que entraram para a Maternidade Dr. João Moreira antes e depois da apresentação dos sintomas da moléstia, em relação à quantidade de mulheres infectadas tratadas no estabelecimento hospitalar, entre os anos de 1915 e 1933, p. 119.

Tabela 11. Número de mulheres entradas infectadas, em relação à quantidade de mulheres entradas na Maternidade Dr. João Moreira, entre os anos de 1915 e 1933, p. 120.

Tabela 12. Número de mulheres entradas durante e antes do trabalho de parto que manifestaram os primeiros sintomas da infecção puerperal na Maternidade Dr. João Moreira, entre os anos de 1915 e 1933, p. 122.

Tabela 13. Número de mulheres entradas infectadas antes do trabalho que tiveram terminação natural e terminação artificial das parturições na Maternidade Dr. João Moreira, entre os anos de 1915 e 1933, p. 124.

INTRODUÇÃO

No alvorecer do século XX, um número crescente de médicos cearenses recém-formados pelas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro aportava na cidade de Fortaleza. Orientados pela medicina social, ramo do saber médico comprometido com o aprofundamento dos índices de saúde das coletividades, estes profissionais dinamizaram a seara dos cuidados médicos locais, elegendo dois focos privilegiados de intervenção: *o corpo da cidade e os corpos das crianças e das mulheres*.

A despeito das contínuas tentativas dos médicos locais no sentido de promover uma gestão higiênica do meio urbano que contornasse os surtos epidêmicos, então recorrentes em Fortaleza, tais esforços encontraram grandes dificuldades de concretização, em virtude, em grande medida, das parcas repercussões que tinham perante os homens do governo que ocupavam cargos de decisão. O mesmo não se deu, todavia, com os interesses médicos voltados para a reorganização das práticas corporais que envolviam as crianças e as mulheres, interesses estes que resultaram na fundação de dois importantes estabelecimentos de saúde movidos pela iniciativa filantrópica: o Instituto de Proteção e Assistência à Infância (IPAI), criado pelo Dr. Abdenago da Rocha Lima, em 1913, e a Maternidade Dr. João da Rocha Moreira, inaugurada pelo Dr. Manuelito Moreira, em março de 1915.

A fundação da Maternidade Dr. João da Rocha Moreira, o primeiro estabelecimento hospitalar do gênero em Fortaleza, expressou importante marco local da invenção do parto como um problema. Acontecimento que podia culminar com a morte ou a doença de crianças e mulheres, o momento do nascimento foi considerado pelos médicos da cidade evento propício para a instauração de condutas biopolíticas, comprometidas com a promoção da vida. Tratava-se, nesse sentido, de fazer da parturição uma experiência produtiva, cujo corolário, a saber, a vida e a saúde de crianças e mulheres, se coadunava com os anseios republicanos de obter uma população numerosa e sadia, comprometida com o fomento de riquezas e com o alcance do progresso da nação.

Destarte, empenhada na reorganização da assistência ao parto na capital cearense, a Maternidade Dr. João Moreira se dividiu entre duas frentes de trabalho

interligadas: a série de atendimentos médicos dedicados às mulheres, em maioria, gestantes, parturientes e puerperas, que iam ter às suas enfermarias; e as atividades que compunham o Curso de Parteiras Diplomadas, empreendimento pedagógico que promovia a formação obstétrica de mulheres interessadas em ter na assistência domiciliar ao parto uma profissão – a de *parteiras diplomadas*.

Contudo, a remodelação da assistência ao parto movida por médicos e parteiras diplomadas, esbarrava, não raras vezes, com as atuações das chamadas *comadres* ou *aparadeiras*, mulheres que gozavam de arraigado prestígio entre as famílias da cidade quando o assunto era o conjunto dos cuidados corporais que deveriam cercar a ocasião do nascimento. Acusadas pelos médicos da capital de levarem a efeito uma assistência ao parto permeada pela ignorância e pela brutalidade, as *aparadeiras*, também denominadas pejorativamente de *curiosas*, foram responsabilizadas pelos índices locais de natimortalidade e mortalidade materna decorrentes da parturição, considerados exacerbados naquele começo de século XX. Em realidade, mais do que uma luta entre a vida e a morte, ou entre a ciência e a ignorância, as indisposições dos médicos em relação às *comadres* pareciam trazer à baila o aprofundamento de tensões entre modalidades conflitantes de conceber o corpo feminino, em especial, durante os momentos da gestação, do parto e do puerpério.

A presente dissertação propõe uma reflexão sobre a emergência, na capital cearense, de modalidades científicas de lidar com o corpo feminino que, por um mesmo movimento, produziram e foram produzidas pelas práticas obstétricas preconizadas pela Maternidade Dr. João Moreira. Em outras palavras, importa perceber de que maneira as assistências ao parto realizadas por médicos e parteiras diplomadas, durante as primeiras décadas do século passado, inventaram uma natureza do corpo feminino, ao mesmo tempo em que intentaram contorná-la ou dominá-la. Trata-se, portanto, de uma investigação que se inscreve no domínio da *história do corpo*.

Em realidade, a transformação do corpo em objeto de estudo das ciências humanas não é de todo muito recente, sendo que já desde a primeira metade do século XX, diversos autores escrevem sobre o caráter social das práticas corporais. É digno de nota, por exemplo, o artigo clássico do antropólogo francês Marcel Mauss, escrito em 1934, denominado *As técnicas do corpo*, referindo-se, a expressão do título, aos “modos como os homens, sociedade por sociedade, de uma maneira tradicional, sabem servir-se

de seu corpo”¹. Entre fins dos anos 1920 e começo dos anos 1930, o movimento conhecido por *Escola dos Annales*, cujos nomes mais importantes são os de Marc Bloch e Lucien Febvre, instituiu na agenda dos estudos históricos o interesse pela historicidade das práticas do corpo. Para Marc Bloch, por exemplo, em citação célebre do livro *A Sociedade Feudal*, cuja primeira edição foi de 1939, “Uma história mais digna de tal nome do que os tímidos ensaios a que as nossas possibilidades nos limitam hoje teria em consideração as aventuras do corpo”².

Por sua vez, os anos 1960 e 1970 conheceram uma ampliação das preocupações acadêmicas com as produções sociais que envolviam o corpo. A “crescente voga das reivindicações pautadas por culturas favoráveis ao ‘direito ao corpo’ e à ‘liberação dos prazeres físicos’, influenciadas pelos movimentos sociais dos anos 60 e 70”³ associada à publicação das obras do filósofo francês Michel Foucault e à divulgação tardia dos estudos do sociólogo alemão Norbert Elias contribuíram significativamente para fortalecer o interesse pelas relações entre corpo e cultura. Apesar de constituir uma via propícia aos estudos das sociedades desde algumas décadas, foi somente nos anos 1980 e 1990 que a história do corpo se institucionalizou como campo específico no interior dos estudos históricos. Duas grandes obras coletivas marcaram a entrada oficial do corpo no horizonte dos historiadores: em 1989, Michel Feher, Ramona Naddaff e Nadia Tazi organizaram os cinco volumes que compunham a coletânea *Fragments for a history of the human body*, publicada em Nova Iorque pela revista *Zone*⁴; e em 2005, os historiadores franceses Georges Vigarello, Alain Corbin e Jean-Jacques Courtine organizaram e publicaram a obra *Histoire du Corps*, em três tomos, pela editora Seuil, de Paris⁵.

De fato, contemporaneamente, já não se pode mais questionar a legitimidade da história do corpo. De acordo com Denise Sant’Anna,

¹ "J'entends par ce mot les façons dont les hommes, société par société, d'une façon traditionnelle, savent se servir de leur corps", MAUSS, Marcel. *Les techniques du corps*. Édition électronique réalisée par Jean-Marie Tremblay, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi. Le 17 février 2002. Disponível em: http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss_marcel/socio_et_anthro/6_Thechniques_corps/techniques_corps.pdf, p. 5. Acesso em Setembro de 2009.

² BLOCH, Marc. *A Sociedade Feudal*. Lisboa: Edições 70, 1979, p. 94.

³ SANT’ANNA, Denise Bernuzzi de. Apresentação. In: *Projeto História*. Corpo e Cultura. São Paulo. Nº. 25. Dezembro de 2002, p. 9.

⁴ FEHER, Michel; NADDAFF, Ramona; TAZI, Nadia. *Fragments for a history of the human body*. 5 parts. *Zone*. New York, 1989.

⁵ CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges. *Histoire du Corps*. 3 tomes. Paris: Seuil, 2005.

Lugar da biologia, das expressões psicológicas, dos receios e fantasmas culturais, o corpo é uma palavra polissêmica, uma realidade multifacetada e, sobretudo, um objeto histórico. [...] o corpo está submetido à gestão social tanto quanto ele a constitui e ultrapassa.⁶

Produto e produtor das diversas culturas humanas, constituindo-as e, simultaneamente, desafiando-as, o corpo tornou-se, pois, um tema privilegiado de pesquisas preocupadas em refletir sobre as formas pelas quais os homens elaboraram a vida ao longo do tempo. Para tanto, a mesma autora alerta que

Seria, portanto, empobrecedor analisá-lo [o corpo] tomando-o como algo já pronto e constituído para, em seguida, privilegiar suas representações ou o imaginário da época onde ele está submerso. Torna-se fundamental localizar, primeiramente, as problematizações que tornaram possível uma série de práticas e de representações corporais. Desse modo, não se trata de realizar uma listagem das maneiras supostamente exóticas de lidar com o corpo em outras épocas, mas sim de tornar questionáveis os gestos e as atitudes que ontem e hoje nos parecem familiares ou não.⁷

Inscrito nas armadilhas da natureza, o corpo é, todavia, um produto eminentemente histórico, fruto dos questionamentos sobre os quais os homens de um determinado tempo se debruçaram. As diversas naturezas reivindicadas para a realidade corporal são elas mesmas fabricadas, e denunciam, por sua vez, as formas pelas quais os homens se situam diante do mundo e diante de si. Diferente de um dado natural imutável que conhece diferentes sentidos que podem sofrer variações de sociedade para sociedade, o corpo é, em sua materialidade mais bruta, um constructo sócio-cultural.

Informada pelas reflexões tributárias da história do corpo, a presente investigação considera a Maternidade Dr. João Moreira uma espécie de núcleo produtor, atualizador e difusor de modalidades científicas de conceber o corpo feminino, em especial, por ocasião da gestação, do parto e do puerperio, na Fortaleza das primeiras décadas do século passado. Este processo de fabricação corporal guardou dois movimentos distintos, não obstante, simultâneos e estreitamente interligados: de um lado, as tensões e os entrecruzamentos entre os modos científicos de tratar o corpo feminino e as perspectivas corporais tradicionais carregadas, em geral, pelas comadres ou aparadeiras; e, de outro lado, as dinâmicas que cercaram as diversas práticas obstétricas realizadas nas enfermarias da Maternidade Dr. João Moreira.

Nesse sentido, um dos objetivos desta dissertação foi analisar os conflitos e os acordos travados entre as matrizes corporais tradicionais veiculadas pelas chamadas

⁶ SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. APRESENTAÇÃO. In: SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. (org.) *Políticas do corpo*. Elementos para uma história das práticas corporais. São Paulo: Estação Liberdade, 1995, p. 12.

⁷ *Ibidem*, p. 12.

parteiras “curiosas”, e as formas científicas, tributárias do *paradigma clínico*, de lidar com o corpo das mulheres, então apregoadas pelos representantes da moderna ciência médica. Nessa linha de análise, buscou-se tomar nota dos reveses e dos hibridismos que acompanharam a produção científica do corpo feminino proposta pelos trabalhos da Maternidade Dr. João Moreira. Advindos das variadas relações estabelecidas entre médicos, parteiras “curiosas” e parteiras diplomadas, tais embaraços conferiram à emergência do trato clínico direcionado ao corpo feminino um caráter sinuoso, marcado por inúmeros constrangimentos que, em diversas ocasiões, tanto nas assistências domiciliares, quanto na própria prática hospitalar ocorrida nas enfermarias da Maternidade Dr. João Moreira, culminaram, não raras vezes, com o enfraquecimento do poder médico.

Quanto às dinâmicas obstétricas que tiveram espaço na Maternidade Dr. João Moreira, ressalte-se que era no evoluir mesmo dos diversos atendimentos prestados às mulheres que iam ter às suas enfermarias que os médicos do estabelecimento encontraram ensejo para produzir e atualizar as verdades científicas do funcionamento do corpo feminino; processo este que coincida, diga-se de passagem, com a instrução prática das alunas do curso de partos, e com o aprofundamento das experiências clínicas dos próprios médicos, já que quase todos saíam das faculdades de medicina sem a devida prática do ofício. Desse modo, era no trato direto com os corpos das mulheres que suas naturezas eram elaboradas, desvendadas e, em algumas ocasiões, divididas entre um funcionamento normal e um vicioso. Neste último caso, segundo os médicos da Maternidade Dr. João Moreira, configurava-se a necessidade da intervenção técnica.

No interior das assistências clínicas ao parto, as distâncias entre o normal e o patológico pareciam corresponder àquelas traçadas entre a natureza e o artifício. A este respeito, importa salientar que as diversas operações obstétricas, instrumentais ou manuais, constituíram elementos importantes nos modos pelos quais os médicos realizavam o duplo movimento de instituir a natureza do corpo feminino e, ao mesmo tempo, tencionar contorná-la, dominá-la. Assim, na análise do emprego dos procedimentos técnicos utilizados nos atendimentos obstétricos ocorridos dentro ou fora da Maternidade Dr. João Moreira, esta dissertação buscou atentar para as reflexões que propunham o questionamento daquilo

[...] que preside a relação entre o ser vivo e o mecânico em cada época e em cada sociedade. Pois a máquina, no sentido mais largo do termo, não parece conter em si mesma nem o poder de destruir e de alienar o homem, nem um

caráter redentor da humanidade. Com efeito, o que disse Munford em meados deste século parece simples, mas continua a ser de uma extrema importância ainda nos dias de hoje: ‘se nós somos vazios, para começar, a máquina nos deixará ainda mais vazios. Se nós somos passivos e impotentes, para começar, a máquina nos deixará ainda mais fracos.’⁸

Sob esse ponto de vista, não interessa buscar uma suposta relação de força travada entre a natureza e o artifício, entre o corpo feminino e a intervenção obstétrica, antes, faz-se fundamental refletir sobre os modos pelos quais os instrumentos técnicos, eles próprios, produziram a realidade corporal e, paradoxalmente, intentaram ultrapassá-la. Destaque-se ademais que, nas investidas obstétricas de controle ou domínio da natureza corporal feminina, a intervenção técnica não apenas buscou resolver determinados problemas, mas criou igualmente outras questões. Configurava-se, então, um irresolúvel dilema, “como se cada técnica criada para melhor conhecer o corpo implicasse na emergência de inquietações antes desconhecidas”⁹. Assim, importa ter em vista que a produção do corpo feminino empreendida pela prática médica realizada na e impulsionada pela Maternidade Dr. João Moreira entrava em conflito não apenas com as matrizes corporais tradicionais carregadas pelas parteiras ditas “curiosas”, mas era desafiada igualmente pelos novos problemas surgidos em seu próprio domínio.

As fontes utilizadas nesta investigação são compostas, em grande medida, por textos publicados no periódico oficial do Centro Médico Cearense, inicialmente intitulado *Norte Medico* e, mais tarde, a partir de 1917, renomeado *Ceará Medico*. Agremiação dos médicos do estado, o Centro Médico Cearense foi fundado na cidade de Fortaleza, no ano de 1913, e apresentava o amplo objetivo de fortalecer a categoria dos profissionais da ciência médica entre as mais variadas instâncias sociais da capital cearense do começo do século passado. Os membros do Centro Médico Cearense reuniam-se mensalmente para debater casos clínicos, apresentar estudos referentes à salubridade urbana, expor resenhas sobre serviços hospitalares, formar comissões científicas para pressionar instituições públicas e privadas em prol da concretização de medidas comprometidas com a saúde da população e com a defesa da profissão médica,

⁸ “(...) ce qui préside au rapport entre le vivant et le mécanique dans chaque époque et dans chaque société. Car la machine, dans le sens le plus large du terme, ne semble contenir en soi-même ni le pouvoir de détruire et d’aliéner l’homme, ni un caractère rédempteur de l’humanité. En effet ce qu’a dit Munford au milieu de ce siècle paraît simple mais continue à être d’une extrême importance encore aujourd’hui : ‘si nous sommes vides, pour commencer, la machine nous laissera plus vides encore. Si nous sommes passifs et impuissants, pour commencer, la machine nous laissera encore plus faibles’” Idem. *La recherche de la beauté: une contribution à l’histoire des pratiques et des représentations de l’embellissement féminin au Brésil- 1900 à 1980*. Thèse (Doctorat em Histoire et Civilizations). Université de Paris VII, Paris, 1994, p. 34-35.

⁹ Idem, op. cit., 1995, p. 11.

etc. Boa parte dos textos conferenciados nas seções da agremiação era remetida para a redação do periódico oficial do Centro Médico Cearense, que, parte mensal, parte bimensal, conheceu, pelo menos, dois períodos de interrupção, o primeiro entre 1914 e 1915, e o segundo, mais duradouro, entre 1919 e 1928.

Os textos publicados na revista *Ceará Medico* que tinham a Maternidade Dr. João Moreira por pauta privilegiada eram consideravelmente numerosos. Circunstância esta que se explica, em grande medida, pelo fato de muitos dos médicos do estabelecimento hospitalar terem sido sócios-fundadores e participantes ativos das reuniões, cargos e comissões da agremiação. De um modo geral, os textos publicados no periódico do Centro Médico Cearense referentes à Maternidade Dr. João Moreira se dividiam entre resenhas sobre o funcionamento do estabelecimento hospitalar, estudos estatísticos sobre o movimento de suas enfermarias, relatos de casos clínicos protagonizados pelas pacientes do serviço obstétrico, e material didático utilizado no Curso de Partejas Diplomadas sediado na instituição.

As *resenhas* sobre o funcionamento da Maternidade Dr. João Moreira, em geral assinadas pelo Dr. Cesar Cals, diretor do estabelecimento desde o ano de 1923, permitem o acompanhamento das mudanças estruturais, das regras de admissão, permanência e saída de pacientes, das modalidades de atendimentos prestados no serviço obstétrico, de seu quadro profissional, e ainda das atividades que constituíam o Curso de Partejas Diplomadas.

Os *estudos estatísticos* que, em geral, acompanhavam as resenhas dedicadas à Maternidade Dr. João Moreira, indícios inquestionáveis da prática do registro contínuo dos atendimentos médicos prestados no serviço obstétrico, fornecem importantes informações sobre: o número de mulheres entradas anualmente, daquelas que receberam alta e daquelas que faleceram; as quantidades de partos assistidos nas enfermarias do serviço obstétrico a cada ano, bem como os números daqueles que terminaram de forma “natural” e daqueles que chegaram ao termo de modo “artificial”; as cifras de pacientes que entraram por infecção puerperal e daquelas que foram infeccionadas nas dependências da Maternidade Dr. João Moreira, etc. Os *relatos de casos clínicos* ocorridos nas dependências da Maternidade Dr. João Moreira constituem um interessante contraponto ao laconismo das estatísticas. A partir destas narrativas, é possível tomar nota do conjunto variado de procedimentos médicos a que eram submetidas as pacientes, desde os primeiros exames clínicos até as intervenções

obstétricas consideradas mais arriscadas; das técnicas disciplinares de controle terapêutico, bem como de suas falhas; das atuações de outros profissionais, além dos médicos, etc.

Os textos que compunham o material didático do curso de partos ofertado na Maternidade Dr. João Moreira, as *Lições do Curso de Parteiras Diplomadas*, foram publicadas em grande medida na revista do Centro Médico Cearense ao longo dos anos 1930. Assinadas parte pelo Dr. Cesar Cals, parte pelo Dr. José Frota, as *Lições* permitem a análise das formas pelas quais o corpo das mulheres era apresentado às alunas do curso de partos: suas estruturas internas e externas, suas formas de funcionar, suas modificações por ocasião da prenhez, suas manifestações patológicas, etc.

Além dos textos de autoria dos profissionais que prestavam serviços na Maternidade Dr. João Moreira, esta instituição constituiu assunto dileto de outros médicos que não atuaram em suas enfermarias. No conjunto destes textos, é digna de nota a coluna mensal da revista *Ceará Medico*, intitulada *Esculapeanas*, assinada pelo Dr. Virgílio de Aguiar durante os anos 1930. Entusiasta da instrução de parteiras, encorajador do uso de técnicas obstétricas inéditas, incitador precoce da sistematização do parto hospitalar, apreciador das práticas eugênicas, este médico dedicou diversos escritos às atividades da Maternidade Dr. João Moreira e de seus médicos.

Além dos escritos médicos publicados na revista do Centro Médico Cearense, foram utilizados ao longo da investigação os *Relatórios da Inspeção de Higiene do Ceará* e alguns opúsculos de autoria dos médicos. De um modo geral, os relatórios da repartição estadual de higiene, escritos pelos médicos inspetores entre os anos 1910 e 1920, dão notícias das atividades realizadas pela inspeção de higiene, inventariam os problemas enfrentados pelos inspetores quanto à promoção da salubridade urbana, localizam as questões da maternidade e da infância no rol dos problemas de saúde pública, indicam as relações ainda frágeis entre os profissionais da ciência médica e os homens da cúpula governamental, no que concerne aos assuntos de saúde e doença da população citadina, etc.

Dentre os opúsculos escritos por médicos da cidade, dois foram de grande importância para esta investigação. O primeiro deles, de autoria do Dr. Cesar Cals, foi publicado no ano de 1935, por ocasião da realização do Primeiro Congresso Médico do Ceará, e intitula-se *Histórico da Maternidade Dr. João Moreira*. Nesse livreto,

encontram-se publicados uma resenha sobre a história e o funcionamento do estabelecimento médico, o conjunto de suas estatísticas, alguns relatos de casos clínicos ocorridos na instituição, entre os anos de 1915 e 1934, e uma significativa coletânea das Lições do Curso de Parteiras Diplomadas. Outro texto médico de considerável importância, intitulado *A Medicina no Ceará*, assinado pelo Dr. Pedro Sampaio, era parte integrante de uma obra maior organizada por Raimundo Girão e Antônio Martins Filho, denominada *O Ceará*, publicada em 1945. Embora distanciado do período eleito para pesquisa, este texto se faz relevante pela reunião de informações e pelos apontamentos memorialísticos realizados por um médico que viveu em Fortaleza no começo do século, e, portanto, acompanhou as diversas mudanças no âmbito dos cuidados médicos fornecidos por instituições filantrópicas e governamentais.

Igualmente de grande valia para a reflexão aqui proposta foi a leitura de duas obras literárias datadas da virada do século XIX para o século XX: *A Normalista*, romance escrito por Adolfo Caminha e que veio à baila em 1893, e *Luzia-Homem*, publicado em 1903, por Domingos Olímpio. Ambos os romances mencionam episódios de partos assistidos por parteiras tradicionais, indicando as formas predominantes de cuidar dos corpos das mulheres e das crianças antes da difusão dos modos científicos que deveriam cercar a parturição. De significativa importância foi também o manual intitulado *Medicina Caseira*, escrito por Juvenal Galeno, em 1919. Ao elencar uma série de práticas corporais realizadas a partir de espécimes da flora local a ser levada a efeito pelos extratos pobres da cidade nas ocasiões de enfermidades, o autor propõe concepções do corpo, da saúde e da doença bem próximas das matrizes tradicionais carregadas pelas comadres ou aparadeiras.

Também extremamente úteis para esta dissertação foram as diversas edições anuais, datadas do começo do século XX, do *Almanach do Ceará*. Periódico iniciado em fins dos oitocentos e existente até meados da centúria passada, o *Almanach do Ceará* apresentava, entre outras coisas, as indicações de serviços e profissionais disponíveis na cidade. A partir deles, foi possível acompanhar o surgimento e as transformações das instituições de saúde do estado, bem como os números e as localizações dos médicos e das parteiras diplomadas que ofereciam seus serviços profissionais na capital cearense.

Dividida em três capítulos, esta dissertação apresenta, no primeiro capítulo, intitulado *O corpo e a clínica*, as transformações das práticas médicas da cidade de

Fortaleza que resultaram, no alvorecer do século XX, em iniciativas filantrópicas que elegeram o corpo das crianças e o corpo das mulheres como objetos privilegiados de intervenção. Ademais, são propostas algumas reflexões sobre as matrizes de leitura corporal carregadas pelas comadres ou aparadeiras e também aquelas a serem veiculadas pelas parteiras diplomadas e pelos médicos. Procede-se, aqui, à análise sobre as distâncias e proximidades, ou os conflitos e os acordos, travados entre os diversos agentes dedicados à assistência ao parto, presentes na capital cearense, durante as primeiras décadas do século passado.

No segundo capítulo, denominado *A força da fibra*, as atenções são voltadas para as dinâmicas hospitalares da Maternidade Dr. João Moreira: sua estrutura, capacidade e organização espacial, o quadro profissional que prestava serviço no estabelecimento, as regras de admissão das pacientes, os regimes disciplinares a que eram submetidas, os números de mulheres entradas, e as modalidades de atendimentos prestados, etc. A partir das práticas corporais que cercavam as assistências ao parto realizadas no serviço obstétrico, propõe-se uma análise sobre os modos pelos quais os médicos entendiam o funcionamento do corpo feminino, as distâncias traçadas entre o parto dito normal e aquele considerado patológico, e, neste último caso, as lógicas de ação das intervenções técnicas de que os profissionais do estabelecimento mais comumente se valiam.

No terceiro capítulo, intitulado *A fibra dócil*, analisam-se novas intervenções técnicas realizadas nas enfermarias da Maternidade Dr. João Moreira a partir dos anos 1930, e que expressaram investidas obstétricas comprometidas, de forma mais profunda, em controlar e dominar o funcionamento do corpo feminino durante a parturição – a saber, o Método de Delmas e o parto cesáreo. A partir da execução destas duas novas operações obstétricas, os médicos do estabelecimento hospitalar procederam a uma reorganização das distâncias traçadas entre natureza e artifício, bem como se viram obrigados a novas aprendizagens, em especial, no que se referia a seu próprio gestual técnico-corporal. Também neste capítulo, as atenções estão voltadas para o surgimento, no horizonte dos médicos, das práticas eugênicas de cunho restritivo, como a esterilização, e daquelas de caráter positivo, como o serviço de pré-natal, este último ainda não tornado realidade durante o período eleito para estudo.

Por fim, resta destacar que esta dissertação está balizada temporalmente entre os anos de 1915 e 1933, intervalo em que o estabelecimento hospitalar em apreço

permaneceu como único na seara dos cuidados médicos dedicados a gestantes, parturientes e puerperas, na capital cearense. Muito embora o ano da fundação da Maternidade Dr. João Moreira tenha sido eleito como marco inicial, importa ressaltar que, em alguns momentos, a investigação retrocedeu até meados do século XIX, sob a justificativa de apreender com maior clareza algumas mudanças no campo da prática médica local, e mesmo para tomar nota das perspectivas corporais tradicionais, posteriormente obscurecidas pelo discurso médico. A delimitação final justifica-se pela fundação, em setembro de 1933, do *Centro de Saúde de Fortaleza*. Resultado direto das novas diretrizes referentes à saúde pública assumidas pelo governo Vargas, esta instituição era atrelada à repartição estadual de higiene e, dentre outros serviços, passou a contar, a partir de 1934, com uma Inspeção de Pré-Natal que inaugurou uma série de atendimentos médicos, patrocinados pelo poder público, dedicados às mulheres que experienciavam a maternidade na capital cearense.

Nesta dissertação, a proposta de escrever uma história do corpo feminino intentou não perder de vista a história do hospital e da técnica, e a história das relações intrincadas entre parteiras, médicos e parturientes. Todos estes elementos compuseram a rede das expectativas e dos receios que acompanharam, irremediavelmente, as novas formas de conceber o corpo feminino na capital cearense, num momento em que ele começava a se tornar estratégico para a elevação da nação. Tratava-se, pois, de empreendimento vasto, que não poderia deixar de repercutir de formas variadas e imprevistas sobre as formas de ser e sentir das pessoas comuns das primeiras décadas do século passado.

CAPÍTULO 1

O CORPO E A CLÍNICA

1.1 A gestão filantrópica da vida

Os primeiros médicos cearenses diplomados pelas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, ambas fundadas no ano de 1832, retornaram à terra natal a partir do segundo quartel do século XIX. Daí ao final da centúria, sua presença no cotidiano da população da província estava condicionada, majoritariamente, às ocasiões de doenças, principalmente aquelas de caráter epidêmico. Importante médico oitocentista, o Dr. Rufino de Alencar (1832-1917), em homenagem póstuma publicada na revista do Centro Médico Cearense, foi assim aludido pelo Dr. Barão de Studart:

[...] nos dias angustiosos, que o Ceará atravessou a braços com epidemias mortíferas, deu-lhe de coração e abnegado os esforços e as energias, que o patriotismo reclamava e o seu acendrado amor à humanidade soube multiplicar, transformando-os em serviços de alta valia, que diversos Governos reconheceram em papeis publicos e os varios grupos sociaes applaudiram e abençoaram agradecidos.

Neste particular basta trazer á memória a noticia de seus actos nas quadras terribilissimas do cholera morbus em Icó e Maranguape [...].¹⁰

Assim como o Dr. Rufino de Alencar, outros médicos, seus contemporâneos, ganharam destaque em virtude de suas atuações durante as sucessivas epidemias que eclodiram no Ceará durante todo o século XIX. O Dr. Liberato de Castro Carreira (1820-1903), nos anos de “1849 e 1851 nas epidemias de varíola e de febre amarela que grassaram em Aracati, terra do seu berço, prestou os mais assinalados serviços à população”¹¹. O Dr. Marcos José Teófilo (1821-1864), “clinico em Fortaleza, prestou relevantes serviços durante as epidemias de febre amarela e de cólera-morbus”¹².

Em narrativa memorialística datada de meados dos anos 1940, o Dr. Pedro Sampaio informava que, de um modo geral, o atendimento médico oitocentista era envolto pela “tradicional feição do sacerdócio”¹³. A associação entre o ofício de médico

¹⁰ STUDART, Guilherme (Barão de). Dr. Rufino Antunes de Alencar. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno V, N.º IV, Outubro a Dezembro de 1917, p. 53-54.

¹¹ SAMPAIO, Pedro. A Medicina no Ceará. In: GIRÃO, Raimundo; MARTINS FILHO, Antonio. *O CEARÁ*. Fortaleza: Editora Fortaleza, 2ª edição, 1945, p. 470.

¹² *Ibidem*, p. 470. Cabe ressaltar, aliás, que foi durante os atendimentos aos doentes da epidemia de cólera-morbus, espalhada por várias localidades da província ao longo dos anos 1860, que o Dr. Marcos Teófilo, pai do afamado farmacêutico Rodolfo Teófilo, veio a falecer, acometido pela doença contra a qual lutava.

¹³ *Ibidem*, p. 471.

e a vida eclesiástica tinha sua razão de ser nas posturas caritativas que marcaram intensamente a prática médica do século XIX. O médico Barão de Studart, referindo-se às atitudes filantrópicas do Dr. Rufino de Alencar, escrevia que “assim agindo elle mantinha a tradicção, esse seu zelo altruistico se ajustava perfeitamente aos moldes e usanças da sua classe”¹⁴.

No tocante à ausência de pagamento sobre a prestação de serviços médicos, então comum no século XIX, o Dr. Pedro Sampaio relatava que

Raro era aquêlê que apresentava conta de honorários profissionais. Fazê-lo era amesquinhar o sacerdócio que exercia, rebaixar a posição a que se alçara. E, displiscente, ou deixava isto á discreção do doente ou anotava mais um voto para o seu partido. Aos que levavam os escrúpulos á repugnancia do metal sonante como paga de seu trabalho, mandava o cliente agradecido a tradicional insignificante lembrança, ou presenteava com a honra de ser padrinho da criança que êle ajudara a nascer ou arrancava da morte na fase tempestuosa da primeira dentição.

Surgiu assim a clientela dos 3 pés: - pobres, parentes e protegidos, que, sempre farta e trabalhosa nunca arrefeceu.¹⁵

Por um lado, a cobrança de honorários era considerada descabida, não condizente com uma organização das relações sociais mais próxima das condutas de solidariedade e, portanto, ainda pouco afeita às retribuições monetárias. Tanto era assim que a gratificação ao auxílio do médico tinha a forma de lembranças, pequenos presentes, ou podia se manifestar pela instauração de um laço afetivo, quase familiar, tal como era o compadrio. Por outro lado, a partir deste conjunto de laços e dependências decorrente de seus atendimentos, os médicos iam colecionando futuros favores que incidiam mais frequentemente sobre os trâmites políticos de que largamente participavam.

O exercício ocasional e eminentemente altruístico da prática médica dos oitocentos fazia com que o ofício de médico poucas vezes consistisse no objetivo último dos jovens que buscavam as Faculdades de Medicina. O Dr. Pedro Sampaio escrevia que, durante o século XIX, “Aspiravam-n’a [a profissão de médico] em geral os rebentos de famílias abastadas que, no título de doutor, vislumbravam um degrau para a política ou para a conquista de altas posições”¹⁶. A medicina, situada no “plano secundário de suas cogitações”¹⁷, servia como distinção social facilitadora da ascensão em outras searas sociais – no magistério, no jornalismo e, principalmente, na política.

¹⁴ STUDART, op. cit., p. 54.

¹⁵ SAMPAIO, op. cit., p. 417.

¹⁶ Ibidem, p. 471.

¹⁷ Ibidem, p. 469.

Em realidade, nos oitocentos, poucos foram os doutores que exerceram exclusivamente seu ofício de formação.

Dentre aqueles que se dedicaram à carreira docente, destacaram-se o Dr. Eduardo da Rocha Salgado (1864-1934), professor da Escola de Direito; o Dr. Antonio Pinto Nogueira Brandão (1862-1930), professor da Escola Normal; o Dr. João da Rocha Moreira (1845-1913), lente no Liceu do Ceará, além de outros. Sobre o Dr. Rufino de Alencar, sabe-se que

Na fundação do Atheneu Cearense foi elle escolhido para professor de francês, ao tempo da directoria de João de Araújo Costa Mendes. Em 9 de Julho de 1872, foi nomeado lente substituto de rethorica e philosophia do Lyceu do Ceará. Em 10 de Janeiro de 1879 foi nomeado cathedratico da cadeira de rethorica, poética e litteratura, e em 1891, sendo supprimido o ensino dessa cadeira, foi mandado reger a de Physica e Chimica do mesmo estabelecimento, cargo em que se aposentou por acto de 21 de Março daquelle anno.

Por acto de 5 de Fevereiro de 1883, foi nomeado Inspector Geral da Instrucção Publica do Ceará e director do Lyceu.¹⁸

Dentre os médicos que fizeram carreira na política, o Dr. José Lourenço de Castro e Silva (1808-1874) “foi espírito animador do partido liberal e pelo qual se bateu sem desfalecimento na tribuna, na imprensa e na Camara, onde foi deputado por diversas vezes”¹⁹. O Dr. Liberato de Castro Carreira foi senador do Império, o Dr. Antonio Domingues Silva (1817-1876) foi professor e deputado, o Dr. Ildefonso Correia Lima (1860-1911) foi “deputado federal, professor do Liceu do Ceará”²⁰, o Dr. Francisco Alves Pontes (1817-1880) foi deputado provincial em várias legislaturas, o Dr. Pedro Augusto Borges (1851-1922) foi “senador, general e presidente do Estado”²¹.

Não obstante a maior visibilidade da prática médica oitocentista recaísse sobre os atendimentos domiciliares, importa salientar a tímida emergência, neste século, da clínica hospitalar, especificamente daquela realizada na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, fundada em 1861, e no Asilo de Alienados, criado em 1886²². No primeiro

¹⁸ LAVOR, Aurelio de. Dr. Rufino Antunes de Alencar. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno V, N.º IV, Outubro a Dezembro de 1917, p. 56.

¹⁹ SAMPAIO, op. cit., p. 469.

²⁰ Ibidem, p. 470. Sobre as trajetórias políticas dos Drs. José Lourenço e Liberato de Castro Carreira, Cf.: OLIVEIRA, Carla Silvino. *Cidade (in)salubre: idéias e práticas médicas em Fortaleza (1838-1853)*. Dissertação de Mestrado, UFC. Fortaleza, 2007, p. 29-40.

²¹ SAMPAIO, op. cit., p. 470.

²² Houve ainda, no século XIX, o Lazareto de Jacarecanga, criado em 1814, e aquele da Lagoa Funda, erguido em 1855, para onde eram remetidos os acometidos de doenças contagiosas, em especial os variolosos. Sempre motivo de reclamações por parte dos médicos da cidade, estas precárias construções alternaram períodos de abandono e utilização. Mais do que instituições médico-hospitalares, os lazaretos mais pareciam funcionar como quarentenas improvisadas. Cf.: BARBOSA, José Policarpo. *História da saúde pública do Ceará: da colônia a Vargas*. Fortaleza: UFC, 1994, p. 47-50.

estabelecimento, destacaram-se os trabalhos do Dr. Joaquim Antonio Alves Ribeiro (1830-1875), primeiro médico nomeado da Santa Casa de Misericórdia, que, desde logo, contou com os auxílios do Dr. Meton da Franca de Alencar (1843-1893) e do Dr. João da Rocha Moreira²³.

Em Fortaleza, paralelamente aos cuidados médicos individuais, condicionados pelo aparecimento da doença, o segundo quartel do século XIX conhecia também as primeiras preocupações governamentais com uma prática médica voltada para a promoção da saúde das coletividades. Neste período, mais especificamente entre as décadas de 1850 e 1870, a capital cearense sofreu um significativo crescimento urbano, motivado em maior medida pela exportação da produção algodoeira e pelo desenvolvimento das atividades comerciais. O incremento das atividades econômicas e a crescente concentração populacional trouxeram consigo a necessidade de uma organização urbana que minimizasse os riscos de eclosão e disseminação de doenças, mormente as epidêmicas. Entravam em voga as noções de *salubridade urbana e higiene pública*. Segundo Michel Foucault:

Salubridade é a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos. E é correlativamente a ela que aparece a noção de higiene pública, técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde. Salubridade e insalubridade são o estado das coisas e do meio enquanto afetam a saúde; a higiene pública – no século XIX, a noção essencial da medicina social francesa – é o controle político-científico deste meio.²⁴

Esse interesse em promover a saúde da coletividade pela via da intervenção no meio urbano, especificamente pela ordenação da circulação do ar e da água, constituía um dos princípios da chamada *medicina social urbana*, de origem francesa²⁵. Em Fortaleza, as preocupações concernentes a este ramo do saber médico ganharam maior visibilidade nos discursos dos médicos que ocuparam o cargo de “Médico da Pobreza”, criado pela municipalidade em 1838.

Assim, tendo por objetivo a elevação dos índices de salubridade de Fortaleza, o Dr. Castro Carreira, nomeado “Médico da Pobreza” em 1845, sugeria, como medidas urgentes de higiene pública,

²³ LEAL, Vinicius Barros. *História da Medicina no Ceará*. Fortaleza: Secretaria de Cultura, Desporto e Promoção Social, 1978, p. 122.

²⁴ FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979a, p. 73.

²⁵ *Ibidem*, p. 89-92

[...] a transferência do matadouro público, uma vez que o mesmo comprometia o ar da Cidade com sua abundância de sangue e matérias putrefantes. Recomendou, ainda, a proibição do salgamento de couros em vias centrais, a eliminação das águas estagnadas em quintais e a não-criação de porcos nos limites do perímetro urbano.

Castro Carreira denunciou também o costume de se jogar ou enterrar o lixo e detritos nas ruas e quintais residenciais, procedimentos que ameaçavam tanto a salubridade das ruas e casas quanto a do lençol aquífero subterrâneo.²⁶

Ao longo do século XIX, se, do ponto de vista do ambiente doméstico, quase nenhuma recomendação dos “Médicos da Pobreza” conheceu concretude, no que concerne às transformações do espaço público, a admissão da capacidade do corpo urbano, pela circulação viciosa do ar e da água, provocar morbidades no corpo humano implicou em duas importantes reformas. De acordo com Sebastião Ponte,

Ainda na década de 60, Fortaleza passaria por duas importantes resoluções concernentes à preservação da salubridade do ar e da água. Uma delas se inscreve na intenção de anular lugares produtores de miasmas e germes morbígenos contaminadores da atmosfera da Cidade. É o caso da decisão, em 1866, de transferir o cemitério São Casimiro, localizado em área urbana central, para o arrabalde de Jacarecanga e com o novo nome de cemitério São João Batista. No lugar do anterior foi construída, em 1873, a Estação Ferroviária.²⁷

A segunda deliberação dizia respeito à “implantação, em 1867, da canalização da água salubre do sítio do Benfica para os chafarizes da Cidade, uma vez que a que era fornecida para a população por aguadeiros ou oriundas de poços duvidosos não era de boa qualidade”²⁸. Tanto em um como no outro caso, o perigo oferecido pelos ares liberados nos cemitério e pelas águas de procedência desconhecida referia-se às emanações miasmáticas que, à época, acreditava-se serem as maiores causas dos estados mórbidos reinantes.

Esta nova forma de praticar a medicina deslocava as atenções do indivíduo para as coletividades. A ênfase recaía sobre a saúde, e não exclusivamente sobre a doença. Essa preocupação em gerar a saúde de todos, ao invés de remediar a doença de cada um, ainda que surgida no Império, veio a se fortalecer ao longo do período republicano. Com efeito, na medida em que investia sobre a saúde e a vida do trabalhador pobre urbano, a medicina social não apenas selava seu compromisso com o aumento da

²⁶ PONTE, Sebastião Rogério. *Fortaleza Belle Époque: reformas urbanas e controle social (1860-1930)*. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2001, p. 78-79.

²⁷ *Ibidem*, p. 80-81.

²⁸ *Ibidem*, p. 81.

produção econômica, como também propiciava novas formas de controle social diferentes dos castigos físicos antes direcionados aos cativos recém-libertos²⁹.

A assertiva segundo a qual “a questão da saúde da população era o caminho mais estratégico e edificante para assegurar o trabalho humano e, com este, a riqueza e o progresso”³⁰ punha a medicina social na ordem do dia, e fazia deste ramo do conhecimento médico a trilha privilegiada para as tentativas de instauração, em várias cidades brasileiras, de um regime biopolítico. Ao reunir formas de poder caracterizadas “pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida”³¹, tanto a medicina social urbana quanto a medicina social da força de trabalho – que se desenvolveu na sequência – engendraram “métodos de poder capazes de majorar as forças, as aptidões, a vida”³² e, portanto, as capacidades produtivas da população nacional.

No Rio de Janeiro, capital federal, diversas preocupações com a saúde coletiva foram consideravelmente abraçadas pelos poderes públicos. Enquanto os preceitos da medicina social urbana contribuíram para a demolição, em 1893, do cortiço Cabeça de Porco, o Dr. Oswaldo Cruz, então Diretor Geral de Saúde Pública, preconizava, nos primeiros anos do novo século, a vacinação antivariólica obrigatória sobre os corpos dos habitantes do Rio de Janeiro, fato que desencadeou o episódio conhecido por Revolta da Vacina³³. No Ceará, a inauguração do regime republicano agregou ao governo do estado um departamento exclusivamente encarregado das questões atinentes à saúde pública³⁴. Criada em 1892, a Inspetoria de Higiene do Ceará, embora sinalizasse a atualização da saúde das coletividades como responsabilidade dos poderes públicos, em termos concretos, não pareceu expressar grandes avanços. Durante os anos 1910, os sucessivos inspetores de higiene do estado foram unânimes em acusar a insuficiência de verbas como causa precípua para as limitadas atuações da repartição, carente de quadros

²⁹ A este respeito, Cf.: CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996, p. 20-29.

³⁰ PONTE, op. cit., p. 97.

³¹ FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. São Paulo: Graal, 2007, p. 152-153.

³² *Ibidem*, p. 152-153.

³³ Para maiores detalhes, Cf.: CHALHOUB, op. cit.; e PEREIRA, Leonardo. *As barricadas da saúde: vacina e protesto popular no Rio de Janeiro da Primeira República*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002.

³⁴ Ao que parece, o cargo municipal de “Médico da Pobreza” se manteve até 1851. Neste ano, foi aprovado o regulamento da Junta Central de Higiene, órgão imperial com sede no Rio de Janeiro, que expressou a tentativa de centralização dos assuntos da saúde e da doença. O novo órgão nomeou comissões sanitárias para algumas províncias e instituiu provedores de higiene para outras – o caso do Ceará. Com a República, as questões da saúde e da doença saíram, ao menos durante seus primeiros anos, do âmbito do poder central, ficando a cargo das administrações estaduais. Cf.: LEAL, op. cit., p. 161-166.

profissionais, de instrumentos técnicos e, principalmente, de maiores repercussões entre os homens da cúpula governamental.

Boa parte das preocupações dos inspetores de higiene da década de 1910 era fortemente tributária da medicina social urbana. No começo do século XX, todavia, o gradual abandono do paradigma miasmático e o reconhecimento dos perigos invisíveis advindos do desenvolvimento da microbiologia levaram à multiplicação e à diversificação dos focos causadores de morbidades. Não apenas o ar e a água, mas também os alimentos, os medicamentos, os objetos e a mobília doméstica em geral constituíram elementos cuja circulação na cidade deveria ser controlada.

Nesse sentido, o Dr. Rocha Lima, inspetor em 1912, apontava a “urgencia em se installar o laboratorio chimico e bromatologico como secção desta Inspectoria com a qual somente é possivel uma regular fiscalisação dos generos alimenticios”³⁵. O Dr. Carlos da Costa Ribeiro, inspetor entre 1914 e 1915, destacou a necessidade de um “laboratorio de analyses”³⁶ para a fiscalização dos preparados medicinais elaborados pelos diversos profissionais que exerciam as artes de curar na cidade. Sobre as desinfecções dos domicílios de portadores de doenças contagiosas, o Dr. Rocha Lima alertou que “os recursos da Inspectoria estão se reduzindo a cada dia, com o exíguo material que possui, pouco e quase imprestavel pelo mal trato e pelo uso”³⁷. O Dr. Aurelio de Lavor, inspetor em 1913, afirmava que “Com excepção de uma estufa de madeira, o restante do material destinado ao serviço de desinfecção, está de todo imprestavel”³⁸. Em 1915, o Dr. Carlos da Costa Ribeiro realizava “as desinfecções dos predios em que se dão obitos por tuberculose (...) si bem que deffeitososissimas pela falta de aparelhos apropriados”³⁹.

Os microorganismos patogênicos, de acordo com os inspetores de higiene, também tinham nas águas domésticas seu lócus privilegiado. Em 1913, o Dr. Rocha Lima escrevia que

³⁵ LIMA, Abdenago da Rocha. *Relatorio do Inspector de Hygiene do Estado do Ceará*, em 30 de Abril de 1913, p. 108. Bromatologia é o ramo científico que estuda os alimentos.

³⁶ RIBEIRO, Carlos da Costa. *Relatorio Apresentado ao Ex.^{mo} Snr. Dr. Herminio Barroso – Secretario dos Negocios do Interior pelo Dr. Carlos da Costa Ribeiro* – Inspector de Hygiene. Maio de 1915, p. 16.

³⁷ LIMA, op. cit., p. 103.

³⁸ LAVOR, Aurelio de. *Relatorio Apresentado ao Ex.^{mo} Snr. General Fernando Setembrino de Carvalho – Interventor Federal no Exercício do Cargo de Presidente do Estado pelo Dr. Aurelio de Lavor* – Inspector de Hygiene. Maio de 1914, p. 8.

³⁹ RIBEIRO, op. cit., p. 8.

A agua do nosso sub-solo deve ser considerada á *priori*, sem demonstração de qualquer natureza, como deluição mais forte ou mais fraca de culturas bacterianas riquissimas e virulentas que são as nossas fossas fixas. Fortaleza sem esgoto, servindo-se sua população inteira de fossas permiaveis para destino de seus dejectos, tem as camadas superficiaes do solo saturadas de germens pathogenicos, de todos os especimens normaes e anormaes da flora intestinal.

[...]

Feitas estas considerações resalta a necessidade de uma medida complementar do Governo que venha trazer á população maior segurança em sua alimentação hydrica.⁴⁰ (grifos no original)

Dois anos depois, o Dr. Carlos Ribeiro reiterava que “pelo grau de urgencia das carencias hygienicas do Estado, devia se collocar a terminação dos serviços de esgotos e abastecimento d’agua (...), merecendo ahi particular carinho a questão da potabilidade da agua captada e os indispensaveis trabalhos para melhora-la”⁴¹. O abastecimento e o consumo de água potável punham em causa, evidentemente, a necessidade de captação e canalização do líquido precioso, o que implicava em novas instalações domésticas atreladas a transformações no espaço público, reformulações que deveriam passar necessariamente pela ingerência dos poderes públicos.

Ao longo dos anos 1910, os médicos inspetores deparavam-se não apenas com um governo estadual que pouco provia a repartição pública de higiene com o instrumental indispensável à execução de suas atribuições, mas também com uma municipalidade considerada extremamente indiferente às medidas comprometidas com a elevação dos índices de salubridade urbana. Na opinião do Dr. Rocha Lima,

Todos os elementos que devem harmonicamente convergir para a realização do que se chama propriamente prophylaxia offensiva, elementos que não estão exclusivamente sob a egide desta repartição, senão na alçada exclusiva do governo municipal, são entre nós completamente descurados, resultando d’ahi uma serie de attentados dos mais prejudiciaes á Saúde Publica.

D’ahi resulta este estado em que se encontra nesta Capital o que se chama propriamente *hygiene das cidades*. Tudo de que nos limites deste ramo da hygiene em toda parte entregue á guarda da Municipalidade, se deve cuidar com especial carinho como preliminar de todo bem que se queira fazer a uma população, não se ha feito entre nós, despreza-se como objecto de luxo, revertendo a primasia para os rotoques de plastica que por mais artisticos que sejam não resaltam na sombra que lhes emprestam os maus tratos da hygiene.⁴² (grifos no original)

⁴⁰ LIMA, op. cit., p. 107.

⁴¹ RIBEIRO, op. cit., p. 11.

⁴² LIMA, op. cit., p. 108. Muito provavelmente, o Dr. Rocha Lima referia-se ao período de vigência da oligarquia acciolina (1896-1912), durante a qual a Intendência da Capital ficou a cargo do coronel Guilherme Rocha, que “Após a construção do Mercado de Ferro, (...) investiu na ampla remodelação das 3 principais praças da capital – a do Ferreira, a Marquês do Herval e a da Sé – inauguradas com muitos festejos. Nesses logradouros, foram introduzidos canteiros de flores (verdadeiros jardins de fadas), ‘avenidas’, cópias da estatuária grega, vasos importados, chafarizes e largos pavilhões para a ocorrência de retretas, patinação e ginástica”. PONTE, op. cit., p. 35-36.

Na cidade de Fortaleza, a medicina social urbana, ou melhor, “a medicina das condições de vida e dos meios de existência”⁴³, não se manteve como preocupação exclusiva dos sucessivos inspetores de higiene dos anos 1910, mas também ganhou forte repercussão na recém fundada agremiação dos médicos do estado, o Centro Médico Cearense⁴⁴.

Sediado em Fortaleza, o Centro Médico Cearense veio à baila no dia 25 de março de 1913, com a composição inicial de 28 médicos, 17 farmacêuticos e 7 dentistas⁴⁵. Contando com a participação de médicos já consagrados – como os Drs. Barão de Studart, Manuel Duarte Pimentel, Eduardo Salgado, Francisco de Paula Rodrigues, João Marinho de Andrade, etc. –, a associação era formada em grande maioria por médicos cearenses recém diplomados e chegados à capital do estado justo no alvorecer do novo século: Dr. Eliezer Studart da Fonseca, formado em 1904; Dr. José Ribeiro da Frota, formado em 1906; Dr. Manuelito Moreira, formado em 1906; Dr. Virgílio José de Aguiar, formado em 1907; Dr. Carlos da Costa Ribeiro, formado em 1908; Dr. Cesar Cals de Oliveira, formado em 1910; Dr. Pedro Augusto Sampaio, formado em 1910; Dr. Abdenago da Rocha Lima, formado em 1911, etc.

Realizando seus estudos na Faculdade de Medicina da Bahia e, em maior medida, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, os médicos do novo século tiveram sua formação profissional fortemente marcada pela transição de regime político. Com efeito, ao menos na capital federal, as preocupações da recém-implantada República com a saúde dos brasileiros abriram espaço para uma maior valorização política e social dos médicos do país que, doravante, assumiriam a função de guiar os governos e os cidadãos na grande aventura, individual e coletiva, de ser cada vez mais saudável e produtivo.

⁴³ FOUCAULT, 1979a, op. cit., p. 92.

⁴⁴ Desde já, é importante lembrar que as preocupações republicanas com a promoção da saúde dos fortalezenses pela via da medicina social não se restringiram aos médicos. Em 1896, o bacharel Thomaz Pompeu de Souza Brasil publicou, na Revista da Academia Cearense, ensaio intitulado “Importância da Vida Humana como Fator de Riqueza. O Desenvolvimento da População de Fortaleza; sua Natividade e Mortalidade; Taxa Excessiva desta”, demonstrando interesse sobre as questões sanitárias da capital. Cf.: PONTE, op. cit., p. 100.

⁴⁵ LEAL, op. cit., p. 138. Necessário ressaltar que, não obstante a agremiação acolhesse farmacêuticos e dentistas, estes profissionais parecem não ter tido suas questões próprias suficientemente contempladas pelas atividades do Centro Médico Cearense, que sempre preconizou os interesses dos médicos. A fundação, em 1916, da Faculdade de Farmácia e Odontologia do Ceará supostamente conferiu a farmacêuticos e dentistas espaço mais propício para o debate de suas pautas específicas.

Evidentemente, os médicos recém-chegados à Fortaleza no alvorecer do século XX não abandonaram a prática médica individual, que continuava a ser realizada em visitas domiciliares, nos atendimentos em consultórios e também na clínica hospitalar – esta última, incrementada ao longo dos anos 1910 e 1920, como se verá mais adiante. Referindo-se aos atendimentos domiciliares do começo do século passado, o Dr. Pedro Sampaio escrevia que, àquela época,

Fortaleza crescera: os seus confins estenderam-se pelas areias frouxas dos subúrbios; os meios de locomoção eram, porém, poucos e difíceis. Para atender á clientela, disseminada em área tão vasta, o médico passou a fazer a cavalo as suas visitas domiciliares. A primeira despesa de quem se iniciava na clínica não era, como agora [anos 1940], a montagem custosa do consultório, enfeitado de vistosas vitrinas e de complicados aparelhos elétricos. Era a da aquisição de um cavalo bem ajaezado e luzido.⁴⁶

Muito embora a capital cearense apresentasse um sistema público de transporte – incrementado no final dos anos 1910 com a eletrificação dos bondes – e, ademais, já conhecesse o tráfego de automóveis, estes meios de locomoção existiam em número reduzido e só tinham circulação garantida no perímetro central da cidade, pouco ou nada alcançando os subúrbios, mais correntemente denominados de “arrabaldes”. Assim, se o atendimento médico domiciliar era mais facilitado nas zonas centrais, não significando isso que as tradicionais alimárias deixassem de ser utilizadas nestas localidades, nas regiões consideradas longínquas, o acesso dificultoso e realizado exclusivamente via transporte animal fazia da aquisição do cavalo a primeira preocupação dos médicos daquele período.

Paralelamente aos atendimentos domiciliares, os médicos dedicavam algumas horas de seu dia para prestar serviços em consultórios, que sofreram um sensível crescimento durante as primeiras décadas do século passado. O *Almanach do Ceará para o anno de 1915* (portanto, confeccionado em 1914) indicava a existência de 24 médicos com consultórios na capital, dentre os quais o Dr. Aurelio de Lavor, com consultório na Pharmacia Normal; o Dr. Alvaro Fernandes, com consultório na Pharmacia Franceza; o Dr. José Lino da Justa, com consultório na Pharmacia Pasteur, o Dr. Manuelito Moreira, com consultório na Pharmacia Galeno; o Dr. Abdenago da Rocha Lima, com consultório na Pharmacia Hollanda⁴⁷. Segundo o Dr. Pedro Sampaio, “Os consultórios, ajeitados em fundos de farmácias, tinham como mobília meia dúzia de

⁴⁶ SAPAIO, op. cit., p. 471.

⁴⁷ *Almanach do Ceará para o anno de 1915*, p. 199.

cadeiras para os clientes, uma mesinha com o bloco de receituário e um sofá ou divã para os exames”⁴⁸.

A localização dos consultórios médicos no interior das farmácias revelava o assíduo convívio e proximidade entre médicos e farmacêuticos, cujos ofícios se articulavam e podiam, algumas vezes, serem confundidos pela própria população. Localizadas quase exclusivamente no perímetro central da cidade (ao menos até os anos 1930), as farmácias e, por tabela, os consultórios médicos estavam mais próximos dos moradores de extrato social elevado, que se concentravam naquela porção da cidade, fazendo dela uma área nobre.

Embora dedicados aos atendimentos individuais, não escapava aos doutores daquele início de século XX o interesse sobre as questões de saúde pública, pauta de destaque nos debates entre os médicos que compunham o Centro Médico Cearense. Em encontros mensais, os membros desta associação apresentavam pesquisas demográficas, faziam considerações sobre o estado sanitário da cidade, formavam comissões específicas para a realização de estudos etiológicos e também para pressionar as instâncias governamentais e os estabelecimentos particulares em prol da concretização de medidas comprometidas com a saúde da população. Não raramente, as questões levantadas nas reuniões ganhavam a forma de textos que eram remetidos para a redação do periódico oficial da agremiação – a revista *Norte Medico*, mais tarde, no ano de 1917, renomeada *Ceará Medico*.

A escrita jornalística dos consócios do Centro Médico Cearense deixa entrever um incômodo descompasso a rondar a medicina do Ceará naquele começo de século. De um lado, a revista da associação se empenhava em manifestar o refinamento da ciência médica local, cujos representantes apresentavam uma prática profissional extremamente atualizada e, muitas vezes, à altura das grandes autoridades médicas nacionais e internacionais. A série de ufanosas biografias dos médicos cearenses, as invejáveis estatísticas das enfermarias hospitalares e mesmo da clínica domiciliar de alguns doutores, as notícias sobre a execução de procedimentos técnicos sofisticados – mesmo em meios inóspitos – e os convites para a participação em eventos científicos pelo país a fora rechearam boa quantidade das páginas do periódico da agremiação.

⁴⁸ SAMPAIO, op. cit., p. 471.

Além de servir como elogiável vitrina dos médicos e da medicina da terra, a revista *Norte Medico* funcionava também como espaço de denúncias dos doutores, quase sempre indignados em virtude da parca expansão dos princípios médicos na cidade. De fato, a penetração rasa e pontual da moderna ciência médica, inclusive entre os segmentos da elite local, expressava o lado frágil dos médicos da capital. A ausência de repercussão das recomendações médicas (em suas nuances públicas e privadas) na organização da vida dos cidadãos fez-se uma deplorável constatação, cuja urgente reversão tornou-se objetivo abraçado pelos membros do Centro Médico Cearense. Seja na forma de reivindicações aos poderes públicos, com vistas a instalar na cidade uma organização sanitária consentânea com os cânones da medicina social urbana, seja na forma de estímulo e amparo a iniciativas particulares comprometidas com a assistência médica à população pobre, a agremiação dos clínicos fortalezenses inseriu na arena pública o debate considerado urgente acerca da saúde e da doença dos cidadãos.

No campo das reclamações direcionadas à administração pública, os médicos da agremiação fizeram eco aos escritos dos inspetores de higiene, que também eram, eles mesmos, membros do Centro Médico Cearense. No ano de 1915, quando a chegada à Fortaleza de milhares de sertanejos em fuga da seca coincidiu com a eclosão da epidemia de infecções intestinais, assim se pronunciou a comissão de redação da revista *Norte Medico*:

Essas ‘infecções intestinaes’, sejam typhicas, paratyphicas, collibacillosas ou associadas, são funcções de nosso meio indefeso no ponto de vista sanitario. O sub-solo, que é o nosso manancial d’agua potavel, é a vasa de nossas fêzes. Cidade sem agua canalizada e sem esgotto tem a superficie do solo sobrecarregada de materia organica em decomposição, si não nas ruas, na maioria dos quintaes.⁴⁹

À semelhança do que haviam relatado os Drs. Rocha Lima e Carlos da Costa Ribeiro, inspetores de higiene durante os anos de 1912 e 1914, respectivamente, a comissão de redação da revista *Norte Medico* alertava para os perigos da água consumida nas residências. O grave problema exigia medidas higiênicas tributárias da medicina social urbana, cuja execução, de acordo com os consócios do Centro Médico Cearense, competia exclusivamente aos poderes públicos:

O que a imprensa diaria precisa fazer, o que devemos fazer em nosso periodico scientifico e por todos os meios possiveis é chamar a atençaõ do Governo sobre este estado de cousas que tão bem conhecemos, é trabalhar perante os poderes publicos do Estado para que seja tomada na devida

⁴⁹ COMISSÃO DE REDACÇÃO. A saúde publica e a classe medica de Fortaleza. A propósito das infecções intestinaes. *Norte Medico*. Fortaleza, Anno III, N.º 3 e 4, Novembro e Dezembro de 1915, p. 3.

consideração este magno problema da Saúde Pública, sem o que não pôde haver regularidade, nem progresso na vida do Estado.⁵⁰

Muito embora a promoção da saúde pública pela via do reordenamento do espaço urbano constituísse uma pauta recorrente desde meados do século XIX, não conseguiu alcançar tanta projeção entre os homens do governo até fins dos anos 1910⁵¹. Foi neste decênio, todavia, que os agenciamentos concretos comprometidos com a medicina social da força de trabalho, encabeçados por membros do Centro Médico Cearense, ganharam forte impulso na capital cearense.

A medicina social da força de trabalho, de matriz inglesa, consistia, de um modo geral, em “um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres, para torná-las mais aptas ao trabalho”⁵². Assim, diferentemente da matriz urbana, que privilegiava a materialidade que cercava o indivíduo, a medicina social da força de trabalho recomendava a promoção da saúde pela intervenção direta sobre o indivíduo, ou melhor, sobre seu corpo. A vacinação, por exemplo, foi uma forte expressão dessa maneira de fomentar a saúde *do* corpo, *no* corpo. Na capital cearense, durante os primeiros anos do século XX, a produção e a distribuição da vacina antivariólica foram realizadas em larga escala e altruisticamente pelo farmacêutico Rodolfo Teófilo. No ano de 1919, a produção e a distribuição gratuita da vacina anti-rábica tornaram-se realidade com a instalação do Instituto Pasteur, fruto da iniciativa filantrópica do Dr. Carlos da Costa Ribeiro e do farmacêutico Afonso de Pontes Medeiros.

Diferentemente da medicina social francesa, a prática médica cearense decorrente da medicina social da força de trabalho não se referenciava unicamente pela distinção mais ampla e arraigada entre corpo doente e corpo sadio. A fundação do Instituto de Proteção e Assistência à Infância, em 1913, e da Maternidade Dr. João Moreira, em 1915, expressaram investidas médico-sociais que incidiam,

⁵⁰ Ibidem, p. 5.

⁵¹ Importa ressaltar que, de 1918 em diante, sucessivas mudanças ocorreram na gestão pública da saúde e da doença dos cearenses. Neste ano, a repartição estadual de higiene pareceu ter conhecido significativos avanços: um novo regulamento, ampliação do quadro de profissionais e aumento das verbas. Por sua vez, o ano de 1921 inaugurou a entrada da União nos assuntos da saúde pública local. Assim, selado um conjunto de contratos entre governo do estado e administração central, criaram-se diversos órgãos com funções ligadas à promoção da saúde, a destacar o Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural, empenhado no combate de doenças endêmicas em áreas rurais. Iniciada na Primeira República, a entrada da União nas questões da saúde pública em território cearense fortaleceu-se na era Vargas. Sobre as políticas públicas de saúde no Brasil, Cf.: HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: As bases da política de Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1998.

⁵² FOUCAULT, 1979a, op. cit., p. 97.

respectivamente, sobre o corpo das crianças e o corpo das mulheres, conferindo visibilidade a seus problemas e suas especificidades.

Na capital do Ceará, as inquietações em torno da infância remontam ao século XIX⁵³. A grande seca de 1877 colocou em evidência o mar de crianças sertanejas órfãs e desamparadas que circulavam pelas ruas de Fortaleza. Neste período, os empreendimentos assistencialistas dedicados aos pequenos revelavam a forte preocupação sobre a formação profissional pela via do aprimoramento moral e religioso⁵⁴. No alvorecer do século XX, os interesses republicanos ditavam outras orientações para a vida das crianças. Seus corpos, mais do que seus espíritos, ganhavam relevância. A jovem nação brasileira, para prosperar, necessitava de uma população tanto numerosa, para ocupar seu vasto território, quanto portadora de braços fortes, empenhados no trabalho e, portanto, na produção de riquezas. Dentro desse projeto de nação, que via o “corpo enquanto força de produção, força de trabalho”⁵⁵, a vida das crianças passou a ser projetado “em termos de mão-de-obra, lucro e riqueza”⁵⁶.

Dedicados aos estudos demográficos, os médicos do novo século punham em destaque as alarmantes cifras mortuárias da capital cearense, em especial durante as épocas de seca. O médico Barão de Studart, então presidente do Centro Médico Cearense, referindo-se ao *Anuario de Estatística Demographo-Sanitaria da cidade de Fortaleza* correspondente ao ano de 1916, elaborado pelo então inspetor de higiene, Dr. Carlos da Costa Ribeiro, escrevia que

[...] verifica-se mais uma vez o terrível tributo de vidas sacrificadas ao minotauro da secca: em 1916 tendo nascido 2503 pessoas, a morte ceifou 4145, havendo, portanto, grande *deficit*, a diferença de 1642 pessoas para menos na população de Fortaleza.

Convem insistir em que 1916 foi um anno todo excepcional como o foi igualmente 1915 com os seus 3135 obitos contra 2973 nascimentos. Ainda nos achavamos sob a pressão de dias terribilissimos, que tantas dores custaram e tantos sacrificios impuzeram ao Ceará.

E para demonstrar a grande anormalidade de então bastará recordar as cifras mortuarias do quinquennio anterior:

1910 (1742), 1911 (1600), 1912 (1759), 1913 (1722) e 1914 (1510) Total ... 8333 obitos.⁵⁷ (grifos no original)

⁵³ Para maiores informações sobre os sentidos investidos sobre a infância na época moderna e contemporânea, Cf.: ARIÈS, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC, 1981; DEL PRIORE, Mary. (Org.) *História da criança no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1991.

⁵⁴ Para maiores detalhes, Cf.: SOUZA, Josinete Lopes. *Da infância “desvalida” à infância “delinquente”*: Fortaleza (1865-1928). Dissertação de Mestrado. PUC-SP. 1999

⁵⁵ FOUCAULT, 1979a, op. cit., p. 80.

⁵⁶ BADINTER, Elizabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985, p. 160.

⁵⁷ STUDART, Guilherme (Barão de). A propósito de um annuario de Estatística. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno V, N.º 3, Julho a Setembro de 1917, p. 38.

Em fins de 1915, referindo-se às mortes ocasionadas pela grande seca na capital cearense, o mesmo Dr. Carlos da Costa Ribeiro informava que “Foi a parcella de parvulos retirantes que concorreu com 2/3 dos obitos de Dezembro”⁵⁸. Em visita aos campos de concentração, lugares em que os sertanejos eram aglomerados, o médico constatava que

[...] eram as crianças de 0 a 2 annos que quasi exclusivamente concorriam para o obituario. A impropriedade, mais que a defficiencia, da alimentação respondia por esta phase. Sêres, alguns ainda na idade em que, ‘todo o alimento outro que não o leite é um veneno’ (consoante um axioma de puericultura), tinham ali seus debeis estomagosinhos *bourrés* de farinha de mandioca; e quando aos paes se reprehendia por tal pratica, perguntavam incrédulos si os ‘bichinhos’ haviam de viver ‘só com o leite do peito’.⁵⁹ (grifos no original)

Em realidade, as associações entre o excesso de mortes infantis e os distúrbios orgânicos decorrentes da alimentação já se manifestavam mesmo antes da grande seca de 1915. Em relatório dedicado ao estado sanitário da capital durante o ano de 1914, o Dr. Carlos da Costa Ribeiro escrevia que

A *gastro-enterite* infantil é de todo o obituario a rubrica mais rica, o vergonhoso espantallo demographico. Vergonhoso, digo, porque assim julgo o facto de ser uma molestia *evitável* a que mais victimas faz numa população. [...]

E, em verdade, como diz Brunch, sobre a immensa maioria dos pequenos tumulos dos nossos cemiterios poder-se-hiam escrever á guisa de epitaphio estas trez palavras terriveis – *victima da ignorancia*.

A carencia das mais rudimentares noções de hygiene infantil é absoluta mesmo na parte instruida da nossa sociedade. E, no dizer do illustre pediatra e puericultor paulista Dr. Clemente Ferreira: ‘A ignorancia ou a deficiencia da cultura profissional, neste importante ramo de conhecimentos medicos (a pediatria), não deixa de collaborar na obra do morticinio infantil, pelo abuso de drogas e excesso de medicação aggressiva nos estados morbidos da primeira infancia, a par da omissão dos cuidados prophylacticos, da falta de applicação das regras dieteticas, que tantos beneficios proporcionaram á saúde das creanças e tão cabalmente asseguram o seu bem estar physico’.⁶⁰ (grifos no original)

Ainda nos anos 1920, o Dr. Clovis de Moura, então diretor geral de hygiene, escrevia, sobre a grande quantidade de crianças mortas na capital, que

A causa de semelhante hecatombe na população infantil reside na ignorancia dos mais comesinhos principios de hygiene infantil, de, talvez, mais de 80% das mães. Mesmo nas classes mais abastadas essa ignorancia é evidente. Todos nós medicos sabemos quão difficil é fazer as mães seguir á risca uma dieta indispensavel para a salvação de seus filhos. E quantos não terão tido, como eu, o desprazer de ver uma dieta hydrica salvadora interrompida pelos mingaus assassinos, pela razão mal comprehendida de, explicam as mães,

⁵⁸ COMISSÃO DE REDACÇÃO. Mortalidade em Fortaleza. *Norte Medico*. Fortaleza. Anno. III, N.º 3, Novembro e Dezembro de 1915, p. 18.

⁵⁹ RIBEIRO, Carlos da Costa. HYGIENE. *Norte Medico*. Fortaleza, Anno IV, N.º 3 e 4, Março e Abril de 1916, p. 11.

⁶⁰ Idem, op. cit., 1915, p. 9-10.

preferirem ver seus filhos morrerem de 'barriga cheia' a succumbirem de fome? ⁶¹

Seguindo o raciocínio dos médicos, o quadro de mortes e doenças entre as crianças da cidade só poderia sofrer reversão pela remodelação da dietética infantil consoante as orientações da especialidade médica voltada exclusivamente para a saúde dos pequenos – a pediatria ou puericultura. A necessidade de difundir modos higiênicos de alimentar as crianças não apenas constituiu ensejo para o encontro dos médicos com os corpos infantis, mas também, a partir destes encontros, colocou as pessoas comuns diante de modalidades diferentes de entender e de lidar com o corpo dos pequenos.

Com efeito, o que estava em jogo nas tensões entre pediatras/puericultores e mães de famílias ricas e pobres era a concepção mesma acerca do funcionamento corporal dos pequenos. Para as mulheres da terra, uma espécie de lógica da semelhança parecia orientar a prática alimentar direcionada às crianças e, sob esse ponto de vista, diante de seres frágeis e acanhados, somente uma dieta densa, composta de gêneros consistentes parecia fomentar o crescimento corporal. De acordo com essa perspectiva, a *démarche* do crescimento se devia aos atributos “pesados” da comida; como se o corpo fosse, pouco a pouco, sendo preenchido por elementos do seu exterior, cujas propriedades físicas herdavam e assumiam.

Mais afeitos a dietas hídricas e, nos recém-nascidos, quase exclusivamente constituídas pelo leite materno, os médicos prezavam por uma alimentação mais leve. O aproveitamento que o corpo da criança fazia dos gêneros alimentícios não se explicava, segundo a moderna ciência médica, pela lógica do preenchimento. Diferentemente da perspectiva das mulheres da cidade, para as quais os trabalhos do crescimento dependiam de preenchimentos advindos do lado de fora do corpo, entre os médicos da cidade, manifestava-se o cuidado em não sobrecarregar o corpo dos pequenos. Para os doutores, o alimento funcionava como uma matéria-prima a partir da qual se realizavam os trabalhos do crescimento que, neste caso, se localizavam dentro do corpo.

As preocupações médicas em torno da dietética infantil e suas implicações sobre os estados mórbidos e a mortalidade dos pequenos contribuíram fortemente para a criação, em 1913, do Instituto de Proteção e Assistência à Infância, o IPAI. Dirigido

⁶¹ MOURA, Clovis Barbosa de. *Relatorio Apresentado ao Ex.^{mo} Snr. Desembargador Claudio Ideburque Carneiro Leal Filho – Secretario dos Negocios do Interior e da Justiça pelo Dr. Clovis Barbosa de Moura, Director de Hygiene Publica do Estado*. Junho de 1924, p. 33.

pelo Dr. Abdenago da Rocha Lima, o IPAI, núcleo propagador de novas maneiras de alimentar e, portanto, de entender o funcionamento dos corpos das crianças, oferecia em suas dependências “consultas, das 10 às 12 horas da manhã, sendo fornecidos às crianças enfermas os medicamentos necessários, e o leite nos casos reclamados”⁶². No ano de 1915, o IPAI inaugurou “uma ‘crêche’, juntamente com uma enfermaria para crianças doentes”⁶³; um ano depois, deu início ao “serviço de ‘atestação de amas de leite’”. O Dr. Rocha Lima informava que a fiscalização do aleitamento mercenário realizava-se mediante o exame da candidata à ama de leite “não só quanto as suas qualidades intrínsecas de nutriz, como quanto ao seu estado geral, quanto a possibilidade de qualquer doença transmissível ou intoxicação prejudicial”⁶⁴.

Para os médicos cearenses, além da elevada mortalidade na primeira infância, em grande medida motivada pelos hábitos alimentares considerados viciosos, os altos índices de natimortalidade passaram a figurar como um enorme obstáculo diante do projeto republicano de nação populosa, saudável e produtiva. Definida como a relação entre o número de “nascidos mortos” e o total de nascimentos ocorridos, a natimortalidade se transformou num instrumento privilegiado para a apreciação do progresso e da riqueza de uma dada localidade.

Em meados dos anos 1930, o Dr. Virgílio de Aguiar abriu espaço em sua crônica mensal, na revista do Centro Médico Cearense, para publicar trechos do estudo realizado pelo médico fluminense Dr. Clovis Corrêa da Costa sobre tema tão premente:

O Dr. Clovis Corrêa da Costa, em recente publicação (Rev. de Gyn. e d'Obst. X – 933) escrevendo sobre ‘Assistencia obstetrica domiciliar’ disse:
A cidade do Rio de Janeiro apresenta uma taxa de natimortalidade elevada – em mil nascimentos, 69,56 dos fetos vem ao mundo sem vida – o que significa que dos seus 37.000 partos anormaes, 2,573 creanças nasçem mortas !
Buenos-Aires, cuja natalidade é maior, cerca de 47.000 partos, perde apenas 1.809 nasciturnos!
Valparaizo, si nos emprestasse o seu coeficiente de mortinatalidade reduziria as nossas a 772 fetos annuaes!
Si Paris e New-York fizessem o mesmo, os nossos fetos mortos redusir-se-iam a 2.487 e a 1.637 respectivamente!
Era esta a situação ha quatro annos atraz, e não creio que as condições se tenham modificado grandemente a nosso favor.⁶⁵

⁶² LAVOR, op. cit., 1914, p. 6.

⁶³ RIBEIRO, op. cit., 1915, p. 9.

⁶⁴ LIMA, Abdenago da Rocha. INSTITUTO DE PROTECCÃO E ASSISTENCIA Á INFANCIA: Fiscalização do aleitamento mercenário atestação “de amas de leite”. *Norte Medico*. Fortaleza, Anno IV, N.º 5, Janeiro e Fevereiro de 1916, p. 10.

⁶⁵ AGUIAR, Virgilio. A natalidade e a natimortalidade. *ESCULAPEANAS*. Ceará Medico. Anno XII, N.º 12, Dezembro de 1933, p. 33.

De fato, a comparação entre os índices de natimortalidade apresentados por diversas metrópoles mundiais revelava que a capital brasileira se encontrava em situação de significativa desvantagem. Sobre as razões que concorriam para este grave problema nacional, o médico fluminense esclarecia que:

Em estudo que procedi sobre as causas dessa cifra tão elevada de mortinatalidade, verifiquei que os motivos de ordem obstetrica contribuiam com a quota de 53,5%; a lues [sífilis] apenas com a de 26%!

[...]

Estes numeros estão a demonstrar que a causa maxima de mortinatalidade reside na deficiencia de assistencia durante o parto p. p. dito; as creanças morrem de accidentes que poderiam ser removidos si outras fossem as condições creadas em torno da parturiente, si prestassemos ao feto o soccorro imprescindivel e urgente a que tem direito, durante a agonia lenta em que o nosso abandono os atira.⁶⁶

No Rio de Janeiro, os médicos não tardaram a associar as altas cifras de natimortalidade com o prestígio e a presença arraigada das parteiras tradicionais, também denominadas “curiosas”⁶⁷. O mesmo Dr. Clovis Corrêa da Costa informava que “Em inquerito que procedi sobre a mortinatalidade, verifiquei que em 200 oportunidades, as curiosas tiveram interferencia 132 vezes; em 51 casos, o trabalho de parto correu sob a sua inteira responsabilidade, do começo ao fim”⁶⁸.

Na capital cearense, as preocupações em torno da natimortalidade, e também da mortalidade materna na ocasião da parturição, ganhavam força desde os anos 1910. Assim como na cidade do Rio de Janeiro, também em Fortaleza, o saldo significativo de mortes durante a parturição foi visto pelos doutores locais como decorrência direta das práticas que moviam as assistências ao parto realizadas pelas parteiras “curiosas” – mais conhecidas pela população local como *comadres* ou *aparadeiras*. Em fins dos anos 1920, o Dr. Cesar Cals escrevia que, quando eram as aparadeiras que assistiam ao parto, “a mortinatalidade e a mortalidade fetal eram assombrosas e dominavam a scena, nas parturientes as hemorragias e infecções puerperaes”⁶⁹. No decênio seguinte, o Dr. Virgilio de Aguiar, reafirmando a associação entre natimortalidade e assistência das comadres, escrevia que

Em dias de Novembro ultimo tive um caso d’esta especie; o medico que faz obstetricia no Brasil sabe que elles andam em barda – a natimortalidade

⁶⁶ Ibidem, p. 33-34.

⁶⁷ Médicos e setores da elite cidadina sensíveis ao avanço da moderna ciência médica costumavam qualificar as parteiras tradicionais como “curiosas”, marcando, pois, o caráter não profissional da atuação destas mulheres.

⁶⁸ AGUIAR, op. cit., p. 33-34.

⁶⁹ CALS, Cesar. A Maternidade Dr. João Moreira. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno VII, N.º 1, Setembro de 1928, p. 10.

rotulando feto morto em trabalho de parto, pos dystocia descurada, por impericia ou ignorancia da parteira ou *aparadeira*.

[...]

Deixando eu o consultorio com urgencia ao chegar á casa da parturiente já era sem tempo, pois afinal a parteira havia extrahido o feto (uma robusta creança) que estava morta [...].⁷⁰ (grifos no original)

O inventário de mortes fetais e maternas durante o parto assistido por parteiras tradicionais não apenas transformava estas mulheres em agentes maléficos para a progressão da capital, mas, ao mesmo tempo, conferia forte justificativa para a gradual inserção do corpo feminino no interior da prática médica local. Assim, se no caso do corpo das crianças, os médicos privilegiaram a via da reordenação dos hábitos alimentares, no tocante ao corpo das mulheres, a porta de entrada da moderna ciência médica foi a remodelação da assistência ao parto.

A reorganização da assistência ao parto na cidade de Fortaleza foi atribuição assumida pela Maternidade Dr. João da Rocha Moreira. Fundada em 19 de março de 1915, a primeira instituição médico-hospitalar dedicada exclusivamente a gestantes, parturientes e puerperas no Ceará foi fruto da iniciativa do Dr. Manuelito Moreira, filho do afamado parteiro oitocentista Dr. João Moreira, falecido em 1913. O Dr. Manuelito Moreira se manteve na direção da Maternidade até 1923, ano em que, por conta de compromissos políticos, se transferiu para a cidade do Rio de Janeiro, e deixou o estabelecimento sob os cuidados do Dr. Cesar Cals.

Instalada no piso superior da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, a Maternidade Dr. João Moreira teve “todo o material de suas enfermarias [...] adquirido por contribuição popular, graças aos esforços abnegados de uma sociedade de senhoras já então instituída – a Sociedade Auxiliadora da Maternidade dr. João Moreira”⁷¹. Mantida décadas a fio pela iniciativa filantrópica, a Maternidade Dr. João Moreira não constituiu uma exceção em relação aos demais estabelecimentos hospitalares de Fortaleza que forneciam atendimento às camadas pobres.

O Instituto de Proteção e Assistência à Infância, muito embora tivesse surgido como um departamento da repartição estadual de higiene, foi entregue, em agosto de 1914, à administração particular de seu fundador, o Dr. Abdenago da Rocha Lima. A partir de então, esta instituição passou a contar com os trabalhos voluntários das “Damas Protectoras da Infancia”, associação fundada em janeiro de 1915, composta por

⁷⁰ AGUIAR, op. cit., p. 33.

⁷¹ CALS, op. cit., p. 9.

senhoras da alta sociedade da cidade comprometidas com “o engrandecimento do Instituto de Protecção á Infancia, promovendo festas de caridade, angariando donativos, confeccionando vestes para as creanças, facilitando, finalmente o bom andamento e prosperidade da Assistencia á Infancia”⁷².

Ao que parece, os anos 1910 marcaram, por parte dos poderes públicos, uma visível rejeição diante dos assuntos da saúde e da doença na capital cearense. Justo na década em que a presença dos médicos na cidade se alargava e se diversificava, as instâncias governamentais não apenas recusaram proximidades com essa categoria profissional, como também se autodispensaram das parcas obrigações que possuíam no tocante aos cuidados médicos reservados aos cidadãos. Foi o que aconteceu com a manutenção da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, que, sob responsabilidade do governo do estado desde sua fundação, foi entregue, em agosto de 1915, à administração da recém-criada “Beneficente da Santa Casa de Misericórdia”, associação filantrópica dirigida pelo Arcebispo D. Manoel da Silva Gomes.

No começo do século XX, portanto, à atitude de indiferença dos governos face aos assuntos da saúde e da doença da população, os médicos da capital cearense responderam com a fundação, por conta própria, de estabelecimentos de saúde voltados prioritariamente para as crianças e as mulheres dos extratos pobres da cidade. Destarte, uma espécie de gestão filantrópica da vida, movida pela aliança firmada entre setores médicos e senhoras da alta sociedade, ganhava realidade na capital cearense, e apresentava como núcleos propulsores, e também pioneiros, o Instituto de Protecção e Assistência à Infância e a Maternidade Dr. João Moreira.

Interessados em fazer da Maternidade Dr. João Moreira o centro produtor e atualizador das verdades da “ciência dos partos” na cidade de Fortaleza, os médicos do estabelecimento se empenharam de forma intensa na difusão dos preceitos obstétricos entre as mulheres dos mais variados segmentos sociais. Para tanto, além dos atendimentos prestados nas enfermarias do estabelecimento hospitalar, os médicos da Maternidade Dr. João Moreira organizaram um curso de parteiras. O *Curso de Parteiras Diplomadas da Maternidade Dr. João Moreira*, fundado também em 1915, visava produzir parteiras informadas pelo saber obstétrico com a incumbência de realizar uma assistência domiciliar ao parto sem mortes e sequelas para as mães e para as crianças. Sob o argumento de diminuir os índices de natimortalidade e mortalidade materna, as

⁷² *Almanach do Ceará para o anno de 1917*, p. 117.

parteiras diplomadas veiculariam uma nova modalidade de compreensão e funcionamento do corpo feminino. Esta nova modalidade, por sua vez, não somente se diferenciava das matrizes de leitura do corpo da mulher carregadas pelas parteiras “curiosas”, como, principalmente, buscou sobrepujá-las.

1.2 O corpo aberto ao mundo

Entre a segunda metade dos oitocentos e as primeiras décadas do século XX, a imensa maioria dos partos de Fortaleza era assistida por parteiras tradicionais, ou melhor, por *comadres* ou *aparadeiras*. Não obstante os relatos médicos e literários pautados sobre as práticas de assistência ao parto realizadas por estas mulheres tivessem privilegiado os nascimentos ocorridos em segmentos pobres da cidade, as comadres eram bem recebidas entre os mais diversos extratos sociais. A *aparadeira* Joana Pataca, por exemplo, personagem do romance *A Normalista*, escrito por Adolfo Caminha, e publicado em 1893, orgulhava-se de ter “partejado uma vez a mulher do comandante do batalhão”⁷³.

Ainda que se tivesse notícia de estabelecimentos nos quais as comadres recebiam mulheres para parir, como “uma casa de recursos, de propriedade da decahida Maroca Pacheco, tendo como agentes diversos caftinas entre as quaes uma velha que se diz parteira”⁷⁴, a regra era dar-se o nascimento na residência da parturiente ou de pessoa de sua relação. A personagem Maria do Carmo, protagonista do romance *A Normalista*, esperando um filho de seu padrinho João da Mata, foi levada às escondidas, nos últimos meses de gestação, para a casa de mestre Cosme e tia Joaquina, que moravam na longínqua “Aldeota, cerca de um quilômetro da cidade, numa casinhola de taipa”⁷⁵. Ao mesmo modo como ocorrera com Maria do Carmo, o escritor Adolfo Caminha informava que, ao fim dos oitocentos, “Vinham à baila casos análogos de filhas-famílias que tinham ido para fora da cidade *tomar ares* e, no fim de contas, iam mais era ‘desembuchar’ onde ninguém pudesse ver...”⁷⁶ (grifos no original). Supõe-se, pois, não serem excessivamente raras as ocasiões em que as mulheres da cidade, inclusive aquelas pertencentes a segmentos sociais remediados, se instalavam em casas simples situadas em regiões afastadas do perímetro central da capital, para terem discretamente seu bom-sucesso.

⁷³ CAMINHA, Adolfo. *A Normalista*. São Paulo: Ática, 1985, p. 125.

⁷⁴ *O Nordeste*. Fortaleza, 13 de junho de 1923, apud BARBOSA, Marta Emísia Jacinto. *Cidade na contramão*. Fortaleza nas primeiras décadas do século XX. Dissertação de Mestrado em História Social. PUC-SP, 1996, p. 163.

⁷⁵ CAMINHA, op. cit., p. 112. Maria do Carmo, filha de sertanejos que fugiram para a capital cearense durante a grande seca de 1877, foi entregue à responsabilidade de seu padrinho, João da Mata, funcionário público residente em Fortaleza. Assediando frequentemente a moça, João da Mata findou por engravidá-la. Para encobrir o feito, o padrinho de Maria do Carmo a transferiu para a residência de mestre Cosme e tia Joaquina, um casal de velhos pobres que lhe devia antigos favores.

⁷⁶ *Ibidem*, p. 117.

Enquanto evento domiciliar, o parto se cercava das diversas materialidades que constituíam o lar. Matéria-prima utilizada largamente na própria edificação das casas, o barro entrava na composição de uma série de artefatos domésticos de pequena envergadura e ampla funcionalidade, como era o caso da *botija*. “Vaso de grés, de forma cylindrica, bocca estreita e uma pequena aza, o qual serve para conter genebra e outros liquidos”⁷⁷, a botija ganhava variados empregos além do original, a saber, a guarda da bebida alcoólica. Assim, por exemplo, no romance *A Normalista*, Adolfo Caminha escrevia do personagem João Mata que, inconformado com a morte do rebento de Maria do Carmo, “punha-se para ali a ruminar, silenciosamente, à luz duma triste vela de carnaúba, que pingava a sua cera denegrida, no gargalo duma velha botija de genebra”⁷⁸. Conjugada às funções de recipiente das bebidas da casa e de receptáculo para a cera liberada pelas velas de carnaúba – então comuns nas residências oitocentistas –, a botija também podia prover auxílio à parturição. A comadre Rosa Veado, personagem do romance *Luzia-Homem*, escrito por Domingos Olímpio, e publicado no ano de 1903, rememorando a assistência a um parto ocorrido no ano de 1878, na cidade de Sobral (região norte do estado), assim descrevia o uso da botija de genebra ou *zinebra* diante de dificuldades para dar cabo ao nascimento:

O menino estava mesmo atravessado. – Vão ver uma botija, minha gente – disse eu. Trouxeram uma botija de zinebra vazia, onde eu mandei que ela [a parturiente] assoprasse com toda a força. – Sobre... sobre de verdade... Vamos... vamos... mais... mais um bocadinho... Agora... agora... Nisto dei um jeito que só eu sei... A mulher largou um grito rasgado e a criança pulou!...⁷⁹

Não apenas as botijas de genebra, ao que parece, assíduas frequentadoras das residências simples do período entre-séculos, eram alvos de diversificadas utilidades. *Braseiros* e *defumadores*⁸⁰ constituíam equipamentos de barro cuja função estava atrelada ao fomento de altas temperaturas. Empregados mais largamente no preparo dos alimentos, por ocasião do parto, no entanto, apresentavam variadas serventias. Referindo-se às aparadeiras do alvorecer do século XX, o Dr. Pedro Sampaio incluía,

⁷⁷ DICCIONARIO CONTEMPORANEO DA LINGUA PORTUGUEZA, feito sobre o plano de F. J. Caldas Aulete. 2ª edição actualizada. 1º volume. Parceria com Antonio Maria Ferreira, Lisboa, 1925. De acordo com este mesmo dicionário, tinha-se que *Grés* era “rocha granulada composta de pequenos fragmentos de materia silicosa ou de quartzo unidos por cimento argiloso ou calcareo, argilla plastica arenosa de que se faz loiça, canos, etc.”; e que *Genebra* era o nome dado a “licor espirituoso que se fabrica com aguardente de cereaes, na qual se fazem destillar algumas sementes em que predomina a baga de zimbro ou junipero”.

⁷⁸ CAMINHA, op. cit., p. 127.

⁷⁹ OLÍMPIO, Domingos. *Luzia-Homem*. São Paulo: Ática, 1983, p. 43.

⁸⁰ Não foi possível apurar, de forma clara, as diferenças entre um e outro equipamento.

entre seus hábitos, o “queimar alfazemas num defumador de barro”⁸¹, prática aludida igualmente na assistência da comadre Joana Pataca, a respeito da qual Adolfo Caminha escrevia que, logo na entrada do recinto em que se encontrava a parturiente Maria do Carmo, “Sentia-se um cheiro ativo de alfazema queimada; encostado à parede fumegava o braseiro”⁸². De forma semelhante, a rendeira Olga Cirino da Silva, moradora da região do Mucuripe acusada de crime de infanticídio, informava ao delegado de polícia que, em 20 de Junho de 1935, “logo de madrugada começou a sentir fortes dores agudas [no ventre], mandando chamar sua mãe, que começou a ‘difumar’ sua barriga”⁸³.

De fato, a queima de alfazemas durante o momento da parturição não apenas indicava que determinadas emanações eram tidas como agentes benéficos para as economias corporais sediadas no ventre das mulheres, mas também parecia conferir à ocasião um odor específico que podia funcionar, inclusive, como indicador da iminência do nascimento para aqueles que passavam por perto do cômodo ou da residência em que a parturiente se encontrava. Ademais, a reunião das exalações provenientes da queima de extratos vegetais, dos cachimbos das comadres – cujo uso corrente lhes conferia, inclusive, o epíteto de *cachimbeiras* –, dos cigarros de pessoas do derredor⁸⁴ e mesmo dos objetos luminosos à base de fogo promovia uma espécie de atmosfera anuviada em torno do corpo da parturiente, fato este que parecia inserir certas parturições realizadas por aparadeiras num regime de visibilidade corporal peculiar. Regime este que, por sua vez, se manifestava substancialmente distinto daquele exigido pelas assistências ao parto efetuadas pelos médicos daquele tempo, profissionais cada vez mais sedentos de uma visualização mais límpida dos contornos corporais.

Contribuindo para a inserção das assistências “curiosas” ao parto a regimes peculiares de visibilidade corporal, os braseiros podiam ainda ter ampliada a sua aparição na hora do nascimento, ao promover o esquentar das águas e de artefatos úteis a práticas corporais que cercavam as parturições. A este respeito, Adolfo Caminha escrevia da ocasião em que a comadre Joana Pataca “pousou no chão o cachimbo, que

⁸¹ SAMPAIO, op. cit., p. 472.

⁸² CAMINHA, op. cit., p. 125.

⁸³ APEC, Fundo: Tribunal de Justiça, Série: Ações Criminais, Sub-série: Homicídios, Caixa 12, Processo n. 1936/02. Acusada: Olga Cirino da Silva, apud ATHAYDE, Marla Albuquerque. “*MULHERES INFANTICIDAS*”: o crime de Infanticídio na cidade de Fortaleza na primeira metade do século XX. Dissertação de Mestrado. UFC. Fortaleza, 2007, p. 176.

⁸⁴ À espera do desenlace do parto de Maria do Carmo, o pai da criança “(...) João da Mata passou todo esse dia na Aldeota, aguardando o sucesso, bebendo aguardente e acendendo cigarros, esquecido da repartição”. CAMINHA, op. cit., p. 126.

estivera fumando, e foi aquecer uns panos”⁸⁵. Aqui, além do braseiro, ganhava destaque também um vasto conjunto de recipientes possivelmente confeccionados a partir do barro, e solidários às altas temperaturas, tais como *panelas*, *cuias*, *bacias* e *potes*, mais correntemente utilizados no preparo das refeições e nas práticas de asseio. Decerto, havia sido no interior de um destes objetos que a comadre Joana Pataca colocou a água e os panos para a fervura, ao cabo da qual, muito possivelmente, procedera às fricções⁸⁶ sobre o corpo da parturiente.

Uma série de artefatos domésticos feitos de algodão, como *panos* e *fios*, também era investida de diversas serventias durante as parturições realizadas pelas aparadeiras. Além de empregados nas práticas de fricção sobre o corpo da parturiente, os panos eram utilizados pelas comadres para a confecção das chamadas *umbigueiras*, faixas aplicadas sobre o umbigo das mulheres com o intuito de evitar sua protrusão (hérnia), “usada[s] nas grávidas em estado avançado de gestação”⁸⁷. Nos primeiros cuidados dispensados aos recém-nascidos, os artefatos de algodão eram igualmente úteis. Em 1928, o Dr. Cesar Cals, referindo-se à espécie de atadura feita na porção do cordão umbilical que ainda deveria ficar atrelada aos recém-nascidos, escrevia que, nas assistências das aparadeiras, “o fio para ligadura do mesmo cordão [placentário ou umbilical] era feito, na ocasião, de algodão bruto ou panos”⁸⁸.

Ainda sobre a serventia dos panos, o Dr. Pedro Sampaio lembrava que era costume das aparadeiras do começo do século passado “aplicar pó de licopódio no umbigo do recém-nascido, e lavar a criança até que lhe caísse o umbigo que era envólto em pano e guardado como lembrança”⁸⁹. Sobre esta prática, alguns folcloristas informavam que o umbigo dos recém-nascidos, mantido e guardado em panos, era considerado um valioso amuleto, “objeto portátil, supostamente impregnado de magia, a que as pessoas supersticiosas atribuem virtudes sobrenaturais de cura, proteção e defesa

⁸⁵ Ibidem, p. 125.

⁸⁶ “Eram chás e fricções, e – corre daqui e chega depressa – todos com cuidado, rezando à N. S. do Bom Parto”. Ibidem, p. 125.

⁸⁷ CHAVES JUNIOR, Eurípedes. *Nomes e expressões vulgares da medicina no Ceará*. Fortaleza: Edição Centro Médico Cearense, 1984, p. 175.

⁸⁸ CALS, op. cit., p. 10.

⁸⁹ SAMPAIO, op. cit., p. 472. De acordo com o Dicionário Michaelis: “Licopódio *sm* 1 *Bot* Gênero (*Lycopodium*) de plantas eretas ou rasteiras, com folhas uninervadas sempre verdes, que é o tipo da família das Licopodiáceas. 2 *Bot* Planta desse gênero ou da família das Licopodiáceas. 3. Pó fino, amarelado, altamente inflamável, constituído pelos esporios de várias espécies de licopódio. Usado no fabrico de fogos de artifício e na medicina como absorvente em escoriações da pele e nas farmácias para envolver pilulas. *L. indígena*: o mesmo que *froco-rasteiro*.” MICHAELIS: Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2009.

de seu condutor”⁹⁰. O costume de reinventar novos usos era estendido, pois, dos objetos domésticos para os excertos corporais, estes últimos, por sua vez, investidos de novos sentidos e inseridos em circuitos peculiares, durante aqueles primeiros decênios do século XX.

Na assistência ao parto realizada pelas aparadeiras, não apenas os objetos domésticos manifestavam sua prontidão diante das necessidades da hora. Também as pessoas da casa interrompiam seus afazeres de todos os dias para render auxílio à parturiente. Assim, no parto assistido pela comadre Rosa Veado, ocorrido na década de 1870, diante da necessidade de proceder a um exame nas partes baixas da inquieta parturiente, a parteira contava que teve de mandar imobilizá-la, ou melhor, “sujicá-la por outra mulher, que estava junto”⁹¹. A velha tia Joaquina, dona da casa em que Maria do Carmo dera à luz, deixou de ir ao mercado, onde trabalhava na venda de cajus, para acompanhar o parto da normalista. Horas antes do desenlace do parto, permanecera “à cabeceira da normalista, alisando-lhe os cabelos, com carinho”, e quando adensadas as dores, “Tia Joaquina batia os beiços rezando ‘- Tenha paciência, minha filha, tenha fé no Senhor do Bonfim’, dizia ela muito solícita”⁹².

Ao auxílio francamente feminino, que conjugava práticas corporais que iam da amabilidade das preces à rude imobilização do corpo da parturiente, e à presteza de demais pessoas que se encontravam no entorno – com quem, por exemplo, a comadre Rosa Veado pôde contar quando solicitou uma botija –, se acrescentava a participação dos maridos. Com efeito, segundo algumas assistências “curiosas”, determinadas conexões entre o corpo do marido e o corpo da parturiente pareciam influir positivamente na resolução de alguns problemas do parto, mais particularmente nos casos em que havia dificuldades na liberação da placenta, estrutura orgânica que recebia as denominações correntes de *párias* ou *últimas*.

Referindo-se ao parto ao qual assistiu em fins dos oitocentos, a aparadeira Rosa Veado lembrava que, “como as parias não se despregassem, chamei o marido, mandei que botasse o pé em cruz na barriga da mulher”⁹³. O arranjo perpendicular do pé do marido sobre o ventre da parturiente, ao produzir a imagem da cruz, parecia concorrer para o acionamento dos fluxos sobrenaturais que agiam beneficentemente sobre as

⁹⁰ CHAVES JUNIOR, op. cit., p. 19.

⁹¹ OLÍMPIO, op. cit., p. 33.

⁹² CAMINHA, op. cit., p. 125; 126.

⁹³ OLÍMPIO, op. cit., p. 33.

dinâmicas do corpo. Nesta espécie de combinação, em que o corpo masculino contactava apenas superficialmente o corpo da mulher, o marido exercia função mediadora, promovendo o encontro, este sim fundamental, entre o ventre e as forças ocultas.

Outra modalidade de conexão entre o corpo do marido e o corpo da parturiente foi registrada pelo Dr. Cesar Cals, em texto publicado na revista do Centro Médico Cearense, datada de fins dos anos 1920, no qual o médico mencionava o “caso de uma parturiente a quem fora dado a beber a urina do marido para expellir a placenta retida”⁹⁴. Em episódios como este, a conexão entre a porção do corpo marital e o corpo da parturiente não só ganhava em profundidade, mas também em efeito direto, dispensando, pois, a mobilização de um terceiro elemento. Importa ressaltar que a crença em certa propriedade terapêutica presente na urina não se manifestava apenas nos casos em que se visava à liberação da placenta retida. O Dr. Helio Góes Ferreira, em texto publicado na revista *Ceará Medico* referente ao mês de setembro de 1928, incluía entre as práticas correntes utilizadas pelas parteiras “curiosas” nos casos de complicações oculares dos recém-nascidos a aplicação de “agua de rosa, leite de peito, chá preto, *urina*, sumo de cebola, etc.”⁹⁵ (grifo da autora). Aqui, outra espécie de circuito de excertos corporais se manifestava. Mas desta vez, tratava-se de uma trajetória curta e certa, na qual a urina parecia apresentar propriedades mais ligadas ao mundo físico do que aos trâmites ocultos – contrariamente ao que ocorria com os umbigos dos recém-nascidos.

Com certa frequência, portanto, as assistências das comadres conferiam ao parto o estatuto de evento coletivo. Cercando parturiente e aparadeira, o complexo humano formado por parentas, agregadas, vizinhas, maridos e demais pessoas que transitavam pela casa se encontrava diligentemente a postos. Guiados pelas solicitações da comadre, todos disponibilizavam não somente seus tempos e seus corpos, mas, igualmente, sua fé. Parecia ser no intuito, aliás, de ampliar o coro das preces pelo bom sucesso de uma parturição complicada que algumas aparadeiras podiam, tal como havia cogitado a parteira Rosa Veado, “mandar tocar o sino da Matriz, sinal de mulher de parto”⁹⁶.

⁹⁴ CALS, op. cit., p. 10.

⁹⁵ FERREIRA, Helio Góes. A ophtalmia purulenta e suas terriveis consequencias. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno VII, N.º 1, Setembro de 1928, p. 6.

⁹⁶ OLÍMPIO, op. cit., p. 33.

Nessas circunstâncias, o nascimento ampliava seu alcance e, de episódio coletivo, se desdobrava em acontecimento público⁹⁷.

Nas assistências das comadres, o corpo feminino, além de conectar-se inventivamente com outros corpos e objetos do entorno, era também envolto em práticas fortemente tributárias do universo rural. Plantas e animais, espécies vivas que habitavam densamente os quintais ou entornos residenciais da capital cearense entre as últimas décadas do século XIX e os primeiros anos da centúria passada, não apenas reforçavam a dietética do lar, propiciavam materiais úteis à confecção de artefatos domésticos, e serviam aos deslocamentos, em especial, nos sítios da cidade não alcançados pelos automóveis e bondes⁹⁸. Além das implicações sobre as refeições, o mobiliário e os meios de locomoção, o contato direto das pessoas da casa com a fauna e a flora do derredor trazia fortes repercussões nos cuidados dedicados ao corpo, incluindo aqueles que vinham à baila durante a parturição.

Mulheres conhecedoras das propriedades medicinais da flora circundante, as comadres não deixaram de incluí-las em seus procedimentos de ocasião. A aparadeira Joana Pataca, além de fazer queimar alfazemas, denunciando as relações entre os ares e as economias do corpo, lançou mão de outros extratos vegetais para o preparo de chás e, possivelmente, para a realização das fricções no corpo da normalista⁹⁹. Além de agir no corpo sob as formas de exalações, infusões e fricções, as plantas eram também utilizadas nos banhos. Na obra *Medicina Caseira*, escrita em 1919, o folclorista Juvenal Galeno informava que, da cajazeira, “Fazem banhos, bem fervidas / As ‘comadres’, lá do campo, / Para uso das paridas”¹⁰⁰. Uma série numerosa de espécimes vegetais utilizadas por ocasião do parto foi inventariada pelo folclorista supracitado. A arruda, “muito elogiada / Em casa, pela ‘comadre’: / Para dores uterinas, / Que chama dores-da-madre”¹⁰¹; a sapota, o sapoti e as folhas de juca¹⁰² (úteis nas hemorragias uterinas); o

⁹⁷ Contrastando com a faceta coletiva e eventualmente pública das assistências “curiosas” ao parto, havia os casos de parturientes solitárias que optavam por dar à luz à surdina, preferencialmente à noite, nos fundos dos quintais, realizando, logo em seguida, o assassinato de suas crianças. Cf.: ATHAYDE, op. cit.

⁹⁸ Para maiores detalhes sobre as relações entre o rural e o urbano na cidade de Fortaleza, no período que abarca fins do século XIX e início do século XX, Cf.: SILVA FILHO, Antonio Luiz Macêdo. Memórias da morada. In: MOREIRA, Afonsina Maria Augusto Moreira; SILVA FILHO, Antonio Luiz Macedo; HOLANDA, Cristina Rodrigues; RAMOS, Francisco Régis Lopes; CARVALHO, Gilmar de; RIBEIRO, Rodrigo Alves. *O sobrado do Dr. José Lourenço*. / Associação Amigos do Museu do Ceará [Organizador]. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora Ltda., 2007, p. 59-88.

⁹⁹ CAMINHA, op. cit., 125.

¹⁰⁰ GALENO, Juvenal. *Medicina Caseira*. Fortaleza: Editora Henriqueta Galeno, 1969, p. 62.

¹⁰¹ Ibidem, p. 56

¹⁰² Ibidem, p. 103; 108.

menstruz¹⁰³ (a que se recorria para expulsar feto morto) e a angélica do mato¹⁰⁴ (que arrefecia a febre puerperal) constituíam elementos da flora local que integravam os repertórios das diversas assistências ao parto prestadas pelas aparadeiras.

Entre os diversos afazeres domésticos que envolviam estreiteza com os animais do quintal, tais como porcos, galinhas, perus, carneiros, cabras, etc., destacava-se o preparo das refeições. No começo do século passado, preparar as refeições, correntemente um trabalho feminino, não consistia, como hoje, na justa dosagem e combinação de ingredientes já prontos. Antecedendo as práticas de temperar e cozer, havia ainda o sacrifício do animal, o escorrimento do sangue, a remoção das penas e couros, o esartejamento, a retirada de vísceras e ossos e a limpeza das carnes que serviriam a mesa do dia. De fato, este contato direto com o corpo dos bichos na circunstância do abate fazia emergir uma realidade que, principalmente em seu aspecto viscoso e visceral, em muito se aproximava daquela da parturição. Muito provavelmente, a constatação desta semelhança por parte das comadres podia motivar a repetição, no corpo da parturiente, de práticas dedicadas ao corpo dos animais, tal como aparece em narrativa assinada pelo Dr. Clovis Barbosa de Moura, datada de 1933. Chegado à casa de uma parturiente pobre, no arrabalde do Cocó, o médico escrevia ter avistado a seguinte cena:

Num catre miseravel, gemia uma mulher, palida, sem forças. Sobre o mesmo catre, desgrehada, a saia sobre a camisa, segurando o cordão placentario fixamente com uma volta sobre a mão direita, agachava-se a parteira [...].

Ao ver-me, explicou:

- Desde demanhã, que procuro arrancar isto, *como quem arranca papo de Perú*, mas... nada.¹⁰⁵ (grifos da autora)

A iniciativa da comadre de tentar retirar da cavidade uterina o excerto placentário à mesma maneira como se extraía papo de peru parece desvelar, ao menos na ocasião da parturição, certa correspondência entre as estruturas do corpo dos animais e aquelas do corpo humano, em especial do corpo da mulher, isento, pois, de maiores especificidades.

Nas assistências das comadres, além dos vínculos com corpos inertes e corpos vivos, o corpo da mulher se manifestava igualmente afeito aos encontros com as forças sagradas, frequentemente evocadas na hora do parto. Em fins dos oitocentos, na

¹⁰³ Ibidem, p. 102.

¹⁰⁴ Ibidem, p. 35.

¹⁰⁵ MOURA, Clovis de. PARAMEDICAS. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno XII, N.º 10, Outubro de 1933, p. 23.

assistência da aparadeira Joana Pataca, quando Maria do Carmo começou a sentir as primeiras dores, todos se colocaram a velar a moça, “rezando à N. S. do Bom Parto”¹⁰⁶, a quem se solicitava que concedesse o bom sucesso ao nascimento. À intensificação das contrações, tia Joaquina “batia os beiços rezando”¹⁰⁷ e estimulava a parturiente a encetar preces para Nosso Senhor do Bonfim. A comadre Rosa Veado, rememorando o parto que assistira em 1878, contava que, diante da demora do desenlace do nascimento, “Peguei-a [a parturiente], então, com o Senhor São Raimundo e rezei o *Magnificat*”¹⁰⁸ (grifos no original). Na fase derradeira da parturição, continuava a aparadeira,

[...] como as parias não se despregassem, chamei o marido, mandei que botasse o pé em cruz na barriga da mulher enquanto eu rezava comigo: ‘Minha Santa Margarida, não estou prenha, nem parida, mas de vós oferecida’. Ao cabo da terceira vez, estava tudo acabado.¹⁰⁹

Expressos pela conformação espacial dos corpos (quando o marido simulava uma cruz com a perna sobre o ventre da parturiente), ou pela presença de pequenos artefatos, como o *santo breve*, “saquinho ou amuleto com orações que as parteiras usavam como estimulante do parto”¹¹⁰, os apelos aos fluxos sobrenaturais pareciam ganhar maior vulto pela força da palavra em oração, mormente quando as evocações eram professadas pelas aparadeiras, tal como ocorrera durante a parturição assistida pela comadre Rosa Veado. Infere-se, pois, que a crença na permeabilidade do corpo da parturiente em relação às forças sobrenaturais exigia das aparadeiras estreitas relações com as instâncias sagradas, sobretudo com alguns representantes do panteão católico, cujos desígnios, incidindo diretamente sobre as economias corpóreas impregnavam o parto e selavam os destinos da parturiente e do recém-nascido. O predicado do “dom”, portanto, entrava na constituição das comadres enquanto tais e, não à toa, era fortemente considerado na tessitura das confianças que as famílias de antigamente dedicavam a estas mulheres.

Atreladas ao “dom”, as aparadeiras deveriam apresentar, ademais, larga experiência e extensa inventividade, atributos indispensáveis para o encaminhamento do parto em ambiente doméstico, solucionando suas possíveis complicações mediante a união, sempre improvisada e, portanto, original, entre a materialidade do entorno, constantemente recriada em seus usos mais comezinhos, e o corpo da mulher. Tendo

¹⁰⁶ CAMINHA, op. cit., p. 125.

¹⁰⁷ Ibidem, p. 126.

¹⁰⁸ OLÍMPIO, op. cit., p. 33. O *Magnificat*, também conhecido como “O Cântico de Maria”, foi entoado por Maria, Mãe de Jesus, quando se sua visita a Isabel, Mãe de João Baptista, estando ambas grávidas.

¹⁰⁹ Ibidem, p. 33.

¹¹⁰ CHAVES JUNIOR, op. cit., p. 161.

por referências gerais as lidas do mundo rural e a crença de que os influxos sobrenaturais agiam nas economias orgânicas, as comadres pareciam entender que o corpo feminino correspondia a uma realidade pouco específica e fortemente suscetível às forças de fora. Uma espécie de *corpo aberto ao mundo* – tanto pelo desprendimento com que se conectava com a materialidade disponível do entorno, quanto pela permeabilidade apresentada em relação aos fluxos sobrenaturais – era forjado pelas comadres, cujas assistências, todavia, não deixavam de ser plurais, arredias quanto à instituição de rigorosas regularidades.

Nem sempre, as comadres conseguiam resolver alguns problemas que emergiam durante as parturições. Algumas vezes, quando esgotados seus recursos, a família da parturiente solicitava a presença de um profissional da medicina, como se depreende do relato seguinte, de autoria do Dr. Meton de Alencar, médico que exercia sua clínica domiciliar na capital cearense durante a segunda metade do século XIX:

Chamado para ver uma mulher que se me dizia estava em perigo de vida por dystocia fetal, lá fui ter e de facto tive de admirar um outro caso surpreendente.

Essa mulher, em trabalho de parto mandou chamar uma comadre – ignorante, boçal, extremamente brutal.

No 3.º dia de dores atrozes manifestou-se em procedencia o braço esquerdo de um feto a termo.

A comadre, que não era de meias medidas, entendeu que o feto, não podendo ser expellido só pelas forças organicas do utero, puchou-o o mais que poude pelo braço, e, vendo que em um dia inteiro de baldados puchões não conseguia extrahir o feto, desenganou a parturiente e abandonou-a de uma vez.

[...]

No dia seguinte vieram chamar-me e eu incontinenti fui vel-a.¹¹¹

O desenrolar do trabalho de parto sob o julgo da comadre durante pouco mais de três dias, para só então, e por desistência desta última, se recorrer a um médico, indica que as assistências das aparadeiras gozavam de inquestionável prioridade em relação aos cuidados prestados pelos profissionais da medicina, então instituídos como última opção nas ocasiões de padecimento do corpo.

O relato do Dr. Meton de Alencar, à semelhança dos relatos dos médicos que iam ter à residência das parturientes depois de malograda a assistência das comadres, não se furtava de dirigir graves críticas às práticas destas mulheres. No caso da narrativa supracitada, o alvo das repreensões que o médico dedicou à aparadeira residiu nos usos da força física, e desde logo, portanto, a comadre recebia a injúria de “extremamente

¹¹¹ ALENCAR, Meton. *Paginas Antigas. Norte Medico*. Fortaleza, Anno IV, Num. 10, 11, 12, Outubro, Novembro e Dezembro de 1916, p. 14-15.

brutal”, e seu empenho em retirar o feto do ventre materno mediante trações sobre o braço fetal foi desqualificado como improfícuo e violento.

Após tomar nota dos encaminhamentos da comadre, o Dr. Meton de Alencar procedeu ao exame da parturiente e, em seguida, à intervenção obstétrica, no sentido de pôr termo à parturição:

A miseria em pessoa estava sobre uma cama de lona sem pannos e sem asseio.

A doente mais ou menos abatida tinha um gráo pouco elevado de febre em relação ao seo gravissimo estado de saude; o braço [do feto] em procedencia completamente gangrenado, mas gangrena pouco humida destacou-se ao 1.º contacto, o ventre [da parturiente] era tympanico; partes genitales externas inflammadas, o liquido sanioso [pus] em pouca abundancia escorria da vulva. Minha mão esquerda unctada de azeite doce, na falta de outro oleo mais proprio, foi introduzida na vagina e no utero.

Sem grande difficuldade consegui fazer a versão podalica e extrahir o feto de tamanho regular, em estado de putrefacção.¹¹²

Curiosamente, a opção pela realização da versão podálica, manobra manual na qual o médico impulsionava o parto pela tração sobre os membros inferiores do feto, não deixava de insinuar pontos de convergência com as práticas de força física levadas a efeito pela comadre, denunciando, pois, que não se tratava, essencialmente, de como se realizava o parto, mas, principalmente, de quem o encaminhava.

A intervenção obstétrica eleita pelo médico exigia a utilização de um fluido viscoso no sentido de facilitar os trajetos e os movimentos da mão no interior uterino, uma vez que o líquido amniótico, útil nesta espécie de operação, há muito já tinha se esvaído. Provavelmente compondo o rol dos condimentos alimentares de antanho, o *azeite doce* acabou sendo incluído no procedimento do médico, demonstrando, pois, que as iniciativas de inventar outros usos para as coisas de casa não eram uma exclusividade das comadres, antes constituíam práticas um tanto partilhadas com os médicos, também eles suscetíveis às vicissitudes e chamados a atos originais durante os atendimentos domiciliares, até, pelo menos, as primeiras décadas do século XX.

Assim, referindo-se à prática médica do começo da centúria passada, o Dr. Pedro Sampaio informava que

Faziam-se as intervenções cirúrgicas nas casas dos doentes. O instrumental para as operações era fervido e refervido em latas de querosene ou em chaleiras. Servia de mesa de operações a própria mesa de jantar coberta com lençóis passados a ferro. Com essa rudimentar assepsia e em meio impróprio, praticavam-se com êxito as mais ousadas intervenções de alta cirurgia.¹¹³

¹¹² Ibidem, p. 15.

¹¹³ SAMPAIO, op. cit., p. 471.

Não somente na assistência ao parto, os médicos usavam reinventar os empregos da mobília doméstica, mas igualmente em outros procedimentos, inclusive considerados mais delicados. Nos casos de cirurgia, como se observa do trecho acima, a ênfase recaía sobre a promoção de condições consideradas higiênicas, fomentadas a partir do uso de objetos domésticos solidários às altas temperaturas. Assim, as *latas de querosene* ou *chaleiras*, levadas ao fogo, eram úteis para a esterilização dos instrumentos especificamente cirúrgicos. A *mesa de jantar* e os *lençóis*, mediante o deslizamento do *ferro de passar*, sofriam o aumento da temperatura e atingiam, pois, na perspectiva dos médicos, as condições de limpeza razoáveis, embora não ótimas, necessárias para a realização do procedimento cirúrgico.

Interessante perceber que, referindo-se ao uso dos artefatos domésticos nas assistências das comadres, os médicos quase nunca deixavam de atrelar estas práticas às idéias de ignorância, absurdo e, principalmente, sujeira. No entanto, quando eram eles próprios que lançavam mão de tais artimanhas, tais procedimentos acabavam insuflando, nas narrativas de autoria médica, um conteúdo excepcional e heróico que visava claramente contribuir para a positividade da imagem dos médicos e para a valorização de suas práticas.

Outro registro, no qual a assistência da comadre não foi suficiente para dar cabo à parturição, e a família findou por recorrer ao médico, foi publicado na revista do Centro Médico Cearense, no ano de 1933, pelo Dr. Clovis Barbosa de Moura. Contava o médico que, em dias de março daquele ano,

Eu, pacientemente, esperava á porta de casa um bonde menos repleto para levar-me a cidade.

De um grupo, um homem se destaca e dirige-se para mim:

- O senhor é o dr. Clovis?

- Sou eu mesmo, meu velho.

- O senhor poderia ir ver minha mulher, doutor?

Era um pobre homem esquelético e maltrapilho. Na expressão angustiosa de seu olhar, mais do que em sua voz, havia a muda immensidade de uma suplica dolorosa.

- E' longe? indaguei eu.

- E' pertinho, *seu* doutor. E si o senhor quizesse ir, eu arranjaría um animal.¹¹⁴ (grifos no original)

Morador das imediações da Praça da Estação, o Dr. Clóvis de Moura aguardava o bonde que o levaria à “cidade”, ou melhor, ao perímetro central da capital, quando foi abordado por um homem que, de pronto, lhe solicitou que fosse ver sua esposa. Apesar da indagação sobre a distância da casa em que se encontrava a parturiente, denunciando,

¹¹⁴ MOURA, op. cit., p. 22.

pois, presteza parcial por parte do médico, este último resolveu atender ao chamado. Combinou-se, assim, que, enquanto o médico retornava à sua residência para se munir de alguns instrumentos necessários, o homem ia à busca do animal. No entanto, quando novamente se encontraram, relatava o médico, o homem lhe informou que não conseguira arrumar o transporte:

- Si o doutor quizesse ir a pé... São dez minutos de viagem.
 - Vamos embora.
 E saímos ambos.
 Eram, pouco mais de cinco horas da tarde quando deixamos a ponta da linha [de bonde da Praça da Estação].
 A chuva continuava a cair fina e impertinente.
 Depois de andarmos ainda quasi um kilometro pela estrada real, o homemzinho avisa-me:
 - Por aqui, doutor.
 Dobramos a esquerda e subimos um barranco. Para diante estendia-se um verde lençol de matapasto, pontilhado de pequeninas flores amarellas. Ao sopro do vento, baloiçando, era como um mar verde de esmeralda marchetando de escamas de oiro.
 [...]
 Os galhos, como hysopes, borrifavam-me todo de finas gottas de agua e fustigavam-me sem piedade deixando sobre o branco immaculado de minha roupa, traços verdes de suas chicotadas.
 Emergindo do mata-pasto, a vereda se desenvolvia sinuosa, ora entre mufumbos, marmeleiros ou pinhões bravos enfeitados de franjas verdes de melão S. Caetano, ora sob velhos cajueiros desfolhados naquella epoca, ora sob a abobada grandiosa de mangueiras antigas.
 Passaram-se os primeiros dez minutos; mais outros dez, mais outros e, não podendo conter-me, interroguei-o:
 - Você não me disse que eram apenas dez minutos de viagem?
 - Disse, sim, senhor. Quando eu ando só são apenas dez minutos, mas com o seu doutor vou tão *devagarinho*...
Devagarinho!... E eu já estava ensopado, de suor e chuva, seguindo as pisadas do homemzinho que não andava: corria.
 Felizmente, com mais cinco minutos, alcançavamos a casa. ¹¹⁵ (grifos no original)

Na narrativa do médico, a descrição detalhada acerca da paisagem do trajeto até a chegada à casa da parturiente, atravessada de metáforas positivas e até poéticas, não escondia, todavia, os percalços enfrentados durante a travessia que o levou da Praça da Estação até o arrabalde do Cocó. De fato, as dificuldades de acesso entre as zonas periféricas – não servidas por uma série de melhoramentos urbanos já instalados na cidade, em especial o sistema público de transportes – e as áreas que cobriam o perímetro central da capital constituíam fator importante para a insuficiente irradiação dos médicos sobre os moradores daquelas primeiras localidades, e isto já nos anos 1930, quando Fortaleza conhecia significativo crescimento. Em contrapartida, é plausível inferir, portanto, que as assistências das aparadeiras permaneceram, por várias décadas

¹¹⁵ Ibidem, p. 22-23.

do século passado, fortemente arraigadas nestas regiões, onde, aparentemente, pouco sofriam a concorrência dos médicos.

Chegado à casa da parturiente, o Dr. Clóvis de Moura relatava ter encontrado a parturiente em grave estado. Junto a ela, estava uma comadre, aquela mesma já aludida neste texto, que intentava extrair o excerto placentário “como quem arranca papo de Perú”¹¹⁶. Diante desta cena, prosseguia o médico:

- Largue isto, minha velha e vá ferver água, disse-lhe eu.
 Fiz antiseptia cautelosa de minhas mãos, asseio tanto quanto possível da parturiente e procedi o descolamento da placenta que estava fortemente aderente ao fundo do útero.
 Foi um trabalho penoso e demorado.
 Uma irrigação uterina por meio da pequena pera de borracha, com água fervida fortemente iodada, uma injeção de pituitrina e estava terminada a minha afanosa tarefa.¹¹⁷

Colocando a ênfase de seu procedimento sobre os métodos considerados higiênicos, o médico marcava sua distância, quanto às lidas corporais, em relação às práticas da comadre, em suas palavras “a mais completa negação do asseio”¹¹⁸. Desse modo, instaurava-se um outro conjunto de censuras sofridas pelas *aparadeiras*, desta vez relativas à suposta ausência de higiene nos cuidados que dedicavam ao corpo das mulheres. Em 1928, o Dr. Cesar Cals, assim se referia às comadres:

Geralmente mulheres velhas, as *aparadeiras* caracterizavam-se pela sujidade. Com a mesma roupa imunda que usavam sentavam-se ou acocoravam-se em cima da cama onde a indefesa parturiente contorcia-se nas dores da parturição. A mesma mão que acabava de coçar a cabeça e *limpar* o nauseante cachimbo era, sem a mais simples lavagem, introduzidas nos órgãos genitais da infeliz parturiente para um exame desnecessário. A grande unha imunda servia de ‘fura-membranas’ quando não ia além e perfurava o couro cabelludo do feto ou traumatizava violentamente a parte fetal que se apresentava.¹¹⁹ (grifos no original)

Imersos em padrões de asseio distintos daqueles que perpassavam a lida corporal realizada pelas parteiras tradicionais, os médicos criticavam a ausência de preocupações das comadres quanto aos perigos invisíveis propalados pela microbiologia pasteuriana, ramo do saber científico que pregava práticas de higienização rigorosas a base, em seus métodos mais simples, de água fervida. As práticas supostamente anti-higiênicas e os procedimentos calcados sobre a força física, considerados violentos, constituíam as principais razões para as difamações que os médicos empreendiam contra as *aparadeiras*, razões estas que envolviam diretamente, diga-se de passagem, as

¹¹⁶ Ibidem, p. 23.

¹¹⁷ Ibidem, p. 23.

¹¹⁸ Ibidem, p. 23.

¹¹⁹ CALS, op. cit., p. 10.

características corporais destas mulheres, que passaram a ser investidas, pois, de alto teor de negatividade.

No entanto, fato que confere considerável complexidade às relações travadas entre médicos e aparadeiras, no caso narrado anteriormente pelo Dr. Clóvis de Moura, não passa despercebida a solicitação de auxílio que o médico fez à comadre, que foi incumbida de ferver a água e, muito possivelmente, se manteve presente e disponível a outras contribuições durante toda a estada do doutor na casa da parturiente. Desse modo, naquele momento, uma espécie de parceria de ocasião se instaurava entre o médico e a aparadeira, situação que, ao contrário do que se poderia supor, não era tão rara naquelas primeiras décadas da centúria passada, como permite entrever a observação, em meados dos anos 1930, do Dr. Cesar Cals sobre as comadres do período em apreço: “Sujas e ignorantes, mesmo assim eram indispensáveis, a falta de melhor, as assistentes daquela epocha. Medicos e parturientes tinham de se haverem com ellas, aquelles para ajuda-los nas difficeis intervenções obstetricas e estas para parteja-las”¹²⁰.

Nesse sentido, não caberia conceber, ao menos entre o fim do século XIX e o começo do século seguinte, as assistências ao parto realizadas pelas comadres – já significativamente plurais e diversificadas entre si – e aquelas efetuadas pelos médicos como pertencendo a continentes distintos, ou melhor, como se processando de modo hermético. Em realidade, os encontros frequentes entre médicos e aparadeiras abriram espaço para a circulação de práticas e, evidentemente, readaptações nos procedimentos de uns e outros. Muito embora não se encontrem indícios de condutas das comadres incorporadas pelos médicos, o movimento inverso ganhou maior visibilidade.

Em ata da sessão do Centro Médico Cearense ocorrida em 3 de julho de 1916, registrou-se que

Passando-se á segunda parte da ordem do dia, o Dr. José Frota uzou da palavra para chamar a atenção do ‘Centro Medico’ para o abusivo e indevido habito praticado por leigos arvorados em medicos que, sem consciencia, empregam medicamentos, como a pituitrina, perigosos em suas mãos. Referindo-se a pituitrina fez suas as palavras do Dr. Vieira Marcondes, da Maternidade de S. Paulo, concluindo que esse medicamento si nas mãos do parteiro era um succedaneo do forceps, nas mãos do leigo torna-se tão perigoso que pode-se denominar – ruptuitrina.¹²¹

¹²⁰ Idem. *PRIMEIRO CONGRESSO MEDICO CEARENSE. HISTÓRICO DA MATERNIDADE DR. JOÃO MOREIRA*. Fortaleza: Imprensa Official, 1935, p. 3.

¹²¹ COMISSÃO DE REDACÇÃO. O NORTE MEDICO. Sessão a 3 de Julho de 1916. *Norte Medico*. Fortaleza, Anno IV, N.º 7, 8 e 9, Julho, Agosto e Setembro de 1916, p. 14-15.

Substância promotora das contrações uterinas, a *pituítrina*, empregada inclusive pelo Dr. Clovis de Moura em narrativa anteriormente analisada, muito embora devesse ser manejada exclusivamente por médicos, não se restringiu aos usos destes profissionais, como se percebe do trecho acima. Ora, é possível aventar a hipótese que algumas aparadeiras, possivelmente tomando conhecimento da pituítina nas atuações conjuntas com os médicos, tivessem agregado este medicamento a suas assistências, sendo, portanto, estas mulheres incluídas entre os “leigos arvorados em médicos”, de quem falava o Dr. José Frota.

A atitude de reprovação de alguns médicos diante do emprego indiscriminado de procedimentos que deveriam permanecer exclusivamente sob o julgo dos profissionais da medicina não significava, todavia, que alguns preceitos do saber médico relativos ao parto não deveriam alcançar, por deliberação dos próprios doutores, as assistências das comadres. A este respeito, importa ressaltar que, no ano de 1861, o Dr. Joaquim Alves Ribeiro publicou, na província do Ceará, um livreto intitulado *Manual da Parteira*, segundo o próprio autor, “pequena compilação de conselhos na arte de partejar; escripta em linguagem familiar”¹²². No século seguinte, especificamente no ano de 1917, a revista do Centro Médico Cearense publicava uma série de recomendações higiênicas consideradas mais simples destinadas à prevenção de doenças dos recém-nascidos contraídas por ocasião do parto. Reunidas na sessão intitulada *Notas praticas para o interior do estado*, estas recomendações se incluíam entre o conjunto maior dos

[...] preceitos medicos, therapeuticos e hygienicos especialmente destinados aos nossos leitores do interior do Estado.

Estas notas serão pois escriptas, não para os medicos, que conhecem todos de sobejo os assumptos de que ellas tratam, mas para aquelles que, onde não ha um facultativo, como soe acontecer em setenta e tantos dos nossos 84 municipios, tomam sobre os hombros, forçados pelas circumstancias, a ardua tarefa de socorrer na medida de suas forças aos pobres enfermos.¹²³

Destarte, se por um lado, as parcerias de ocasião entre médicos e comadres podiam promover uma espécie de “circulação descontrolada” de métodos vistos como exclusivos dos profissionais da medicina, como era o uso da pituítina. Por outro lado, a partir do conjunto dos textos médicos de caráter didático a ser lido e a orientar as práticas de leigos, entre os quais se incluíam as comadres, tratava-se de empreender uma “transmissão mais controlada” de preceitos científicos considerados mais

¹²² MAGALHÃES, Fernando. *Obstetricia no Brasil*. Rio de Janeiro: Livraria-editora Leite Ribeiro, 1922, p. 241. Infelizmente, não encontramos nenhum exemplar do “Manual da Parteira”.

¹²³ COMISSÃO DE REDACÇÃO. *Notas praticas para o interior do estado*. *Ceará Médico*. Fortaleza, Anno V, N.º 1, Março de 1917, p. 4.

elementares, e que, por isso mesmo, não deveriam ameaçar o território das exclusividades médicas. Todavia, tanto em um como no outro caso, importa ressaltar, as práticas médicas, evidentemente, não recebiam aceitação automática por parte das aparadeiras, senão uma vez acomodadas e adaptadas, de alguma forma, às suas referências corporais.

No interior mesmo desta rede imbricada de relações entre médicos e aparadeiras, que oscilava continuamente entre ações de parcerias e escritos difamatórios, a balança começou a pender para as atitudes de animosidade, intensificadas, ao que tudo indica, a partir dos anos 1910, quando os médicos passaram a pregar abertamente a necessidade da eliminação das comadres. Para se entender o adensamento da intolerância dos médicos em relação às parteiras tradicionais, se torna necessário voltar os olhos para certo aspecto das assistências das aparadeiras.

Nas assistências “curiosas” ao parto, as sucessivas aberturas do corpo às forças sagradas podiam culminar em encontros com a doença e com a morte. Assim, em relato sobre um parto assistido por comadre, na segunda metade do século XIX, o Dr. Meton de Alencar escrevia que a parteira, não tendo conseguido dar cabo ao nascimento no intervalo de mais de três dias,

[...] desenganou a parturiente e abandonou-a de uma vez.
A infeliz mulher que acreditava religiosamente na proficiência de sua *comadre* por que *encherjava* menos que ella, esperou neste estado de dor e da mais completa miseria, todo o dia pela morte!¹²⁴ (grifos no original)

Ao anúncio da parturição insolúvel, a retirada da aparadeira e a atitude de espera da parturiente por seu próprio desenlace fatal parecem indicar um entendimento da morte como realidade previamente decidida e, portanto, a sua iminência era incontornável. Mas também, e principalmente, a morte parecia se manifestar como instância constituinte do parto e mesmo da existência; fruto do imponderável, a morte tinha seu lugar no interior da vida, suscitando atitudes de acolhida, acompanhadas ora de padecimentos, ora de contentamentos, como se vê a seguir.

No romance *Luzia-Homem*, cujo enredo ocorria nas últimas décadas dos oitocentos, o tema da morte das crianças era assim abordado numa conversa de vizinhas:

- É um morrer de crianças que até parece praga...

¹²⁴ ALENCAR, op. cit., p. 15.

- Se não morressem, mulher, o mundo já não cabia mais de gente. Depois, anjinhos, não faz mal morrerem... Vão para o céu rezar pelos pais...
- Assim mesmo – retorquiu uma gorda matrona que tinha junto quatro crianças – eu não quero que os meus morram... Já que nasceram, é melhor que se criem...
- Pois eu tive cinco – atalhou outra – que Deus chamou à sua santa glória. Foram para o céu direitinho, só passaram pelo purgatório para vomitar o leite pecador...¹²⁵

Na perspectiva das mulheres do povo, o falecimento dos pequenos, enquanto resultado dos desígnios divinos, apresentava duas importantes implicações. Em primeiro lugar, veredictos sagrados, a vida e a morte, a saúde e a doença, não pertenciam, ao menos completamente, à alçada humana. Além disso, a morte das crianças, seguida pela elevação à categoria ou função de *anjinhos*, se convertia em bons frutos para as travessias terrenas. E assim se tinha que, as mortes dos pequenos, acontecimentos que frequentemente ganhavam ensejo na hora do parto, ao invés de vividas com imenso pesar e encaradas como perdas irreparáveis, eram bem recebidas e consideradas, não raras vezes, importantes benefícios.

As assistências das comadres, incluindo a tolerância à doença e à morte, passaram a ser, no entanto, gradualmente associadas pelos médicos com a disseminação mesma destas duas realidades. Levando a cabo a difamação das aparadeiras pela via da responsabilização de suas práticas corporais sobre os altos índices de natimortalidade e mortalidade materna durante o parto, os médicos de Fortaleza intentavam não somente expulsar as comadres da cena do parto, mas, mais profundamente, se engajaram em operar mudanças profundas no interior das atitudes dos cidadãos, sobretudo das mulheres, diante da vida e do corpo.

Empenhados no projeto biopolítico de fazer arrefecer os índices de natimortalidade e mortalidade materna decorrentes do parto, os médicos promoviam a difusão da preciosidade da saúde e da vida, doravante transmutadas em valores capitais. De acordo com esta lógica, mulheres numerosas e saudáveis implicavam em crianças numerosas e saudáveis; crianças numerosas e saudáveis constituíam os braços da cidade moderna e o fortalecimento da nação, produzindo, pois, riquezas e embalando os sonhos do progresso. Diferentemente da perspectiva das mulheres do povo, segundo a qual os padecimentos do corpo faziam parte da vida e suscitavam atitudes de acolhida, para os médicos, a morte e a doença, uma vez contraproducentes, deveriam ser retiradas da existência.

¹²⁵ OLÍMPIO, op. cit., p. 43-44.

Ademais, sob esta perspectiva, a morte e a doença eram tanto mais intoleráveis quanto mais passavam a ser entendidas como frutos da falha humana, e não mais como resultados dos desígnios divinos. Referindo-se à oftalmia purulenta, moléstia do recém-nascido contraída pelo contato do olho da criança com corrimentos maternos durante seu trajeto no canal vaginal, o Dr. Meton de Alencar Filho escrevia que

Esta molestia de consequencias as mais desastrosas, responde, sem duvida, pelo maior numero de ‘cégos de nascença’ que perambulam pelas cidades em busca de esmolas de que vivem, trazendo desgraciosos defeitos que o povo denomina de ‘Olho de Peixe Cosido’ – ‘Olho estallado’, conforme o aspecto da deformidade que apresenta o orgam. Pois bem estes infelizes teriam viver mais confortavel, se não fossem as mais das vezes victimas da ignorancia de outros, do que da propria molestia.

As celebres ‘Comadres’, via de regra, são as unicas responsaveis por essa infelicidade; e varrem a sua testada, declarando que ‘o parto cahio nos olhos’, ou que o mal era de nascença. Com muita simplicidade pois, se eximem da responsabilidade de tamanho crime, quando o deveriam expiar no carcere se outras fossem as nossas leis e o nosso adeantamento.¹²⁶

À perspectiva das aparadeiras, segundo a qual forças imponderáveis podiam agir sobre o parto e gerar deformidades, tal como a cegueira nos recém-nascidos, os médicos contrapunham a ação humana descabida, esta sim, causadora da morbidade dos pequenos. Atreladas às condutas humanas, a morte e a doença constituíam realidades contornáveis, produzidas, e, portanto, necessariamente traziam à baila culpados. Deslocadas do terreno de uma certa naturalidade para aquele da gravidade, as doenças e as mortes decorrentes do parto podiam culminar com a criminalização das comadres, ameaçadas não apenas de sair da cena do parto, mas, mais gravemente, de adentrarem os muros da prisão.

A propagação, por parte dos médicos, dos malogros resultantes das assistências das comadres foi acompanhada pela difusão da necessidade de fazer do parto um evento produtivo e, para tanto, apoiado nas orientações da ciência médica. O compromisso da moderna ciência médica com a geração da saúde e da vida fazia de seus representantes os únicos agentes autorizados a realizar a assistência ao parto. E assim, fazendo da medicina *o meio*, e da vida *o fim*, os médicos da cidade combateram as aparadeiras, tal como uma luta da vida contra a morte, uma luta da ciência contra a ignorância. Mas não apenas.

Publicando na revista do Centro Médico Cearense uma série de casos em que as assistências ao parto das comadres culminavam em corpos mortos, mutilados,

¹²⁶ ALENCAR FILHO, Meton. Notas praticas para o interior do estado. Ophtalmia dos recém-nascidos. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno V, N.º 1, Março de 1917.

doentes e disformes, os médicos da capital não se restringiram a listar as práticas “curiosas” consideradas descabidas. Propunham, paralelamente, outros modos de entender e de proceder sobre o corpo das mulheres. Nesse sentido, a campanha dos doutores contra as aparadeiras, para além de uma luta entre a vida e a morte, entre a ciência e a ignorância, significou um momento de significativa tensão entre duas matrizes corporais nitidamente distintas: o *corpo aberto ao mundo*, sobre o qual se assentava em grande medida as assistências das comadres, e o *corpo sob o ponto de vista clínico*, fechado sobre si, ancoradouro maior da moderna ciência médica¹²⁷.

A irradiação dos modos clínicos de entender e lidar com o corpo das mulheres tornou-se realidade mediante as atuações das chamadas *parteiras diplomadas*, mulheres que haviam realizado o curso de partos oferecido, a partir do ano de 1915, pela Maternidade Dr. João da Rocha Moreira. Estas novas agentes, informadas pelos preceitos da moderna ciência médica, não apenas propagariam outros modos de conceber o corpo, mas também difundiriam a preciosidade da saúde e da vida. Fazendo concorrência às comadres, as parteiras diplomadas se incumbiriam, ademais, de facilitar os contatos entre os médicos e as mulheres da terra, até então precários, e de inserir o atendimento hospitalar prestado pela Maternidade Dr. João Moreira no horizonte das possibilidades dos cuidados com o corpo feminino na capital cearense.

¹²⁷ De um modo geral, a medicina clínica, surgida em fins do século XVIII e desenvolvida plenamente no século XIX, significou o desvelamento do “mundo subterrâneo do corpo”. Sob essa perspectiva, tinha-se “que as doenças residiam em órgãos específicos, que os sintomas das doenças correspondiam a lesões anatômicas, e que as mudanças orgânicas patológicas eram responsáveis pelas manifestações das doenças”. PORTER, Roy; VIGARELLO, Georges. Corpo, saúde e doenças. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges (org.). *História do Corpo*. 1. Da Renascença às Luzes. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 485.

1.3 Das assistências clínicas

No Brasil, a preocupação dos médicos em instituir a formação de parteiras pela via do ensino formal remonta ao século XIX. Criadas em 1832, as Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia organizaram em suas dependências os primeiros cursos de obstetrícia voltados para mulheres interessadas em ter na assistência ao parto uma profissão. Muito embora outros projetos de formação de parteiras tivessem pautado acaloradas discussões, os cursos das Faculdades de Medicina permaneceram os únicos durante todo o período imperial¹²⁸. Com o advento da República, a transformação dos índices de natimortalidade em sério problema nacional impulsionou a criação de cursos de partos em diversos estados brasileiros: em 1897, foi fundado, junto à Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, um curso livre de partos; em 1900, a Escola de Pharmacia e Odontologia de São Paulo organizou um curso de formação de parteiras; em 1911, em Manaus, se criou um curso de partos; e, em 1914, a capital pernambucana finalmente inaugurou seu curso de parteiras¹²⁹.

Em Fortaleza, o ensino formal de parteiras tornou-se realidade a partir de 1915, ano em que começou a funcionar o *Curso de Parteiras Diplomadas da Maternidade Dr. João Moreira*¹³⁰. Em resenha sobre as atividades deste estabelecimento hospitalar, o jornalista Théó Cabral informava que, durante o período de um ano, as alunas do curso recebiam “uma regular iniciação theorica de obstetricia e sciencias correlatas e adquirem, na propria Maternidade, sob a direcção dos medicos, a necessaria pratica do

¹²⁸ De acordo com Maria Lúcia Mott, “Além dos cursos das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, a documentação revelou a existência de outras iniciativas. Em janeiro de 1832, o prussiano Le Masson apresentou um projeto sobre a necessidade de criação de uma maternidade no Rio de Janeiro, onde seria estabelecido um curso de parteiras. No início da década de 40 [1840], a necessidade da criação de cursos de parteiras também foi discutida no âmbito provincial. No Recife, a criação de um curso público foi justificada pela Assembléia Legislativa de Pernambuco” SOUZA, Maria Lúcia de Barros Mott de Melo e. *Parto, parteiras e parturientes: Mme. Durocher e sua época*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo (USP), 1998, p. 19-20. Para maiores informações sobre os cursos oitocentistas de formação de parteiras no Rio de Janeiro e na Bahia, Cf.: MOTT, Maria Lúcia de Barros. O Curso de Partos: deve ou não haver parteiras? *Cadernos de Pesquisa*, n. 108, novembro/1999, p. 133-160; BARRETO, Maria Renylda Nery. Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, out-dez. 2008, p. 901-925.

¹²⁹ MAGALHÃES, op. cit., p. 116-117.

¹³⁰ O Curso de Parteiras Diplomadas da Maternidade Dr. João Moreira entrou em funcionamento já no ano de 1915, quando da fundação do estabelecimento hospitalar, constituindo, pois, o primeiro empreendimento de ensino formal no domínio das ciências da saúde, na capital cearense. Destaque-se que a Faculdade de Farmácia e Odontologia do Ceará foi criada em 1916, a Escola de Enfermagem São Vidente de Paulo foi inaugurada em 1943, e a Faculdade de Medicina do Ceará entrou em funcionamento no ano de 1948.

officio”¹³¹. Ao término do curso, as alunas eram submetidas a uma avaliação final perante uma seleta comissão julgadora, composta por eminentes médicos da cidade, e, uma vez consideradas habilitadas ao exercício da obstetrícia, recebiam um diploma, tornando-se, assim, *parteiras diplomadas*.

¹³¹ CABRAL, Theo. Benemérita Instituição. O que é e o que representa a Maternidade Dr. João Moreira. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno IX, N.º 9, Setembro de 1930, p. 18.

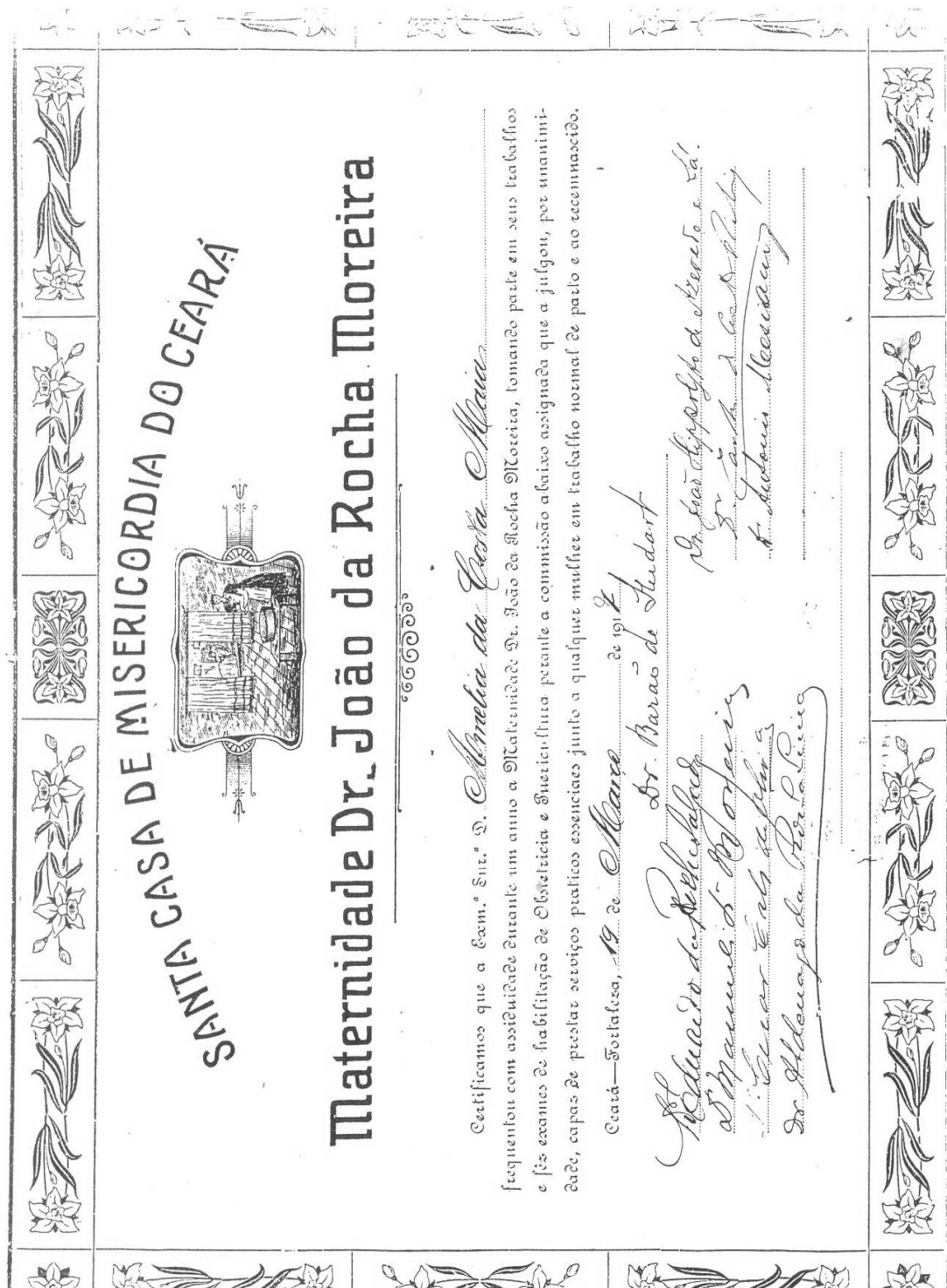


Figura 1. Certificado da parteira Amélia da Costa Maia, formada pelo Curso de Parteiras da Maternidade Dr. João Moreira, em 19 de Maio de 1917. Fizeram parte de sua comissão avaliadora os Drs. Barão de Studart (presidente do Centro Médico Cearense), Eduardo da Rocha Salgado (chefe de clínica da Santa Casa de Misericórdia), Manuelito Moreira (diretor da Maternidade), Cesar Cals de Oliveira (médico assistente da Maternidade), Abdenago da Rocha Lima (diretor do Instituto de Proteção e Assistência à Infância), João Hipólito de Azevedo e Sá (chefe de clínica da Santa Casa de Misericórdia), Carlos da Costa Ribeiro (Inspetor de Higiene do Ceará) e Antonio Messiano (médico assistente da Maternidade). Este diploma pertence ao Arquivo da Escola de Enfermagem de São Paulo, e foi gentilmente cedido pela Professora Dra. Maria Lúcia de Barros Mott.

Demais informações sobre o funcionamento do Curso de Parteiras Diplomadas – tais como as disposições das salas de aula, os horários, as frequências, o desenrolar das aulas teóricas, os procedimentos realizados nas aulas práticas, a natureza das avaliações, etc. – são silenciadas pelos registros. Sabe-se, entretanto, que o curso, cujo pré-requisito essencial era saber ler e escrever, compreendia “3 cadeiras: Anatomia, fisiologia e patologia dos órgãos-genito-urinarios da mulher, Obstetricia e Puericultura”¹³². Organizados pelos médicos da Maternidade Dr. João Moreira, os materiais didáticos destas cadeiras, intitulados *Lições do Curso de Parteiras Diplomadas*, foram publicados, em parte, no periódico do Centro Médico Cearense, ao longo dos anos 1930¹³³, demonstrando talvez o intuito de divulgar, entre os demais médicos da cidade, a qualidade da formação obstétrica realizada naquele estabelecimento hospitalar e, por tabela, a competência das parteiras diplomadas, novos agentes encarregados da assistência ao parto em Fortaleza.

A leitura das *Lições* do curso de partos da Maternidade Dr. João Moreira permite tomar nota acerca da orientação que passava a reger a prática médica realizada em Fortaleza, a saber, a *medicina clínica*. Nascida na Europa oitocentista, a medicina clínica foi fruto de um paradigma epistemológico que instaurava a prática médica sobre um novo regime de visibilidade do corpo humano. Em realidade, tratou-se não simplesmente de voltar o olhar do médico na direção do corpo, mas de fazer desse movimento o ato fundador das verdades do corpo, da saúde e da doença. O *olhar clínico*, afeito que era à “densidade das coisas encerradas em si próprias”, deveria percorrer, perscrutar e qualificar incessantemente a “opacidade corpórea”¹³⁴; tornava-se

¹³² CALS, Cesar. Maternidade Dr. João Moreira. 18º ano de funcionamento. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 2, Fevereiro de 1933, p. 7. No ano de 1935, em opúsculo sobre as atividades da Maternidade Dr. João Moreira, o Dr. Cesar Cals escrevia que “Em 1933, foi o curso reformado para pô-lo de accordo com o que ficou assentado na Conferencia Nacional de Protecção á Infancia, reunida no Rio, no mesmo anno. De então para cá, o curso é feito em dois annos e 6 cadeiras, assim discriminadas: 1.º anno: Primeira cadeira de Obstetricia; Anatomia e physiologia dos órgãos genito-urinarios da mulher; Puericultura – 2.º anno – Segunda cadeira de Obstetricia; Pathologia dos órgãos genito-urinarios da mulher e therapeutica; Hygiene da mulher gravida e Noções de microbiologia” Idem, op. cit., 1935, p. 4-5. Infelizmente, ainda não encontramos nenhuma outra informação sobre essas mudanças.

¹³³ Foram publicadas, entre 1933 e 1934, quatro *Lições* da cadeira de anatomia, fisiologia e patologia dos órgãos genito-urinários da mulher, duas *Lições* da cadeira de obstetrícia e seis *Lições* da cadeira de puericultura. Centrado sobre o corpo das mulheres, este trabalho não incluiu na análise o material didático referente à cadeira de puericultura.

¹³⁴ FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987, p. XII. Foucault explica que, antes da medicina clínica, a percepção ocular obedecia a outras lógicas, “Segundo Descartes e Malebranche, ver era perceber (e até nas espécies mais concretas da experiência: prática da anatomia no caso de Descartes, observações microscópicas no caso de Malebranche); mas tratava-se de, sem despojar a percepção de seu corpo sensível, torná-la transparente para o exercício do espírito: a luz, anterior a todo olhar, era o elemento da idealidade, o indeterminável lugar de origem em que as coisas

não apenas o depositário das características do corpo, mas produzia a própria realidade corporal.

Desse modo, o Curso de Partejas Diplomadas, pautado sobre a medicina clínica, para além da transmissão de conselhos concernentes a práticas corporais que deveriam cercar os momentos da gestação, do parto e do puerperio, propunha, antes disso, o aprendizado de uma nova forma de *ver*, e, portanto, de conceber o corpo feminino, que, já presente entre os médicos da capital desde finais dos oitocentos, ganhava, a partir das parteiras diplomadas, maior alcance entre as mulheres da terra. A educação do olhar, por sua vez, tinha no próprio corpo o suporte pedagógico mais fundamental, devendo, pois, se processar junto às pacientes atendidas nas enfermarias da Maternidade Dr. João Moreira – não sem o acompanhamento e a supervisão estreita dos médicos.

Ganhando maior concretude nas aulas práticas, o olhar clínico não deixava de estar inscrito nos textos que constituíam o material didático do Curso de Partejas Diplomadas. Assim ocorria com as *Lições da Cadeira de anatomia, fisiologia e patologia dos órgãos genito-urinários da mulher*, organizadas pelo Dr. Cesar Cals, diretor da Maternidade Dr. João Moreira desde 1923. Baseadas na obra *Le Traité d'Anatomie Humaine*, publicada em 1889, pelo célebre médico francês Jean-Léo Testut, as *Lições* supracitadas concediam maior ênfase às estruturas anatômicas que compunham o aparelho genital feminino, excerto corporal mais diretamente envolvido com as dinâmicas da gestação, do parto e do puerperio ¹³⁵.

Dividindo o baixo ventre feminino em aparelho genital externo e aparelho genital interno, as *Lições* de anatomia se concentravam neste último, cuja descrição informava sobre a existência de estruturas específicas que habitavam o mundo de dentro, ou melhor, sobre um conjunto de órgãos internos dotados de *localizações, limites e meios de fixação*.

A *vagina*, definida como um conduto que “vae do utero á vulva”, situada “parte na escavação pelviana e parte na espessura do perineo entre a bexiga e a uretra para frente e o réto para traz”, comportava, além de localizações e limites bem determinados,

eram adequadas à sua essência e a forma segundo a qual estas a ela se reuniam através da geometria dos corpos; atingida sua perfeição, o ato de ver se reabsorvia na figura sem curva, nem duração, da luz” Ibidem, p. XII.

¹³⁵ As *Lições de anatomia, fisiologia e patologia dos órgãos genito-urinários da mulher* publicadas na revista do Centro Médico Cearense se concentram quase totalmente sobre os assuntos da anatomia e, em menor escala, sobre aqueles relativos à fisiologia. Curiosamente, não fazem nenhuma menção às questões ligadas à patologia.

os chamados meios de fixação: “A vagina é mantida em posição: 1.º em cima por sua inserção no colo do utero; 2.º em baixo, por sua inserção nos musculos do perineo; 3.º adiante por suas relações com a bexiga e uretra; 4.º atrás por suas relações com o reto”¹³⁶. O **útero**, localizado na “parte media da escavação pelviana, entre a bexiga para frente e o réto para traz”, era “mantido em sua posição por seis ligamentos que lhes são proprios e pela inserção do cólo na vagina. – Os ligamentos do utero são: dois lateraes ou ligamentos largos; dois anteriores ou ligamentos redondos e dois posteriores ou ligamentos utero-sacros”¹³⁷.

Informavam as *Lições* que, os **ovários**, em número de dois, localizados “no cavum retro uterino, nas partes lateraes da excavação pelviana, adiante do reto, atrás do ligamento largo e da trompa”, eram fixados, cada qual, por três ligamentos, a saber: “ligamento utero-ovariano que vai da extremidade interna do ovario ao angulo do utero; ligamento tubo ovariano que vae da extremidade externa do ovario a franja ovarica da trompa e o ligamento lombo ovariano [...] que vae da região lombar ao bordo anterior do ovario”¹³⁸. Nas proximidades de cada ovário, se encontrava uma **trompa uterina**, também chamada de trompa de Fallope ou oviduto, situada “na aza posterior do ligamento largo, entre o ovario para traz e o ligamento redondo para frente.”; cada uma das trompas é “mantida em posição 1.º por sua continuidade com o angulo uterino; 2.º pelo ligamento tubo ovariano, ligamento que vae do ovario a franja ovarica da trompa; 3.º por seu aprisionamento entre as folhas do ligamento largo”¹³⁹.

Percorrendo o aparelho genital de fora para dentro, os textos das *Lições* indicavam a existência de estruturas corporais internas espacialmente bem definidas, órgãos, cujas fronteiras eram tão precisas quanto imóveis. Realidade extremamente preenchida, o mundo de dentro compreendia um relevo acidentado, marcado por escavações, saliências, espessuras e fendas. O interior do corpo estava atrelado, ainda, como indicavam as *Lições* em apreço, a uma coleção de formas, medidas e cores.

¹³⁶ CALS, Cesar. Cadeira de anatomia, fisiologia e patologia dos órgãos genito-urinaris da mulher. VAGINA. Definição. Posição e descrição. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 2, Fevereiro de 1933, p. 26.

¹³⁷ Idem. Curso de Parteiras Diplomadas da Maternidade Dr. João Moreira. Definição. Situação. Forma e divisão. Descrição. UTERO. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 3, Março de 1933, p. 8-9.

¹³⁸ Idem. Curso de Parteiras Diplomadas da Maternidade Dr. João Moreira. Definição. Situação. Forma e divisão. Descrição. OVARIOS. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 4, Abril de 1933a, p. 16.

¹³⁹ Idem. Curso de Parteiras Diplomadas da Maternidade Dr. João Moreira. Definição. Situação. Descrição. TROMPAS UTERINAS. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 4, Abril de 1933b, p. 18.

A vagina, “cilindro achatado”, media, mais ou menos, “6 a 7 centímetros de comprimento por 2 ½ a 3 de largura na nulipara [mulher que não passou pela experiência do parto] e 7 a 8 centímetros de comprimento por 3 a 4 de largura na múltipara [mulher que já passou pela experiência do parto]”¹⁴⁰. O útero, que “tem a forma de uma pêra achatada de deante para traz”, media, na mulher sem filhos, “de 6 a 7 centímetros de comprimento por 4 centímetros de largura; na múltipara méde 7 a 8 centímetros de comprimento por 5 centímetros de largura”¹⁴¹.

Inscritos numa escala de visão mais desafiadora, os ovários, que tinham “a forma de uma amendoa”, mediam, cada qual, “36 milim. de comprimento, 17 de largura e 12 de espessura”¹⁴². Apresentando a “forma de uma trombeta”, cada uma das trompas uterinas apresentava, geralmente, “10 a 12 centímetros de comprimento. Seu diâmetro varia a partir das vizinhanças do utero onde méde 2 a 4 milímetros para atingir na extremidade externa 6 a 8 milímetros”¹⁴³. Às formas e medidas, se somava o tom colorimétrico que recobria algumas destas estruturas. A mucosa da vagina e a mucosa do útero, ambas apresentavam a “coloração rosea”¹⁴⁴. Os ovários, por sua vez, possuíam “uma coloração vermelha que se acentúa durante o periodo menstrual”¹⁴⁵.

Em realidade, as *Lições* assinadas pelo Dr. Cesar Cals não propunham unicamente o acúmulo de características dos órgãos que compunham o aparelho genital feminino. Mais do que simplesmente informar sobre o corpo, os textos do material do curso de partos ensinava a produzir a própria realidade corporal das mulheres mediante o acionamento de qualificativos tributários da percepção ocular. Não à toa, a fabricação clínica do corpo feminino comportava planos cartográficos e topográficos, bem como uma significativa variedade de formas, medidas e cores, atributos todos apreendidos e/ou produzidos pelo *olhar clínico*.

De acordo com as *Lições* de anatomia, as estruturas orgânicas da mulher, dotadas cada qual de especificidades, fazem do todo corporal uma materialidade igualmente específica, e, por tabela, necessariamente diferente do seu exterior. Individualizado e especificado, o corpo da mulher se descolava do mundo. Mais grave: se tornava, em boa medida, autônomo.

¹⁴⁰ Idem. Fevereiro de 1933, p. 26.

¹⁴¹ Idem. Março de 1933, p. 8.

¹⁴² Idem. Abril de 1933a, p. 17.

¹⁴³ Idem. Abril de 1933b, p. 18.

¹⁴⁴ Idem. Fevereiro de 1933, p. 26; Idem. Março de 1933, p. 11.

¹⁴⁵ Idem. Abril de 1933, p. 17.

Assim sendo, ainda de acordo com as *Lições* assinadas pelo Dr. Cesar Cals, a concepção, a gestação e a parturição, por exemplo, não eram eventos simplesmente sediados no aparelho genital da mulher. As estruturas femininas do baixo ventre não *sofriam* os trabalhos da vida reprodutiva, antes os *protagonizavam*. Resultado do encontro entre a célula sexual feminina e a sua correspondente masculina, a concepção era condicionada, dentre outras coisas, pela produção e pelo transporte do óvulo “da superfície do ovário á cavidade uterina”¹⁴⁶, funções realizadas, respectivamente, pelos ovários e pelas trompas uterinas. A gestação e a parturição, por seu turno, constituíam trabalhos mais diretamente relacionados ao útero. Receptáculo do zigoto, o útero tomava, ao longo da gestação, formas e tamanhos ao bel prazer do pequeno ser; durante a parturição, todavia, os trabalhos efetuados pelo útero, em especial aqueles pautados sobre a força muscular, promoviam a expulsão do feto e seus anexos através do canal vaginal. Destarte, diferentemente das perspectivas das comadres, para quem os aspectos referentes à interioridade do corpo não ganhavam tanta relevância, recaindo as dinâmicas da vida reprodutiva sobre as múltiplas instâncias que, de fora, se conectavam ao corpo da mulher, o ponto de vista que os médicos intentavam partilhar com as parteiras diplomadas estava fincado sobre a profundidade e a especificidade do corpo feminino, ele próprio, do fundo de suas entranhas, protagonizando as dinâmicas ligadas à reprodução. Trabalhos de dentro, e não mais de fora.

Se o material didático concernente às aulas de anatomia primava pela caracterização das estruturas genitais da mulher fora do estado da gestação, as *Lições de Obstetricia* eram dedicadas às especificidades orgânicas do corpo prenhe. Assinadas pelo Dr. José Ribeiro da Frota, vice-diretor da Maternidade Dr. João Moreira desde 1923, as *Lições* de obstetrícia não eram, ao que parece, resultados de traduções e adaptações. Apresentavam, todavia, aqui e ali, referências pouco precisas aos ensinamentos do afamado obstetra brasileiro, Dr. Fernando Magalhães, então professor de clínica de mulheres da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Num total de duas, as *Lições* de obstetrícia apresentavam, em primeiro lugar, a preocupação sobre o diagnóstico da gestação. Nos escritos do Dr. José Frota, claro estava que era a visada clínica sobre o corpo feminino que fazia o assistente – fosse ele médico ou parteira – flagrar o desenvolvimento da prenhez. Aqui, as atenções não eram exclusivas aos órgãos que compunham o aparelho genital, antes deles, o fitar clínico

¹⁴⁶ Idem. Abril de 1933b, p. 18.

percorria outras superfícies, a começar pelos seios. Assim, de acordo com as *Lições*, na mulher grávida,

Com o aumento de volume dos seios nota-se a dilatação da rede venosa subcutânea, que perpassa como linhas azuladas sob a pelle, constituindo a *rede de Haller*.

Os tuberculos de Mont-gommery – A partir do 2.º mez; tornam-se salientes como cabeças de alfinetes (3 a 8) dispostas, irregularmente, sobre a aureola mamaria, ao redor do mamellão ou bico do peito. A pigmentação do bico do peito e da aureola primitiva accentua-se, e, em torno desta apparece, geralmente depois do 4.º mez, outra aureola mais esbatida, chamada *aureola seccundaria*, que constitue o chamado signal colorimetrico de Hunter.¹⁴⁷ (grifos no original)

Além da superfície do busto, as novas cores trazidas pela gestação podiam se manifestar em outras epidermes ao longo do corpo:

O exagero de pigmentação da pelle, pode apparecer como manchas na *fronte*, nas *maças do rosto*, no queixo, constituindo o *chloasma gravidico*, ou *mascara da gestante*; na linha mediana, da região pubica ao umbigo, a excedel-a por vezes, uma listra pigmentada conhecida por *linha escura*.

A extraordinaria distenção do abdomen dá logar á producção de cicatrizes sub-cutaeas – *Vergões ou estrias gravidicas*, – de coloração azulada ou rosa, situadas no hypogastrio, nos flancos e raizes das coxas.¹⁴⁸ (grifos no original)

Do azul escuro ao rosa claro, todo um vasto espectro de cores eclodia sobre a pele da gestante, denunciando o percurso amplo e incessante que o olhar clínico dedicava a cada recôndito corporal. Indiretas e superficiais, as modificações do tom colorimétrico das epidermes não passavam, entretanto, como afirmavam as *Lições* de obstetrícia, de “signaes incertos”¹⁴⁹.

Com efeito, a certeza da gestação estava condicionada por informações retiradas de porções mais profundas do corpo. Entrava em cena o *toque*. Operação extremamente simples, o toque sobre o conduto vaginal acusava transformações no aparelho genital que, de acordo com as *Lições*, militavam em favor da gestação:

c) *Signal de Osiander* (Pulso vaginal) – E’ a percepção, pelo toque vaginal em uma mulher grávida, de pulsações no fundo do sacco posterior.

d) *Signal de Hegar* (Molleza do isthmo) – E’ um dos signaes precoces da gravidez. Consiste na pesquisa da molleza particular do isthmo uterino, isto é, da região intermediaria entre o corpo e o collo [do útero].

Para pesquisal-o, os dedos que fazem o toque vaginal, depois de previamente esvasiada a bexiga, devem ficar no fundo do sacco posterior, e com a mão que faz a apalpação abdominal, procura-se, passando pela borda superior do pube, sentir os dedos collocados no fundo do sacco posterior. Pela aproximação das duas mãos podemos avaliar a resistencia do isthmo, que, no caso de gravidez, é mínima, tendo-se a impressão que os dedos se tocam.

¹⁴⁷ FROTA, José. Curso de Partejas da Maternidade Dr. João Moreira. Cadeira de obstetricia. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 2, Fevereiro de 1933, p. 24.

¹⁴⁸ Ibidem, p. 24.

¹⁴⁹ Ibidem, p. 23.

e) *Signal de Budin* – Na ausência de gravidez, praticando-se o toque vaginal, o dedo explorador, tocando os fundos de sacco, encontra-os vazios, ao passo que, no estado gravídico, toca-se o utero globuloso e saliente.¹⁵⁰

Em conluio com o olhar clínico, a percepção tátil, apta a apreender características mais sutis, tais como pulsações e consistências particulares, vinha a incrementar a prática médica e, evidentemente, o processo de reeducação do aparelho sensorio por que deveriam passar os médicos e também as futuras parteiras. Procedia da versatilidade do toque, ademais, a operação diagnóstica que incidia diretamente sobre o produto da gestação, reconhecendo-o, e, portanto, promovendo a primeira diferenciação do corpo do feto no interior do corpo materno:

f) *Signal de Puzos* (Rechaço ou baloiço de utero cheio) – Quando, em um utero de 4 a 5 mezes de gestação, praticamos o toque vaginal, ao mesmo tempo que a outra mão impelle, da maneira um tanto brusca, o ventre de cima para baixo, sentimos o feto em suspensão no liquido amniótico baloiçar sob a influencia dos movimentos da impulsão, praticados alternativamente pelas duas mãos.¹⁵¹

Se o toque flagrava a presença do pequeno corpo dentro do útero pela percepção de seu movimento ou balouçar, era a *auscultação* dos batimentos cardíacos fetais o procedimento, de considerável precisão, que informava sobre seu estado de vida, doença ou morte¹⁵²:

Batimentos fetaes – E' geralmente do quarto mez e meio em diante que se consegue ouvir os ruidos do coração fetal. Estes são caracterizados por dois ruidos separados por um pequeno silencio. O primeiro ruído corresponde á systol, e o segundo, ao começo da diastole. A ausência do grande silencio entre os dois tempos da revolução cardíaca, dá aos ruidos do coração um rythmo particular, chamado *rythmo pendular* ou melhor, *embryocardio*. A media das pulsações cardíacas é de 135 por minuto.¹⁵³ (grifos no original)

Olhar, tocar e ouvir constituíam, portanto, as operações médico-sensórias que, articuladas umas às outras, levavam médicos e parteiras a produzir, tendo seu próprio aparelho perceptivo por instrumento, o estado específico do corpo prenhe.

Uma vez diagnosticada a prenhez, as *Lições* de obstetrícia ensinavam a traçar a idade da gestação, informação crucial, entre outros motivos, por fornecer o prognóstico do parto. Para tanto, escrevia o Dr. José Frota, o assistente deveria tomar nota, junto à paciente, do dia e mês da cessação do fluxo menstrual. A despeito da importância desta informação, que só poderia ser dada pela paciente, o médico ponderava:

¹⁵⁰ Ibidem, p. 24-25.

¹⁵¹ Ibidem, p. 25.

¹⁵² Não nos foi possível apurar se os médicos utilizavam alguma espécie de instrumento ou aparelho quando realizavam a auscultação.

¹⁵³ FROTA, op. cit., p. 25.

Infelizmente o dado anamnético [relativo à anamnese, interrogatório], justamente por que o é, precisa ser aceito com reservas quando se procura com elle firmar o diagnostico da gravidez como do seu tempo; neste caso especial, tanto a ignorancia quanto a inverdade colaboram para que seja fragil muitas vezes o fundamento do juizo e do calculo.¹⁵⁴

Os conhecimentos que as mulheres da cidade apresentavam sobre seu próprio corpo, muito possivelmente imersos em outras matrizes de leitura corporal diferentes da medicina clínica, pareciam ser, pois, comumente desqualificados pelos médicos. Postura essa que trazia como consequência, do ponto de vista dos profissionais da medicina, o aprofundamento da necessidade dos procedimentos obstétricos. Realizados sobre a própria realidade corporal, os exames clínicos, acreditavam os médicos, produziam com extrema eficiência as verdades da gestação, tal era o caso da *palpação*:

Palpação, também chamada *palpar abdominal*, *palpar externo*, ainda designada por *tocar abdominal* ou *palpação* – E' o processo propedeutico mais importante, conhecido em clinica obstetrica, porque pode dispensar, para o diagnostico obstetrico, qualquer dos outros meios de exploração, ou melhor, só com o palpar chegar-se-á ao conhecimento perfeito do caso clinico. A mão que repousa sobre o ventre volumoso de uma mulher suposta grávida, pode fazer o diagnostico da *preñez*, da *idade provavel da gestação*, do seu *conteudo*, em *numero*, *situação* e *vitalidade*; pode dizer sobre o trabalho de parto, sua evolução pode ainda conhecer os tempos do *delivramento*.¹⁵⁵ (grifos no original)

A palpação punha em evidência as habilidades da mão, transfigurada em instrumento de trabalho mais importante para médicos e parteiras, a tal ponto, inclusive, que podia dispensar demais procedimentos obstétricos. De acordo com o Dr. José Frota, aplicada sobre a superfície do ventre, a mão do assistente era capaz de coletar todas as verdades do corpo prenhe, ademais num significativo grau de detalhe. Operação em que o assistente produzia, sozinho, a partir de seu próprio corpo, as informações mais relevantes acerca do corpo prenhe, a palpação exigia certas disposições dos corpos envolvidos:

A gestante deverá ficar deitada em decubito dorsal, com o ventre desnudado, repousando a cabeça directamente sobre a cama, os membros thoracicos estendidos, ao longo do corpo e os abdominaes, ou igualmente em extensão e ligeiramente afastados, ou em flexão dupla, pernas sobre as coxas e estas sobre a bacia.

Satisfeito estes requisitos, o parteiro ficará á direita ou á esquerda da gestante, conforme as suas preferências [...].¹⁵⁶

Horizontalizado, o corpo da mulher se mantinha em posição fixa, comportando-se como objeto inerte à espera do desbravamento de suas intimidades orgânicas pela

¹⁵⁴ Idem. Curso de Parteiras da Maternidade Dr. João Moreira. EXAME DA GESTANTE. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 7, Julho de 1933, p. 11.

¹⁵⁵ Ibidem, p. 13.

¹⁵⁶ Ibidem, p. 13.

mão do assistente. Verticalizado, movendo seu corpo livremente sobre o corpo imóvel, o assistente-sujeito fabricava a respeito da paciente-objeto o inventário numeroso de suas verdades. Entre elas, ganhava considerável destaque o computo do tempo da gestação, determinado através de complexo procedimento de medição da altura do útero:

Com o bordo cubital da mão [palma da mão] transversalmente collocado sobre o abdomen, palpa-se na direcção de appendice xyphoide [extremidade inferior do osso torácico de nome esterno], até não mais se sentir a resistencia do corpo do utero, cahindo-se em cheio sobre a mesma instestinal. Este ponto marcará então a *altura do fundo do utero*. A mensuração desta altura pode ser feita com os dedos ou com uma fita métrica. No primeiro caso, delimitado o fundo do utero, procurará o parteiro a sua relação em distancias com os tres pontos de reparo principaes da parede abdominal: - *reborbo superior da symphyse pubica* [proximidade do púbis], *a cicatriz umbilical e o appendice xyphoide*. Assim, diremos, para exemplo: fundo do utero está a dois ou tres dedos abaixo ou acima da cicatriz umbilical, ou a 4 dedos abaixo do appendice syphoide, ou ainda o fundo do utero está a meio caminho do appendice syphoide e da cicatriz umbilical.¹⁵⁷ (grifos no original)

No decorrer deste exame obstétrico, as mãos do assistente percorriam diferentes distâncias ao longo do ventre, distâncias estas balizadas entre a região em que o assistente identificava a sensação tátil do fundo do útero e os pontos, respectivamente, do esterno, do púbis e da cicatriz umbilical. Fato inusitado era que as distâncias podiam ser medidas usando-se como parâmetro os dedos do assistente, assinalando, pois, mais uma das serventias assumidas pelo corpo do médico ou da parteira. Assim, além de apurar consistências, movimentos e pulsações, os dedos também se revestiam em unidades de medida na apreciação das distâncias marcadas ao longo do ventre, estas últimas indicadoras da altura do fundo do útero e, por relação de proporção, da idade da gestação.

O uso dos dedos na medição do fundo do útero era, todavia, facultativo. Caso optasse, o assistente podia contar com um artefato, além dos recursos do próprio corpo. Tratava-se da fita métrica. Deste modo, fazendo percorrer a fita métrica entre a marca do fundo do útero e o ponto superior do púbis, tinha-se a medida da altura do útero, desta feita, inscrita num sistema de medição mais universal e dotado de maior objetividade. Assim, portanto, “Na prenhez *a termo* esta [altura do fundo do útero] é de *32 centimetros mais ou menos*. Sabe-se, tambem, que na evolução normal da prenhez, o

¹⁵⁷ Ibidem, p. 13.

utero augmenta em altura *4 centímetros por mez*, a começar do 2.º mez”¹⁵⁸ (grifos no original).

De acordo com as *Lições* de obstetrícia, portanto, mudanças na territorialidade orgânica denunciavam o desenvolvimento da gravidez, processo este que se inseria também numa duração precisa. Inscrito nas categorias de espaço e tempo, o corpo prenhe compreendia também estados patológicos, desarranjos que, podendo manifestar-se desde a gestação, atingiam igualmente o momento do parto e o período do puerperio. Muito embora menções sobre as nuances patológicas do corpo feminino em estado de gravidez fossem raras ao longo das *Lições do Curso de Parteiras Diplomadas*, o Dr. Cesar Cals garantia que as “modernas assistentes”, como também eram chamadas as parteiras formadas pela Maternidade Dr. João Moreira,

Sabem diagnosticar uma gravidez em qualquer de suas phases, acompanhá-la em sua evolução e distinguir as normaes das anormaes e pathologicas. Têm noções de hygiene da mulher grávida e conhecimentos das molestias gravidicas e dos recursos para evitá-las e combatê-las. Sabem com relativa precisão fazer o diagnostico de apresentação e posição do feto e fazer a ausculta dos ruidos do coração fetal por intermedio da qual surprehendem-lhes os soffrimentos. Conhecem a tecnica para a extracção de placenta e os recursos para dominar uma hemorrhagia. Sabem distinguir um puerperio normal de um pathologico e conhecem os symptomas de infecção.¹⁵⁹

Dentre as condutas propostas pelo Curso de Parteiras Diplomadas, se incluía, pois, as habilidades de reconhecer, prevenir e, em alguns casos, contornar os estados mórbidos do corpo feminino durante a gravidez, o parto e o puerperio. Sobre os perigos que emergiam especificamente durante a parturição, o Dr. Virgílio Aguiar assim escrevia em sua crônica mensal na revista do Centro Médico Cearense referente ao mês de setembro de 1930:

Sabe-se que innumeras causas determinam a morte do feto intra-partum; umas sendo de origem fetal (apresentações – de face, frente, nadegas, tronco; posições; anomalias – gigantismo); outras maternas (dystocia molle, pelvica); causas uterinas (hypo ou hypertonia); causas ovulares (placenta previa, procidencia de cordão)¹⁶⁰.

Os variados problemas que podiam eclodir durante o parto, uma vez atrelados a disfunções eminentemente orgânicas – sejam elas relativas ao útero, aos ovários ou mesmo ao próprio desenvolvimento do feto –, demonstravam que os processos de especificação e autonomização do corpo feminino, tributários do paradigma clínico, não podiam acontecer sem o engendrar-se de novos riscos, a partir de então, tão profundos

¹⁵⁸ Ibidem, p. 13.

¹⁵⁹ CALS, op. cit., Setembro de 1928, p. 11.

¹⁶⁰ AGUIAR, Virgilio. Esculapeanas. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno IX, N.º 9, Setembro de 1930, p. 7.

quanto o próprio corpo, manifestados e contornados exclusivamente na própria realidade corporal, e não mais fora dela.

Comprometendo-se com a formação de parteiras orientadas pela medicina clínica, o Curso de Parteiras Diplomadas da Maternidade Dr. João Moreira propunha a associação entre esta modalidade de leitura do corpo feminino e a promoção da saúde e da vida durante a parturição. Deste modo, para o Dr. Virgílio de Aguiar, eram inquestionáveis os benefícios oriundos deste empreendimento pedagógico que, a seu ver, deveria ser ampliado:

D'est'arte julgando, penso que de muito diminuiria o numero de natos-mortos no trabalho do parto, porque, de exemplo, se morre o feto asphyxiado na expulsão da cabeça derradeira pela abstenção ou tracção nulla do pescoço pela parteira leiga... o feto se salvará se a parteira de curso executar presta a manobra de Mauriceau.

Diminuiria também o numero de obitos maternos se, de exemplo, no caso de uma hemorragia por inercia uterina a parteira de curso, conhecedora da asepsia e antiseptia, da technica, fizer uma injeção endovenosa de pituitrina, de sôro, esvasar o utero dos coagulos e atufal-o de gaze simples ou medicamentosa (o que lhe é permittido na crise da urgência) ao envez de, como a curiosa, se limitar a amarrar um cordão no tornosello da parturiente ou no pé da cama.¹⁶¹

As comadres, como já explanado anteriormente, viam o corpo feminino enquanto instância fortemente permeável às forças do mundo, donde a execução de práticas que, em alguns casos, embora não envolvessem exclusivamente a realidade corporal, tinham por finalidade acionar determinados fluxos externos que agiriam na resolução de complicações que apareciam durante a parturição. Pouco interessados em entender as lógicas de ação das aparadeiras, contra quem passaram a mover campanha de extinção, os médicos da cidade passaram a associar as assistências destas mulheres à imagem da nulidade, inutilidade, incompetência e morte. Contrastavam, pois, com o porte ativo, competente e eficaz que compunha a imagem, de resto também elaborada pelos médicos, das parteiras diplomadas, mulheres conhecedoras dos modos clínicos de proceder sobre o corpo feminino. Do ponto de vista dos médicos, levando a efeito uma assistência ao parto que atuava diretamente sobre a realidade corporal – seja mediante manobras manuais seja através de práticas medicamentosas –, as parteiras diplomadas não apenas diminuiriam as cifras de natimortalidade e mortalidade materna, mas, assim procedendo, proporcionariam o enfraquecimento e a gradual eliminação das assistências “curiosas”.

¹⁶¹ Ibidem, p. 7-9.

A despeito da criação de imagens antagônicas que colocavam as parteiras diplomadas do lado da competência e da vida, e as parteiras “curiosas” do lado da ignorância e da morte, importa ressaltar que os próprios médicos não se mostravam radicalmente indispostos em relação às aparadeiras. Tanto era assim que, na mesma crônica em que contrastava a parteira de curso com a parteira tradicional, o Dr. Virgílio de Aguiar afirmava que se tornava imperioso “ampliar, desenvolver o ensino obstétrico preparando parteiras que iriam pelo número e competência supplantar as curiosas (e estas mesmas, em maioria, fariam o curso obstétrico)”¹⁶². Ora, não obstante se deva considerar que as possibilidades reais das comadres se matriculem no Curso de Parteiras Diplomadas eram pequenas, já que grande parte da população feminina da cidade (principalmente as camadas pobres) não era alfabetizada, não atingindo, pois, o pré-requisito essencial da matrícula, a permissão para que as parteiras “curiosas” fizessem o curso de partos da Maternidade Dr. João Moreira poderia abrir espaço para possíveis assistências híbridas. De porte dos saberes do corpo advindos de sua experiência como comadre e dos preceitos científicos adquiridos ao longo do Curso de Parteiras Diplomadas, algumas mulheres poderiam ter promovido adaptações e readaptações na união entre as duas perspectivas que, muito embora significativamente díspares, estavam suscetíveis a ocasionais e imprevistas proximidades.

Referindo-se às parteiras diplomadas, o Dr. Cesar Cals, em texto publicado na revista *Ceará Medico* referente ao mês de setembro de 1928, informava que “Por ora, não nos é possível exigir de nossas parteiras maiores conhecimentos do que rudimentos indispensáveis a uma simples assistência ao parto normal”¹⁶³. Com efeito, a divisão das dinâmicas do corpo feminino entre normais e patológicas apresentava por corolário a instauração de limites à assistência das parteiras diplomadas que, diante de determinados estados mórbidos, teriam por obrigação solicitar a presença de um médico, único profissional habilitado a fazer uso dos recursos obstétricos exigidos nestas ocasiões. Insinuava-se, desse modo, uma importante incumbência a ser assumida pelas parteiras diplomadas, a saber, intermediar os contatos entre médicos e mulheres, ainda precários na capital cearense das primeiras décadas do século passado, e, na esteira, instituir a Maternidade Dr. João Moreira como espaço privilegiado na cidade para a resolução dos estados mórbidos ligados a gestação, ao parto e ao puerperio.

¹⁶² Ibidem, p. 7.

¹⁶³ CALS, op. cit., Setembro de 1928, p. 11.

A obrigação das parteiras diplomadas de agenciar os encontros entre médicos e mulheres, quando da eclosão de uma complicação durante a parturição, contribuiria, em contrapartida, para a preservação de um domínio profissional restrito aos médicos, fazendo destes últimos agentes hierarquicamente superiores em relação às parteiras diplomadas. A hierarquia traçada entre médicos e assistentes diplomadas não conseguiu, todavia, seguir incólume durante as primeiras décadas do século passado. Inusitadamente, os próprios médicos se encarregaram de neutralizar algumas diferenças que guardavam em relação às parteiras diplomadas. A este respeito, o Dr. Virgílio de Aguiar, em crônica já debatida, escrevia que:

[...] estas prestimosas profissionaes (mormente para a gente pobre), com noções e praticas capazes, saberiam quando necessario e opportuno seria solicitar o medico-parteiro ou como e quando possivel e permitido lhes seria agir executando uma manobra compatível com sua assistencia, ou mesmo *alem d'ella na crise de uma urgencia*, para salvar a parturiente e o feto. ¹⁶⁴
(grifos da autora)

Ora, se, em termos práticos, a diferença entre as parteiras diplomadas e os médicos deveria residir nos limites das primeiras quanto a intervenções obstétricas em casos considerados graves, a postura de concessão que o Dr. Virgílio de Aguiar tomava, embora condicionada por certas ocasiões, demonstra que as fronteiras a separar as duas categorias profissionais podiam se manifestar de forma extremamente fluida. Mais ainda, caso se leve em conta a inexistência, ao menos durante as primeiras décadas do século passado, de qualquer fiscalização médica ou governamental sobre as atuações das parteiras diplomadas. Assim, no recesso dos lares, estas profissionais estavam absolutamente livres para lançar mão de práticas obstétricas consideradas “incompatíveis com sua assistência” – intervenções mais delicadas, muito possivelmente aprendidas enquanto auxiliavam os médicos no atendimento domiciliar ou hospitalar a parturientes graves.

Uma segunda ocasião em que médicos e parteiras diplomadas viam diminuídas suas relações de hierarquia diz respeito à presença de uma “moderna assistente” em uma reunião do Centro Médico Cearense, agremiação dos médicos da cidade que, além desta categoria de profissionais, só aceitava dentistas e farmacêuticos como sócios. Ocorrida a 2 de julho de 1917, a sessão contava

Com a presença de crescido numero de socios e alguns visitantes, entre os quaes o socio correspondente Dr. Pedro Sampaio, residente no Estado de Minas, [...] e *Madame Soares, parteira diplomada*.

¹⁶⁴ AGUIAR, op. cit., Setembro de 1930, p. 7.

[...]

Passando-se á ordem do dia, o Sr. Presidente chamou a atenção dos socios para a conferencia scientifica, que ia produzir o socio Dr. Manuelito Moreira. Concedida a palavra ao Dr. Manuelito Moreira, começou este a leitura de substancioso e completo trabalho sobre a Pathogenia e Tratamento da Eclampsia Gravidica, acompanhado de dois interessantes casos de observação clinica dessa entidade morbida.¹⁶⁵ (grifos da autora)

A presença de Madame Soares em uma reunião da agremiação médica local, na qual os doutores da cidade costumavam debater questões e apresentar trabalhos a ser apreciados unicamente entre seus pares, parece expressar, de algum modo, sua elevação à interlocutora dos médicos, com relação a quem passava a ter, ao menos naquele momento, uma relação de igual. Tal perspectiva parece ganhar força, caso se considere que se tratava de uma sessão dedicada à apresentação de trabalho do Dr. Manuelito Moreira, então diretor da Maternidade Dr. João Moreira, a respeito de uma complicação gravídica, sobre a qual, curiosamente, as parteiras diplomadas não estariam autorizadas a intervir.

A relação de hierarquia entre médicos e parteiras diplomadas não era enfraquecida apenas em virtude de concessões por parte dos primeiros. Em um registro clínico, publicado no ano de 1932, na revista do Centro Médico Cearense, a Dra. Maria Cavalcante, única médica de que se tem notícia na cidade até os primeiros anos da década de 1930, relatava as dificuldades colocadas por uma parteira diplomada no sentido de promover seu encontro com uma paciente portadora de uma complicação gravídica. A médica narrava que,

As duas horas da madrugada de 23 de dezembro de 1931, fui chamada por D. Clotilde Magno, assistente diplomada, que, 3 dias antes, tinha promettido levar-me para examinar essa senhora, pois dissera ella tratar-se de uma apresentação [fetal] de face, e disto tinha absoluta certeza, pois, ao tocar, sentira sucção no dedo por duas vezes atravez das membranas [amnióticas] intactas, com collo [uterino] permiaavel a um dedo folgado.

Achando eu impossivel e ao mesmo tempo levada por justa curiosidade, pedi-lhe insistentemente para examinar a mesma senhora chegando mesmo a telephonar-lhe 2 vezes. Entretanto, foram frustrados os meus esforços apesar da bôa vontade da aludida D. Clotilde visto como, na hora em que falei pelo telephone ella se achava fora de casa.

Voltando mais tarde a telephonar fui scientificada de está a dita assistente acamada de maneira a não poder sair.¹⁶⁶

Se as aberturas que alguns médicos conferiam às parteiras diplomadas, permitindo-lhes seja a realização de intervenções obstétricas mais intrincadas, seja a

¹⁶⁵ COMISSÃO DE REDACÇÃO. CENTRO MEDICO. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno V, N.º 3, Julho a Setembro de 1917, p. 52.

¹⁶⁶ CAVALCANTI, Maria Souza. Dystocia fetal (um monstro unitário) Pseudencefalo. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XI, N.º 1, Janeiro de 1932, p. 2-3.

participação em reuniões da agremiação médica local, expressavam, de alguma forma, certa carga de confiança depositada nestas mulheres, a mesma postura não se observa no relato da Dra. Maria Cavalcante. O caso clínico narrado pela médica traz à baila não apenas certa atitude de incredulidade diante do diagnóstico feito pela assistente diplomada de nome Clotilde Magno, mas também deixa entrever a sutil reprimenda que a médica direcionava à parteira diplomada, esta última tendo agenciado apenas tardiamente seu encontro com a paciente, e isto ainda, a despeito de suas insistências, sob a forma de telefonemas.

A narrativa que indicia tropeços nas relações hierárquicas entre médicos e parteiras diplomadas é a mesma que traz à tona a atuação concreta destas mulheres na assistência domiciliar ao parto na capital cearense. Assim a solicitação da presença da parteira diplomada Clotilde Magno, em fins de 1931, por uma gestante de quem se possuía poucas informações, a não ser que tinha as iniciais “M. A., 28 anos de idade, cor branca, casada 2 vezes”¹⁶⁷, indica que estas profissionais gozaram de algum prestígio entre as mulheres da cidade. Fato que também pode ser flagrado na notícia publicada no jornal *O Povo*, relativa a um crime de infanticídio, cometido em dias de novembro de 1933, por Isaura de Sousa, trabalhadora doméstica. De acordo com a reportagem,

[...] a jóven sertaneja deu á luz, pela madrugada, a uma vivaz criança e, quando a dona da casa, como de costume, chamou-a para ir a missa do Patrocinio, Isaura recusou-se a atender o convite da patroa, alegando que estava com fortes cólicas e não podia sair de casa.

Por qualquer motivo, entretanto, a respeitável senhora desconfiou do que ocorrera e, mandando chamar uma assistente, a Sra. Cécil Tchinner, esta confirmou tratar-se de um parto recente, muito embora não tivesse sido encontrada a criança.¹⁶⁸

Com efeito, a chamada da Sra. Cécil Tchinner, assistente diplomada, diante da suspeita de sua empregada doméstica ter dado à luz, não apenas confirma, da parte da patroa, o prestígio e a confiança depositados nestas profissionais. Neste caso específico, indo além das atribuições de prestar cuidados médicos, a parteira diplomada se encarregou também de trabalhos atinentes à medicina legal, realizando exames no corpo feminino e produzindo provas de atos ilícitos, como o infanticídio. Destarte, à função de

¹⁶⁷ Ibidem, p. 1.

¹⁶⁸ *O Povo*. “Ignorancia ou perversidade? Procurando esconder o fruto do amôr pecaminoso, a desventurada jóven matou o filho recém-nascido”. Fortaleza, 27 de fevereiro de 1934, apud ATHAYDE, op. cit., p. 119.

fazer nascer, as “modernas assistentes” podiam aliar também aquela de denunciar tentativas de fazer morrer.

A revista do Centro Médico Cearense noticiou, em começos de 1916, a formatura da primeira turma do Curso de Parteiras Diplomadas da Maternidade Dr. João Moreira, que contava com três senhoras. Até 1928, de acordo com o Dr. Cesar Cals, já haviam se formado um total de 62 parteiras diplomadas, número que se ampliou para 131 no ano de 1933. Entre 1916 e 1928, portanto, a quantidade de parteiras diplomadas subia de 3 para 62. A formação de 59 parteiras num período de 12 anos indica que as turmas, em média, eram compostas de 5 alunas. Já entre 1928 e 1933, as parteiras diplomadas passaram de 62 para 131, donde se tinha que, num período de 6 anos, a metade do intervalo de tempo supracitado, as turmas contavam, em média, com mais de 10 alunas, o dobro do decênio anterior. Com efeito, o número crescente de alunas matriculadas no Curso de Parteiras Diplomadas da Maternidade Dr. João Moreira, ao longo das primeiras décadas do século passado, denuncia que, entre as mulheres da terra, a assistência ao parto passava gradativamente a figurar como uma possibilidade interessante carreira profissional.

Era com o intuito, aliás, de divulgar seus serviços profissionais que as assistentes diplomadas da cidade publicavam, nas sucessivas edições anuais do periódico *Almanach do Ceará*, seus nomes e endereços, indiciando, pois que recebiam as solicitações de atendimento, ao menos predominantemente, em sua própria residêcia. Assim, no *Almanach do Ceará para o anno de 1919*, em sessão intitulada *Indicador Profissiona*, na qual figuravam os nomes e endereços de médicos, dentistas e bacharéis em direito, se tinha os nomes de 13 parteiras diplomadas:

D. Emilia Rangel de Lima, rua 24 de Maio n. 171; d. Henriqueta Ribeiro, rua 24 de Maio n. 277; d. Stella Torres Barros, rua 24 de Maio 302; d. Zita Moreira Maia, rua B. do Rio Branco 22; d. Maria Furtado Bevilaqua; d. Gloria Pestana Alves, praça Caio Prado; d. Maria Soares, rua Santa Isabel; d. Alzira Maravalho, rua Senador Pompeu; d. Amelia Maia, rua Senador Pompeu; d. Julia Hygina, rua Pedro Borges; d. Julieta Brigido; d. Francisca Rocha; d. Nazareth Lore.¹⁶⁹

Na edição do mesmo periódico para o ano de 1929, dentre os nove nomes de parteiras diplomadas, eram inéditos os de “d. Clotilde Jucá, rua Barão do Rio Branco, 351; Laura Salgado, rua General Sampaio; Bellinha Façanha de Brito, rua Juvenal Galeno, 523; [...] Diva Azevedo, boulevard Visconde do Rio Branco; Amelia Costa

¹⁶⁹ *Almanach do Ceará para o anno de 1919*, p. 244.

Lima”¹⁷⁰. No ano seguinte, quando o periódico anunciava os nomes de 13 assistentes diplomadas, passaram a divulgar seus serviços as seguintes assistentes

[...] Petra Menescal Marinho, r. Padre Mororó, 242; Maria Fiuza Cavalcante, r. 24 de Maio, 85; Amelia de Oliveira, r. Dr. Rufino de Alencar, 11; Joanna Barbosa Leite, r. da Gloria, s/n; Mariana Lopes, r. General Sampaio, 349; Maria da Silva Mendes, r. do Seminário, 247.¹⁷¹

O *Almanach do Ceará* para o ano de 1931 trazia 14 nomes de assistentes diplomadas, sendo inéditos os de “Fábia Salgado de Oliveira, r. S. Paulo, 45; Carmen Bandeira, r. Major Facundo, 248; Clotilde Magno, r. Visconde do Rio Branco, 745”¹⁷². Na edição de 1932, havia 15 parteiras diplomadas, aparecendo pela primeira vez os nomes de “Julia Cortez Guedes, rua Floriano Peixoto, 336; Lidia de Paiva Dreifuss; (...) Regina Azevedo, Bulevár Visconde do Rio Branco; (...) Sinhá Fernandes Tavora, rua S. José, 115; (...) Maria do Carmo M. Gomes, rua General Sampaio, 90”¹⁷³.

O *Almanach do Ceará* para o ano de 1933 trazia 38 nomes de parteiras diplomadas, dentre os quais eram inéditos os de

[...] Ananias Amaral Militão, Auta Cavalcante Rocha, Amelia de Assis, Ambrosina Sampaio, Anna Freitas Coelho, Antonieta Moreira Lima, Almerinda Mattos, [...] Cecilia Colares Marinho, [...] Chiquita Maia, Dosanhos Oliveira, Ernestina Pio de Oliveira, Ester Siqueira Brasil, Francisca Chagas Rosas, Francisca Baptista, [...] Isabel Nazaret de Sousa, Isabel Monteiro Lima, [...] Julia Lourdes Araujo, [...] Leontina Pontes [...] Mundinha Lemos, Maria da Conceição, Maria Roque de Souza, Osmina Campos.¹⁷⁴

Alguns nomes pouco se repetiam, outros apareciam, pausavam e reapareciam. Destacam-se, da inconstância dos anúncios, os nomes de Maria Furtado Bevilaqua, Gloria Pestana Alves e Maria Soares, parteiras diplomadas que anunciaram seus serviços profissionais ininterruptamente entre os anos de 1919 e 1934, acusando, desse modo, uma carreira profissional de, pelo menos, 16 anos. Digno de consideração era também o nome de Pequena Montenegro, que atravessou incólume os anos de 1921 a 1934, donde se flagra seus 13 anos de ofício. Concentradas, em grande maioria, nas ruas que cortavam o perímetro central da capital cearense, as “modernas assistentes” estavam servidas por uma série de melhoramentos urbanos reunidos naquela área da cidade, com destaque para os serviços telefônico e de transporte público, de grande utilidade para o exercício de sua profissão. Prestando seus serviços com maior

¹⁷⁰ *Almanach do Ceará para o anno de 1929*, p. 138.

¹⁷¹ *Almanach do Ceará para o anno de 1930*, p. 178.

¹⁷² *Almanach do Ceará para o anno de 1931*, p. 171.

¹⁷³ *Almanach do Ceará para o anno de 1932*, p. 138.

¹⁷⁴ *Almanach do Ceará para o anno de 1933*, p. 242-243.

facilidade entre as mulheres que moravam nas proximidades do centro da cidade, dentre as quais se incluíam aquelas pertencentes a camadas sociais elevadas, as parteiras diplomadas também atenderam possivelmente a chamados de famílias com moradia mais afastada do perímetro central, dividindo com os médicos as dificuldades de acesso às zonas periféricas.

Muito embora seja presumível que a grande maioria das parteiras diplomadas formadas pela Maternidade Dr. João Moreira tivesse permanecido na cidade, não passa despercebido o caso da assistente Amelia da Costa Maia, diplomada em 1917. A existência de uma cópia de seu certificado de parteira diplomada no Arquivo da Escola de Enfermagem de São Paulo constitui um forte indício de que a assistente solicitou às autoridades sanitárias daquela capital a ratificação de seu diploma como meio de conseguir a licença necessária para prestar seus serviços naquela localidade¹⁷⁵.

De acordo com o Dr. Cesar Cals, o Curso de Parteiras Diplomadas constituiu, ao longo das três primeiras décadas de funcionamento da Maternidade Dr. João Moreira, a sua “parte mais importante que é a sua actuação na clinica particular, ou melhor na Sociedade”¹⁷⁶. Num período em que o parto ainda permanecia, prioritariamente, um evento doméstico, os médicos do estabelecimento hospitalar objetivaram, pela via das parteiras diplomadas, expandir o raio de alcance dos preceitos obstétricos entre grandes porções da população citadina. Este intuito, cujo desenrolar foi atravessado por variados reveses, fazia sobressair a Maternidade Dr. João Moreira muito mais como uma instituição de ensino, a que os atendimentos hospitalares pareciam estar sobremaneira subordinados, como se verá a seguir.

¹⁷⁵ Ver o diploma desta parteira na pág. 50.

¹⁷⁶ CALS, op. cit., Setembro de 1928, p. 11.

CAPÍTULO 2

A FORÇA DA FIBRA

2.1 A dinâmica hospitalar

Por um entendimento entre a Sociedade Mantenedora da Maternidade Dr. João Moreira e a Irmandade da Misericórdia, espécie de comissão administrativa da Santa Casa de Fortaleza, a primeira maternidade da capital cearense, a Maternidade Dr. João Moreira, foi inicialmente instalada nas dependências do Hospital da Misericórdia, em cujo prédio, situado na Praça dos Mártires, passou a funcionar desde a sua inauguração, em 19 de março de 1915, até o ano de 1929, quando se transferiu para sede própria¹⁷⁷.

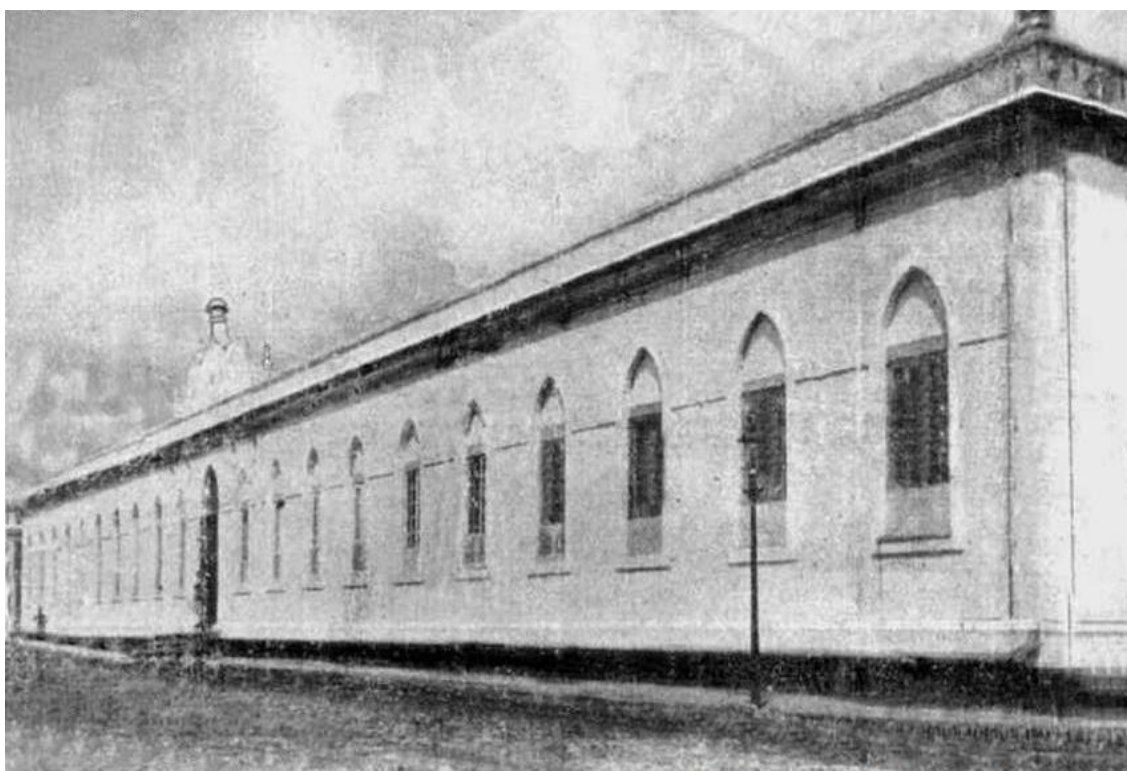


Figura 2. Prédio da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, em fins do século XIX. Fonte: VASCONCELOS, Argos. *Santa Casa de Fortaleza (1861-1992)*. Fortaleza: sem editora, 1994, p. 85.

¹⁷⁷ Muito embora funcionando nas dependências da Santa Casa, a Maternidade Dr. João Moreira contava com verbas próprias provenientes das atividades da Sociedade Mantenedora da Maternidade Dr. João Moreira, composta majoritariamente pelas senhoras ricas da cidade. Levando-se em consideração que a Santa Casa já não contava mais com os proventos do governo do estado para sua manutenção, suspensos a partir de 1915, tinha-se que, de certo modo, a organização da Maternidade Dr. João Moreira expressou um alívio para os cofres da Irmandade da Misericórdia que, doravante, se via dispensada de parte dos custos com os atendimentos obstétricos.

Na capital cearense, antes da criação da Maternidade Dr. João Moreira, o atendimento hospitalar dispensado a gestantes, parturientes e puerperas era realizado nas enfermarias de cirurgia da Santa Casa de Fortaleza, nas palavras do Dr. Cesar Cals, “de permeio com outros doentes”¹⁷⁸. Com a organização de um serviço obstétrico nas dependências do Hospital da Misericórdia, o conjunto das mulheres às voltas com o parto que chegava a este estabelecimento hospitalar não mais conviveria com os demais pacientes em atendimento, mas, encaminhadas para a Maternidade Dr. João Moreira, seriam tratadas em enfermarias exclusivamente obstétricas.

Em 1928, quando a Maternidade Dr. João Moreira ainda estava alojada no prédio da Santa Casa de Misericórdia, o Dr. Cesar Cals, então seu diretor, publicava, na revista *Ceará Medico*, uma resenha sobre as atividades empreendidas pelo serviço obstétrico. Do ponto de vista estrutural, o médico informava que

Além de outras dependencias indispensaveis a qualquer serviço hospitalar, a Maternidade tem á sua disposição: uma sala para gestantes, uma para puerperas, uma para infectadas, uma ampla sala de operações com abundante instrumental cirurgico, um quarto para partos, uma sala para operadas e um gabinete medico – Dispõe de 26 leitos e 8 berços – 12 leitos para gestantes, 6 para puerperas, 4 para infectadas e 4 para operadas.¹⁷⁹

Chegadas às dependências da Maternidade Dr. João Moreira, as pacientes eram geralmente recebidas no gabinete médico, compartimento onde eram examinadas e diagnosticadas. A depender de seus estados orgânicos, as mulheres eram encaminhadas ou para a sala das gestantes, ou para a sala das puerperas, ou para a sala das infectadas. Desse modo, a organização interna do serviço obstétrico denuncia que não se intentava apenas recolher as gestantes, parturientes e puerperas que recorriam ao Hospital da Misericórdia, mas, uma vez chegadas às enfermarias da Maternidade Dr. João Moreira, estas mulheres sofriam, ademais, uma distribuição espacial conforme suas condições corporais específicas, procedimento este considerado imprescindível para a eficácia das mais diversas práticas terapêuticas.

Manifestados os sinais da parturição, as gestantes internadas na Maternidade Dr. João Moreira eram conduzidas para o quarto de partos, onde a assistência ao nascimento era realizada de forma individualizada. Tendo dado à luz, as pacientes eram transferidas para a sala das puerperas, onde se restabeleciam dos trabalhos da parturição. Caso

¹⁷⁸ CALS, Cesar. *PRIMEIRO CONGRESSO MEDICO CEARENSE. HISTÓRICO DA MATERNIDADE DR. JOÃO MOREIRA*. Fortaleza: Imprensa Oficial, 1935, p. 3.

¹⁷⁹ Idem. A Maternidade Dr. João Moreira. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno VII, N.º 1, Setembro de 1928, p. 9.

algumas apresentassem os sintomas da infecção puerperal, moléstia causada pela invasão de microorganismos patogênicos no aparelho genital durante o parto, eram alocadas na sala das infectadas, onde, longe das demais puerperas – que deveriam manter-se preservadas de sua ameaça –, recebiam tratamentos adequados. As salas das gestantes, das puerperas e das infectadas podiam figurar como destinos únicos de algumas mulheres que recorriam à Maternidade Dr. João Moreira. Assim, se uma mulher grávida apresentasse pequenos distúrbios de tratamento simples, podia receber alta antes do parto, tendo permanecido unicamente na sala das gestantes. Caso uma mulher chegasse ao serviço obstétrico portando alguma complicação do pós-parto diferente da infecção puerperal, era ela encaminhada diretamente para a sala das puerperas, onde permanecia até o alcance da cura. A sala das infectadas, por seu turno, não raras vezes, constituiu o destino único de diversas pacientes que, paridas em casa, já chegavam à Maternidade Dr. João Moreira manifestando os sintomas da febre puerperal.

Era na sala de operações que os médicos da Maternidade Dr. João Moreira realizavam procedimentos corporais mais profundos, para o quê faziam uso de instrumental cirúrgico especializado. Na resenha dedicada às dinâmicas do serviço obstétrico, o Dr. Cesar Cals informava que, até 1928,

A exceção da cesareana, todas as operações obstetricas têm sido executadas na Maternidade, desde as multiplas variedades de embryotomia [mutilação fetal] até á simples extracção de placenta. Varias laparotomias [incisão da parede abdominal] e hysterectomias [remoção do útero] têm sido feitas nos serviços da Maternidade, pela mão segura e dextra do abalisado cirurgião dr. José Frota, meu excellente amigo e companheiro de serviço. Entre as multiplas operações de ventre, ocorre-me citar, como das mais importantes, uma extracção de um fibroma [tumor] uterino, com 12 kilos de substancia solida e 6 litros de liquido, e uma outra feita em uma prenhez abdominal com 10 meses, sendo extrahido um enorme kysto [cisto] intacto, dentro do qual havia um feto morto de tamanho normal.¹⁸⁰

Deste modo, além da série de intervenções propriamente obstétricas (que serão abordadas nos itens ulteriores), se realizava igualmente na Maternidade Dr. João Moreira operações¹⁸¹ sobre mulheres fora do estado de prenhez, indicando, pois, que o serviço obstétrico estava também disponível para o atendimento de casos clínicos de natureza ginecológica. Depois de submetidas a operações, seja por ocasião do parto ou

¹⁸⁰ Ibidem, p. 9.

¹⁸¹ No começo do século passado, operação era o nome dado a qualquer procedimento médico considerado profundo, realizado, em geral, tanto por instrumentos técnicos quanto manualmente. Incluindo a incisão sobre a pele, a partir da qual os médicos tinham acesso ao interior do corpo, as operações não se restringiam, portanto, tal como acontece nos dias atuais, a esta série de procedimentos.

por conta de outras complicações no ventre, as pacientes eram remanejadas para a sala de operadas, compartimento em que recebiam os cuidados próprios ao período pós-operatório.

Enquanto estabelecimento hospitalar moderno, a Maternidade Dr. João Moreira seguia uma orientação disciplinar embasada não somente na distribuição espacial de suas pacientes, mas também no controle de seus gestos. Assim, se, na maioria dos casos clínicos, o pessoal hospitalar se empenhava em acompanhar os mínimos movimentos das mulheres internadas no serviço obstétrico, ocasiões havia em que os médicos lançavam mão de práticas terapêuticas que demandavam a completa imobilização do corpo das pacientes. Em texto publicado na revista *Ceará Medico*, em meados de 1917, o Dr. Manuelito Moreira relatava o caso da senhora “M. R. C., branca, 31 annos, brasileira, cearense, moradora á rua S. Luiz, casada, domestica”¹⁸², acometida de moléstia gravídica denominada placenta prévia. A paciente deu entrada na Maternidade Dr. João Moreira no dia 16 de junho de 1915, aos nove meses de gestação, apresentando fortes hemorragias uterinas que se acentuaram após o parto. Diante da gravidade do quadro, o Dr. Manuelito Moreira informava que

Sem perda de tempo foi praticado o tamponamento utero-vaginal a Dührssen, que, como recurso heroico nestes casos, conseguiu a hemostasia [estancamento da hemorragia].

[...]

A parturiente foi deitada em seu leito em posição inclinada, (a cabeça em plano inferior), tendo sido limitada a circulação por meio de ataduras, ligando as raizes dos membros.

O tamponamento utero-vaginal foi retirado após 28 horas, tendo a hemorragia cedido completamente.¹⁸³

O tamponamento útero-vaginal, inserção densa de gazes e substâncias medicamentosas no interior do útero e do canal vaginal, expediente terapêutico com a finalidade de estancar os sangramentos uterinos, foi mantido no corpo da senhora M. R. C. durante 28 horas, ao longo das quais a paciente permaneceu no leito em posição inclinada, tendo os braços e as pernas completamente imobilizados por meio de ataduras. Por mais de um dia, portanto, a paciente não apenas ficou impedida de andar, mas também de realizar mínimos movimentos.

Os registros dos controles terapêuticos por meio da distribuição espacial das pacientes e do cerceamento dos movimentos do corpo são os mesmos que deixam

¹⁸² MOREIRA, Manuelito. OBSERVAÇÃO. Placenta Previa: Hemorragia do Delivramento. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno V, N.º 2, Abril a Junho de 1917, p. 24.

¹⁸³ *Ibidem*, p. 25.

entrever, todavia, as subversões das mulheres diante da disciplina hospitalar. Em caso clínico publicado na revista *Norte Medico*, referente ao mês de setembro de 1915, o Dr. Cesar Cals dava notícia de uma paciente com iniciais “M. C. C., 31 annos de idade, branca, natural do Rio G. do Norte, residente em Fortaleza, casada, domestica, multipara (9 partos normaes) – Entrou para a Maternidade a 12 de Julho de 1915. Diagnostico – Infecção puerperal datando de 7 dias”¹⁸⁴. Ao cabo da segunda semana de tratamento,

[...] a doente que até 2 horas da tarde de 27 de Julho passava regularmente, com tendencia á cura [...], e guardava absoluto repouso, illude a vigilancia da enfermeira e vae até ao corredor, onde é accometida subita e abruptamente de dyspnéa intensa, cyanose dos labios e da face, suores profusos, algidez das extremidades, pulso rapido, tendo nesta occasião collocado uma das mãos sobre o coração, como que accusando angustia extrema; senta-se então em uma cadeira que lhe é offerecida na qual é transportada para o leito, onde fallece ás 6 horas da tarde, 4 horas depois do accidente, apezar do tratamento energico e mui criteriosamente empregado por seu medico assistente Dr. Gonçalves Moreira.¹⁸⁵

A descrição deste caso clínico, que atribuiu a causa da morte da paciente a um acidente considerado incontornável denominado “embolia pulmonar”, revela o intuito de manter as pacientes da Maternidade Dr. João Moreira sob um regime de vigilância. Regime que, no entanto, muitas vezes se manifestava falho, já que a senhora M. C. C. conseguiu, diga-se de passagem, com significativa facilidade ficar livre dos olhares da enfermeira, e caminhar pelas dependências do serviço obstétrico.

Em resenha publicada na revista *Ceará Medico* referente ao mês de fevereiro de 1933, o Dr. Cesar Cals informava que, desde 1929, a Maternidade Dr. João Moreira foi transferida, da Santa Casa de Misericórdia, para prédio próprio, localizado na Praça Comendador Teodorico, mais conhecida como Praça da Alagoinha. A partir de então, detalhava o médico, o serviço obstétrico dispunha de “30 leitos, sendo 15 para puerperas, 10 para gestantes, 4 para infectadas e 1 para isolamento”¹⁸⁶. No ano de 1935, em opúsculo intitulado “Histórico da Maternidade Dr. João Moreira”, o mesmo médico

¹⁸⁴ CALS, Cesar. OBSTETRICIA. Embolia Pulmonar no decurso da Infecção Puerperal. *Norte Medico*. Fortaleza, Anno III, N.º 1, Setembro de 1915, p. 15.

¹⁸⁵ *Ibidem*, p. 15.

¹⁸⁶ *Idem*. Maternidade Dr. João Moreira. 18º ano de funcionamento. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 2, Fevereiro de 1933, p. 6.

indicava que, àquele ano, o estabelecimento contava com “33 leitos simples e 1 leito de Fowler, sendo 25 para puerperas, 5 para gestantes e 3 para infectadas”¹⁸⁷.



Figura 3. Prédio da Maternidade Dr. João Moreira em meados dos anos 1930. Fonte: CALS, Cesar. Maternidade Dr. João Moreira. 18º ano de funcionamento. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 2, Fevereiro de 1933, p. 6.

A apreciação do aumento da quantidade de leitos e, principalmente, de sua redistribuição na Maternidade Dr. João Moreira, a partir dos anos 1930, fornece importantes indícios sobre a organização dos atendimentos médicos prestados neste estabelecimento.

¹⁸⁷ Idem, 1935, op. cit., p. 4. Introduzido da Maternidade em meados da década de 1930, o leito de Fowler consiste numa espécie de cama hospitalar de alta flexibilidade. Infelizmente, não conseguimos apurar maiores informações sobre seus usos específicos no interior do serviço obstétrico.

Tabela 1. Número de leitos e sua distribuição na Maternidade Dr. João Moreira nos anos 1920 e 1930.

Ano	Total de leitos simples	Leitos para gestantes	Leitos para puerperas	Leitos para infectadas	Leitos para operadas	Leitos de isolamento
1928	26	12	6	4	4	-
1933	30	10	15	4	-	1
1935	33	5	25	3	-	-

Fontes: CALS, Cesar. A Maternidade Dr. João Moreira. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno VII, N.º 1, Setembro de 1928, p. 9; Idem. Maternidade Dr. João Moreira. 18º ano de funcionamento. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 2, Fevereiro de 1933, p. 6-7; Idem. *PRIMEIRO CONGRESSO MEDICO CEARENSE. HISTÓRICO DA MATERNIDADE DR. JOÃO MOREIRA*. Fortaleza: Imprensa Oficial, 1935, p. 4.

De acordo com a tabela acima, elaborada a partir das sucessivas informações fornecidas pelo Dr. Cesar Cals a respeito da distribuição dos leitos da Maternidade Dr. João Moreira, se depreende a existência, por um curto período de tempo, durante os anos 1930, de um leito de isolamento, instalação hospitalar geralmente dedicada a pacientes portadores de doenças contagiosas. Muito embora o aparecimento do leito de isolamento não tivesse constituído pauta nos textos de autoria dos médicos do estabelecimento, é possível levantar a hipótese de que, quando funcionando nas dependências da Santa Casa de Misericórdia, o serviço obstétrico não tivesse necessidade desta espécie de instalação pelo fato de provavelmente já existir uma congênere no prédio do Hospital da Misericórdia. Nesse sentido, a mudança para sede própria parece ter exigido da Maternidade Dr. João Moreira um leito de isolamento, para a qual deveriam ser encaminhadas imediatamente as pacientes que chegavam ao serviço obstétrico com algum sintoma de moléstia contagiosa. A extinção desta instalação, ainda na primeira metade dos anos 1930, é fenômeno de difícil compreensão. Muito provavelmente, os médicos da Maternidade Dr. João Moreira tivessem resolvido não mais receber mulheres portadoras de doenças contagiosas, supostamente levando em consideração seja o perigo que ofereciam às demais pacientes internadas, seja a existência de serviços médicos locais, públicos e filantrópicos, dedicados a esta série específica de doentes ¹⁸⁸.

¹⁸⁸ Em 1922, o Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural, órgão público criado a partir de um contrato selado entre o governo do estado e o governo da União, organizou o Serviço de Lepa e Doenças

Infere-se também da tabela acima a supressão, a partir dos anos 1930, dos leitos de operadas, antes existentes na Maternidade Dr. João Moreira em número de quatro. Esta modificação, cuja motivação não é explicitada pelos registros do serviço obstétrico, pode ter sido tributária de novas resoluções sobre a natureza dos atendimentos médicos prestados neste estabelecimento. Com a transferência do serviço obstétrico para prédio próprio, suas antigas dependências do Hospital da Misericórdia parecem ter sido aproveitadas para a organização de uma enfermaria de cirurgia ginecológica, a 6ª Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia, também chamada de Enfermaria de Mulheres. Importante marco, embora não definitivo, da bifurcação das especialidades médicas voltadas para o corpo da mulher, a saída do serviço obstétrico do prédio da Santa Casa de Misericórdia expressou, ao que parece, uma tendência de restringir os trabalhos da Maternidade Dr. João Moreira aos casos estritamente obstétricos, e, ao mesmo tempo, de deixar os atendimentos ginecológicos para a Enfermaria de Mulheres, a partir de então, em funcionamento no Hospital da Misericórdia. Ora, uma vez realizando majoritariamente operações de natureza obstétrica, muitas das quais consideradas mais simples do que as operações de ventre, nas quais se praticava incisões abdominais mais ou menos profundas, é plausível pensar que os médicos da Maternidade Dr. João Moreira tivessem passado a ver os leitos exclusivos para mulheres operadas como dispensáveis, sendo que a sala para operadas muito provavelmente se fundiu com a sala das puerperas, cujos leitos aumentaram sensivelmente ao longo dos anos 1930.

As mudanças na organização espacial da Maternidade Dr. João Moreira a partir de sua transferência para sede própria compreenderam igualmente a diminuição dos leitos para gestantes. Duas hipóteses não isoladas podem ser levantadas a respeito desta questão. Em primeiro lugar, é possível supor que os médicos do estabelecimento tivessem se dado conta de que a grande maioria das mulheres que iam ter à Maternidade Dr. João Moreira era composta de gestantes que, esgotados os recursos domiciliares da assistência ao parto, já chegavam ao serviço obstétrico na iminência da parturição, permanecendo, pois, pouquíssimo tempo na sala das gestantes ou mesmo queimando esta etapa dos atendimentos médicos. Acrescido ao fenômeno da busca tardia das parturientes pelos serviços da Maternidade Dr. João Moreira – denunciando, pois, que os serviços hospitalares não figuravam como a primeira opção no encaminhamento da

Venéreas, mantendo um posto de trabalho em Fortaleza; e em 1929 foi fundado o Leprosário Antônio Diogo, na localidade de Canafístula, mantido pela iniciativa filantrópica.

assistência à parturição –, é plausível supor também que a diminuição dos leitos da sala das gestantes apresentasse o intuito de não permitir a entrada de mulheres pobres que, grávidas antes do termo, recorriam ao estabelecimento hospitalar como meio de conseguir alguns benefícios, como alimentos e roupas, fato que não deveria ser tão raro na capital cearense, mormente em tempos de seca.

Por fim, as mudanças na distribuição dos leitos da Maternidade Dr. João Moreira ao longo dos anos 1930 deixam entrever o sensível aumento dos leitos dedicados às puerperas. Possivelmente, como já foi dito, o número de leitos das puerperas cresceu em virtude da agregação das unidades antes reservadas às operadas. Todavia, além disso, há que se ter em conta que, se a maioria das pacientes que entrava para a Maternidade Dr. João Moreira já estava na iminência da parturição, e, portanto, quase não permanecia na sala das gestantes, estas mesmas mulheres passavam necessariamente pela sala das puerperas, compartimento em que deveriam permanecer no mínimo 8 dias, período considerado suficiente para o restabelecimento do corpo e, principalmente, para anular as possibilidades de infecção puerperal. Mais frequentada, e por mais tempo, do que a sala das gestantes, a ala das puerperas passava a demandar, pois, maior número de leitos.

Também durante os anos 1930, os leitos da Maternidade Dr. João Moreira sofreram um pequeno aumento; não o suficiente, entretanto, para que o serviço obstétrico pudesse alcançar considerável porte, o que pode ser observado a partir da relação entre a estimativa da população-alvo do serviço obstétrico e o número de leitos disponíveis; e da comparação desta relação com aquela apresentada pela Santa Casa de Misericórdia, na segunda metade do século XIX.

Tabela 2. Número de leitos da Maternidade Dr. João Moreira relativamente à estimativa da população feminina de Fortaleza entre os anos 1920 e 1930.

Ano	População de Fortaleza	Estimativa da população feminina (1/3 do total)	Total de leitos da Maternidade	Quantidade de mulheres para 1 leito
1928	120.817	40.272	26	1.548
1933	136.386	45.462	30	1.515
1935	143.277	47.759	33	1.447

Fontes: IBGE; CALS, Cesar. A Maternidade Dr. João Moreira. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno VII, N.º 1, Setembro de 1928, p. 9; Idem. Maternidade Dr. João Moreira. 18º ano de funcionamento. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 2, Fevereiro de 1933, p. 6-7; Idem. *PRIMEIRO CONGRESSO MEDICO CEARENSE. HISTÓRICO DA MATERNIDADE DR. JOÃO MOREIRA*. Fortaleza: Imprensa Oficial, 1935, p. 4.

Tabela 3. Número de leitos da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza relativamente à população de Fortaleza na segunda metade do século XIX.

Ano	População de Fortaleza (aproximada)	Total de leitos da Santa Casa de Misericórdia	Número de pessoas para 1 leito
1861	19.264	80	240
1894	40.902	270	151

Fontes: IBGE; LEAL, Vinicius Barros. *História da Medicina no Ceará*. Fortaleza: Secretaria de Cultura, Desporto e Promoção Social, 1978, p. 120-122.

De acordo com o Dr. Vinicius Barros Leal, ao longo dos anos 1860, a relação de 1 leito da Santa Casa de Misericórdia para 240 habitantes era considerada, para aquele tempo, satisfatória, podendo “atender a uma população bem maior do que a existência na época, na Capital”¹⁸⁹. Nas décadas seguintes, esta relação tendeu a diminuir, chegando, já nos anos 1890, quase à metade do que fora trinta anos antes, fenómeno propiciado pela crescente positividade da saúde e concomitante valorização dos médicos, que paulatinamente iam incluindo em sua prática profissional os atendimentos hospitalares. Ora, se já no final dos oitocentos a relação de 1 leito da Santa Casa de Misericórdia para mais de 150 habitantes podia rapidamente ser considerada insuficiente, dado o aumento progressivo da população da capital cearense, imagine-se

¹⁸⁹ LEAL, Vinicius Barros. *História da Medicina no Ceará*. Fortaleza: Secretaria de Cultura, Desporto e Promoção Social, 1978, p. 120

então o porte de um estabelecimento hospitalar que, durante as primeiras décadas do século passado, guardava a relação de 1 leito para mais de 1000 pessoas, como era o caso da Maternidade Dr. João Moreira.

Contrariamente à Santa Casa de Misericórdia, que figurava como um estabelecimento hospitalar dedicado, de fato, a amplas parcelas da população de Fortaleza, a Maternidade Dr. João Moreira parecia não apresentar o intuito de receber grandes quantidades de mulheres que necessitassem de atendimentos obstétricos. Em nenhum momento, os médicos da Maternidade Dr. João Moreira manifestaram qualquer postura próxima à sistematização do parto hospitalar¹⁹⁰, antes apregoavam a necessidade de remodelar a assistência ao parto domiciliar, donde o fato de a instrução de parteiras realizada no serviço obstétrico, realizada através de seu Curso de Parteiras Diplomadas, ter sido considerada a parte mais importante do estabelecimento hospitalar, e não propriamente a série de atendimentos médicos prestada à população em suas enfermarias. Do ponto de vista dos médicos, o ensino obstétrico, como de resto o de todas as especialidades médicas, como já foi dito, estava condicionado pela experiência clínica, em geral adquirida junto às pacientes, nas enfermarias hospitalares. Nesse sentido, o pequeno número de mulheres atendidas na Maternidade Dr. João Moreira parecia constituir uma amostragem mais do que suficiente para que as futuras parteiras diplomadas obtivessem a prática do ofício e prosseguissem à remodelação do parto, que continuava, na perspectiva dos médicos locais, a se manter preferencialmente como evento domiciliar.

Estabelecimento hospitalar dedicado ao atendimento obstétrico de pequena parcela das mulheres da cidade, sobre cujos corpos os médicos promoviam a instrução de parteiras, a Maternidade Dr. João Moreira era destino privilegiado de pacientes pobres. No ano de 1930, em resenha sobre o serviço obstétrico, o jornalista Theo Cabral escrevia que

A Maternidade recebe gratuitamente as mulheres indigentes que lhe batem á generosa porta a qualquer hora do dia ou da noite e fornece-lhes assistencia obstetrica e medica, clinica e operatoria, tecto, cama, alimentos e medicação

¹⁹⁰ De acordo com Maria Lúcia de Barros Mott, no Brasil, a “indicação do hospital como lugar ideal e seguro para as mulheres darem à luz é uma recomendação que passa a ser divulgada na literatura médica, com mais ênfase, a partir da década de 1930”, Cf.: MOTT, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). In: *Projeto História*. São Paulo. Nº. 25. Dezembro de 2002, p. 198. Expressos, prioritariamente, entre os médicos do Rio de Janeiro e de São Paulo, os discursos em prol da hospitalização sistemática do parto parecem não ter repercutido entre os médicos da capital cearense, pelo menos até meados dos anos 1930.

por oito dias, quando os partos são normaes, e por tanto tempo quanto necessario para as que soffrem qualquer complicação pathologica.¹⁹¹

O tratamento gratuito oferecido nas enfermarias da Maternidade Dr. João Moreira, que podia ter duração indeterminada, compreendia ademais alimentação, roupas e um lugar para dormir. A acolhida no serviço obstétrico exigia em troca, da parte da paciente, a disponibilização quase irrestrita de seu corpo para a instrução de aprendizes de parteira e também, diga-se de passagem, para o aprofundamento da experiência clínica dos médicos, o que incluía a realização de procedimentos obstétricos considerados arriscados. Internadas nas dependências do serviço obstétrico, a que recorriam em geral quando acometidas de alguma complicação a qual seus recursos usuais de assistência ao parto não conseguiam contornar, as mulheres humildes faziam a fama da Maternidade Dr. João Moreira de “hospital de parturiente pobre e dystocica”¹⁹².

Muito embora a Maternidade Dr. João Moreira constituísse um serviço obstétrico voltado deliberadamente às mulheres pobres da cidade, o jornalista Theo Cabral informava que “não lhe aproveitam os serviços apenas as indigentes propriamente ditas. Muitas senhoras da classe media colhem os beneficios da Maternidade, que incluye a alimentação e necessarios cuidados aos recém-nascidos”¹⁹³. Registro raro, por meio do qual se vislumbra a possibilidade da convivência, nas enfermarias do serviço obstétrico, de mulheres pertencentes a diferentes extratos sociais¹⁹⁴, a afirmativa do jornalista Theo Cabral indica igualmente que a Maternidade Dr. João Moreira não se restringia unicamente aos atendimentos sobre o corpo das mulheres, mas podia incluir também os cuidados com os corpos dos recém-nascidos.

Muito possivelmente tomando nota da Maternidade Dr. João Moreira pelos diversos contatos diretos e indiretos que podiam travar com as parteiras diplomadas, atuantes na capital cearense desde 1916, as mulheres pobres que iam ter ao estabelecimento hospitalar pareciam chegar, em maior número, por conta própria ou

¹⁹¹ CABRAL, Theo. Benemérita Instituição. O que é e o que representa a Maternidade Dr. João Moreira. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno IX, N.º 9, Setembro de 1930, p. 16-17.

¹⁹² AGUIAR, Virgilio de. A Maternidade Dr. João Moreira. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno XII, N.º 2, Fevereiro de 1933, p. 3. *Distócica* era a parturiente que apresentava *distocia*, dificuldade mecânica que pode surgir na hora do parto, dificultando a expulsão do feto.

¹⁹³ CABRAL, op. cit., p. 17.

¹⁹⁴ Importa ressaltar que, a partir de 1928, com a fundação das primeiras casas de saúde da capital cearense, a Casa de Saúde São Lucas e a Casa de Saúde Dr. Cesar Cals, ambas destinadas a pacientes pagantes, as mulheres de razoável condição financeira passaram a contar com atendimento hospitalar diferenciado caso apresentassem complicações durante o parto dificilmente contornáveis pelos recursos da assistência domiciliar.

levadas por alguém de sua relação. Casos havia também em que algumas mulheres eram encaminhadas à Maternidade Dr. João Moreira pelos próprios médicos, seja quando, durante o atendimento domiciliar, os doutores vislumbravam dificuldades que só poderiam ser superadas em enfermarias hospitalares, seja quando, atendendo em instituições não especializadas, os médicos achavam por bem conduzir a paciente para o serviço obstétrico. Em meados dos anos 1930, o Dr. Clovis Barbosa de Moura relatava um episódio, por ele qualificado de pitoresco, protagonizado por uma senhora que chegara à Enfermaria de Mulheres da Santa Casa de Misericórdia entre finais dos anos 1920 e começo do decênio seguinte:

Mulher já madura, entra para ser operada de tumor uterino, enviada por ilustrado collega, que não a examinara. Nega com admiravel firmeza dos matyres christãos, qualquer homenagem a Venus.

Entretanto o exame directo procedido pelo dr. José Frota, revela a existência de um fêto de seis para sete meses.

A senhora vae ser transferida para a Maternidade; isto é um filho, diz-lhe o dr. Frota, sem preambulo. A mulherzinha desapontada, não se dá por vencida e recrimina-se, em forma de explicação: ‘Bem que me disseram que os ares de Palmeiras eram damnados p’ra isto’.¹⁹⁵

Registro precioso, em que dois médicos divergiam drasticamente quanto ao diagnóstico do estado orgânico de uma mulher, considerada ora portadora de tumor uterino, ora grávida, o excerto acima dá conta de um procedimento que pareceu ser comum depois que a Maternidade Dr. João Moreira se mudou para sede própria, a saber, a transferência, por ordem médica, de pacientes da Enfermaria de Mulheres para o serviço obstétrico – sendo que o trajeto contrário também deve ter acontecido.

Além de serem encaminhadas à Maternidade Dr. João Moreira por profissionais da saúde, como médicos e parteiras diplomadas, as pacientes podiam chegar ao estabelecimento hospitalar acompanhadas de autoridades policiais. Assim ocorria com as mulheres acusadas de crime de infanticídio, conduzidas ao serviço obstétrico para a realização de exames confirmadores do parto e mesmo para se submeterem a tratamentos adequados quando apresentavam distúrbios orgânicos desenvolvidos das condições consideradas precárias em que se dera a parturição. Foi o que aconteceu com “Maria Neusa de Oliveira, solteira, com 18 anos de idade” que, em dias de novembro de 1932, dera à luz e, em seguida, supõe-se, assassinara seu rebento. Notificado do caso,

¹⁹⁵ Disposto a não perder a piada, o médico continuou: “Palmeiras é um sitio saudavel, que demora nas proximidades de Mecejana. Logar bucolico e propicio as contemplações mysticas da natureza. [...] Talvez numa destas contemplações, sob um luar de prata, embalada pelas caricias de uma brisa perfumada, tenha sido fecundada, como as flores... pelos ares de Palmeiras”. MOURA, Clovis. Movimento geral da 6.^a Enfermaria da Santa Casa de Misericordia de Fortaleza, de 11 de Junho de 1929 a 31 de Julho de 1932. LIGEIRAS CONSIDERAÇÕES. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 5, Maio de 1933, p. 25.

o “Dr. Ubirajara Negreiros [delegado de polícia] tomou as providências necessárias, internando a parturiente na Maternidade em virtude de estar a mesma necessitando de cuidados médicos”¹⁹⁶.

Em resenha sobre a Maternidade Dr. João Moreira, publicada na revista *Ceará Medico* referente ao mês de fevereiro de 1933, o Dr. Cesar Cals informava que

O numero de matriculadas [na Maternidade] que em 1915 foi de 385 atingio em 1932 ao respeitável numero de 903 – E’ bem exato que este último ano foi anormal, em virtude da sêca que fez convergir para a capital uma grande leva de flagelados. Despresando-se, portanto, esse ano, busquemos a cifra de 1931 em que as matriculadas se elevaram a 552, mais ou menos o dobro de 1915.¹⁹⁷

Ora, se do ponto de vista dos números brutos, a quantidade de mulheres atendidas anualmente na Maternidade Dr. João Moreira, desde sua fundação até meados dos anos 1930, sofreu visível crescimento, comparando-se estes números com as cifras das sucessivas estimativas da população feminina de Fortaleza, algumas nuances podem ser vislumbradas:

¹⁹⁶ *O Nordeste*. Fortaleza, 12 nov. 1932, p. 03. Tentativa de Infanticídio. Deu a’ luz a criança e enterrou-a no quintal. O Caso na Polícia. Apud ATAYDE, Marla Albuquerque. “*MULHERES INFANTICIDAS*”: O crime de Infanticídio na cidade de Fortaleza na primeira metade do século XX. Dissertação de Mestrado, UFC. Fortaleza, 2007, p. 37.

¹⁹⁷ CALS, op. cit., Fevereiro de 1933, p. 8.

Tabela 4. Número de mulheres atendidas anualmente na Maternidade Dr. João Moreira em relação à estimativa da população feminina da cidade; média de mulheres atendidas por dia, entre 1915 e 1933.

Ano	População de Fortaleza	Estimativa da população feminina (1/3 do total)	Mulheres atendidas na Maternidade ao longo do ano	Média de mulheres entradas por dia	% anual sobre a estimativa da população feminina
1915	73.223	24.407	285	0,7	1,16%
1916	74.330	24.776	293	0,8	1,18%
1917	75.454	25.151	325	0,8	1,29%
1918	75.595	25.198	313	0,8	1,24%
1919	77.753	25.917	396	1,0	1,52%
1920	78.536	26.187	359	0,9	1,37%
1921	81.160	27.053	345	0,9	1,27%
1922	104.852	34.950	369	1,0	1,05%
1923	107.357	35.785	406	1,1	1,13%
1924	109.922	36.640	421	1,1	1,14%
1925	112.549	37.516	407	1,1	1,08%
1926	115.239	38.413	391	1,0	1,01%
1927	117.995	39.331	485	1,3	1,23%
1928	120.817	40.272	495	1,3	1,22%
1929	123.707	41.235	514	1,4	1,24%
1930	126.666	42.222	532	1,4	1,26%
1931	129.827	43.275	546	1,4	1,26%
1932	133.066	44.355	903	2,4	2,03%
1933	136.386	45.462	753	2,0	1,65%

Fontes: IBGE; CALS, Cesar. Maternidade Dr. João Moreira. 18º ano de funcionamento. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 2, Fevereiro de 1933, p. 19; Idem. *PRIMEIRO CONGRESSO MEDICO CEARENSE. HISTÓRICO DA MATERNIDADE DR. JOÃO MOREIRA*. Fortaleza: Imprensa Oficial, 1935, p. 18.

Com efeito, mesmo que a quantidade de pacientes atendidas anualmente na Maternidade Dr. João Moreira, entre os anos de 1915 e 1933, tenha mais do que duplicado, o estabelecimento hospitalar só recebia, por ano, em média, 1,3% do total estimado de mulheres de Fortaleza, o que correspondia à média de 1,1 mulheres entradas por dia no serviço obstétrico. Apenas em um ano, em 1932, a Maternidade Dr. João Moreira atendeu em suas enfermarias um número de pacientes correspondente a mais de 2% da estimativa da população feminina, o que foi suficiente para que os médicos do serviço obstétrico, dando entrada à média diária de mais de 2 pacientes, decretassem sua superlotação. Tal fenômeno se explica pela eclosão de forte seca no sertão do estado, fazendo da capital cearense o destino privilegiado de levas de retirantes que se aglomeravam no conjunto de instituições filantrópicas da cidade.

Sobre a natureza dos diversos atendimentos médicos prestados na Maternidade Dr. João Moreira, é possível colher algumas informações da tabela abaixo, elaborada a partir das informações estatísticas fornecidas pelas resenhas assinadas pelo Dr. Cesar Cals.

Tabela 5. Número de mulheres que deram à luz, mulheres tratadas por infecção puerperal e mulheres que sofreram outros atendimentos relativamente à quantidade de mulheres entradas na Maternidade Dr. João Moreira entre 1915 e 1933.

Ano	Mulheres entradas	Mulheres que tiveram assistência ao parto		Mulheres entradas por infecção puerperal		Mulheres que sofreram outros atendimentos	
1915	285	173	60,70 %	7	2,45 %	105	36,84 %
1916	293	186	63,48 %	17	5,80 %	90	30,71 %
1917	325	218	67,07 %	15	4,61 %	92	28,30 %
1918	313	185	59,10 %	24	7,66 %	104	33,22 %
1919	396	281	70,95 %	13	3,28 %	102	25,75 %
1920	359	267	74,37 %	19	5,29 %	73	20,33 %
1921	345	246	71,30 %	20	5,79 %	79	22,89 %
1922	369	211	57,18 %	27	7,31 %	131	35,50 %
1923	406	247	60,83 %	28	6,89 %	131	32,26 %
1924	421	306	72,68 %	8	1,90 %	107	25,41 %
1925	407	302	74,20 %	12	2,94 %	93	22,85 %
1926	391	304	77,74 %	10	2,55 %	77	19,69 %
1927	485	354	72,98 %	13	2,68 %	118	24,32 %
1928	495	365	73,73 %	9	1,81 %	121	24,44 %
1929	514	420	81,71 %	10	1,94 %	84	16,34 %
1930	532	438	82,33 %	9	1,69 %	85	15,97 %
1931	546	440	80,58 %	13	2,38 %	93	17,03 %
1932	903	748	82,83 %	11	1,21 %	144	15,94 %
1933	753	602	79,94 %	13	1,72 %	138	18,32 %

Fonte: CALS, Cesar. Maternidade Dr. João Moreira. 18º ano de funcionamento. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 2, Fevereiro de 1933, p. 19-21; Idem. *PRIMEIRO CONGRESSO MEDICO CEARENSE. HISTÓRICO DA MATERNIDADE DR. JOÃO MOREIRA*. Fortaleza: Imprensa Oficial, 1935, p. 18.

Do quadro acima, depreende-se que a assistência ao parto, como era de se esperar, constituiu o atendimento médico predominante nas enfermarias da Maternidade

Dr. João Moreira. Correspondendo, em todo o período de estudo, a mais de 50% do total dos atendimentos prestados no serviço obstétrico, a assistência ao parto sofreu visível aumento a partir de 1929, fenômeno possivelmente tributário da maior procura pelo estabelecimento hospitalar por parte de gestantes e parturientes e, simultaneamente, pela diminuição dos atendimentos ginecológicos que, a partir daquele ano, passaram a ser divididos com a Enfermaria de Mulheres da Santa Casa de Misericórdia. A preocupação dos médicos do estabelecimento em discriminar as pacientes entradas por infecção puerperal indica que os procedimentos terapêuticos dedicados a esta enfermidade tomavam parte importante dos trabalhos da Maternidade Dr. João Moreira. Importa ressaltar a respeito dos números de infectadas acima descritos, a não inclusão das mulheres infectadas que contraíram a moléstia no interior do estabelecimento hospitalar, estas últimas inseridas, pois, nas cifras das gestantes. O conjunto significativo das demais mulheres que davam entrada no serviço obstétrico sem terem seus atendimentos discriminados pode incluir pacientes com moléstias gravídicas que, muito embora tivessem recebido tratamento no estabelecimento hospitalar, findaram por não darem à luz em suas enfermarias; e também puerperas que apresentavam disfunções orgânicas distintas da infecção puerperal. Podem estar incluídas neste vasto grupo igualmente as mulheres com problemas ginecológicos que, a despeito do funcionamento da Enfermaria de Mulheres da Santa Casa de Misericórdia, ainda eram recebidas pela Maternidade Dr. João Moreira, muito embora, supomos, em quantidade menor.

Relativamente à eficiência dos atendimentos prestados pela Maternidade Dr. João Moreira, a tabela abaixo, elaborada e publicada pelo Dr. Cesar Cals em resenha que veio à baila na revista *Ceará Medico* referente ao mês de fevereiro de 1933, fornece informações importantes:

Tabela 6. Número de altas e de falecimentos em relação às mulheres entradas na Maternidade Dr. João Moreira, entre 1915 e 1933.

Ano	Mulheres entradas	Altas curadas		Altas a pedido		Altas melhoradas		Falecimentos	
1915	285	213	74,73%	43	15,08%	6	2,10%	7	2,45%
1916	293	245	79,28%	39	12,62%	6	1,94%	7	2,26%
1917	325	262	77,74%	35	10,38%	14	4,15%	9	2,67%
1918	313	284	86,06%	24	7,27%	0	0,00%	4	1,21%
1919	396	366	82,35%	17	4,16%	0	0,00%	5	1,22%
1920	359	350	92,34%	18	4,74%	0	0,00%	6	1,58%
1921	345	321	91,71%	8	2,28%	1	0,28%	8	2,28%
1922	369	351	92,12%	18	4,72%	1	0,26%	4	1,04%
1923	406	359	86,92%	27	6,53%	1	0,24%	12	2,90%
1924	421	388	89,19%	27	6,20%	0	0,00%	7	1,60%
1925	407	371	88,33%	19	4,52%	0	0,00%	11	2,61%
1926	391	379	92,43%	19	4,63%	0	0,00%	3	0,73%
1927	485	448	90,68%	18	3,64%	2	0,40%	13	2,63%
1928	495	461	90,74%	21	4,13%	3	0,59%	11	2,16%
1929	514	504	95,81%	7	1,33%	0	0,00%	5	0,95%
1930	532	511	94,28%	4	0,73%	1	0,18%	3	0,55%
1931	546	552	97,01%	2	0,35%	0	0,00%	6	1,05%
1932	903	864	94,73%	10	1,09%	0	0,00%	8	0,87%
1933	753	735	93,86%	13	1,66%	4	0,51%	14	1,78%

Fonte: CALS, Cesar. Maternidade Dr. João Moreira. 18º ano de funcionamento. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 2, Fevereiro de 1933, p. 19; Idem. *PRIMEIRO CONGRESSO MEDICO CEARENSE. HISTÓRICO DA MATERNIDADE DR. JOÃO MOREIRA*. Fortaleza: Imprensa Oficial, 1935, p. 18.

Os índices de altas curadas na Maternidade Dr. João Moreira, cuja menor cifra deu-se no primeiro ano de funcionamento do estabelecimento, tendeu a aumentar ao longo dos anos, mantendo-se curiosamente acima dos 93% durante o período em que o

serviço obstétrico passou a funcionar em sede própria. A categoria das altas melhoradas, relativas às pacientes que deixavam o estabelecimento hospitalar ainda não completamente restabelecidas, mas tendendo à cura, se manteve ente 2 e 4% nos três primeiros anos de atividade da instituição, e guardou nos demais anos cifras menores a 1%, indicando, pois, que as mulheres pareciam permanecer mais tempo nas enfermarias da Maternidade Dr. João Moreira, de onde só saíam, em grande maioria, quando seus estados orgânicos se apresentavam totalmente restituídos. Os índices de falecimento apresentaram variação irregular, não alcançando, todavia, em nenhum dos anos em estudo, a taxa de 3%.

Se a análise estatística dos atendimentos prestados na Maternidade Dr. João Moreira permite concluir pela visível eficiência do serviço obstétrico, os números também deixam entrever, por outro lado, a existência de relutâncias por parte das mulheres diante dos procedimentos realizados no serviço obstétrico. Com efeito, além do registro já citado em que a paciente iludiu a vigilância da enfermeira e se deslocou “irregularmente” de seu leito, a alusão, nas próprias estatísticas do estabelecimento, de uma modalidade de alta denominada de “a pedido” vem reforçar o fato de que as mulheres atendidas na Maternidade Dr. João Moreira nem sempre eram completamente dóceis aos expedientes terapêuticos realizados nas enfermarias do estabelecimento. Referidas como os casos em que as pacientes rejeitavam explicitamente os tratamentos prescritos e abandonavam o estabelecimento hospitalar, as cifras de altas a pedido flutuaram entre 7 e 15% durante os quatro primeiros anos de atividade do serviço obstétrico, sobrevivendo em seguida sua progressiva diminuição que, a partir 1929, quando a Maternidade Dr. João Moreira se encontrava em sede própria, não ultrapassaram 1,6%, embora, importa ressaltar, nunca tivessem deixado de existir.

O *Almanach do Ceará para o anno de 1916* indicava os seguintes médicos que prestavam serviços na Maternidade Dr. João Moreira: “Medico e fundador – Dr. Manoelito Moreira. Ajudante – Dr. Cesar Cals de Oliveira. Auxiliares – Drs. Carlos da Costa Ribeiro e Antonio Gonçalves Moreira”¹⁹⁸. O Dr. Manoelito Moreira, fundador da Maternidade Dr. João Moreira, manteve-se em sua direção clínica até o ano de 1923, quando, por conta de compromissos políticos, se mudou para o Rio de Janeiro. Desde então, o serviço obstétrico passou a ser dirigido pelo Dr. Cesar Cals de Oliveira que, no mesmo ano de 1923, convidou o Dr. José Ribeiro da Frota para assumir o posto de vice-

¹⁹⁸ *Almanach do Ceará para o anno de 1916*, p. 124.

diretor do estabelecimento. Ambos os médicos permaneceram nestes cargos até, pelo menos, o final dos anos 1930. O Dr. Carlos da Costa Ribeiro constituiu o corpo clínico da Maternidade Dr. João Moreira apenas durante os primeiros anos de funcionamento do estabelecimento, tendo depois se ocupado, no final dos anos 1910, com a assunção da Inspeção de Higiene do Estado e, em seguida, com a fundação do Instituto Pasteur de Fortaleza. Por sua vez, o Dr. Gonçalves Moreira também permaneceu pouco tempo enquanto médico da Maternidade Dr. João Moreira, já que no final dos anos 1910 transferiu residência para outra localidade. Ainda neste decênio, se tem notícia de que o Dr. Antonio Messiano assumiu, durante o ano de 1917, o serviço de infectadas do estabelecimento hospitalar. Já no começo dos anos 1930, a Maternidade Dr. João Moreira contava com os serviços da Dra. Maria de Souza Cavalcante. Também neste período, o Dr. J. Deusdedit foi integrado ao corpo clínico do serviço obstétrico que também passou a contar com os trabalhos dos Drs. Juvenil Hortencio e Osvaldo Soares.

Muito embora a maioria dos escritos relativos às atividades da Maternidade Dr. João Moreira aludissem prioritariamente às atividades desempenhadas pelos médicos que prestavam atendimentos no estabelecimento, importa ressaltar a presença de outros profissionais que também trabalhavam no serviço obstétrico. Nesse sentido, enquanto esteve alojada nas dependências da Santa Casa de Misericórdia, a Maternidade Dr. João Moreira parece ter contado com algumas enfermeiras do Hospital da Misericórdia, cujas identificações, bem como formações e/ou licenças profissionais são de difícil conhecimento. A partir de 1916, quando o serviço obstétrico começou a formar parteiras diplomadas, algumas destas profissionais passaram a trabalhar na própria Maternidade Dr. João Moreira.

Nos anos 1930, as “irmãs franciscanas, sendo a superiora a madre Escolastica Maria”¹⁹⁹, prestavam importantes serviços ao estabelecimento hospitalar, se encarregando, entre outras coisas, dos serviços internos, que compreendiam possivelmente organização, arrumação e limpeza. Também neste decênio, o jornalista Theo Cabral, em texto sobre a Maternidade Dr. João Moreira, escrevia que

Nesta breve resenha sobre o que é e o que representa, em Fortaleza, a Maternidade Dr. João Moreira, seria uma injustiça esquecer os nomes de Irmã Augustinha, que dirige a administração das assistentes sras. Joanna Ferreira e Raymunda Monteiro, parteiras diplomadas, que realizam, com tanta competência quanta dedicação, o serviço de partos.²⁰⁰

¹⁹⁹ *Almanach do Ceará para o anno de 1931*, p. 167.

²⁰⁰ CABRAL, op. cit., p. 18.

De acordo com o jornalista Theo Cabral, as três assistentes diplomadas eram “superintendidas pelos medicos, que são chamados, de dia ou de noite sempre que surge um caso delicado, que lhes reclame a presença e cuidados de obstetricia e cirurgia”²⁰¹. De uma forma geral, as parteiras diplomadas recebiam as mulheres que chegavam ao serviço obstétrico, realizavam os primeiros exames, davam pareceres diagnósticos, assistiam aos partos considerados normais, auxiliavam os médicos quando se tratava de parturições complicadas, realizavam os acompanhamentos médicos e terapêuticos dedicados às gestantes e puerperas que se encontravam nas enfermarias do serviço obstétrico.

Importa ressaltar que o regime de trabalho integral das assistentes diplomadas no interior do serviço obstétrico, fator atrativo das mulheres da cidade para a Maternidade Dr. João Moreira, contrastava com o tempo despendido pelos médicos na realização dos atendimentos às pacientes internadas no estabelecimento hospitalar, geralmente mais curto, já que tinham, quase todos, diversas outras ocupações. O Dr. Cesar Cals, por exemplo, durante o período em que prestava serviços à Maternidade Dr. João Moreira, assumindo inclusive o cargo de seu diretor, continuava a realizar atendimentos médicos em seu consultório e no domicilio de algumas pacientes; em 1924, assumiu o cargo de deputado estadual, e passou a dirigir, a partir de 1929, a Casa de Saúde Dr. Cesar Cals, estabelecimento hospitalar destinado a pensionistas. Diante disso, é bem possível que, na Maternidade Dr. João Moreira, as parteiras diplomadas tivessem permanecido a maior parte do tempo sem a supervisão, ao menos contínua, dos médicos, realizando, pois, livremente a maior parte dos trabalhos do serviço obstétrico.

²⁰¹ Ibidem, p. 17.

2.2 O útero e as trações

Em uma *Lição* do Curso de Parteiras Diplomadas da Maternidade Dr. João Moreira, o Dr. Cesar Cals escrevia que o útero era o “órgão da parturição porque contribue com suas contracções para expulsão do feto e seus anexos”²⁰². Excerto muscular, o útero era assemelhado a uma máquina de tracionar, empreendendo, durante o parto, uma sequência contínua de forças sobre o corpo fetal. Do ponto de vista dos médicos, o órgão uterino realizava um trabalho “centrado nas vertentes das forças, suas dificuldades e suas durabilidades, seus movimentos confrontados às resistências e às durabilidades”²⁰³. Inserida no domínio dos eventos movidos pelos vigores físicos, a parturição era vista, ademais, como um processo autônomo, realizando-se “espontaneamente e integralmente, sob a influencia das forças naturaes”²⁰⁴. Segundo os médicos, portanto, o evoluer do parto inscrevia o corpo feminino numa natureza muscular e auto-gerida.

Nem sempre, todavia, o excerto uterino conseguia efetuar de forma integral os trabalhos de tração expulsiva. Algumas parturientes podiam apresentar desordens orgânicas que, do ponto de vista dos médicos, desvirtuavam os trabalhos do útero, impedindo o desenrolar espontâneo ou “natural” da parturição. Nestas ocasiões, os médicos deveriam se valer das intervenções obstétricas, procedimentos técnicos mais profundos cujo emprego qualificava um parto como “artificial”. Dentre os vários distúrbios apresentados pelas parturientes que podiam inviabilizar os partos naturais, ganhava destaque a série de morbidades classificadas como *auto-intoxicação* ou *toxemia gravídica*.

No número da revista *Norte Medico* correspondente ao mês de outubro de 1915, o Dr. Cesar Cals publicava o caso clínico de

Mulher de côr parda, com 18 annos de idade, brasileira, cearense, casada, primigesta, no 7.º mez de gestação entrada para a Maternidade no dia 2 de Julho de 1915, em mao estado geral, anemia accentuada e apresentando enorme edema da vulva cujos labios attingiam cerca de 10 centimetros de altura e enorme espessura; edema doloroso exsudativo deixando surdir continuamente abundante secreção serosa clara. Dyspnéa [dificuldade de

²⁰² CALS, Cesar. Curso de Parteiras Diplomadas da Maternidade Dr. João Moreira. Definição. Situação. Forma e divisão. Descrição. UTERO. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 3, Março de 1933, p. 7-8.

²⁰³ VIGARELLO, Georges. ‘Ciência do Trabalho’ e imaginário do corpo. In: *Projeto História*, N.º 34. Junho de 2007, p. 19.

²⁰⁴ FROTA, Jose. Curso de Parteiras da Maternidade Dr. João Moreira. Cadeira de obstetricia. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 2, Fevereiro de 1933, p. 23.

respiração] mais ou menos accentuada e pulso radial batendo mais de 100 pulsações ao minuto. Ventre de pequenas proporções.²⁰⁵

Após a realização dos primeiros exames, o médico diagnosticou “a origem puramente mechanica, perturbações circulatorias venosas, na genese do edema”²⁰⁶. Encaminhada para a sala das gestantes,

A doente foi posta em repouso, regimen lacteo absoluto, purgativos, medicações diureticas, lavagens vaginaes a agua quente e applicações quentes sobre a vulva. Apesar da medicação e regimen o edema augmentou nos dias seguintes até generalisar-se a todo o corpo e o estado geral aggravou-se sensivelmente.²⁰⁷

Num primeiro momento, o estado mórbido apresentado pela paciente foi atribuído pelo Dr. Cesar Cals a desordens do sistema circulatório, conjunto de estruturas orgânicas constituído, grosso modo, por um emaranhado de vasos no interior dos quais transcorriam os diversos líquidos corporais. Sob o ponto de vista do médico, o crescimento do volume do útero teria acidentalmente acarretado uma espécie de “estrangulamento” de determinado vaso que, impedindo a circulação dos fluidos, findou por concentrá-los na região vulvar, configurando-se, deste modo, o corpo edematoso. Todavia, a administração de medicamentos estimuladores do sistema circulatório – diuréticos e purgativos –, em geral, eficientes em perturbações deste gênero, não trouxe resultados positivos, antes, foi acompanhada da piora sensível da condição orgânica da paciente. Para o Dr. Cesar Cals, portanto, o caso clínico não estava esclarecido, ao menos exclusivamente, pela hipótese dos obstáculos de origem intrinsecamente mecânica ou circulatória:

E’ possivel e mesmo provavel que a repleção uterina perturbando o movimento circulatorio da metade inferior do corpo contribuisse de algum modo na determinação do estado morbido de que me occupo; é possivel e mesmo bem provavel, porém, não era tudo; havia certamente alguma cousa a mais na intimidade daquelle organismo.²⁰⁸

Mesmo não realizando nenhuma espécie de verificação de caráter empírico, o Dr. Cesar Cals não hesitou em atrelar o estado mórbido manifestado pela paciente em apreço ao grupo das complicações orgânicas, de caráter mais *íntimo*, decorrentes da própria fisiologia da gestação. O médico explicava que

A gravidez, si bem que um estado puramente physiologico acarreta não raras vezes alterações profundas em certos organismos dando origem a auto-intoxicações. A eclampsia, por exemplo, não tem uma explicação mais consentanea com os factos na auto-intoxicação gravidica ? A que attribuir as

²⁰⁵ CALS, Cesar. OBSERVAÇÃO. *Norte Medico*. Fortaleza, Anno III, N.º 2, Outubro de 1915, p. 10.

²⁰⁶ Ibidem, p. 12.

²⁰⁷ Ibidem, p. 10.

²⁰⁸ Ibidem, p. 12.

nauseas dos primeiros mezes de gravidez, os vomitos incoercíveis? Auto-intoxicação gravídica.

Os edemas também são muitas vezes determinados por auto-intoxicação gravídica. E em a nossa doente, além da perturbação mechanica na circulação, provocada pela repleção uterina havia tambem intoxicação autogena gravídica na genese de seu edema.²⁰⁹

Na perspectiva do médico, as auto-intoxicações ou toxemias gravídicas consistiam, portanto, em moléstias mais ou menos graves surgidas durante a gestação, ocasionadas pelas próprias mudanças de caráter fisiológico pelas quais o corpo feminino passava neste estágio da vida reprodutiva. Vistas como pertencendo a um nível mais profundo e íntimo do corpo da mulher, território obscuro sobre o qual os médicos ainda tinham acesso restrito, as toxemias gravídicas instauravam o corpo da mulher numa natureza potencialmente erradia. Compreendendo uma série variada de complicações, como edemas, distúrbios de caráter digestivo (náuseas, vômitos incoercíveis) e ataques convulsivos (eclampsia), as intoxicações gravídicas incidiam determinantemente sobre os trabalhos do útero, ocasionando, não raras vezes, problemas durante a parturição.

No registro clínico em apreço, Dr. Cesar Cals informava a respeito da paciente intoxicada que, depois de quarenta e cinco dias de tratamento, período este no qual permaneceu na sala das gestantes, sob os cuidados das enfermeiras do serviço obstétrico, “No dia 16 de Agosto de 1915, 8.º mez da gravidez, inicia-se o trabalho de parto que foi terminado a forceps. A intervenção foi mais ou menos facil e rapida, houve ruptura do perineo e da comissura superior da vulva”²¹⁰.

O emprego do *fórceps*²¹¹ nas enfermarias da Maternidade Dr. João Moreira foi apontado igualmente em observação clínica assinada pelo Dr. Manuelito Moreira, publicada na revista *Ceará Medico* referente aos meses de abril, maio e junho de 1917. Tratava-se, desta feita, de paciente com iniciais

M. R. C., branca, 31 annos, brasileira, cearense, moradora á rua S. Luiz, casada, domestica, ultimas regras nos primeiros dias de Setembro de 1914, multipara, com prenhez anteriores normaes; seu ultimo parto, entretanto, fôra acompanhado de abundante hemorragia.

[...]

Entrou para a Maternidade Dr. João da Rocha Moreira no dia 16 de Junho de 1915, tendo tido nos dias anteriores hemorragias repetidas.

Examinada á sua entrada, foi observado o seguinte: - estado geral pouco satisfatorio, grande palidez, respiração mais ou menos acelerada, pulso de 112 a 120 por minuto.

Pelo palpar abdominal diagnosticámos: prenhez topica, á termo [...]²¹²

²⁰⁹ Ibidem, p. 12.

²¹⁰ Ibidem, p. 10-11.

²¹¹ Ver Anexo I, p. 191.

²¹² MOREIRA, op. cit., p. 24.

Realizados os primeiros exames, o médico chegou à conclusão de que a senhora M. R. C., grávida a termo (9 meses de gestação), apresentava os sintomas típicos de *placenta prévia*, espécie de auto-intoxicação gravídica caracterizada por hemorragias uterinas provocadas pela inserção viciosa da placenta no interior do útero. Como não apresentava os sinais do trabalho de parto, a paciente foi encaminhada para a sala das gestantes, onde, na manhã do dia seguinte, findou por sofrer mais um sangramento. O Dr. Manuelito Moreira continuava seu relato informando que

Como não fosse prudente expôr a parturiente a uma nova hemorragia, foi resolvida a intervenção que se effectuou no mesmo dia (17 de Junho), ás horas.

Feita a anesthesia geral com ether pelo Dr. Gonçalves Moreira, encarreguei-me do acto operatorio, auxiliado pelo distincto collega Dr. Cezar Cals.

[...]

A applicação do forceps, feita sem nenhuma occurrencia digna de nota, terminou pela extracção do feto, vivo, masculino, bem conformado, pesando 4.200 grammas.²¹³

Nos dois registros clínicos supracitados, o emprego do fórceps ocorreu em parturientes que, por conta de moléstias classificadas no grupo das toxemias gravídicas, manifestaram, em maior ou menor medida, desvirtuamento dos trabalhos do útero. No caso da paciente portadora de edema de vulva, ainda que o Dr. Cesar Cals insinuasse que os trabalhos da natureza tivessem iniciado o processo expulsivo, o músculo uterino não conseguiu vencer o obstáculo edematoso e promover a parturição de forma integral, donde sua finalização pelas trações realizadas pelo médico mediante instrumento de ferro.

Já no segundo caso, protagonizado por paciente acometida de placenta prévia, os trabalhos do útero sequer vieram à baila, já que poderiam, na perspectiva do Dr. Manuelito Moreira, constituir fator agravante das hemorragias uterinas, colocando, pois, a vida da parturiente em risco. Nesta observação clínica, em que a parturição ocorreu antes dos sinais orgânicos que declaravam o momento do parto – donde o emprego de substância anestésica para evitar os grandes sofrimentos que este tipo de procedimento poderia trazer –, o emprego do fórceps se deu, por conseguinte, de maneira mais radical, não apenas complementando ou auxiliando as trações do excerto uterino, como parece ter ocorrido no primeiro caso, mas substituindo-as de forma integral.

Não apenas as intoxicações gravídicas guardavam implicações negativas sobre os trabalhos do útero. Uma outra série de complicações, de natureza essencialmente

²¹³ Ibidem, p. 24-25.

mecânica, podiam desvirtuar as trações realizadas pelas fibras uterinas, configurando a necessidade de intervenções obstétricas. Tratavam-se das *distocias*.

Do ponto de vista dos médicos, o desenvolvimento considerado normal da gestação deveria chegar ao seu termo com o pólo cefálico (a cabeça) do corpo fetal voltado para o colo uterino, porção do útero que faz fronteira com o canal vaginal. Nestas circunstâncias, em que o feto se posiciona em *apresentação cefálica*, os trabalhos do útero tendem a ocorrer com maior facilidade, no sentido de uma terminação espontânea ou natural da parturição. Casos havia, entretanto, em que o feto chegava ao fim do desenvolvimento da gestação com outras partes do corpo voltadas para o colo uterino, constituindo, assim, obstáculos mecânicos inclusos no grupo das complicações denominadas de *distocias*.

Foi o que aconteceu a uma paciente atendida na Maternidade Dr. João Moreira, cujo relato clínico, assinado pelos Drs. Cesar Cals, Manuelito Moreira e Carlos Ribeiro, foi publicado na revista *Norte Medico*, em seu número de julho, agosto e setembro de 1916:

Segundo resa a papeleta n. 504 da 'Maternidade Dr. João Moreira', V. M. A., branca, de 25 annos de idade, casada, primipara, deu entrada em 13 de Agosto de 1916, ás 19 horas, em franco trabalho de parto a termo, com ruptura das membranas desde ás 20 horas do dia 10, e dores expulsivas desde o dia 12.

Como vemos, 75 horas de trabalho.

O exame revelou uma dilatação [do colo uterino] completa, com apresentação podálica [...] anus perfurado e exteriorização do intestino.²¹⁴

Tratava-se, pois, de parturiente que, destaque-se, sofria há mais de três dias com as dores de um parto inconcluso. À realização dos primeiros exames, os médicos diagnosticaram feto morto em *apresentação podálica*, espécie de distocia severa em que era a porção pélvica do corpo fetal que estava posicionada no colo uterino. A intervenção obstétrica eleita para a resolução do caso foi a *versão interna* ou *versão uterina*, manobra que consistia na imersão da mão do médico na cavidade uterina da parturiente com o intuito de, tracionando manualmente o corpo do feto, promover sua expulsão. Deste modo, informavam os médicos que,

Feito o diagnostico da apresentação e posição teve inicio o trabalho de extracção artificial do feto. Com muita facilidade os dois membros inferiores foram desprendidos. A tracção feita para facilitar a apreensão dos membros superiores, evidenciou logo a presença de um obstaculo superior á descida do feto. A introduccção da mão no conducto vaginal, a custo lograva alcançar

²¹⁴ CALS, Cesar; MOREIRA, Manuelito; RIBEIRO, Carlos. OBSERVAÇÃO. Um caso de xiphodymia tetrabrachial. *Norte Medico*. Fortaleza, Anno IV, N.º 7, 8 e 9, Julho, Agosto e Setembro de 1916, p. 4.

qualquer das espaldas. Suppondo tratar-se de um obstaculo provocado por possivel contractura uterina, foram repetidas as tentativas de tracção sob chloroformisação, sem vantagens apreciaveis; só a muito custo conseguimos desprender os dois membros superiores em plena cavidade uterina. Não obstante já se acharem desprendidos os quatro membros fetaes o desprendimento da cabeça não foi possivel, apesar de tracções fortissimas e das manobras indicadas no caso.²¹⁵

Intervenção obstétrica na qual a mão do médico se fazia o maior instrumento, ganhando consideráveis camadas de profundidade sobre o corpo feminino, a versão interna podia se manifestar, como se depreende do trecho acima, enquanto manobra extremamente laboriosa. No caso clínico em apreço, por sinal, as significativas dificuldades para a realização da versão interna levaram os médicos a supor a existência de um segundo obstáculo, além da distocia, a saber, o funcionamento vicioso das fibras uterinas que, diferentemente de empreenderem o duplo movimento de contração e distensão, pareciam, aos olhos dos doutores, permanecer em estado contínuo e exagerado de contratura – uma espécie de “encolhimento” rígido do músculo. Movidos pela hipótese da contratura uterina, os médicos se decidiram pela administração de substância anestésica a base de clorofórmio, não com a finalidade de proporcionar a insensibilização da parturiente, muito embora isso pudesse ter acontecido de forma indireta, mas visando provocar o relaxamento muscular do excerto uterino e, desse modo, facilitar a realização da manobra interna.

De forma geral, a realização da versão interna, como também a aplicação do fórceps – das intervenções técnicas, as mais empregadas nas enfermarias da Maternidade Dr. João Moreira –, eram condicionadas aos casos em que os médicos flagravam a ineficácia dos trabalhos do útero, em geral, quando as parturientes eram consideradas portadoras de auto-intoxicação gravídica ou acidentes distócicos. Muito embora a lógica de ação destas modalidades de intervenção obstétrica fosse auxiliar ou, em última instância, substituir as trações uterinas, importa destacar que tais operações continuavam, tal como os trabalhos do próprio útero, atrelados à força muscular. Pela instauração de uma relação de correspondência entre os trabalhos do útero e os trabalhos da técnica, o vigor físico passava a figurar como propriedade exigida não somente do corpo da parturiente, ou melhor, do útero, mas igualmente do corpo do médico quando da realização do procedimento obstétrico. Nestas duas modalidades de intervenção técnica, portanto, a parturição continuava a ser movida pelo trabalho

²¹⁵ Ibidem, p. 4-5.

muscular, e o útero continuava a figurar como o órgão-sede das forças, fossem elas de origem interna, naturais, fossem elas adventícias de fora do corpo, artificiais.

Operação manual em que o médico realizava trações no interior cavidade uterina, a versão interna guardava visíveis semelhanças com algumas práticas corporais que cercavam as assistências das parteiras “curiosas”. Em resenha dedicada à Maternidade Dr. João Moreira, publicada na revista *Ceará Medico*, no número do mês de setembro de 1928, o Dr. Cesar Cals escrevia que

Não faz muito tempo, fui chamado á Maternidade para intervir em uma parturiente que entrara em franco trabalho de parto e cujo feto, em posição transversa, estava horrivelmente mutilado pelas violentas tentativas de extracção feitas pela *aparadeira*: o feto estava com um dos braços arrancado ao nível da articulação scapulo-humeral e o outro fracturado e arrancado acima do cotovelo.²¹⁶ (grifos no original)

Manobras manuais internas e pautadas sobre a força física não eram, pois, exclusividade dos médicos, tendo sido igualmente realizadas pelas *aparadeiras*. Ocorria, no entanto, que diferentemente da carga negativa imputada ao corpo das comadres, cujas práticas eram pintadas com as cores da brutalidade e da violência, o corpo dos médicos, ou melhor, suas mãos, apareciam nas narrativas dos casos clínicos como extensões do ou, de forma ainda mais profunda, identificadas ao instrumento técnico, mostrando-se, em realidade, muito mais como um representante do artifício, eivado de positivities, do que propriamente como um corpo, aqui entendido em sua acepção de materialidade erradia, passível de erros e fraquezas.

Vale lembrar que, muito embora os representantes do saber médico local direcionassem ferrenhas críticas às comadres em virtude da suposta execução de procedimentos violentos ou mesmo letais sobre as parturientes e os fetos, não se deve esquecer de que os médicos realizaram, eles próprios, práticas, se bem que consideradas pouco frequentes, que promoviam deliberadamente a mutilação e a morte do corpo fetal. Era este o caso da *embriotomia*²¹⁷, uma intervenção obstétrica que se valia de um instrumento de ferro, denominado embrióto, destinado a executar a maceração parcial do corpo do feto, estando ele vivo ou morto, com o intuito de reduzir seu volume e, assim, facilitar sua extração. Dentre as operações técnicas, a menos realizada nas enfermarias da Maternidade Dr. João Moreira, a embriotomia era utilizada apenas na sequência de tentativas falhas de aplicação do fórceps e emprego da versão interna,

²¹⁶ CALS, op. cit., Setembro de 1928, p. 10.

²¹⁷ Ver Anexo II, p. 192.

constituindo, pois, recurso último para salvar a vida materna posta em perigo num parto exageradamente delongado.

Foram os insucessos do emprego da versão interna e da tentativa de cloroformização do útero que levaram os Drs. Manuelito Moreira, Cesar Cals e Carlos Ribeiro a lançar mão da embriotomia como meio de dar cabo à parturição da senhora V. M. A., paciente do último caso clínico aqui debatido. Os médicos explicavam que

Em vista de tal impossibilidade [da expulsão fetal pelo emprego da versão interna] e suppondo tratar-se de uma prenhez gemelar, em que as duas cabeças fetaes em posições opostas estivessem engasgadas na bacia (conforme um caso observado na Maternidade) foi resolvida e praticada a embryotomia rachidiana da porção fetal exteriorizada.

Assim, relativamente desobstruída a vagina, procuramos reduzir o feto para facilitar a introdução da mão na cavidade uterina. Isto feito, deu-se o desprendimento de mais dous membros superiores que, conforme fez sentir o Dr. Manuelito, pareciam fazer corpo com o feto mutilado. Desprendidos notamos que uma cabeça descia, trazendo porém após, uma outra cabeça suspensa a um segundo thorax ligado ao primeiro, por sua face anterior.²¹⁸

Recurso radical, a embriotomia portava uma lógica de ação distinta daquela apresentada pela versão interna e pelo fórceps. Diferentemente de promover trações contínuas sobre o corpo fetal, fazendo-o nascer pelo auxílio ou substituição dos trabalhos do útero, a aplicação do embriótomo consistia num golpe único e certo que, dispensando boa monta das forças físicas, culminava por fazer morrer. Arrefecendo os trabalhos de tração, a embriotomia se afastava consideravelmente da referência dos trabalhos do útero, ou melhor, da natureza, constituindo, por isso, artifício considerado mais perigoso. Muito embora promovesse a diminuição das trações, a embriotomia não as anulava de forma definitiva. No trecho acima, à mutilação da porção raquidiana (coluna vertebral) do feto via embriótomo, a mão do médico voltava a entrar em cena para a finalização da extração do conteúdo do útero, só então, diga-se de passagem, reconhecido como um corpo fetal de conformação teratológica, “duplo na parte superior, simples na inferior, com a bifurcação ao nível da região xiphoides; apresentava duas cabeças, 2 pescoços distintos, 4 braços e 2 toraxes fundindo-se em um abdomen único, com uma só cintura pelviana e 2 membros inferiores”²¹⁹.

²¹⁸ CALS, MOREIRA & RIBEIRO, op. cit., p. 5.

²¹⁹ Ibidem, p. 5.

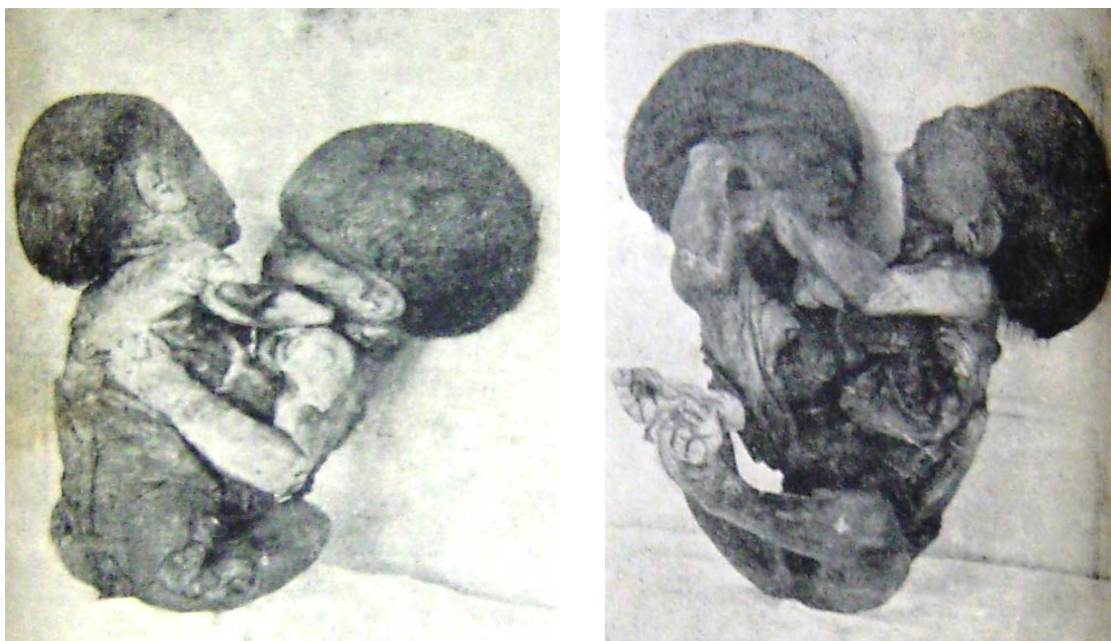


Figura 4. Feto de conformação teratológica extraído do corpo materno na Maternidade Dr. João Moreira, em 16 de agosto de 1916. Fonte: CALS, Cesar; MOREIRA, Manuelito; RIBEIRO, Carlos. OBSERVAÇÃO. Um caso de xiphodymia tetrabrachial. *Norte Medico*. Fortaleza, Anno IV, N.º 7, 8 e 9, Julho, Agosto e Setembro de 1916, p. 5-6.

Num mesmo caso clínico, por sinal, as mãos do médico, imersas nas profundezas do corpo feminino, não apenas expressavam o gesto interventor no sentido da extração artificial do feto, mas igualmente fizeram emergir certos constrangimentos entre os doutores, que não conseguiram reconhecer desde logo a conformação teratológica do feto, demonstrando, pois, que sua educação clínico-sensória, em especial aquela concernente ao aparelho tátil, tinha ainda muito a ser desenvolvida:

Interessante é relatar aqui as sensações taceis por nos percebidas no decurso da intervenção. Todos percebiam uma reintrancia longitudinal profunda, situada na supposta face anterior do thorax do féto, parecendo determinada por uma fortíssima compressão do mesmo na escavação pelvica, a cabeça fetal ora parecia olhar para frente, ora para traz; os dedos em forquilha no pescoço fetal, percebiam ao lado um outro corpo de consistencia semelhante ao apreendido; na apreensão dos braços e quando já um braço estava desprendido a mão que procurava apanhar o outro tinha a sensação de pegar um membro superior do mesmo lado que o desprendido.

A raridade do phenomeno entretanto não nos permittira a justa interpretação destes signaes.²²⁰

Resta ressaltar ainda, a respeito da embriotomia, a não raridade, por parte dos médicos, de posturas indispostas em relação a esta intervenção obstétrica. Especialmente nos casos em que a operação era indicada estando ainda vivo o feto, os argumentos de cunho moral tributários do mandamento cristão do “não matarás”

²²⁰ Ibidem, p. 5.

podiam levar alguns médicos a se manter refratários a esta intervenção obstétrica, mesmo que esse posicionamento pudesse ter por corolário, alertavam alguns nomes eminentes da moderna obstetrícia, a ameaça à vida da parturiente. A esta questão, o Dr. Virgílio de Aguiar dedicou um texto, em sua coluna mensal da revista do Centro Medico Cearense referente ao mês de março de 1933. Expressando tom de revolta e desabafo, o médico escrevia que

Estou cansado de ver e servir a collega que amarrado ao preconceito de não sacrificar o feto paulatinamente quebra-lhe a cabeça com seguidos derrampamentos de forceps e toda *engenharia* de tentativa de extracção, aguardando o silencio cardiaco fetal, para só então fazer a baziotripsia [esmagamento do pólo cefálico do feto], louvando sua *camuflada prudencia* bem vezes, imprudentemente traumatizando a mulher... que bem vezes segue o filho *nato-morto artificialmente*.

Arremato aqui com a boa opinião do Dr. Clovis Correia da Costa que diz: Parece-nos mais honesto, leal e científico esmagar-lhe deliberadamente a cabeça, reduzindo ao minimo o traumatismo das partes molles maternas e as probabilidades de infecção. (grifos no original) ²²¹

Na perspectiva do Dr. Virgílio de Aguiar, a embriotomia em feto vivo se fazia operação necessária e conveniente quando da falência inquestionável das outras intervenções obstétricas. Muito embora constituísse procedimento brutal, o médico argumentava que tal recurso técnico só configurava negatividade em curto prazo, afinal de contas, uma vez feitos os cálculos sobre a quantidade e mesmo sobre a qualidade das vidas que estavam em jogo – e não eram somente as daqueles que protagonizavam o parto –, chegar-se-ia à conclusão de que mais valia manter a mãe ileso, apta a procriar novamente e, ademais, saudável o suficiente para continuar a criar seus outros filhos, do que, aumentando os padecimentos do corpo materno, tentar “salvar a vida muito aleatoria do feto” ²²².

Nos casos em que a vida do feto já demonstrava sinais de precariedade e sinalizava curta duração, a resistência médica diante da embriotomia, endossava o Dr. Virgílio de Aguiar, resvalava não no salvamento do novo ser, mas na promoção de uma morte dupla:

A. Brindeau diz: Bem vezes é preciso terminar por uma embryotomia, mesmo se a crença ainda está viva, porque vale mais acabar de matar uma creança que nascerá quasi morta ou morrerá logo, que submeter a uma operação sangrenta mulher infectada. (Leçons du Jeude Soir a la Clinique Tarnier, 1929). ²²³

²²¹ AGUIAR, Virgílio. Esculapeanas. Intervenções que vão e voltam na pratica obstetrica. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 3, Março de 1933, p. 13.

²²² Ibidem, p. 12.

²²³ Ibidem, p. 13.

Na perspectiva do Dr. Virgílio de Aguiar, portanto, cálculos feitos em longo prazo deveriam inscrever a embriotomia numa manobra obstétrica legítima, já que comprometida com a promoção da vida. Faceta particular da biopolítica, que para fazer viver, tinha que, no meio do caminho, fazer morrer.

Muito embora os casos clínicos até agora debatidos fizessem alusão ao emprego do fórceps, da versão interna e da embriotomia, ao longo dos anos 1910, no interior da Maternidade Dr. João Moreira, importa lembrar que tais intervenções obstétricas já eram realizadas, desde o século XIX, na clínica domiciliar dos médicos da capital cearense. O fato de os registros clínicos das parturições realizadas na Maternidade Dr. João Moreira mediante fórceps, versão interna e embriotomia serem poucos e, ademais, apresentarem como pauta de destaque as excepcionalidades de determinados fenômenos obstétricos, sendo que o emprego das intervenções técnicas estava longe de constituir o ponto alto dos textos, corrobora a idéia de que tais operações pareciam já ser consideravelmente conhecidas e dominadas, não exigindo, pois, o foco das atenções dos médicos daquele serviço obstétrico.

Toda essa possível familiaridade dos médicos da Maternidade Dr. João Moreira com as intervenções obstétricas não significou, todavia, seu emprego sistemático nas enfermarias do estabelecimento hospitalar, como é dado a perceber pela observação das estatísticas de partos “naturais” e partos “artificiais”, elaboradas pelo Dr. Cesar Cals, e publicadas na revista *Ceará Medico*, referente ao mês de fevereiro de 1933:

Tabela 7. Número de partos naturais e partos artificiais relativamente ao total de partos assistidos nas enfermarias da Maternidade Dr. João Moreira entre 1915 e 1933.

Ano	PARTOS	PARTOS NATURAIS		PARTOS ARTIFICIAIS	
		Total	Percentagem	Total	Percentagem
1915	173	154	89,01%	19	10,98%
1916	186	171	91,93%	15	8,06%
1917	218	199	91,28%	19	8,71%
1918	185	177	95,67%	8	4,32%
1919	281	270	96,08%	11	3,91%
1920	267	262	98,12%	5	1,87%
1921	246	235	95,52%	11	4,47%
1922	211	202	95,73%	9	4,26%
1923	247	234	94,73%	13	5,26%
1924	306	287	93,79%	19	6,20%
1925	302	263	87,08%	39	12,91%
1926	304	284	93,42%	20	6,57%
1927	354	313	88,41%	41	11,58%
1928	365	335	91,78%	30	8,21%
1929	420	396	94,28%	24	5,71%
1930	438	408	93,15%	30	6,84%
1931	440	414	94,09%	26	5,90%
1932	748	711	95,05%	37	4,94%
1933	602	564	93,68%	35	5,81%
TOTAL	6293	5879	93,42%	411	6,53%

Fonte: CALS, Cesar. Maternidade Dr. João Moreira. 18º ano de funcionamento. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 2, Fevereiro de 1933, p. 20; Idem. *PRIMEIRO CONGRESSO MEDICO CEARENSE. HISTÓRICO DA MATERNIDADE DR. JOÃO MOREIRA*. Fortaleza: Imprensa Oficial, 1935, p. 18.

Tabela 8. Número de partos a fórceps, versão interna e embriotomias relativamente à quantidade de partos artificiais ocorridos na Maternidade Dr. João Moreira, entre 1915 e 1933.

Ano	Partos Artificiais	Fórceps		Versão Interna		Embriotomia		Outras manobras ²²⁴	
		Total	Percent.	Total	Percent.	Total	Percent.	Total	Percent.
1915	19	15	78,94%	1	5,26%	1	5,26%	2	10,52%
1916	15	1	6,66 %	9	60,00%	0	0,00%	5	33,33%
1917	19	7	36,84%	7	36,84%	1	5,26%	4	21,05%
1918	8	5	62,50%	1	12,50%	0	0,00%	2	25,00%
1919	11	3	27,27%	6	54,54%	1	9,09%	1	9,09%
1920	5	0	0,00%	5	100%	0	0,00%	0	0,00%
1921	11	4	36,36%	7	63,63%	1	9,09%	0	0,00%
1922	9	6	66,66%	2	22,22%	1	11,11%	0	0,00%
1923	13	6	46,15%	5	38,46%	2	15,38%	2	15,38%
1924	19	5	26,31%	12	63,15%	1	5,26%	1	5,26%
1925	39	14	35,89%	19	48,71%	3	7,69%	3	7,69%
1926	20	14	70,00%	3	15,00%	2	10,00%	1	5,00%
1927	41	16	39,02%	22	53,65%	3	7,31%	0	0,00%
1928	30	13	43,33%	9	30,00%	5	16,66%	3	10,00%
1929	24	9	37,50%	11	45,83%	3	12,50%	1	4,16%
1930	30	19	63,33%	9	30,00%	1	3,33%	1	3,33%
1931	26	10	38,46%	14	53,84%	2	7,69%	0	0,00%
1932	37	14	37,83%	18	48,64%	3	8,10%	2	5,40%
1933	35	16	45,71%	14	40,00%	0	0,00%	5	14,28%
TOTAL	411	177	43,06%	174	42,33%	30	7,29%	33	8,02%

Fonte: CALS, Cesar. Maternidade Dr. João Moreira. 18º ano de funcionamento. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 2, Fevereiro de 1933, p. 20; Idem. *PRIMEIRO CONGRESSO MEDICO CEARENSE. HISTÓRICO DA MATERNIDADE DR. JOÃO MOREIRA*. Fortaleza: Imprensa Oficial, 1935, p. 18.

²²⁴ Infelizmente, não foi possível apurar quais outras intervenções obstétricas, além do fórceps, da versão interna, da embriotomia, do Método de Delmas e do parto cesáreo (estas últimas serão debatidas no terceiro capítulo), foram realizadas na Maternidade Dr. João Moreira.

Com efeito, o fato de que a menor cifra de partos naturais da Maternidade Dr. João Moreira – que recaiu aleatoriamente no ano de 1925 – não ter sido inferior a 87%, sendo que durante a maior parte dos anos se manteve acima dos 90%, constitui forte indício de que os médicos do estabelecimento hospitalar, prezando pelo encaminhamento natural ou espontâneo da parturição, investiam maiores confianças sobre os trabalhos do útero, ou melhor, da natureza, do que sobre os trabalhos da técnica.

A predominância dos partos naturais na Maternidade Dr. João Moreira indica, ademais, que as parteiras diplomadas que prestavam serviços neste estabelecimento hospitalar, submetidas a um regime de trabalho integral e consideradas aptas a conduzir integralmente a assistência à parturição normal, participavam ativamente da imensa maioria dos atendimentos realizados nas enfermarias do serviço obstétrico. Na maior parte das vezes distanciadas da função de meras auxiliares dos médicos da Maternidade Dr. João Moreira, somente em raras ocasiões as parteiras diplomadas viram aflorar significativas diferenças que separavam, em tese, sua prática profissional daquela desempenhada pelos doutores, a saber, quando do emprego de recursos técnicos. Desse modo, mesmo partindo do princípio, pouco confiável, de que as parteiras diplomadas não realizavam partos artificiais no interior do serviço obstétrico, ainda assim, seus atendimentos pouco se distinguiam da grande maioria dos atendimentos prestados pelos médicos, e isto, destaque-se, no interior de um estabelecimento hospitalar.

Na Maternidade Dr. João Moreira, a preponderância das parturições naturais, se bem que possivelmente atrelada ao fato de que as nuances do parto incluídas no domínio das complicações apenas timidamente se insinuavam – não alcançando ainda a quantidade e diversidade das décadas vindouras –, podia ser atribuída também aos riscos trazidos, na perspectiva dos médicos, pelo emprego das intervenções obstétricas. Aludindo ao uso do fórceps em atendimento domiciliar no século XIX, Adolfo Caminha, no romance *A Normalista*, publicado em 1893, escrevia de uma sua personagem, Dona Sofia, que “Vivia constantemente incomodada, com fortes dores no útero provenientes de um parto infeliz em que fora preciso arrancar a criança a ‘fórceps’”²²⁵. Causador de dores permanentes, o fórceps podia trazer outros inconvenientes, desta feita, de natureza estética, como dá a perceber o discreto relato

²²⁵ CAMINHA, Adolfo. *A Normalista*. São Paulo: Ática, 1985, p. 70.

publicado em *Columna Anedoctica* da revista do Centro Médico Cearense, referente ao mês de julho de 1933:

Na sala de partos do bem montado hospital da B.P.
Parto laborioso. Tendo-se interrompido a rotação espontânea, foi necessário recorrer aos ferros. E – coitadinha! – a epiderme da jovem mamã lá se ficou com os seus arranhões. E’ mesmo provável que subsistam cicatrizes.
- Será que isso vai ficar muito visível? pergunta ella ao obstetra.
E. A. de M., palpando-lhe o ventre flácido:
- Só depende de você, minha filha. ²²⁶

Convém lembrar que o emprego do fórceps pelo Dr. Cesar Cals na parturição de mulher portadora de edema de vulva, caso clínico ocorrido na Maternidade Dr. João Moreira em 1915, já anteriormente debatido, resultou em “ruptura do perineo e da comissura superior da vulva” ²²⁷. Referindo-se às lesões que o emprego de recursos obstétricos podia ocasionar, o mesmo médico escrevia, em resenha sobre o estabelecimento hospitalar, publicada na revista *Ceará Medico*, referente ao mês de fevereiro de 1933, que

Não é de admirar, todavia, que vêz por outra, apareça uma infecção puerperal após qualquer intervenção obstetrica por mais cuidadosa que tenha sido, pois todos nós sabemos que essas intervenções, traumatizando mais ou menos violentamente os órgãos genitais da mulher, tornam-os mais facilmente expostos a agressão dos germens infectantes. ²²⁸

Em opúsculo sobre a Maternidade Dr. João Moreira, publicado em 1935, o Dr. Cesar Cals escrevia que “O recurso da Maternidade [...] põe-nos ao abrigo das perigosas intervenções técnicas em domicilio outrora obrigatórias” ²²⁹. Desse modo, embora realizadas moderadamente nas enfermarias do estabelecimento hospitalar, as operações obstétricas deveriam ter no serviço obstétrico seu lócus privilegiado, já que seus graus de gravidade, de acordo com o diretor da Maternidade Dr. João Moreira, se tornavam mais profundos quando aplicadas no atendimento domiciliar. Apresentando posicionamento favorável à predileção pelo estabelecimento hospitalar nos casos de parturição artificial, o Dr. Cesar Cals entendia, todavia, que, na clínica domiciliar, algumas situações podiam exigir o emprego de intervenções obstétricas, inclusive da embriotomia, recurso técnico visto pelo médico com uma série de reservas. O impasse gerado pelo misto de necessidade e receio atrelado ao emprego do embriótomo em meio doméstico levou o Dr. Cesar Cals a divulgar, na revista do Centro Médico Cearense concernente aos meses de junho, julho e agosto de 1929, uma nova manobra obstétrica,

²²⁶ COLUNMA ANEDOCTICA. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, Nº. 6, Junho de 1933, p. 10.

²²⁷ CALS, op. cit., Outubro de 1915, p. 11.

²²⁸ Idem, op. cit., Fevereiro de 1933, p. 9.

²²⁹ Idem, op. cit., 1935, p. 4.

de sua autoria, que visava substituir a operação mutiladora. O médico iniciava o texto informando que

As dystocias fetaes nas attitudes transversas, em apresentações de espaldas encravadas na escavação pélvica, com procidencia do braço (fig. 1) desafiavam muitas vezes a argúcia e habilidade do parteiro, nas situações materialmente desfavoráveis.

A embryotomia, cervical, rachidiana ou a evisceração, é a indicação logica, conhecida e aconselhada na dystocia supramencionada, com feto morto. E' a indicação indiscutivel, para evitar inuteis e maiores soffrimentos maternos, facilitando a expulsão do feto pela diminuição de seu volume.

Na clinica domiciliar, em situações taes, o parteiro sosinho, sem auxiliar e sem meios, sciente dos perigos a que se expõe, e á parturiente, evita o quanto pode a embryotomia sem prejudicar, todavia, a sorte da paciente.²³⁰

De acordo com o Dr. Cesar Cals, em espécie bem determinada de distocia – na qual o feto morto ajustava seu ombro na escavação pélvica da parturiente, deixando pendente para fora do canal vaginal um braço –, o modo aconselhável para dar termo à parturição era proceder com o embriótomo, com o intuito de reduzir o volume fetal e abreviar os sofrimentos maternos. Os perigos adventícios da realização desta intervenção obstétrica eram, no entanto, significativos: perfurações e traumatismos no aparelho genital feminino, conferindo-lhe ademais predisposição para a eclosão de hemorragias e para o desenvolvimento da temível infecção puerperal.

Uma vez realizada em estabelecimentos hospitalares, a embriotomia, explicava o Dr. Cesar Cals, tinha seus riscos “sensivelmente diminuídos com aparelhagem completa e auxiliares competentes, conhecedores das dificuldades a serem vencidas”²³¹. A disponibilidade de uma série variada de instrumentos técnicos e recursos medicamentosos, acrescida da presença de quadro profissional considerado competente, promovia, na opinião do médico, as condições ótimas para a aplicação do embriótomo, facilitando a realização do procedimento e mesmo sanando as possíveis complicações que viessem a acontecer. Contrastando com o complexo hospitalar, as ausências de instrumental e de auxílio profissional constituíam embaraços com os quais os médicos tinham de lidar na clínica domiciliar, situação que, do ponto de vista do diretor da Maternidade Dr. João Moreira, aumentava consideravelmente as chances de malogro no decorrer da intervenção. Para o médico, haveria que se levar a sério a assertiva, segundo

²³⁰ Idem. ACTUALIDADES. UMA NOVA MANOBRA OBSTETRICA (COMO EVITAR A EMBRYOTOMIA). *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno VIII, N.º 6, 7, 8, Junho, Julho, Agosto de 1929, p. 8.

²³¹ *Ibidem*, p. 8.

a qual “O que se pode e deve fazer nas Maternidades e Hospitales bem aparelhados, muitas vezes se evidencia contra-indicado na clinica civil”²³².

Nas ocorrências do acidente distócico acima discriminado, estando o médico no domicílio da parturiente e receando o emprego do embriótomo, o Dr. Cesar Cals recomendava

[...] em casos tais, auxiliar a natureza na tentativa de uma evolução espontanea.

E’ preciso fazer nascer primeiramente a parte podalica do feto. Para isto emprego a manobra seguinte: um auxiliar qualquer, leva fortemente de encontro ao pubis e na direcção do ventre materno o braço fetal, procidente, visando erguer e comprimir o thorax do feto na parede anterior do canal vaginal (fig. 2); com os dedos medio e indicador de cada mão ou com os dous de uma só, introduzidos profundamente na vagina, procuro fazer pressões ou tracções fortes, de cima para baixo e de traz para diante, nas partes inferolateraes do tronco ou superior do ventre fetal, ao mesmo tempo que convido á parturiente a fazer tentativa de expulsão. – Quando uma única das mãos age na parte profunda da vagina, a outra, tomando ponto de apoio nas costellas do feto, procura comprimir fortemente o thorax do mesmo, de encontro á parede anterior do conducto vaginal.

[...]

Auxilia-se, desta maneira, os esforços da natureza na tentativa de uma evolução natural do parto; esforços estes que se empregam no sentido de fazer nascer, em primeiro logar, a perna posterior do V fetal, ou seja a sua porção podalica (fig. 3, 4, 5).²³³

Tratava-se, a manobra obstétrica aconselhada pelo Dr. Cesar Cals, de um conjunto diversificado de operações manuais sob a forma de trações efetuadas sobre o corpo fetal. As trações direcionadas à porção externa do feto (braço em proclividade), mais superficiais, deveriam ser empreendidas por um “auxiliar qualquer”, cujo subsídio não demandava formação competente. As trações movidas sobre as porções fetais alocadas internamente ao corpo materno, a serem empreendidas de forma mais profunda e delicada, seriam executadas pelo médico, que, guiando seu “auxiliar qualquer”, não deixava de encorajar a parturiente no sentido de acionar as trações efetuadas pelo próprio útero. As três séries de trações – do auxiliar, do médico e da parturiente – unidas, promoveriam, assim, mudanças no posicionamento do corpo fetal a um modo que sua expulsão total da cavidade uterina e do canal vaginal se tornasse possível.

²³² Ibidem, p. 8.

²³³ Ibidem, p. 8-9.

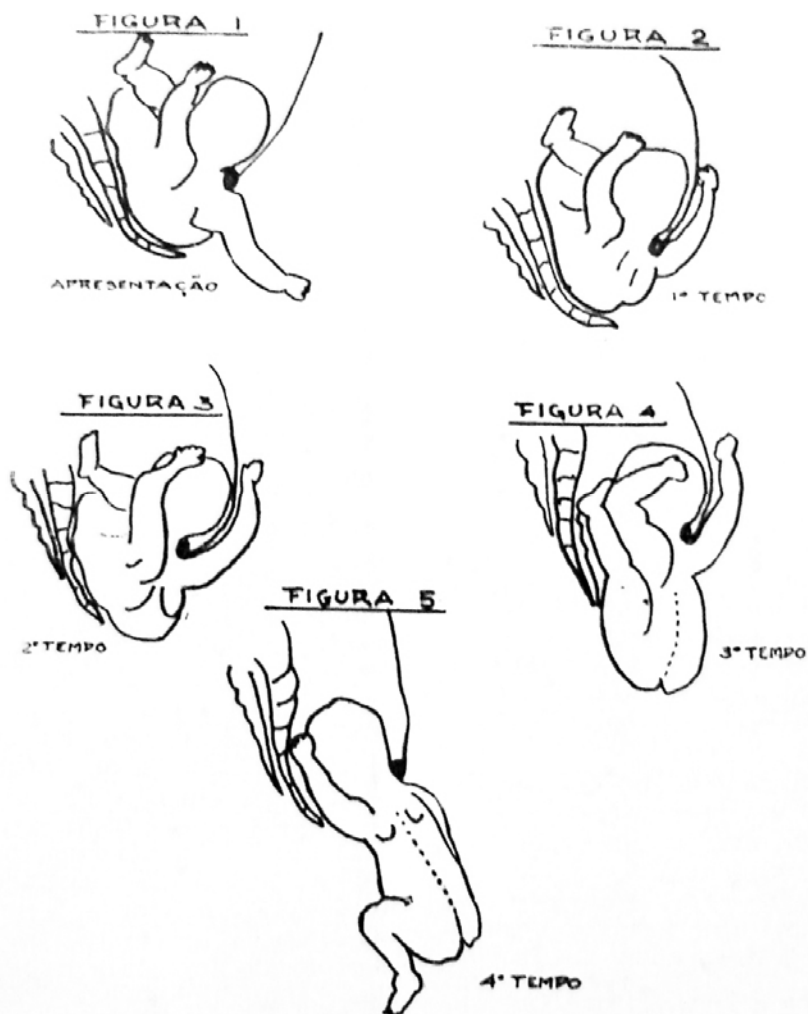


Figura 5. Desenho feito pelo Dr. Cesar Cals para explicar a “versão interna vaginal” ou “versão extra-uterina”. Fonte: CALS, Cesar. ACTUALIDADES. UMA NOVA MANOBRA OBSTETRICA (COMO EVITAR A EMBRYOTOMIA). *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno VIII, N.º 6, 7, 8, Junho, Julho, Agosto de 1929, p. 9.

Operação laboriosa, recortada e delongada, a manobra elaborada pelo Dr. Cesar Cals, batizada de *versão interna vaginal* ou *versão extra-uterina*, contrastava com o golpe único e certo realizado pelo embriótomo. Antevendo os perigos de uma intervenção mais radical, que reduzia os trabalhos do útero, ou melhor, os trabalhos da natureza, o médico propunha o emprego de um procedimento técnico manual dedicado a auxiliar “os esforços da natureza na tentativa de uma evolução natural do parto”²³⁴. A técnica obstétrica inventada pelo Dr. Cesar Cals apresentava, pois, uma lógica de funcionamento apreendida ou aprendida dos modos pelos quais os médicos entendiam os proceder dos trabalhos da natureza corporal, inventada e embasada na força física,

²³⁴ *Ibidem*, p. 8.

muscular. Assim, comprometida em “completar a acção inteligente da natureza”²³⁵, com a qual as ações humanas ainda tinham muito que aprender, a intervenção obstétrica criada pelo Dr. Cesar Cals, instaurava, na prática obstétrica, o estranho paradoxo de se empenhar em produzir um parto “artificialmente natural”.

Curiosa perspectiva esta que, na iminência dos anos 1930, ainda colocava a sabedoria do mundo ao lado da natureza, do corpo, e não junto às ações propriamente humanas, atreladas à técnica – estas últimas, pelo menos no campo dos cuidados médicos dedicados às mulheres da capital cearense, ainda dedicariam, por considerável período, incansável reverência à inteligência e eficiência das forças naturais.

²³⁵ *Ibidem*, p. 9.

2.3 O útero e os invisíveis

Apontada como grande responsável pelos índices de mortalidade materna da capital cearense do começo do século passado, a *infecção puerperal* era moléstia que acometia as mulheres no período do pós-parto, ocasionada, de acordo com os médicos da cidade, pela invasão de microorganismos patogênicos no aparelho genital feminino durante o momento da parturição. Muito embora a disseminação de casos de infecção puerperal na cidade de Fortaleza fosse preponderantemente atribuída, pelos médicos locais, às práticas corporais que cercavam as assistências ao parto realizadas pelas chamadas parteiras “curiosas” – acusadas de ignorar os princípios higiênicos que colocariam ao largo as ameaças dos seres invisíveis –, não faltam indícios, todavia, de que alguns procedimentos obstétricos, executados tanto por médicos quanto por parteiras diplomadas, também podiam propiciar o desenvolvimento do estado infeccioso das puerperas.

Em texto intitulado “O toque vaginal durante o parto e a infecção puerperal”, publicado na edição de setembro de 1934 da revista do Centro Médico Cearense, o Dr. Cesar Cals escrevia que:

Querem os mestres e repetem os parteiros – o toque vaginal intra-partum é um dos principaes factores da infecção puerperal e na ancia de generalisações exageradas alguém já avançou – mulher tocada é mulher infectada. Na opinião de illustres mestres, o perigo do toque é tal que para evitar-lhe os maleficios mister se faz tomar precauções semelhantes áquellas que se usam nas grandes e melindrosas intervenções cirurgicas. O dêdo será enluvado, a luva rigorosamente esterilizada e melhor será substituir o toque vaginal pelo toque rectal, é a moderna orientação sentenciada pelos grandes mestres da especialidade principalmente suissos e allemães.²³⁶

O toque vaginal constituía procedimento diagnóstico utilizado largamente por médicos e parteiras diplomadas tanto para confirmar o desenvolvimento da gestação²³⁷, quanto para tomar nota de alguns aspectos importantes durante o trabalho de parto. Neste último caso, a prática do toque vaginal permitia ao médico averiguar tanto o grau de dilatação do colo do útero, no sentido de determinar a marcha da parturição, como também a posição e apresentação do feto, por meio das quais se flagrava a manifestação de distocias e, portanto, se configurava ou não a necessidade de uma terminação dita artificial do parto.

²³⁶ CALS, Cesar. O toque vaginal durante o parto e a infecção puerperal. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XIII, N.º 9, Setembro de 1934, p. 19.

²³⁷ Cf.: item 1.3 desta dissertação, p. 61.

A realização do toque, todavia, como se percebe do trecho acima, passava a ser investida de certo perigo. Na opinião de muitas autoridades da obstetrícia do início do século XX, tal prática podia constituir meio privilegiado de transmissão dos germes patológicos causadores da infecção puerperal. Os receios quanto ao toque vaginal alcançavam tamanha amplitude que passavam a exigir rigores de higiene então só levados a efeito, esclarecia o Dr. Cesar Cals, na execução de intervenções mais profundas e arriscadas, como as operações cirúrgicas – detalhe este crucial para se perceber o quanto as orientações higiênicas de outrora se distanciam daquelas de hoje em dia, em que o uso de luvas esterilizadas se faz uma das precauções higiênicas mais elementares em qualquer procedimento médico, seja ele superficial ou mais profundo. Além dos cuidados higiênicos mais rigorosos, escrevia o médico, havia, inclusive, quem militasse pela substituição do toque vaginal pelo toque retal, postura esta que o diretor da Maternidade Dr. João Moreira qualificava não apenas de radical, como também consideravelmente prejudicial:

Na marcha ascendente dos perigos atribuídos ao toque vaginal durante o parto, como importante vector dos germens infecciosos, vão sendo sacrificadas a segurança e precisão do diagnóstico na marcha do parto pelo temor dos parteiros vítimas de seus próprios conhecimentos auridos nas lições dos mestres.²³⁸

Com efeito, seja pelo emprego de luvas esterilizadas, seja pela realização do toque retal, havia, fatalmente, a subtração de parte significativa da percepção tátil do médico, então considerada extremamente necessária à produção das verdades orgânicas da parturiente. Dessa forma, na perspectiva do Dr. Cesar Cals, evitando-se o toque vaginal, protegia-se a parturiente da infecção puerperal, e, simultaneamente, sacrificava-se o esclarecimento do caso clínico quanto, por exemplo, à conduta mais adequada para a terminação bem-sucedida do parto. Armadilhas da prática científica forjadas pela própria ciência.

O impasse criado por grandes mestres da obstetrícia, embora explicitado pelo Dr. Cesar Cals, foi imediatamente enfraquecido pelo mesmo médico:

A nossa pratica, porem, no Ceará não concorda com o que está escripto. Ou estamos nós errados ou são especialissimas as condições do Ceará, de molde a diminuir a virulencia dos germens responsaveis pela infecção puerperal.
[...]

Na Maternidade Dr. João Moreira que dirigimos e por onde já passaram mais de 8 milhares de gestantes é systematica a pratica do toque vaginal sem que o numero de infectadas ali ascenda a proporções assustadoras [...].²³⁹

²³⁸ Ibidem, p. 20.

²³⁹ Ibidem, p. 20.

Para corroborar sua afirmação, o Dr. Cesar Cals se valia dos números de pacientes tratadas na Maternidade Dr. João Moreira por infecção puerperal:

Tabela 9. Número de mulheres infectadas tratadas na Maternidade Dr. João Moreira, em relação à quantidade de mulheres entradas no estabelecimento hospitalar, entre os anos de 1915 e 1933.

Ano	Total de mulheres entradas	Mulheres tratadas por infecção puerperal	
1915	285	15	5,26%
1916	293	20	6,82%
1917	325	19	5,84%
1918	313	28	8,94%
1919	396	17	4,29%
1920	359	20	5,57%
1921	345	26	7,53%
1922	369	38	10,29%
1923	406	41	10,09%
1924	421	19	4,51%
1925	407	25	6,14%
1926	391	14	3,58%
1927	485	21	4,32%
1928	495	16	3,23%
1929	514	14	2,72%
1930	532	14	2,63%
1931	546	16	2,93%
1932	903	18	1,99%
1933	753	15	1,99%

Fonte: CALS, Cesar. *PRIMEIRO CONGRESSO MEDICO CEARENSE. HISTÓRICO DA MATERNIDADE DR. JOÃO MOREIRA*. Fortaleza: Imprensa Oficial, 1935, p. 25.

As mulheres tratadas por infecção puerperal na Maternidade Dr. João Moreira constituíam, pois, na opinião do Dr. Cesar Cals, número pequeno, em relação ao total de mulheres entradas, fato que levava o médico a concluir que:

[...] é relativamente insignificante e, todavia muito significativa a percentagem de infectadas em nosso serviço onde o toque vaginal intrapartum é systematico, geralmente repetido e amiude mais de duas vezes. Embora não tenhamos estatísticas dos partos em domicilio, podemos entretanto afirmar com segurança que a percentagem de infectadas não é mais elevada do que a observada na Maternidade Dr. João Moreira. E forçoso é confessar que o toque em geral é feito sem o rigôr de higiene recommendado.²⁴⁰

Se os números de puerperas infectadas tratadas na Maternidade Dr. João Moreira são vistos como pouco expressivos, endossando, pois, a descrença do Dr. Cesar Cals quanto ao papel do toque vaginal na transmissão dos germens patológicos – a ponto, inclusive, de não serem tomados os cuidados higiênicos aconselhados na sua execução, como confessava o próprio médico –, eles, todavia, existiram e exigiram justificativas por parte dos profissionais do serviço obstétrico. Para efeitos de explicação, o Dr. Cesar Cals operou uma subdivisão das mulheres infectadas tratadas na Maternidade Dr. João Moreira entre aquelas que deram entrada no serviço já manifestando os sintomas da moléstia, e aquelas que, tendo sofrido a assistência ao parto nas enfermarias do estabelecimento hospitalar, apresentaram os primeiros sinais da enfermidade no serviço obstétrico.

²⁴⁰ Ibidem, p. 22-23.

Tabela 10. Número de mulheres infectadas que entraram para a Maternidade Dr. João Moreira antes e depois da apresentação dos sintomas da moléstia, em relação à quantidade de mulheres infectadas tratadas no estabelecimento hospitalar, entre os anos de 1915 e 1933.

Ano	Total de mulheres tratadas por infecção puerperal	Mulheres entradas para o serviço apresentando infecção puerperal		Mulheres que apresentaram a infecção puerperal no serviço	
1915	15	7	46,6%	8	53,3%
1916	20	17	85,0%	3	15,0%
1917	19	15	78,9%	4	21,0%
1918	28	24	85,7%	4	14,2%
1919	17	13	76,4%	4	23,5%
1920	20	19	95,0%	1	5,0%
1921	26	20	76,9%	6	23,0%
1922	38	27	71,0%	11	28,9%
1923	41	28	68,2%	13	31,7%
1924	19	8	42,1%	11	57,8%
1925	25	12	48,0%	13	52,0%
1926	14	10	71,4%	4	28,5%
1927	21	13	61,9%	8	38,0%
1928	16	9	56,2%	7	43,7%
1929	14	10	76,9%	3	23,0%
1930	14	9	64,2%	5	35,7%
1931	16	13	81,2%	3	18,7%
1932	18	11	61,1%	7	38,8%
1933	15	10	66,6%	5	33,3%
TOTAL	396	275	69,44%	121	30,55%

Fonte: CALS, Cesar. *PRIMEIRO CONGRESSO MEDICO CEARENSE. HISTÓRICO DA MATERNIDADE DR. JOÃO MOREIRA*. Fortaleza: Imprensa Oficial, 1935, p. 25.

Comumente superior em relação com o número de mulheres que manifestavam a infecção puerperal nas dependências da Maternidade Dr. João Moreira, as cifras das infectadas que já entravam com a moléstia para o serviço obstétrico sofreu, no entanto,

sensível variação em relação com a matrícula geral, como é dado a perceber pela tabela abaixo:

Tabela 11. Número de mulheres entradas infectadas, em relação à quantidade de mulheres entradas na Maternidade Dr. João Moreira, entre os anos de 1915 e 1933.

Ano	Matricula	Infectadas	Percentagem
1915	285	7	2,45%
1916	293	17	5,80%
1917	325	15	4,61%
1918	313	24	7,66%
1919	396	13	3,28%
1920	359	19	5,29%
1921	345	20	5,79%
1922	369	27	7,21%
1923	406	28	6,89%
1924	421	8	1,90%
1925	407	12	2,94%
1926	391	10	2,55%
1927	485	13	2,68%
1928	495	9	1,81%
1929	514	10	1,94%
1930	532	9	1,69%
1931	546	13	2,38%
1932	903	11	1,21%
1933	753	10	1,72%

Fonte: CALS, Cesar. *PRIMEIRO CONGRESSO MEDICO CEARENSE. HISTÓRICO DA MATERNIDADE DR. JOÃO MOREIRA*. Fortaleza: Imprensa Oficial, 1935, p. 25.

Procedendo à interpretação dos dados numéricos da tabela acima, o Dr. Cesar Cals escrevia que

Primeiro se vê uma progressão ascendente até 1922 e dahi em diante um decrescimento progressivo até 1934. O primeiro phenomeno, progressão ascendente até 1922, explica-se no facto da affluencia maior dessas doentes

para a Maternidade que, fundada em março de 1915, se vai tornando cada dia mais conhecida e procurada pelas puerperas pobres que até então, amiúde infectadas, eram tratadas em domicílio. O decréscimo que se observou daí em diante, apesar do aumento progressivo da clientela da Maternidade, obedeceu a circunstâncias, para nós, de alta significação e que aqui registamos em muito prazer. É questão da melhor educação das nossas conterrâneas no que se refere a gestação e parturição e principalmente da repercussão dos nossos ensinamentos, através do curso de parteiras da Maternidade, nas diversas camadas da sociedade cearense.²⁴¹

Ao afirmar que a diminuição dos números de mulheres infectadas entradas para a Maternidade Dr. João Moreira se deveu às atuações das parteiras diplomadas, o Dr. Cesar Cals parecia sugerir, em contrapartida, que, pelo menos, em boa medida, tais mulheres que já entravam infectadas no serviço obstétrico teriam contraído a moléstia em virtude da assistência ao parto realizada pelas parteiras ditas “curiosas”, reforçando a ideia de que estas mulheres eram, de fato, as responsáveis pelos altos índices de morte materna decorrentes da parturição.

Muito embora o Dr. Cesar Cals atribuísse a diminuição dos números de infectadas entradas para a Maternidade Dr. João Moreira às atuações das parteiras diplomadas entre as mulheres da cidade, esta perspectiva pode ser um tanto relativizada. Nesse sentido, cabe lembrar que, a partir de 1929, o serviço obstétrico deixou de ser o único a prestar atendimento terapêutico às puerperas infectadas da cidade, que passaram a contar também com os serviços da já aludida Enfermaria de Mulheres da Santa Casa de Misericórdia, cujo aparelhamento coincidiu com a transferência, naquele ano, da Maternidade Dr. João Moreira para sede própria. Destarte, é possível aventar a hipótese de que os números das entradas por infecção na Maternidade Dr. João Moreira diminuiriam em virtude da divisão deste grupo de pacientes entre as enfermarias do serviço obstétrico e as enfermarias ginecológicas do Hospital da Misericórdia.

De todo modo, a resposta quanto às causas da infecção puerperal nas mulheres que já davam entrada na Maternidade Dr. João Moreira infectadas estava, segundo o Dr. Cesar Cals, elucidada. Quanto às mulheres que apresentavam os primeiros sintomas da moléstia nas dependências do estabelecimento hospitalar, ainda haviam de ser dadas outras justificativas e, para tanto, convinha, do ponto de vista do diretor da Maternidade Dr. João Moreira, dividi-las entre aquelas que entraram *durante* e aquelas que entraram *antes* do trabalho de parto.

²⁴¹ CALS, op. cit., 1935, p. 8.

Tabela 12. Número de mulheres entradas durante e antes do trabalho de parto que manifestaram os primeiros sintomas da infecção puerperal na Maternidade Dr. João Moreira, entre os anos de 1915 e 1933.

Ano	Mulheres que apresentaram os sintomas de infecção no serviço	Mulheres que entraram durante o trabalho de parto		Mulheres que entraram antes do trabalho de parto	
1915	8	2	25,00%	6	75,00%
1916	3	0	0,00%	3	100%
1917	4	0	0,00%	4	100%
1918	4	1	25,00%	3	75,00%
1919	4	4	100%	0	0,00%
1920	1	1	100%	0	0,00%
1921	6	6	100%	0	0,00%
1922	11	11	100%	0	0,00%
1923	13	13	100%	0	0,00%
1924	11	11	100%	0	0,00%
1925	13	10	76,92%	3	23,07%
1926	4	4	100%	0	0,00%
1927	8	7	87,5%	1	12,5%
1928	7	7	100%	0	0,00%
1929	3	3	100%	0	0,00%
1930	5	5	100%	0	0,00%
1931	3	3	100%	0	0,00%
1932	7	6	85,71%	1	14,28%
1933	5	4	80,00%	1	20,00%
TOTAL	120	98	81,66%	22	18,33%

Fonte: CALS, Cesar. O toque vaginal durante o parto e a infecção puerperal. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XIII, N.º 9, Setembro de 1934, p. 20-21.

Procedendo, mais uma vez, à leitura dos dados numéricos, o Dr. Cesar Cals concentrou-se primeiramente sobre o subgrupo das mulheres que, entraram para o serviço obstétrico *durante* o trabalho de parto. Para o médico, tratavam-se de “parturientes que entraram para a Maternidade depois de longas e exaustivas horas de

trabalho em domicilio e não raras vezes assistidas por pessoas não afeitas ao officio”²⁴². O Dr. Cesar Cals concluía, então, afirmando que “nenhuma deducção se pode tirar a não ser que já entraram infectadas, como é de regra”²⁴³. Quanto às formas de transmissão dos germens infecciosos, este grupo de infectadas, portanto, se aproximava e se confundia, de acordo com o médico supracitado, com aquele outro constituído pelas mulheres que já chegavam ao serviço obstétrico portando os sintomas do estado mórbido. Livrando os atendimentos prestados no serviço obstétrico de terem contribuído no desenvolvimento da infecção puerperal deste grupo de mulheres que, embora supostamente entradas infectadas, sofreram da parte dos médicos e das parteiras diplomadas práticas corporais internas provavelmente pouco afeitas aos rigores da higiene, o Dr. Cesar Cals colocava as responsabilidades sobre a transmissão da infecção puerperal exclusivamente sobre as parteiras “curiosas”. Esquecia-se, o diretor da Maternidade Dr. João Moreira, que também médicos e parteiras diplomadas quando efetuavam assistência ao parto em domicilio poderiam ter, eles próprios, parcela de responsabilidade na eclosão do estado infeccioso, respondendo, igualmente, pois, pelas infectadas que entravam no estabelecimento hospitalar durante, como também depois do trabalho de parto.

Restava ainda o grupo, de um modo geral, menos numeroso, das mulheres que, entradas antes do trabalho de parto, foram assistidas exclusiva e integralmente na Maternidade Dr. João Moreira e, portanto, contraíram indubitavelmente a infecção puerperal em suas enfermarias. Entendendo a terminação natural e artificial dos partos como importantes variáveis para o desenvolvimento da entidade mórbida, o Dr. Cesar Cals dividia este conjunto de mulheres quanto às modalidades de parturição:

²⁴² Idem, op. cit., 1934, p. 22.

²⁴³ Idem, op. cit., 1935, p. 8.

Tabela 13. Número de mulheres entradas infectadas antes do trabalho que tiveram terminação natural e terminação artificial das parturições na Maternidade Dr. João Moreira, entre os anos de 1915 e 1933.

Ano	Total de mulheres infectadas entradas antes do trabalho de parto	Terminação natural do parto		Terminação artificial do parto	
1915	6	4	66,66%	2	33,33%
1916	3	2	66,66%	1	33,33%
1917	0	0	00,00%	0	00,00%
1918	3	2	66,66%	1	33,33%
1919	0	0	00,00%	0	00,00%
1920	0	0	00,00%	0	00,00%
1921	0	0	00,00%	0	00,00%
1922	0	0	00,00%	0	00,00%
1923	0	0	00,00%	0	00,00%
1924	0	0	00,00%	0	00,00%
1925	3	2	66,66%	1	33,33%
1926	0	0	00,00%	0	00,00%
1927	1	0	00,00%	1	100%
1928	0	0	00,00%	0	00,00%
1929	0	0	00,00%	0	00,00%
1930	0	0	00,00%	0	00,00%
1931	0	0	00,00%	0	00,00%
1932	1	1	100%	0	00,00%
1933	2	1	50,00%	1	50,00%
TOTAL	22	16	72,72%	6	27,27%

Fonte: CALS, Cesar. O toque vaginal durante o parto e a infecção puerperal. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XIII, N.º 9, Setembro de 1934, p. 20-21.

Dedicado à interpretação dos números, e ademais, fornecendo mais detalhes, o Dr. Cesar Cals escrevia que

O numero das que se infectaram na Maternidade, entradas antes do trabalho de parto e este terminado naturalmente desceu de 4 em 1915 a 0 e 1 nos ultimos annos.

[...] das infectadas de 1925, uma entrou com intoxicação gravídica e profundamente anemiada e a outra com febre palustre, ambas portanto em condições de menor resistência. Tratava-se, na infectada de 1932, de uma prenhez gemelar e em uma época em que a Maternidade vivia superlotada em virtude da grande leva de flagelados que acossados pela seca de então procuraram a Capital.

A infectada de 1933, entrada antes do trabalho de parto, era portadora de uma prenhez gemelar e a assistente que lhe assistiu estava com um pequeno furunculo no dedo.²⁴⁴

As duas infectadas de 1925 apresentavam, como informou o Dr. Cesar Cals, complicações orgânicas. Tratava-se, em uma delas, de estado mórbido discriminado como decorrente da própria gestação, configurando, pois, um caso de intoxicação gravídica, e na outra, de doença aleatória, a febre palustre ou malária. Tanto em um como no outro caso, a despeito da terminação natural do parto, fato que revelava que os trabalhos do útero promoveram integralmente a expulsão fetal, as pacientes se encontravam, na perspectiva do médico, em situação delicada que favorecia a invasão dos seres invisíveis infecciosos e propiciava o desenvolvimento da infecção puerperal, facilitado pela pequena resistência ocasionada pelos estados patológicos que antecediam o parto.

Além dos estados orgânicos, as condições espaciais em que se encontravam as pacientes também constituíam fator favorável para a eclosão da infecção puerperal. A infectada de 1932 que, portando uma gestação de gêmeos, era vista pelos médicos como acometida de uma condição orgânica mais delicada, contraiu a moléstia nas dependências da Maternidade Dr. João Moreira numa época em que o serviço obstétrico recebia um número de pacientes além de sua capacidade. A grande leva de pacientes atendidas no estabelecimento hospitalar, em maioria, sertanejas em fuga da grande seca que assolava o interior do estado naquele ano, findou por comprometer as condições higiênicas do estabelecimento, constituindo, pois, fator facilitador da transmissão de germes infecciosos.

Apenas em um caso, o de uma mulher infectada no ano de 1933, o toque vaginal ou outras práticas corporais internas puderam ter sido aventados como hipótese para a contração do estado mórbido, e ainda assim não por conta do procedimento em si, mas devido a uma lesão no dedo da assistente que o realizava. Destaque-se o fato de que se tratava de uma parteira diplomada, e não de um médico, configurando uma ocasião em que a falha nos atendimentos médicos prestados no interior da Maternidade Dr. João

²⁴⁴ Ibidem, p. 8.

Moreira, longe de constituir responsabilidade dos doutores, recaiu sobre as assistentes que, importa lembrar, fora pelos primeiros instruída.

Nesse sentido, colocando majoritariamente as culpas referentes ao desenvolvimento da infecção puerperal nos fatores orgânicos da paciente e nos fatores ambientais do hospital, o Dr. Cesar Cals concluía – a despeito do caso da infectada de 1933 – que

Baseados no que vimos dizer, não nos parece seja o toque vaginal intra-partum um dos principaes factores de infecção puerperal. Acreditamos, entretanto, que as condições individuaes das observadas, o meio em que se processa o parto e as deficiencias alimentares e intoxicações do organismo proprias dos grandes centros de civilização, sejam os principaes factores das metrites puerperae. Organismos combalidos pelas dificuldades da vida, microbios exaltados no ambiente hospitalar e parturição demorada em longas horas de trabalho exaustivo são parcellas cuja somma é mais ou menos igual a infecção puerperal. Não queremos e nem podemos negar o valor do toque vaginal durante o parto como vehiculo dos germens da infecção da ferida uterina, procuramos apenas combater o exagero das conclusões baseados no que vimos e observamos na Maternidade Dr. João Moreira e em nossa clinica em Fortaleza.²⁴⁵

Referindo-se aos casos de infecção puerperal contraídos pelas pacientes submetidas à terminação “artificial” do parto nas dependências da Maternidade Dr. João Moreira, o Dr. Cesar Cals informava que

O numero de infectadas entradas antes do trabalho e com partos artificiaes desceu de 2 em 1915 a zero em 1934. Houve em 1925 e em 1933 uma em cada anno e cuja nota diz que as pacientes foram acommetidias de ataques eclampticos durante a gravidez e trabalho de parto. Não é de admirar, todavia, que vez por outra, appareça uma infecção puerperal após qualquer intervenção obstetrica por mais cuidadosa que tenha sido, pois, todos nós sabemos que essas intervenções, traumatizando mais ou menos violentamente os órgãos genitae da mulher, tornam-nos facilmente expostos a aggressão dos germens infectantes.²⁴⁶

Destarte, se a prática do toque vaginal durante o trabalho de parto, mais corriqueira e sistemática, como o havia informado o Dr. Cesar Cals, era isentado por este mesmo médico de constituir causa da infecção puerperal, ao menos em larga escala, o mesmo não se poderia dizer das intervenções obstétricas que, mais profundas e arriscadas, podiam culminar em lesões dos órgãos genitais da parturiente, facilitando, pois, a invasão dos seres invisíveis e o desenvolvimento da infecção. Assim, as responsabilidades quanto à contração de infecção puerperal que mais de perto tocavam a prática dos médicos eram enfraquecidas, já que as intervenções técnicas eram, como se viu no item anterior, parcamente empregadas.

²⁴⁵ Idem, op. cit., Setembro de 1934, p. 23.

²⁴⁶ Idem, op. cit., 1935, p. 8-9.

Empenhado em justificar os casos de pacientes que, entradas antes do trabalho de parto, se infectaram na Maternidade Dr. João Moreira, o Dr. Cesar Cals fornecia detalhes sobre as puerperas infectadas somente a partir do ano de 1925, deixando em aberto as condições que cercaram as infectadas dos anos anteriores. É bem possível levantar a hipótese de que o próprio processo de registro contínuo dos atendimentos prestados no estabelecimento hospitalar ainda não tivesse conhecido constância e sistematicidade durante os primeiros anos de funcionamento da Maternidade Dr. João Moreira, donde as ausências de detalhes sobre as infectadas no serviço obstétrico antes de meados dos anos 1920. No intuito de cobrir este intervalo, em que as pacientes infectadas sofreram tanto parturições naturais quanto artificiais, tendo recebido em algum momento o acompanhamento das assistentes diplomadas e, antes do período de formação destas profissionais, das enfermeiras que trabalhavam nas dependências da Santa Casa de Misericórdia, o Dr. Cesar Cals escrevia que

E' natural que nos primeiros annos de funcionamento da Maternidade se observassem algumas infracções as boas regras de hygiene, em virtude da impericia de nossas enfermeiras de então, não afeitas ainda á assistencia as parturientes, decorrendo dahi as infecções contrahidas no serviço.²⁴⁷

As pacientes infectadas tratadas da Maternidade Dr. João Moreira, tenham elas contraído a moléstia fora ou dentro do serviço obstétrico, tenham elas sofrido parto natural ou artificial, eram todas submetidas às mesmas séries de tratamentos, compostas, de um modo geral, por medicamentos tônicos, lavagens ou irrigações intra-uterinas e drenagem tubular de Mouchotti.

Na edição da revista do Centro Médico Cearense referente aos meses de abril a junho de 1918, o Dr. Cesar Cals, então médico auxiliar da Maternidade Dr. João Moreira, publicava um texto intitulado “Drenagem de Mouchotti (seus inconvenientes)”. De acordo com o médico,

A primeira vista o aparelho drenador metalico de Mouchotti agrada e atrae francamente aos que luctam com puerperas e por ellas se interessam, em virtude do principio altamente racional e physiologico em que se estriba dito aparelho – a drenagem continua da cavidade uterina infectada ou em imminencia de tal sem traumatismo de seus tecidos.

Ao meu ver, é e será esse o principio fundamental de todo e qualquer aparelho visando o tratamento curativo ou profilactico das puerperas infectadas ou expostas a infecção, pois que lucta contra a estagnação de lochios ou secreções pathologicas na cavidade uterina.²⁴⁸

²⁴⁷ Ibidem, p. 9.

²⁴⁸ Idem. Drenagem de Mouchotti (seus inconvenientes). *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno VI, N.º 2, Abril a Junho de 1918, p. 35-36.

O dreno de Mouchotti, ou drenagem de Mouchotti, ou ainda drenagem tubular de Mouchotti correspondia a um aparelho de metal, de formato tubular, colocado na cavidade uterina para drenar as secreções purulentas produzidas pelo estado infeccioso do útero. Seu princípio dito racional ou fisiológico consistia na promoção da não estagnação, ou melhor, da retirada dos fluidos patológicos produzidos pelo útero infectado, auxiliando assim uma série muito particular de trabalhos desempenhados pelo exerto uterino, aqueles de resistência e/ou luta do órgão contra os agentes invisíveis. Em tese, não deveria substituir os trabalhos do corpo e nem os atrapalhar, já que preservaria a integridade anatômica dos tecidos durante a execução de sua função curativa ou profilática no combate à infecção puerperal.

O Dr. Cesar Cals segue seu relato informando que no ano de 1915,

[...] tive a meu serviço um grande numero de infectadas em virtude da emigração para Capital dos habitantes do interior.

O tratamento [...] das doentes sob minha guarda, consistiu então, pela aparição do dreno de Mouchotti no Ceará, ao uso deste aparelho e irrigações intra-uterinas, alem da terapêutica sérica e medicamentosa.

Sem saber bem a que causa atribuir, ou melhor levando a conta da miserabilidade das doentes, comecei a intrigar-me com a repetição insistente das complicações anexiaes. Mas em alguns casos tive que ceder a evidencia dos factos e levar a conta do joven aparelho o que então observava.

Em trez de minhas infectadas, fui obrigado a abandonar o dreno em virtude da exacerbação thermica matinal, sobrevindo regularmente minutos após a retirada e reintromissão do tubo metalico. A esse tempo usavamos o dreno de janellas longas limitadas por grades relativamente estreitas. As 24 horas de permanencia do dreno na cavidade uterina, determinava a penetração da mucosa do collo nas aberturas do aparelho que, ao ser retirado, de seu abrigo, arrastava consigo a mucosa do orgão traumatizando-o grandemente. Dahi multiplas portas abertas a absorpção das toxinas lochiaes e explicação clara e evidente da elevação thermica matinal.²⁴⁹

O ano da inauguração da Maternidade Dr. João Moreira foi o mesmo do aparecimento na cidade do aparelho drenador de Mouchotti, instrumento este que foi empregado em combinação com as grandes lavagens uterinas e medicação, a base de remédios e soros, no tratamento das infectadas internadas no serviço obstétrico, em grande maioria mulheres sertanejas fugidas da seca de 1915. O emprego do dreno junto a estas mulheres, por sua vez, relatava o Dr. Cesar Cals, não trouxe os resultados esperados, antes aprofundou a gravidade de suas condições orgânicas com o aparecimento das chamadas “complicações anexiais”, lesões nas paredes do útero, em especial da porção que formava o colo uterino.

²⁴⁹ Ibidem, p. 36.

A primeira hipótese levantada pelo médico, no sentido de explicar o aparecimento de tal fenômeno mórbido, recaiu sobre o estado de profunda miserabilidade das mulheres em tratamento que, portando uma organização corporal fragilizada pelas intempéries da vida, não respondiam à terapêutica. Só depois de uma observação mais criteriosa, o Dr. Cesar Cals imputou ao dreno de Mouchotti a causa das “complicações anexiais”, já que a retirada e reintromissão do aparelho eram seguidas de pequeno acesso de febre, mais tarde atribuída à absorção dos líquidos purulentos pelas aberturas das lesões promovidas pelo aparelho. Durante as 24 horas de permanência na cavidade uterina, período em que a paciente mantinha-se parada, provavelmente imobilizada, o aparelho penetrava e perfurava as mucosas do colo uterino e, quando retirado, arrastava parte do órgão, traumatizando e abrindo entradas para a absorção das substâncias patológicas, explicando, assim, o agravamento do estado de saúde e elevação térmica.

Continuava o médico escrevendo que, diante dos resultados negativos do dreno de Mouchotti, ao longo do ano de 1915,

[...] methodo clássico das grandes lavagens intrauterinas, com seus auxiliares serumtherapico e therapeutico medicamentoso, compreendeu o ano de 1916. Era então excessiva a população de Fortaleza e mil vezes miseráveis as condições das doentes que procuravam ou eram levadas a nosso serviço. A seca de 1915 fizera convergir, em seu ultimo semestre, para a Capital do Estado, quasi toda população do interior. De modo que se a miseria já era grande em fins de 1915 decuplicou nos primeiros mezes de 1916 com a aparição um pouco tarde das primeiras chuvas. E era justamente este povo que dava maior coeficiente no serviço que dirigíamos. Pois mesmo assim, foi este segundo periodo assinalado pela ausencia quasi absoluta de complicações annexiaes. De maneira que temos justas razões para acreditar na influencia do dreno nas invasões annexiaes e não na miserabilidade dos doentes, visto como as miserias de 1915 continuaram em proporção crescente nos primeiros mezes de 1916.²⁵⁰

As infectadas portadoras de fragilidades orgânicas só fizeram aumentar no ano de 1916, quando as mazelas da seca de 1915 ainda se faziam sentir, e até com mais intensidade. No entanto, o abandono do dreno, somada à quase ausência das complicações anexiais retirava a culpa da miséria do corpo sobre o agravamento dos estados orgânicos, confirmando a hipótese aventada um ano antes pelo Dr. Cesar Cals.

O médico explicava que

Se é sabido e aconselhado que se deve evitar o mais possível manobras traumatizantes no utero em estado puerperal e si aconselha outrossim a maior doçura no manejo de aparelhos indispensaveis como sondas, etc. comprehende-se facilmente a acção que poderá ter, em relação dos tecidos,

²⁵⁰ Ibidem, p. 36-37.

um corpo metálico deixado em permanência na cavidade uterina. Em contacto directo e continuado com as paredes de um órgão essencialmente móvel e mobilisável, como é o útero puerperal, o tubo metálico de Mouchotti não pôde deixar de lesar ditas paredes, lesões que se tornam tanto mais perigosas quanto mais se aproximam dos orifícios uterinos das trompas.²⁵¹

Segundo o Dr. Cesar Cals, o insucesso do dreno residia no traumatismo que provocava nas paredes do útero durante as 24 horas em que permanecia na cavidade uterina, traumatismos estes potencializados pelo fato de o útero, mormente em estado puerperal constituir um órgão delicado, móvel e mobilizável, encontrando-se em franco processo de involução. Ademais, detalhava o médico, as lesões provocadas pelo dreno se tornavam tanto mais perigosas quanto mais se aproximavam das trompas uterinas, estruturas responsáveis pelo transporte dos óvulos rumo ao encontro com a célula sexual masculina, etapa reprodutiva fundamental para a concepção e o desenvolvimento de futuras gestações.

Informava o Dr. Cesar Cals que,

Tais traumatismos e lesões crescem em intensidade no canal cervical onde o dreno, mesmo penetrando suavemente, sahe em geral com regular dificuldade e arrasta a mucosa presa em suas janelas. Por mais habil e pratico que seja o operador, não evitará absolutamente as lesões do collo, visto como o dreno que hoje atravessa com facilidade o canal cervical, apresenta ao ser retirado no dia seguinte resistencia por vezes forte, o que acarreta lesões de mucosa. E aqui, não se nos poderá acusar de usarmos drenos de calibre superior ao da ocasião indicado, porquanto sempre escolhemos o tubo de acordo com a abertura do collo e o grau de involução do útero.²⁵²

Traumatismos durante o tempo de permanência do dreno na cavidade uterina, traumatismos principalmente quando da retirada do dreno, já que mesmo tendo penetrado suavemente, o dreno apresentava resistência para sair, atrelado que estava às paredes do útero, exigindo força para sua retirada, acarretando lesões principalmente no colo uterino. A este respeito, o Dr. Cesar Cals demonstrava preocupação quanto à escolha do tamanho do tubo, em consonância com a abertura do colo e o estado do exerto uterino, como também quanto às habilidades do médico que por mais destro que fosse não escaparia das resistências e armadilhas do dreno.

Ademais, continuava o médico,

Ao lado desses inconvenientes de capital importancia, ha um outro de menor monta mas que não deixa de merecer atenção – é a obstrução do dreno. Em minha pratica, já regular, no serviço de infectadas, nunca retirei um dreno com 24 horas de permanencia na cavidade uterina que não viesse

²⁵¹ Ibidem, p. 35.

²⁵² Ibidem, p. 35.

completamente ou em parte obstruído por substâncias sólidas das secreções uterinas, retalhos de mucosa e coágulo fibrinoso do sêrum sanguíneo.

E se para isto afirmas não tivesse a prova material no tampão do dreno, teria ao apoio do que adianto, a regular quantidade de loquios que se eschôa da cavidade uterina com a retirada do aparelho. E nestas condições o tubo de Mouchotti perde algo de seu valor, não evitando o que visa – a não estagnação de secreções sépticas na cavidade do útero.²⁵³

Além de provocar traumatismos no órgão uterino, o dreno ainda não conseguia, de acordo com o Dr. Cesar Cals, realizar sua maior função: drenar da cavidade uterina as secreções patológicas, impedindo sua estagnação, promovendo, destarte, o auxílio ao corpo na luta contra os agentes invisíveis. Relatava o médico que após o período de permanência, o dreno era retirado completamente obstruído por substâncias sólidas, acumuladas no tampão do dreno, ocasionando, não raras vezes, o derramamento de quantidade significativa de líquidos infecciosos dentro da cavidade uterina.

Para completar toda a dificuldade trazida pelo aparelho metálico, o Dr. Cesar Cals escrevia que

Ao ademais, a permanencia do dreno no canal cervical, como corpo estranho traumatizante que é, determina edema congestivo do collo, edema este que, como processo pathologico põe o órgão em inferioridade physiologica e portanto incapaz de bem reagir á infecção.

O dreno não apenas não auxiliava a sanar a infecção puerperal, já que não conseguia exercer sua função de impedir a estagnação das substâncias patológicas, como também acabava por promover um outro estado mórbido decorrente dos traumatismos que provoca na cavidade uterina. Tais traumatismos, por sua vez, culminaram com o arrefecimento das capacidades de resistência do útero diante da infecção, impedindo o órgão de lutar com maior eficácia contra os agentes invisíveis.

Diante de todas as observações feitas, o Dr. Cesar Cals concluía que,

Reduzido portanto as suas justas proporções, a drenagem tubular de Mouchotti continuará todavia como recurso precioso no tratamento curativo ou prophylactico das puerperas infectadas ou expostas a infecção. De minhas considerações depreende-se não ser destituído de perigos o manejo do dreno de Mouchotti para o que chamo a preciosa atenção dos que me ouvem ou tiverem conhecimento das referidas considerações.

[...]

Acho todavia que o dreno deverá continuar a ser usado sem, porem, a sistematização que lhes querem dar, elevando-o verdadeiro especifico das metrites puerperaes.²⁵⁴

De um modo geral, pois, tratava-se o dreno de um aparelho metálico que permanecia abrigado no interior do útero ao longo de 24 horas ininterruptas. Trabalho

²⁵³ Ibidem, p. 35.

²⁵⁴ Ibidem, p. 35.

contínuo, obrigando a paciente a se manter deitada e imobilizada numa mesma posição durante tal intervalo; guardava, pois, implicações disciplinares severas sobre as infectadas. Apesar da vigilância contínua, o manuseio do aparelho parecia só ocorrer (salvo algumas ocasiões em que se flagrava exigências de adequações, adaptações sobre o corpo da paciente) em intervalos de 24 horas, quando o aparelho deveria ser retirado, seu conteúdo deveria ser liberado e, em seguida, o tubo deveria ser reintroduzido. O emprego do aparelho exigia certas variações no gestual do médico ou da parteira diplomada que, na intromissão na cavidade uterina deveria ser suave e, na retirada, parecia ser movido pela força.

Diferentemente do dreno de Mouchotti, as lavagens ou irrigações vaginais intra-uterinas constituíam práticas manuais a serem realizadas em pequenos intervalos, mediante água e medicamentos diluídos. Nas lavagens intra-uterinas, as mãos do médico ou das parteiras diplomadas empreendiam manobras mais profundas. Seu gestual centrava-se na realização do próprio trabalho de drenagem da cavidade uterina, e não no manuseio de um aparelho que realizaria o trabalho por ele anteriormente desempenhado.

Tanto o dreno de Mouchotti quanto as lavagens intra-uterinas apresentavam uma lógica de ação comprometida com o auxílio aos trabalhos do útero quanto às resistências ou lutas contra os agentes patológicos invisíveis. Ambos os métodos, impediam a estagnação das secreções purulentas, retirando do corpo secreções patológicas que atrapalhariam as defesas do útero. O útero portava, pois, uma força, de luta e resistência, que não era visivelmente física, mas um tanto obscura e ainda desconhecida, seus trabalhos acompanhados de forma indireta, mediante os exames das evoluções e involuções do estado orgânico da paciente, em especial a partir do aumento ou da diminuição das temperaturas do corpo.

Em setembro de 1930, o mesmo Dr. Cesar Cals publicava um outro texto sobre o tratamento de puerperas infectadas na Maternidade Dr. João Moreira. Intitulado “Infecção puerperal e Abscesso de fixação”, o texto se iniciava informando que

Nas metrites puerperas, quando ainda localizadas ao endométrio, os recursos terapêuticos ordinários, surtem efeito em geral, com curas mais ou menos rápidas.

A drenagem metálica de Mouchotti só ou auxiliada pela terapêutica medicamentosa e sérica que usamos há cerca de 10 anos na Maternidade e na clínica particular, tem-nos proporcionado magníficos resultados na luta contra essa complicação do puerpério.

Casos ha porem que, desobedientes a acção do dreno e da medicação intensiva usual, se arrastam de modo irritante, agravando-se cada dia á medida que se vão enfraquecendo as resistencias organicas das puerperas. – Esgotados os recursos medicos ordinários, nos casos graves mesmo sem signaes evidentes de septicemias e antes que se aniquilem as resistencias naturaes das pacientes, temos por habito lançar mão, de ordinario com resultados favoraveis a velha e brutal therapeutica de Fochier – o mal comprehendido abscesso de fixação.²⁵⁵

Ressalte-se, da parte dos médicos, a discriminação das puerperas infectadas como pertencendo a casos menos graves, em que a infecção está localizada no endométrio, mucosa que recobre o interior da cavidade uterina, e em que as curas ocorriam em um intervalo de tempo considerado curto, mediante a aplicação do dreno de Mouchotti, auxiliado à terapêutica sérica (constituída de soros) e medicamentosa. Como se vê, portanto, o dreno de Mouchotti, a despeito de todos os perigos que o Dr. Cesar Cals o envolveu, cerca de uma década anterior, continuava a ser utilizado de maneira recorrente não só na Maternidade Dr. João Moreira, como também na clínica domiciliar, provavelmente no tratamento das mulheres remediadas que contraíam a infecção puerperal e não se internavam no serviço obstétrico, dedicado prioritariamente às mulheres pobres.

Relatava o médico ainda que as puerperas infectadas que não apresentavam resultados positivos com o emprego de recursos usuais, conhecendo o aprofundamento paulatino de seu estado orgânico, constituíam os casos mais graves. Nestas ocasiões, em que os recursos ordinários vão se mostrando claramente insuficientes, e antes que as puerperas cheguem a sucumbir, perdendo toda sua resistência e capacidade natural de luta, o Dr. Cesar Cals recomendava a denominada terapêutica de Fochier, também conhecida como abscesso de fixação

De acordo com o médico,

Entre os varios casos de nossas observações de curas da infecção puerperal pelo methodo de Fochier, os dois mais recentes colhidos na Maternidade Dr. João Moreira são de tal evidência que não nos parecem discutíveis.

Eram duas puerperas gravemente infectadas, que numa lucta violenta lançavam contra o invisível adversario todos os recursos de sua organização moça, persistentemente por nós auxiliadas pelo dreno, streptoyatren, quinino e medicações tónicas.

Apezar de tudo a pyrexia se manteve surante 8 dias entre 39 e 40 grãos, com calefrios repetidos e sensível depressão das resistencias naturaes das enfermas. Em Maria de Lourdes que no 8º dia de infecção amanhecera com 39 grãos de temperatura, injectamos as 9 horas, 2cc de essencial de therebentina na face externa da coxa direita e retiramos definitivamente o dreno. – Na tarde do mesmo dia a febre baixara a 37 grãos – Nos dias

²⁵⁵ Idem. Infecção puerperal e abscesso de fixação. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno IX, N.º 9, Setembro de 1930, p. 2.

seguintes a temperatura voltou a 38,5, 37,2 e 36,5 graus que se manteve. – O abcesso formou-se e foi incisado depois de 8 dias. – A segunda, Joanna Gomes, também amanheceu no 8º dia de infecção com a temperatura a 40 graus. Como no primeiro, injectamos na face externa da coxa direita, as 9 horas, 2cc de essencia de therebentina e retiramos definitivamente o dreno. Na tarde do mesmo dia a temperatura baixou a 38,5 graus e nos dias seguintes a 37,2 e 36,5 graus que se manteve. A reacção local se fez e a doente teve alta curada após 5 dias de apirexia com abcesso pequeno com tendencia a reabsorção.²⁵⁶

O modo de funcionar do método terapêutico de Fochier, como se depreende do trecho acima, compreendia a injeção de substância denominada terebintina na coxa da paciente, o aguardo da formação de um abscesso no local da infecção, a saber, acúmulo de pus numa cavidade como consequência da inflamação, e a ulterior incisão, como ocorria no primeiro caso, ou ainda a espera do corpo do sentido da reabsorção do abscesso. Destaca-se o intervalo curto no qual se deram os restabelecimentos das pacientes, acompanhados pelas medições constantes da temperatura do corpo.

Explicava o Dr. Cesar Cals que,

Não sabemos se pela acção directa de irritação local fixadora ou se por actuação directa e geral, o que é evidente todavia é que a essencia de therebentina pelo processo de Fochier influencia mui favoravelmente o organismo na lucta contra a infecção puerperal. As coincidências felizes, não podem e nem devem ser mais invocadas para justificar as curas de metrites puerperaes pelo abcesso de fixação, tal a repetição dos casos victoriosos consequentes a localisação do processo infeccioso pela irritação therebentinada.²⁵⁷

Observa-se, pois, a dúvida do médico quanto ao mecanismo de ação da terapêutica de Fochier no interior do organismo feminino, sendo que se procedia ao emprego do método terapêutico conhecendo-se apenas seus resultados e não sua lógica de funcionamento, fator suficiente para incluí-lo no repertório terapêutico dedicado às infectadas da Maternidade Dr. João Moreira. Tratava-se, portanto, a terapêutica de Fochier, de um método que auxiliava os trabalhos de resistência e luta do útero de forma mais profunda do que o dreno de Mouchotti e mesmo as lavagens intra-uterinas, atuando diretamente sobre a capacidade de luta e resistência útero. Muito embora não se soubesse ao certo como tal método agia, se podia vislumbrar sua influência direta sobre a natureza do órgão, não a auxiliando por fora, mas promovendo-a por dentro. Galgava-se, ao que tudo indica, mais um nível de profundidade orgânica nos procedimentos dedicados a contornar os desarranjos do funcionamento corporal da mulher.

²⁵⁶ Ibidem, p. 2.

²⁵⁷ Ibidem, p. 2.

CAPÍTULO 3

A FIBRA DÓCIL

3.1 O Método de Delmas

Na edição de novembro de 1930 da revista *Ceará Medico*, o Dr. Eduardo Dias, médico que exercia sua clínica na cidade litorânea de Aracati, publicava um texto intitulado “Um caso de ‘parto a hora certa’”. Iniciava seu relato informando que

Em vinte de Julho deste anno, recebi um chamado de pessoa pobre, pauperrima, que me pedia attender a um caso grave de mulher, no setimo mez de gestação, que estava em ataques (sic.).
Eram 13 horas.
Pensando em eclampsia, não me demorei.
Em uma choupana, deitada num grabato, estava uma mulher de côr escura, aparentando 20 annos de idade. Primipara. Solteira.
A’ minha vista, logo apoz chegarmos, contorceu-se no seu quinto ataque. Não restava duvida: tratava-se de eclampsia.
Feto morto. Ao exame directo, nenhum signal de trabalho, ao menos em começo.²⁵⁸

Sem se deter a maiores detalhes sobre quem o chamou em socorro da gestante em apreço, se era alguém da família, da amizade, da vizinhança ou possivelmente, uma aparadeira que não tivesse conseguido pôr termo àquela complicação, o Dr. Eduardo Dias lhe referia apenas como “pessoa pobre, pauperrima”. Chegado à residência da paciente, visivelmente pobre, cuja distância e acesso em relação à localidade em que o médico residia ou dava consultas não é mencionada, o Dr. Eduardo Dias procedeu aos primeiros exames clínicos. Mediante a auscultação, flagrava a morte fetal, e através do toque genital, concluía pela ausência de trabalho de parto. Ao presenciar o quinto ataque, diagnosticou eclampsia, auto-intoxicação gravídica caracterizada por crises convulsivas no final da gestação.

Para o Dr. Eduardo Dias, o quadro era de urgência:

Era preciso agir. Caso difficil, entretanto, e de acção quase impossivel num meio como o nosso, em uma casa pobrissima, sem conforto de especie alguma!
Corro dependia de mim, exclusivamente, a intervenção, pois nem poderia eu contar com o auxilio de um collega, ou de pessoa competente que me pudesse ajudar, resolvi intervir, apezar de tudo.
Veio-me á mente a lembrança de ter lido, ha cerca de seis a oito mezes, uma noticia, amparada por observações bem fundadas, na qual um collega brasileiro publicava os resultados colhidos, em casos taes ou semelhantes,

²⁵⁸ DIAS, Eduardo. Um caso de ‘parto a hora certa’. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno IX, N.º 11, Novembro de 1930, p. 4.

com a aplicação do processo de Delmas, que lhe mereceu a denominação de ‘parto a hora certa’.²⁵⁹

Na narrativa do Dr. Eduardo Dias, o estado grave da gestante, as condições consideradas precárias do entorno e a ausência de colegas de ofício ou afeitos aos cuidados médicos conferiam o tom dramático àquela circunstância que, apesar de tudo, constituiu uma boa oportunidade para o médico pôr em prática uma nova intervenção obstétrica de que tomara instruções através da leitura de textos publicados em periódicos científicos brasileiros que, como é dado a perceber, gozavam de considerável circulação entre as mais diferentes e longínquas localidades nacionais. Na contramão do aprendizado clínico, organizado prioritariamente ao leito do paciente sob a supervisão criteriosa de um médico versado no procedimento em causa, o Dr. Eduardo Dias tomara a liberdade de realizar por si só, amparado apenas nas memórias de leituras feitas meses atrás, o recém-desenvolvido Método de Delmas.

Na descrição do procedimento, o Dr. Eduardo Dias informava que

Esterilizei ferros, seringa e tudo o que, do meu muito modesto arsenal, achei necessario ao caso.

Depois de collocar a pobre mulher inconsciente sobre uma mesa, pratiquei a punção lombar e fiz a rachistovainização.

Dois minutos de espera. Desinfecção externa [dos órgãos genitais].

Para dilatar o collo [do útero], que não me dava passagem á extremidade do indez, não demorei cinco minutos.

O meu collega, de que li as observações, diz ter feito em um a dois minutos.

Bem possivel, porquanto, eu a fazia pela primeira vez, no caso em questão.

Passar a extremidade do indez e ampliar o collo [uterino] para dois dedos, foi o trabalho mais difficil. Feito isto, a dilatação para mais, isto é, a ampliação até a passagem da mão, não foi difficil, antes foi rapida, relativamente.²⁶⁰

Com efeito, mesmo tendo chamado a atenção mais de uma vez para as condições materiais em que se encontrava a gestante, avaliadas isentas de conforto e pautadas sobre a pobreza e a precariedade, o Dr. Eduardo Dias não conseguiu delas se desfazer, antes pareceu dotá-las de alguma utilidade. Assim, no ato da esterilização dos instrumentos necessários ao procedimento e mesmo nas práticas de desinfecção do corpo da paciente, é bem possível que o médico tivesse lançado mão da fervura da água, concentrada talvez em potes de barro ou ferro presentes na residência, colocados possivelmente sobre fornos à lenha disponíveis no lar. De forma semelhante, sendo mais dificultosa a consecução do procedimento com a paciente posta sobre o “grabato”, que servia de leito, o médico optou por posicioná-la sobre a mesa, mobília simples,

²⁵⁹ Ibidem, p. 4.

²⁶⁰ Ibidem, p. 4.

geralmente produzida da madeira e com presença arraigada em domicílios ricos e pobres de antanho.

Assim, o emprego do Método de Delmas, procedimento que evocava ampla inovação e desenvolvimento da moderna ciência médica, apresentava matizes originais, em se tratando das circunstâncias materiais com que o Dr. Eduardo Dias teve de lidar quando optou pela sua realização. Por sinal, não somente os objetos domiciliares, a priori alheios ao Método de Delmas, ganhavam espaço na aplicação domiciliar desta intervenção. Não obstante se considerasse profundamente sozinho na consecução do procedimento, já que não podia contar com pessoas ditas competentes para auxiliá-lo na prática operatória, é plausível aventar a hipótese, bem provável, de que o Dr. Eduardo Dias tivesse recebido ajuda daquela mesma “pessoa pobre, pobríssima” que foi em socorro da paciente solicitar a presença do médico, e se manteve presente ao longo de todo o atendimento. Nas lidas com os artefatos domésticos úteis à realização das esterilizações e desinfecções, e ainda no ato de carregar a paciente do “grabato” em que se encontrava para a improvisada mesa cirúrgica e, ao cabo da operação, da mesa para o “grabato”, o Dr. Eduardo Dias deve ter contado muito possivelmente com o auxílio da “pessoa pobre, pobríssima”.

Da descrição do Dr. Eduardo Dias, se depreende que o Método de Delmas comportava duas etapas. A primeira delas era a aplicação da raquianestesia, denominada pelo médico de “rachistovainização”, procedimento insensibilizador em que o médico retirava por punção lombar certa quantia do líquido cefalorraquidiano da paciente, lhe acrescentava a substância anestésica, e injetava-lhe sobre a mesma porção raquidiana. Manifestado o efeito do anestésico, o médico dava encaminhamento à segunda fase do procedimento mediante manobras digitais e, em seguida, manuais, dedicadas à dilatação do colo do útero, porção mais estreita e inferior do excerto uterino que faz fronteira com o canal vaginal. Pouco explicando a lógica de ação do novo procedimento, o médico revelava, todavia, preocupação explícita em cronometrar o tempo sobre o qual as etapas da intervenção se desenvolviam, deixando entrever que o Método de Delmas propiciava um parto significativamente rápido, desenrolado em frações de minutos e, ademais, realizado com pouco esforço físico.

O Dr. Eduardo Dias dava seguimento à sua narrativa, informando que após a dilatação completa do colo uterino, procedeu ao ato da extração do feto:

Apresentação de vértice. Como era alta, achei prudente não usar de forceps. Morto o feto, preferi perfurar o crânio. Uma thesoura longa permittiu-me abrir uma brecha sufficiente para passar dois dedos, com os quaes, fazendo gancho, pratiquei facilmente a extracção.

O delivramento seguiu-se natural.

[...]

Acceio externo; remoção da parturiente para a cama.

Um momento depois do trabalho, ainda se manifestou um sexto ataque, que foi mais moderado.

Retirei-me satisfeito.²⁶¹

Nos casos de apresentação de vértice, em que o corpo fetal insinuava a porção cefálica direcionada para o colo do útero, a recomendação mais comum era a finalização do parto pela aplicação do fórceps. Muito embora se deparasse com um caso desta espécie, o Dr. Eduardo Dias estava convencido de que naquela ocasião tal intervenção não constituía a melhor alternativa, visto o posicionamento um tanto vicioso do feto, e improvisara uma técnica extrativa. De porte de uma tesoura, o médico praticou uma perfuração sobre o crânio do pequeno corpo. O orifício formado foi o suficiente para que o médico fizesse penetrar dois de seus dedos que, agindo como ganchos, promoveram a tração sobre o corpo do feto no sentido de sua retirada da cavidade uterina. Esta técnica de extração fetal mesclava características de duas intervenções obstétricas diferentes, já bem conhecidas dos médicos cearenses. Não abrindo mão das trações típicas da versão interna, e procedendo ao mesmo tempo uma espécie de agressão ao corpo fetal, prática que guardava semelhanças com a embriotomia – embora com ela não se confundisse, pois não chegava a ser uma mutilação com vistas a diminuir seu volume –, o Dr. Eduardo Dias produzia uma manobra original consentânea com a circunstância com a qual se deparava. A despeito da manifestação de mais um ataque eclâmpico após a parturição, a paciente apresentou estado orgânico regular, e o médico retirou-se não sem contentamento.

O Dr. Eduardo Dias finalizava seu relato clínico escrevendo que

No dia seguinte, aquella que estivera a morte, conversava, com plena consciencia do seu ambiente pauperrimo.

Estava praticado, pela primeira vez, na zona do Jaguaribe, pelo menos, o 'parto a hora certa'.

Apezar das difficuldades apreciadas por um certo numero de mestres entre os quaes Coll de Carrera, para os casos de eclampsia, eu posso afirmar, com a observação acima, haver sido muito feliz.

[...]

Esta noticia vae sem vaidade, com o fim único de estimular os collegas amantes da arte de Pajot, a praticarem, sem receio o 'parto a hora certa'.²⁶²

²⁶¹ Ibidem, p. 4-5.

²⁶² Ibidem, p. 5.

Indicando ter feito nova visita à paciente no dia seguinte ao do procedimento, o Dr. Eduardo Dias constatava o restabelecimento orgânico da mulher, em quem o médico praticou pioneiramente o Método de Delmas, então inédito no Ceará, muito embora os casos de eclampsia fossem considerados pelos grandes professores de obstetrícia, como o Dr. Coll de Carrera, os mais difíceis no sentido de uma terminação bem-sucedida.

A narrativa heróica do Dr. Eduardo Dias não conseguia esconder a aura de experimentação, e, portanto, a presença de significativos riscos para a vida da parturiente, que envolveu a execução de um procedimento médico inédito, não à toa, numa mulher extremamente pobre. Exultante diante do sucesso do primeiro caso em que praticou o Método de Delmas, o Dr. Eduardo Dias não hesitou realizá-lo mais uma vez. Em relato clínico publicado na revista *Ceará Medico* referente a fevereiro de 1932, intitulado “O meu segundo Delmas”, o médico contava o caso de

M. R. C. casada ha cerca de vinte anos. Edade, 39 anos.
 Multipara. Do seu consorcio único, houve 15 filhos que nasceram vivos, dos quaes 5 faleceram na primeira infancia. Além dos quinze partos a termo, teve dois abortos, ambos do quarto mez.
 Ha cerca de 4 anos foi, por mim, tratada de metrite [infecção uterina].
 [...]
 Estava a nossa observada, no setimo mez [...] quando, após trabalho mais assiduo e esforçado, começou a sentir cansaço continuo, o qual atribuiu ao maior esforço empregado naqueles ultimos dias.
 Como essa fadiga se fosse tornando mais pronunciada, mandou-me chamar.
 263

Diferente da primeira ocasião em que empregou o Método de Delmas, no qual o Dr. Eduardo Dias teve sua presença solicitada por paciente muito pobre e desconhecida – já que em nenhum momento do relato clínico, destaque-se, o médico se referiu a ela com as iniciais de seu nome –, neste segundo caso, a paciente já era conhecida do médico. Além de tê-la atendido há quatro anos em virtude de um estado infeccioso do útero, o médico passara a acompanhar as gestações subseqüentes a este episódio, mormente em seus últimos meses.

Chegado à casa da paciente, o Dr. Eduardo Dias realizou os primeiros exames clínicos e não concluiu por nenhuma anormalidade. Restringiu-se a receitar alguns medicamentos e recomendar repouso. Todavia, no dia seguinte, relatava o médico,

Logo muito cedo, o marido vem procurar-me, avisando que a cliente havia passado mal a noite; havia vomitado o leite que tomára á minha vista e continuava com falta de ar, a qual achava mais pronunciada.
 [...]

²⁶³ DIAS, Eduardo. O meu segundo Delmas. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno XI, N.º 2, Fevereiro de 1932, p. 12-13.

Volvi á casa da doente e resolvi intervir, isto é, interromper o parto. Nessa ocasião, pude constatar que o feto estava morto. Preparei-me, então, para empregar, pela segunda vez, o processo de Delmas, animado pelo successo da primeira em um caso publicado por mim nesta mesma revista, em Novembro de 1930.
[...]
Embora o caso referido fosse de eclampsia e neste, não havendo ataque, a toxemia se manifestasse por Cheyne Stokes, não trepidei intervir.²⁶⁴

A piora do estado orgânico da paciente levou o Dr. Eduardo Dias a diagnosticar uma espécie de auto-intoxicação gravídica, denominada *Cheyne Stokes*, que atacava prioritariamente o funcionamento cardiorrespiratório da gestante. A par da morte do feto, e ciente da gravidade do caso, o médico optou pela consecução do Método de Delmas, já experimentado anteriormente numa paciente também acometida de intoxicação gravídica, cujo resultado foi de incontestável successo.

Feito o devido asseio; escolhido o ponto determinado, fiz a punção lombar, a qual teve de ser repetida, por haver falhado á primeira tentativa. Extraído um pouco de liquido cefalo-rachidiano adicionada a este a dose de stovaina, injetei o conteúdo da seringa, atravez da agulha. Dois minutos de espera. A antiseptia do campo obstetrico estava feita, dei inicio ao trabalho. Collo [do utero] dilatado para um dedo. Com dificuldade, consegui augmentar, pouco a pouco, a dilatação para dois dedos e, assim por diante, até a passagem franca da mão. Abertura da bolsa [membrana amniótica]. Apresentação – nadeas completa. Apreendi o pé bom e comecei lentamente a extração, que foi facil. Quinze minutos de trabalho [...].²⁶⁵

Assim como no primeiro caso de emprego do Método de Delmas, muito provavelmente o médico lançou mão dos aparatos domiciliarios como meios de auxílio à intervenção em vias de realização. As práticas de asseio, antiseptia ou desinfecção só muito difficilmente se organizavam sem o uso dos apetrechos do lar, em especial os recipientes e, quiçá, os artefatos de tecido. De forma semelhante ao que acontecia na primeira aplicação do Método de Delmas, também neste caso a paciente pareceu ter sido removida para uma mesa, sobre a qual a intervenção era, possivelmente, mais facilmente realizável, retornando para a cama ou leito, uma vez terminado o procedimento. Deve-se ressaltar nesta ocasião a presença e, muito possivelmente, o auxílio do marido da paciente durante a execução da intervenção obstétrica.

Não obstante a falha na aplicação da raquianestesia, o emprego do Método de Delmas ocorreu num intervalo de tempo significativamente curto, contado, de acordo com o Dr. Eduardo Dias, em 15 minutos. Sua finalização se deu pela extração fetal via versão podálica, tendo o médico procedido a trações manuais sobre a metade inferior do

²⁶⁴ Ibidem, p. 13.

²⁶⁵ Ibidem, p. 13.

corpo fetal. A despeito do sucesso da operação, o estado orgânico da parturiente, informava o médico, não conheceu melhoras:

Não eram passadas duas horas e o Cheyne Stokes dobrava de intensidade.

Pulso rápido: 140. Respiração: 42.

[...]

Anoiteceu. Sob a impressão dolosa do desfecho fatal que se anunciava, com o quadro clínico de desesperanças á vista da família desolada e á minha vista, insisti nos meios de que vinha lançando mão. Grandes lavagens frias, ventosas escarificadas na região dos rins, afóra injeções de éter e óleo camphorado, cafeína, etc. Os rins, válvulas de escape dos venenos orgânicos, pouco e pouco, iam deixando de funcionar. A urina foi tornando-se, cada vez mais, escassa.

Pela manhã do dia seguinte, a nossa cliente, quase inconsciente, estertorava.

Novo sôro renal caprino. Nenhum resultado.

Pulso inconstável, miserável. Respiração 48 por minuto.

Nenhuma esperança me restava, além de assistir á morte de uma mãe de família, que se sacrificára pela educação dos filhos.

A's quinze horas, após lenta agonia, o ceu recebia uma alma christã.

E eu perdia o meu segundo 'parto á hora certa'.²⁶⁶

Diferentemente do resultado esperado a partir da aplicação do Método de Delmas, a saber, o enfraquecimento paulatino da toxemia gravídica, o Dr. Eduardo Dias relatava o progressivo agravamento do estado orgânico da parturiente. Acompanhando a paciente ininterruptamente por quase 24 horas após o parto, o médico não conseguiu fazer seus recursos medicamentosos vencerem sua condição patológica, restando-lhe, simplesmente, testemunhar e lamentar a morte da mulher que sofrera a segunda realização do Método de Delmas em solo cearense.

Exultante diante do sucesso do primeiro caso clínico finalizado pelo Método de Delmas e, ao mesmo tempo, temeroso do fato de os resultados negativos de sua segunda realização culminassem na rejeição da intervenção pelos médicos da terra, o Dr. Virgílio de Aguiar empreendeu minucioso estudo sobre o procedimento em apreço. Intitulado "Casuística sobre o 'Esvaziamento extemporaneo do utero no fim da gravidez'", o longuíssimo texto de autoria do médico supracitado foi repartido entre várias edições da revista do Centro Médico Cearense, entre os números de maio de 1932 e maio de 1933. Compreendendo uma primeira parte, na qual o médico traçava o histórico do procedimento, as técnicas recomendadas, as indicações e as contra-indicações para sua realização, o texto em seguida se demora longamente sobre as experiências com Método de Delmas publicadas por médicos franceses e brasileiros, estas últimas não adentrando os interesses desta pesquisa, que optou pela análise dos casos clínicos ocorridos em solo cearense.

²⁶⁶ Ibidem, p. 14.

Logo na introdução do texto, o Dr. Virgílio de Aguiar informava que

Foi a 22 de Fevereiro de 1928, que o Prof. Delmas (de Montpellier) levou á *Reunion Obstetrique* um trabalho original sobre um novo *methodo de esvaziamento extemporaneo do utero no fim da gravidez sob rachianesthesia*, que facilita extraordinariamente a dilatação do collo, na vigencia do trabalho do parto e mesmo fóra d'elle.

De então para cá o M. D. [Método de Delmas] tem sido experimentado em todo o mundo, tendo já uma volumosissima litteratura, particularmente na França, na qual em maioria vultosa as observações corroboram a efficiencia, facilidade e benignidade do processo.²⁶⁷ (grifos no original)

De surgimento recente, apenas dois anos antes de sua primeira realização em território cearense, o Método de Delmas era assim alcunhado em função do sobrenome de seu inventor. Sobressai da caracterização proposta pelo Dr. Virgílio de Aguiar, a propriedade do novo procedimento de realizar o parto, acima entendimento como “esvaziamento do útero”, de modo *extemporâneo*. Tratava-se, portanto, de uma modalidade de parturição que se incluía entre aquelas, então raras na capital cearense, em que o parto podia ser desencadeado fora do tempo declarado pelo corpo da mulher, tal como ocorrera, por exemplo, nos dois casos clínicos narrados pelo Dr. Eduardo Dias, nos quais as pacientes se encontravam no sétimo mês de gestação, sem nenhum sinal orgânico do trabalho de parto. Com o Método de Delmas, portanto, o tempo do parto deixava de ser, ao menos integralmente, o tempo do corpo, ou melhor, o tempo da natureza, para se tornar o tempo do médico, o tempo do homem – este último, por sinal, como se percebeu dos relatos clínicos do Dr. Eduardo Dias, consideravelmente mais veloz.

No Método de Delmas, a antecipação deliberada do tempo do parto era propiciada pela chamada raquianestesia. Enquanto procedimento insensibilizador, a raquianestesia, ao contrário do que se poderia supor, não apresentava, segundo o procedimento em pauta, o objetivo maior e restrito de livrar a paciente das dores e incômodos físicos decorrentes da operação a que se submetia, não obstante o próprio Dr. Paul Delmas tivesse visado originalmente este propósito:

Conta Paul Delmas que na Grande Guerra, com Lefilliatre, se fez adepto da rachianalgésia.

Desmobilizado, voltando á Montpellier applica novamente á obstetricia este processo de insensibilização, o qual fóra ali tentado, ha 25 annos, pela primeira vez, por Rouville e Puech.

De 1918 a 1925 accumula artigos e communicações; em 1924 converte seu mestre Brindeau á sua technica.

²⁶⁷ AGUIAR, Virgilio. Casuistica sobre o ‘Esvaziamento extemporaneo do utero no fim da gravidez’. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno IX, N.º 5, Maio de 1932, p. 14.

Até 1920 não visava mais que a *insensibilização* no curso de intervenções obstétricas.

Pouco a pouco, entretanto, verifica, de começo, que os *processos de dilatação* são mais facilitados, o que aproxima da influencia da *rachi* sobre os *espasmos viscerais*; depois, com Roume, averigua sua acção sobre a *contractura uterina*; enfim, com Coll de Carrera, observa que *versões* até então contraindicadas por *contractura* tornam-se facilmente realizáveis.

De todas estas observações resultam algumas ideias simples.

I – A *rachi* faz desaparecer a *contractura* do utero.

II – Ella não supprime a *contração*, nem a *retração* do utero.

III – Algumas vezes mesmo estas duas propriedades são antes *estimuladas*.
²⁶⁸ (grifos no original)

Experiências individuais e coletivas, frutos da clínica militar e da clínica civil, levaram o Dr. Paul Delmas a constatar um segundo atributo da raquianestesia, além da insensibilização do baixo-ventre durante as operações obstétricas. Tratava-se da ação desta espécie anestesidora sobre as propriedades propriamente musculares do útero, aquelas que, segundo a moderna obstetrícia, deveriam mover os trabalhos do parto. Em realidade, para os médicos, o útero não apresentava apenas os predicados muito simples de, durante o momento da parturição, contrair-se e retrair-se. Mesmo em repouso, julgavam os representantes da moderna obstetrícia, as fibras uterinas produziam uma resistência, uma espécie de estado permanente e involuntário de contração, que recebia a denominação de *contratura uterina*. Do ponto de vista dos médicos, a contratura uterina comprometia-se com a preservação dos limites anatômicos do excerto uterino, impedindo, por exemplo, que o útero se distenda demais e culmine por se “quebrar”, lesionando suas paredes. A administração da raquianestesia, por sua vez, incidindo diretamente sobre o funcionamento da fibra uterina, não somente enfraquecia sua autonomia na realização dos trabalhos de contração e retração, como lhe retirava também esta resistência “essencial”, a contratura uterina. O útero se tornava, portanto, um órgão dócil, inerte e extremamente flexível, sobre o qual o médico podia realizar trações de modo livre, já que as propriedades musculares de contração e retração não só deixavam, em grande medida, de ser movidas pelo útero, como também passavam a apresentar seus limites majorados.

Ora, não é difícil perceber as transformações trazidas por este novo procedimento obstétrico. De órgão ativo da parturição, o útero se tornava a porção passiva, deixando de realizar os trabalhos do parto não exclusivamente por um desvirtuamento próprio, como acontecia correntemente, mas principalmente por uma indução deliberada do próprio médico via raquianestesia. Perdida sua autonomia, o

²⁶⁸ Ibidem, p. 15.

útero não apenas sofria os trabalhos do médico, como, por efeito da substância anestésica, não lhe ofereceria qualquer resistência. Ao produzir o arrefecimento das forças do útero, o Método de Delmas facilitava os trabalhos de tração do médico, mas nem tanto, já que o excerto uterino estava, paradoxalmente, tanto mais elástico quanto menos resistente.

De acordo com o Método de Delmas, todos os trabalhos do parto se tornavam livres da iniciativa do próprio corpo da parturiente, de seu tempo e de suas forças. Longe dos desígnios da natureza, o nascimento ocorrido pelo Método de Delmas concentrava todos os trabalhos do parto, literalmente, sobre as mãos do médico parteiro. Desde a aplicação da raquianestesia, até a dilatação do colo uterino, incluindo, evidentemente, a extração do feto, a técnica parecia exigir muito mais do corpo do médico do que do corpo da parturiente, este último transformado em matéria inerte, insensível e flexível. O primeiro momento da intervenção, coincidindo com a realização da raquianestesia, era assim descrito pelo Dr. Virgílio de Aguiar:

Rachicentese do espaço lobo-sacro [da paciente] com Lûer de 20 cmc; retirada de 10 cmc. de liquido, conforme a pressão ou cephaléa da paciente; 5 cmc. do liquido são projectados em uma ampola (das Usinas de Rhône) que contem 10 centigrs. de escurocaina esteril, em pó – soluto extemporaneo; este soluto é então aspirado da ampola e injectado [na região lobo-sacra ou raquidiana da paciente] sem violencia, mas sem timidez.
A mulher é posta em posição obstetrica.²⁶⁹

O primeiro passo da raquianestesia consistia na retirada de pequena quantidade do líquido cefalorraquidiano (aquele que corre no canal raquiano da coluna vertebral) da paciente, para o quê se fazia uso de uma seringa, correntemente denominada de *Lûer* em alusão à marca alemã a que pertencia. O fluido orgânico era então diluído numa ampola contendo a substância anestésica em pó, segundo recomendava o Dr. Virgílio de Aguiar, a escurocaína da marca francesa *Usinas de Rhône*. Depois de formada a solução, esta era injetada novamente na região raquidiana da paciente que, tendo se mantido sentada ao longo do procedimento anestésico, deveria, a partir de então, aguardar os efeitos da substância deitada em posição obstétrica. O manuseio de seringas, agulhas e ampolas medicamentosas parecia constituir a única etapa verdadeiramente instrumental do Método de Delmas, já que a maior parte do procedimento era realizada mediante intervenções manuais do médico.

²⁶⁹ Ibidem, p. 15-16.

Efetuada a raquianestesia, escrevia o Dr. Virgílio de Aguiar, o médico dava início à dilatação do colo do útero, etapa esta dividida em duas fases:

Phase digital. O indez penetra no collo [do utero] e se ainda o encontra longo verruma (*vrille*) até sua penetração no segmento inferior, sobre o qual se applica após a flexão das 3as. e 2as. phalanges sobre a 1a.

Desde então, sem violencia, mas por um movimento ininterrupto de balanço essas duas phalanges fazem a maçagem excentrica do limite cervico-segmentar até flacidez sufficiente [do colo do útero] para admittir o [dedo] medio ao lado do indicador, depois o anelar e por fim o minimo.²⁷⁰ (grifos no original)

Tratava-se, a fase digital de proporcionar a entrada completa da mão do médico no orifício uterino. Aplicando o indez, ou melhor, o dedo indicador na entrada do colo do útero, o médico deve se esforçar no sentido de alargar (verrumar) esta porção orgânica que, longa e estreita, deve ganhar forma mais horizontalizada. Após sua penetração no colo uterino, o dedo indicador devia deitar-se sobre suas falanges, aumentando gradualmente a espessura daquele orifício. Com o dedo flexionado, o médico dava início a massagens circulares, no sentido de abrir espaço para as respectivas passagens dos dedos médio, anelar e mínimo. Uma coleção de pequenos gestos, pautados alguns sobre mínimas flexões, ainda se mantém atrelada a trações físicas, todavia, mais suaves, refreadas pelo alerta pertinente do “sem violência”. O Método de Delmas, embasado nas habilidades para a realização de movimentos de apreciável precisão e pequena envergadura, trazia em seu bojo significativos desafios para a prática obstétrica dos médicos que, doravante, tinham de incluir uma complexidade gestual a exigir-lhes considerável domínio, não ainda integralmente sobre instrumentos extremamente modernos e delicados, mas sobre seu próprio corpo.

A fase seguinte do processo de dilatação do colo uterino exigia o aumento da envergadura dos movimentos manuais, desta feita, já suficientemente familiares aos médicos:

Phase manual. Após pequena demora que exige, algumas vezes, no curso da dilatação [do colo uterino], a troca de mão esta penetra inteiramente, em cone, no orificio uterino.

O punho, em deslocando a apresentação [posicionamento do feto], executa, no canal cervico-segmentar, a manobra de *chave de fechadura*.

Depois de alguns movimentos de vai e vem, transversos, o punho passa alternativamente do utero á vagina e vice-versa um certo numero de vezes até a supressão de todo resalto; então a dilatação [do colo do útero] está completa.²⁷¹ (grifos no original)

²⁷⁰ Ibidem, p. 16.

²⁷¹ Ibidem, p. 16.

Aberto o espaço para a entrada completa da mão do médico, as trações passavam ser realizadas pelos punhos que ora empreendiam pequenas trações laterais, simulando o movimento de uma chave entrando e girando na fechadura, ora se aplicavam em deslocamentos transversos entre o útero e a vagina. Dessa forma, se obtinha o alargamento das paredes do colo uterino e a supressão de quaisquer saliências (resalto) que pudessem oferecer obstáculos à posterior saída do corpo fetal, última etapa do Método de Delmas:

Extracção do feto. Rompe-se a bolça de aguas, se ainda fechada, e pratica-se a versão por manobras internas e de seguida a extracção podalica. Esta manobra é de regra, pois a versão é sempre facil, mesmo quando as membranas [da bolsa amniótica] rotas de 8 e até 12 dias, isto devido a suppressão da contractura uterina.²⁷² (grifos no original)

Dada a supressão da contratura uterina, donde decorre a majoração da elasticidade do excerto uterino, a manobra de extração fetal mais recomendada era a versão interna, mesmo quando da ausência de líquido amniótico, situação considerada correntemente desfavorável à realização desta intervenção obstétrica. Mediante trações sobre o corpo fetal, mais especificamente sobre sua metade inferior (porção podálica), a mão do médico promovia sua expulsão. Mantinha-se o uso das forças, todavia, se ponderava sua intensidade.

Explicada a lógica de ação do novo procedimento obstétrico, destrinchados os menores detalhes de suas etapas, o Dr. Virgílio de Aguiar informava sobre as indicações da realização do Método de Delmas:

No curso da gravidez: quando é preciso lutar preventivamente contra qualquer estado pathologico que a vem complicar.
[...]
Assim, em presença de casos de *eclampsismo*, em que junta a oliguria [dificuldade de urinar], a persistencia da albuminuria [presença da proteína albumina na urina] e da hipertensão, a despeito do tratamento feito são de temer as manifestações convulsivas.
[...]
Assim, ainda, quando as hemorragias de repetição de uma *placenta previa* põe a mulher em grave perigo, que é preciso conjurar o mais cêdo possível.
No curso do trabalho de parto: em que bem vezes é indicado terminal-o, sem perda de tempo, no interesse da mão ou do feto, ou de ambos.
Para a mãe: quando os accessos de *eclampsia* se succedem, determinando um estado inquietante que requer termo; os estados pathologicos do *coração e pulmão*, não permittindo se prolongar a marcha habitual do trabalho.²⁷³ (grifos no original)

Tanto antes, quanto durante o trabalho de parto, e, portanto, tanto preventivamente quanto no calor das urgências, as circunstâncias que deveriam

²⁷² Ibidem, p. 16.

²⁷³ Ibidem, p. 16-17.

conduzir a decisão do médico pela consecução do Método de Delmas correspondiam predominantemente aos casos de auto-intoxicação ou toxemia gravídica, dentro dos quais se incluíam as manifestações convulsivas típicas da eclampsia, distúrbios de natureza cardiorrespiratória (Cheyne Stokes), e as hemorragias contínuas que caracterizavam o estado patológico conhecido por placenta prévia.

Todavia, a eclosão da toxemia gravídica não constituía a única condição para a realização do Método de Delmas. O Dr. Virgílio Aguiar informava que o procedimento comportava igualmente contra-indicações:

A – Para conservar o caracter de inteira segurança, ainda é preciso não pedir ao processo senão aquillo que elle pode dar – *flacidez de uma parede conservando sua integridade anatomica* – quando o obstaculo não depende senão da ausencia de trabalho ou, este começado, de contractura, a qual desaparece sob a rachi ou de inercia que cede tambem a este modo de insensibilisação.

B – Ao contrario do processo é *de regeitar*, em absoluto, se essas condições se substituem ás modificações estructuraes seguintes:

Cicatrizes operatórias ou traumaticas, extensas, de partos anteriores; cicatrizes inflammatorias, sequentes á cauterisações therapeuticas ou de cervicite prolongada (gonocócicas em geral); infiltração neoplásica do utero, por fibroma ou cancer.²⁷⁴ (grifos no original)

Incorrendo sobre os casos de mulheres que já sofreram ou sofriam alguma espécie de lesão no aparelho genital – tais como rupturas, embora cicatrizadas, advindas de procedimentos operatórios ou cauterizações terapêuticas, inflamações do colo do útero denominadas de *cervicite*, seja de origem viral ou bacteriana, ou ainda tumores uterinos, sejam benignos (fibroma) ou malignos (câncer) – as contra-indicações do emprego do Método de Delmas deixam entrever as preocupações com a segurança da intervenção e, portanto, com a compensação de seus possíveis perigos. Peculiar paradoxo, este que fazia acompanhar cada avanço da ciência médica de novos e inesperados riscos.

O emprego pioneiro do Método de Delmas na clínica domiciliar do Dr. Eduardo Dias, numa pequena cidade litorânea do Ceará, carente de todo aparelhamento médico – ademais em circunstâncias consideradas precárias –, junto ao longuíssimo texto publicado pelo Dr. Virgílio de Aguiar na revista do Centro Médico Cearense em prol da difusão do novo procedimento obstétrico parecem ter ganhado alguma repercussão na, então, única maternidade da capital. Com efeito, poucos anos depois das publicações dos textos assinados pelos médicos supracitados, o Dr. Cesar Cals trazia à baila, também nas páginas da revista *Ceará Medico*, a narrativa do primeiro caso clínico no

²⁷⁴ Ibidem, p. 17.

qual se lançou mão do Método de Delmas nas enfermarias da Maternidade Dr. João Moreira.

Em texto intitulado “Placenta previa central parcial. Parto á Delmas”, publicado no periódico do Centro Médico Cearense na edição de março de 1933, o Dr. Cesar Cals relatava o caso de

M. P. B. 24 anos, branca, cearense, Pacatuba, casada multipara – Teve 8 partos, sendo 5 a termo, mortos e 3 de 7 mezes, vivos – Todos os partos foram naturaes, com fetos em apresentação cefalica, excepção do primeiro que se apresentou de nadeegas – A paciente deu entrada na Maternidade no dia 6 de Agosto de 1932, vindo de Pacatuba – Informou ter sido sua gestação normal e sem accidentes até o dia 2 de Agosto quando fôra acometida de grande hemorragia que se repetiu 3 dias depois – A 6 do referido mez quando a paciente entrou para o serviço, vinha perdendo bastante sangue das vias genitales.²⁷⁵

O deslocamento da paciente de localidade afastada da cidade de Fortaleza em direção à Maternidade Dr. João Moreira, ademais, poucos dias depois de apresentar os primeiros sintomas do estado mórbido, expressa forte indício das repercussões positivas que este estabelecimento hospitalar gozava, mesmo que pontualmente, entre as mulheres cearenses já no alvorecer dos anos 1930, quando completava quinze anos de funcionamento.

Aos primeiros exames, o Dr. Cesar Cals concluía que a senhora M. P. B.

Apresentava sintomas evidentes de intensa anemia, com os tegumentos e mucosas exangues, pulso pequeno e rapido, dispnéa e estado sincopal. Era portadora de uma gravidez a termo, com feto morto em apresentação cefalica movel. O exame obstetrico procedido as 9 horas do dia 6, revelou um colo [uterino] dilatado para dois dedos, com a placenta cobrindo o orificio interno e ainda não completamente apagado. Como a hemorragia tivesse cessado e não houvesse trabalho franco, foi conservada a paciente em repouso e ministradas injecções de sôro fisiologico e tonicardiacas, aguardando o momento oportuno para intervir.²⁷⁶

Manifestando um estado orgânico pouco lisonjeiro, a senhora M. P. B. era portadora, segundo a apreciação clínica realizada pelo Dr. Cesar Cals de gestação a termo (nove meses completos), com feto morto e apresentação cefálica móvel, a saber, com a porção cefálica alocada na saída da cavidade uterina, muito embora aí não completamente encaixada apresentando ainda certa margem de mobilidade. A presença da placenta nas proximidades do colo uterino respondia pelas hemorragias apresentadas pela paciente e conferia, na opinião do médico, o diagnóstico de toxemia gravídica em

²⁷⁵ CALS, Cesar. Placenta previa central parcial. Parto á Delmas. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno XII, N.º 3, Março de 1933, p. 1.

²⁷⁶ *Ibidem*, p. 1.

sua modalidade denominada de placenta prévia. Muito embora o colo do útero demonstrasse alguma dilatação, curiosamente medida em unidades de dedo, indicando, pois, a incipiência do trabalho de parto, o médico optou por manter a paciente em repouso. A ausência dos sintomas hemorrágicos, ao que tudo indica, retirava parte considerável da urgência do quadro clínico. Possivelmente alocada na sala das gestantes, onde permaneceu durante o período de aproximadamente sete horas, sob os cuidados das parteiras diplomadas, a senhora M. P. B. recebeu medicação com vistas à melhora de sua condição orgânica.

O Dr. Cesar Cals continuava a narrativa informando que

As 16 horas do mesmo dia, como a situação permanecesse a mesma e se temesse nova hemorragia, resolvemos terminar rapidamente o parto pelo processo de Delmas.

Posta a paciente na mesa de operações e confirmado o diagnóstico de placenta prévia central parcial, deu-se começo a intervenção, pela raquianestesia, com 0,12 centigramas de raquianalgia Silva Araujo, em solução extemporânea no líquido cefalo-raquidiano, a paciente em posição sentada.

Pouco tempo depois de injetada a solução anestésica e já a paciente em decúbito dorsal, com o dorso meio elevado, foi a mesma acometida de forte síncope, combatida eficazmente com injeções de adrenalina e óleo canforado. [...]

Dentro de 10 minutos a anestesia era completa e foi dado início ao ato obstétrico. – Feita novamente a asepsia dos órgãos genitais, introduzimos a mão na vagina para agirmos sobre o colo [uterino] cuja dilatação dava passagem apenas a 2 dedos. – Desde logo notamos o extremo amolecimento do conduto cervico-vaginal e das partes moles do canal pelviano.

Seguindo rigorosamente a técnica descrita por Delmas, foi feita a dilatação completa do colo [uterino] em cerca de 5 minutos. A extrema brandura dos tecidos moles, dá a impressão de tecidos mortos cedendo sem resistência ao agente dilatador.

Observada e controlada pelos colegas presentes a completa dilatação do colo [uterino], rompemos a bolsa das águas e fizemos a versão interna com grande facilidade e sem violência, extraíndo um feto morto, pesando 3500 gramas.

²⁷⁷

Encaminhada para a sala de cirurgia, a senhora M. P. B. sofreu a raquianalgia à base de substância anestésica da marca nacional Silva Araujo, e manifestou reação negativa ao medicamento, dando mostras de certos riscos adventícios dos procedimentos de insensibilização. A despeito do acidente, ao que tudo indica, rapidamente sanado, toda a operação obstétrica foi realizada em aproximadamente 30 minutos – intervalo de tempo consideravelmente curto, comparativamente à duração das demais parturições naturais ou artificiais que ocorriam nas enfermarias da Maternidade Dr. João Moreira.

²⁷⁷ Ibidem, p. 1-2.

Sobressai ainda do relato clínico em apreço a extrema facilidade com que as mãos do médico realizaram a dilatação completa do colo uterino. Situação semelhante ocorreu também, contava o Dr. Cesar Cals, durante a extração do corpo fetal, efetuada mediante versão interna. Interessante remarcar o estranhamento do médico diante da apreciável facilidade de distensão das paredes do órgão uterino. Com efeito, a brandura exagerada dos tecidos uterinos, levando o Dr. Cesar Cals a assimilá-los a corpo morto, demonstrava que a força, o vigor e mesmo a resistência, propriedade fulcrais do músculo em atividade, apareciam para os médicos, àquele período, como sinônimo maior de vivacidade e eficácia orgânica – mormente quando o músculo era o útero, e a vida era a das mulheres.

Contrastando com o episódio da aplicação pioneira do Método de Delmas na clínica domiciliar do Dr. Eduardo Dias – no qual o médico se ressentia de sua solidão profissional na consecução do procedimento –, na sala de cirurgia da Maternidade Dr. João Moreira, o Dr. Cesar Cals era acompanhado, como se depreende de seu relato, por um conjunto de médicos, possivelmente atraídos por certa aura de novidade guardada pela recente invenção obstétrica. A este respeito, é possível pensar que os olhos curiosos que assistiam realização do Método de Delmas não apenas faziam desta ocasião um momento um tanto pedagógico, a partir do qual os médicos poderiam tomar notas para suas futuras práticas obstétricas, como também conferiam ao acontecimento o controle necessário para se afirmar ou não a fidedignidade de sua consecução e, portanto, a competência dos operadores. Tanto parecia ser assim que, desconfiado do extremo amolecimento dos tecidos moles do canal pélvico, o Dr. Cesar Cals se defendia de quaisquer possíveis acusações de erros ou negligências que pudessem ter causado mudanças na consistência dos tecidos uterinos, afirmando em seu relato clínico a vigilância de uma espécie de pequena platéia ou comissão autorizada que verificou e pôde comprovar a realização adequada do procedimento.

Finalizada a extração fetal, o Dr. Cesar Cals continuava seu relato informando que

Um exame imediato das partes genitales profundas revelou a existencia de uma rutura lateral esquerda do colo [uterino] interessando o segmento inferior.

Estraida artificialmente a placenta, foram colocados 2 longos clamps nos labios da rutura e tamponados com gaze simples o segmento inferior, colo [uterino] e vagina. A hemorragia durante a operação foi pequena, porem bastante para agravar mais o estado da paciente já profundamente combalido por hemorragias anteriores. Colocada novamente em sua cama, foram-lhe

ministrados mais 250 c.c. de sôro fisiológico adrenalinado e injeções de óleo canforado. Após uma noite passada relativamente bem, a doente amanheceu melhorada, em perfeita lucidez, com temperatura normal, pulso rápido porém regular e bem perceptível.

Retiramos então os *clamps* e o tampão e mandamos fazer irrigações vaginais. Infelizmente a paciente não se refez da grande espoliação sanguínea e teve seu estado agravado cada hora, vindo a falecer, no 4.º dia de puerperio, de anemia aguda.²⁷⁸

Diante da verificação, ao término do procedimento obstétrico, de uma ruptura ou ruptura na parede lateral do colo uterino, o Dr. Cesar Cals informou ter aplicado sobre o corte dois *clamps*, pequenos instrumentos cirúrgicos, geralmente de ferro, destinados a controlar sangramentos. Protegida por um denso tamponamento de gaze, a cavidade uterina da paciente permaneceu com os pequenos instrumentos até o dia seguinte ao do parto. Neste intervalo, a senhora M. P. B. permaneceu possivelmente na sala das puerperas, onde passou a noite sob os cuidados das parteiras diplomadas, estas últimas responsabilizadas, ao que parece, de realizar também as lavagens vaginais que se seguiram à retirada dos *clamps* no dia seguinte. No entanto, apesar de todos os cuidados prestados por médicos e parteiras diplomadas, e mesmo a despeito da melhora do quadro clínico passadas algumas horas do parto, a paciente não se refez da perda sanguínea, profundamente agravada com o acidente da ruptura.

Após a narrativa dos acontecimentos, a preocupação do Dr. Cesar Cals incidia sobre a pertinência da indicação do Método de Delmas no caso clínico em apreço:

Foi o primeiro Delmas que se praticou em Fortaleza. – Como se viu pela descrição do caso, a indicação para uma terminação rápida do parto era premente, absoluta e incontestável. Não se forçou a indicação do processo e nem se descuidou das condições em que ele deve ser empregado.

Era uma mulher multipara, de bacia normal comprovada pelos partos anteriores, de colo uterino íntegro, sem cicatrizes ou qualquer anomalia anatomia, de consistência gravídica normal e perfeitamente dilatável. Nenhuma anomalia também se observa no corpo do útero que apresentava volume, forma e consistência normais.²⁷⁹

Em se tratando de um procedimento novo, como era o caso do Método de Delmas, as preocupações rigorosas do Dr. Cesar Cals em torno das indicações e contra-indicações de seu emprego expressavam sua postura defensiva face ao malogro da intervenção, ademais, amparada no fato de que o médico contava com as observações de uma platéia competente, a controlar e prezar pela realização adequada do procedimento. Reafirmando a indicação da operação, justificada pelo diagnóstico de intoxicação gravídica, moléstia que colocava a vida materna em risco e exigia a

²⁷⁸ Ibidem, p. 2.

²⁷⁹ Ibidem, p. 2-3.

terminação rápida do parto, e averiguando as condições orgânicas da paciente, que apresentava conformação pélvica normal e integridade anatômicas dos órgãos genitais, o Dr. Cesar Cals intentava confirmar seu zelo pela obediência a todas as recomendações necessárias que deveriam envolver a realização do Método do Delmas.

Já se falou anteriormente que, tratando-se a Maternidade Dr. João Moreira de um estabelecimento hospitalar filantrópico, as pacientes que lá iam ter, majoritariamente pobres, não pagavam diárias e nem tinham de cobrir quaisquer despesas com medicamentos ou atendimentos prestados. Em compensação, as decisões sobre os procedimentos médicos realizados em seus corpos raramente eram com elas compartilhadas, o que fornecia uma ampla margem de liberdade para os médicos do serviço obstétrico, no sentido de agir da maneira como melhor julgarem. Em contrapartida, no entanto, a concentração das decisões nas mãos dos médicos implicava em hipertrofia de suas responsabilidades, situação que os obrigava a despender certo tempo e inúmeras páginas da revista do Centro Médico Cearense em justificativas para os possíveis insucessos de sua prática clínica. Fato este que parece ter acontecido com o Dr. Cesar Cals em relação ao malogro da primeira realização do Método de Delmas na Maternidade Dr. João Moreira.

Nesse sentido, sobre a rutura do colo uterino durante a realização do Método de Delmas, acidente que ocasionou a morte da senhora M. P. B., o Dr. Cesar Cals explicava que:

A rutura completa que se verificou no colo uterino não significa fracasso ou inferioridade do método de Delmas, é antes um acidente que a miúde se observa nas intervenções obstétricas e mui particularmente nas versões internas. Tirando a sensibilidade dos tecidos e aniquilando-lhes completamente o tonus, o método de Delmas, ao meu vêr, torna mais faceis as rupturas uterinas.

Com a anestesia raqueana, os tecidos maternos cedem diante da mão do parteiro e do ovoide fetal como se fossem cêra ou tecidos mortos e em consequencia se deixam distender alem dos limites, sem a menor reação que advirta o operador do perigo eminente.

E' um processo a ser usado com muita doçura e rigoroso controle. São reaes, todavia, as vantagens do método de Delmas na terminação rapida do parto e as facilidades que oferece ás manobras a executar. E' uma excelente arma em mãos adestradas mas que deve ser empregada com parcimônia e muita oportunidade.²⁸⁰

No Método de Delmas, explicava o Dr. Cesar Cals, a ação da raquianestesia não apenas retirava a sensibilidade da paciente em relação à porção corporal do baixo-ventre, mas também culminava por majorar a flexibilidade das fibras uterinas, a ponto

²⁸⁰ Ibidem, p. 3.

mesmo de o aparelho tátil do médico assemelhá-las à consistência de tecidos mortos. Ora, a eliminação do tônus ou da contratura uterina pela ação da raquianestesia facilitava extraordinariamente a consecução de intervenções obstétricas, inserindo-as inclusive numa duração radicalmente curta, donde suas vantagens nos casos em que a vida da parturiente dependia de uma terminação rápida do parto. No entanto, ao retirar do excerto uterino sua capacidade de resistência em relação às manobras manuais do médico, como também aos movimentos do corpo fetal no ato de sua expulsão, o processo de Delmas aumentava as chances de provocar lesões nas paredes do órgão.

Retirando do médico quaisquer noções sobre os limites de elasticidade do excerto uterino, a aplicação da raquianestesia não apenas aumentava os perigos do procedimento obstétrico, mas, como forma mesmo de arrefecer seus riscos, exigia do médico operador outras condutas. Se antes a força muscular era a referência maior dos trabalhos do parto, seja quando fosse realizado pelo corpo da parturiente, seja quando fosse realizado pelo corpo do médico, o Método de Delmas vinha a dispensá-la significativamente, imputando-lhe, contrariamente, um caráter negativo, já que o excesso de força física, podendo causar ruturas uterinas e levar à morte da paciente, como aconteceu no caso clínico acima debatido, trazia em seu bojo boa parte dos perigos passíveis de eclodir durante o procedimento. Com o Método de Delmas, os principais instrumentos de trabalho dos médicos, as mãos, deixavam de se dedicar exclusivamente aos movimentos de força e tração, e se voltariam, ainda que gradualmente e não completamente, para os gestos hábeis, precisos e rigorosos. Regulação das forças, de suas intensidades, abrindo espaço para uma parturição movida por um complexo gestual médico pouco intempestivo, mas direcionado e adestrado.

A despeito do desfecho malogrado do caso clínico acima debatido, importa ressaltar que o Dr. Cesar Cals, afastando-o de suas supostas responsabilidades, o enquadrava no território dos acidentes, daquela pequena zona de sombra e imponderável que recobria os procedimentos técnicos mesmo os mais simples. O Método de Delmas ainda não fora declarado inválido, antes constituiu mote desafiador da prática obstétrica desenvolvida na Maternidade Dr. João Moreira, exigindo dos médicos o aprendizado de outras formas de lidar com o corpo da mulher.

Após o emprego, pela segunda vez, do Método de Delmas nas dependências da Maternidade Dr. João Moreira, o Dr. Cesar Cals mudaria de posicionamento. A nova perspectiva pode ser flagrada em texto de sua autoria intitulado “Eclampsia e Parto a

Delmas”, publicado na revista *Ceará Medico* referente ao mês de maio de 1933. Tratava-se do caso de

F. parda, cearense, com 28 anos de idade, primipara. Entrou para a Maternidade no dia 17 de Março de 1933 as 6 horas da manhã em coma eclámpico. O exame obstétrico feito pouco depois da entrada, revelou gravidez a termo, feto vivo em atitude longitudinal, apresentação podálica insinuada. Pelo toque verificou-se um colo apagado, em via de dilatação, com abertura para um dedo. Início, portanto, do trabalho de parto.²⁸¹

Paciente chegada à Maternidade Dr. João Moreira em coma eclâmpico, estado de inconsciência pelo qual se manifestava a toxemia gravídica denominada eclampsia, a senhora F. foi submetida aos primeiros exames clínicos que revelaram sua gestação a termo (9 meses), início de trabalho de parto flagrado pela incipiente dilatação do colo uterino, e feto vivo em apresentação podálica, insinuando pois, a alocação da metade inferior de seu corpo na saída do útero.

O Dr. Cesar Cals continuava seu relato informando que

Resolvidos a adotarmos o método expectante, foram retirados por flebotomia, pelo Dr. Juvenil Alcantara, cerca de 400 cc. de sangue e ministrada uma injeção de uma centigrama de morfina. Apesar da sangria e da morfina, a paciente continuou presa de ataques eclámpicos intensos e amiudados, contando-se cinco em cerca de duas horas.

Como se tratasse de uma profunda intoxicação convulsiva e não obedecia a medicação clássica e como fosse grave o estado da parturiente, resolvemos provocar o esvaziamento rápido do útero, para que lançamos mão do processo de Delmas.

Era indicustível a urgente necessidade de uma intervenção obstétrica para o esvaziamento rápido do útero, com absoluta indicação.²⁸²

Após a realização dos exames, a senhora F. foi encaminhada para a sala das gestantes, onde o Dr. Juvenil Alcântara praticara procedimento de nome flebotomia, incisão de uma veia seguida de sangria, e lhe administrou morfina com vistas a enfraquecer os sintomas da toxemia. Como ao longo de duas horas o chamado “método expectante” não trouxera nenhuma melhora para o quadro clínico, o Dr. Cesar Cals optou pela realização do Método de Delmas:

Posta então a paciente na mesa de operações foram-lhe injectadas na raque 0,10 centigramas de raqueanalgina Silva Araujo, em solução extemporanea no liquido cefalo-raqueano.

Eram 11 1/2 horas. Foi feita, então, abundante irrigação antiseptica vaginal e rigorosa asepsia da região vulvo-peritoneal. A's 11,35 horas, como já houvesse manifesta insensibilidade da porção do corpo visada pela anestesia, iniciamos a dilatação do colo que, como ficou dito acima, estava apagado e apenas permeavel a um dedo. Perineo, vulva e vagina, como era de esperar, estavam francamente amolecidos e facilmente dilatáveis, o mesmo não se

²⁸¹ CALS, Cesar. Eclampsia e Parto á Delmas. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno XII, N.º 5, Maio de 1933, p. 7.

²⁸² Ibidem, p. 7.

observando no colo uterino que se mostrou desde o início mais ou menos resistente, deixando-se dilatar, todavia, lentamente.

Após meia hora de paciente trabalho, o orifício do colo dava passagem apenas a palma da mão e apresentava em torno um cordão rígido e inextesível. Durante as tentativas de dilatação, rompeu-se a bolsa das águas, deixando escoar-se líquido aniotico fortemente tinto e meconio.

Verificada a impossibilidade de completar artificialmente a dilatação do colo, sem grande perigo de rompê-lo, resolvemos baixar um pé do feto e repôr a paciente na cama para aguardar uma possível terminação natural do parto, cujo trabalho já se havia francamente manifestado.

Eram então 12 1/2 horas.²⁸³

Contrariando os casos clínicos anteriores em que se fez uso do Método de Delmas, a observação em apreço revelava a clara ineficácia da raquianestesia na facilitação do processo de dilatação do colo do útero. Este último, apresentando inusitada resistência, tinha seu alargamento custoso e incompleto ocorrendo, além disso, num intervalo de tempo considerado duradouro para os parâmetros do procedimento. Diante das dificuldades, e sob a ameaça de as manobras manuais provocarem lesões nas paredes do excerto uterino, como acontecera quando da primeira aplicação do Método de Delmas nas dependências da Maternidade Dr. João Moreira, o Dr. Cesar Cals resolveu por uma tentativa de terminação natural do parto, forçando os trabalhos de tração do útero pelo deslocamento, para fora da cavidade uterina, de um pé do corpo fetal.

O médico dava seguimento à narrativa informando que

As 14 1/2 voltamos e encontramos a mesma situação: perna do feto pendente da vulva e o colo uterino com a mesma dilatação.

Não era licito protelar mais, sem agravar o estado já precário da parturiente. Resolvemos então, eu e o Dr. José Frota, tentar a dilatação do colo por intermédio do corpo fetal, tracionando na perna pendente fóra da vulva. Felismente, cerca de meia hora depois, conseguimos extrair um feto do sexo masculino, morto, pesando 3500 gramas sem a menor lesão do conduto cervico-vaginal e do perineo.²⁸⁴

A decisão pela tentativa de terminação natural do parto indica que, provavelmente, a parturiente fora removida da sala de operações e encaminhada para o quarto de partos, onde permaneceu durante duas horas sob os cuidados das parteiras diplomadas, autorizadas a empreender a assistência aos partos normais. No entanto, informava o Dr. Cesar Cals, a situação não apresentava progressos e o quadro orgânico da parturiente intoxicada inspirava cada vez maior gravidade. Entendendo que a parturição não podia se demorar mais, o Dr. Cesar Cals, auxiliado pelo Dr. José Frota, procedeu às tentativas de dilatação do colo uterino por meio de trações sobre o corpo

²⁸³ Ibidem, p. 7.

²⁸⁴ Ibidem, p. 7-8.

fetal, procedimento que durou aproximadamente meia hora e conseguiu, finalmente, pôr termo à parturição.

É digna de nota a reversão do mecanismo da parturição, processo originalmente encaminhado pelo Método de Delmas, pautado sobre a dilatação artificial do colo uterino mediante manobras manuais do médico caracterizadas pela habilidade e destreza, facilitadas pela suposta flacidez induzida do excerto uterino. E posteriormente finalizada por uma intervenção que, muito próxima da versão interna, fazia retornar os vigos e a força física mediante o acionamento das trações uterinas e, em seguida, o acoplamento ou substituição pelas trações efetuadas pelas mãos do médico.

Orgulhando-se de ter preservado a vida e a integridade anatômica da parturiente (o mesmo, no entanto, não ocorrendo com o feto), evitando, pois, lesões no excerto uterino e a possível complicação do quadro clínico, o Dr. Cesar Cals procedeu a um comparativo entre os dois episódios de aplicação do Método de Delmas ocorridos na Maternidade Dr. João Moreira.

Ambas as pacientes tinham o colo uterino anatomicamente integros e normaes. São portanto duas observações que se contradizem e que não nos permitem tirar conclusões seguras. Em uma, a primeira, *dilatação completa e facil do colo em cinco minutos*, na outra, a segunda, *meia hora de trabalho penoso e uma dilatação insuficiente*. Em ambas, o mesmo anestésico, a raqueanalgia Silva Araujo, em dose suficiente, 0,12 centigramas na primeira e 0,10 na segunda, em solução extemporanea no liquido cefalo-raqueano.

O que nos parece é que ha uma reação individual para a mesma substancia anestésiante e não falencia do processo. Pessôas ha que reagem pelo amolecimento completo do segmento inferior do utero, do conduto cervico-vaginal e do perineo e outras que apresentam amolecimento parcial ou completo de taes e taes segmentos com hipertonia de outros. E' este ultimo, o caso de nossa segunda paciente que apresentava amolecimento completo do perneo e vagina e insuficiente do colo.²⁸⁵ (grifos no original)

Os dois casos clínicos em que se fez uso do Método de Delmas nas enfermarias da Maternidade Dr. João Moreira se instauravam, pois, do ponto de vista do Dr. Cesar Cals, em situação contraditória. Enquanto que no primeiro caso, a completa flacidez do excerto uterino, demandando um gestual médico menos afeito à força física, acabou provocando a ruptura da parede uterina, contribuindo assim para o agravamento do estado orgânico da paciente que culminou com sua morte; no segundo caso, a insistência da resistência muscular do colo uterino tornava ineficazes as manobras hábeis da mão do médico, encorajando, contrariamente, ao aumento da intensidade das forças com vistas à expulsão fetal, ocasião que curiosamente teve um final mais feliz.

²⁸⁵ Ibidem, p. 9.

Diante das duas observações, a conclusão do Dr. Cesar Cals por uma reação individual diante da substância anestésica trazia por corolário a atitude de profunda incerteza e insegurança quanto aos resultados da aplicação do Método de Delmas, fato que retirava os perigos advindos deste procedimento da zona do acidente e da exceção, e os inseria no bolsão dos riscos extremos, riscos que ainda não cobriam, como insinuava o médico, suas possíveis vantagens.

Com efeito, as experiências com o Método de Delmas, procedimento que militava pela retirada gradual das forças durante o momento da parturição, findou por manter e, talvez, aumentar ainda mais a confiança dos médicos sobre os partos realizados à tração física. A imagem da terminação do último parto pelo processo de Delmas realizado na Maternidade Dr. João Moreira, embasada na força muscular dos médicos, levou ao constrangimento das possíveis realizações futuras deste procedimento técnico naquele estabelecimento hospitalar.

No entanto, tal estado de coisas não foi suficiente para barrar o desejo médico de docilizar as fibras uterinas, manter sobre elas maior controle e domínio durante o momento da parturição. Não à toa, meses depois da consecução do último parto pelo Método de Delmas, os médicos da Maternidade Dr. João Moreira estariam realizando o primeiro parto cesáreo do serviço obstétrico.

3.2 O Talho cesáreo

Na edição referente ao dia 22 de março de 1933, o jornal fortalezense *A Rua* publicava a seguinte notícia:

Pela primeira vez realizou-se ontem, nesta capital uma intervenção cesareana, processada sob os moldes mais rigorosos da tecnica cirurgica na pessoa de uma parturiente de compleição fisica anormal, constituindo um caso absolutamente sensacional para os meios científicos do Ceará e para o proprio publico leigo.

O acontecimento avulta principalmente por demonstrar quão adeantados são os processos da ciencia medica, entre nós, e toma fóros de originalidade e curiosidade pelos antecedentes da pessoa em que se verificou o notavel trabalho cirurgico.²⁸⁶

Ocorrido nas dependências da Maternidade Dr. João Moreira, no dia 21 de março de 1933, o primeiro parto cesáreo realizado no Ceará foi inscrito pela imprensa local no rol dos eventos sensacionais. O aprofundamento da união entre ciência médica e tecnologia, expresso pela cirurgia cesariana, contribuía enormemente para a elevação dos médicos e da medicina da capital cearense ao patamar de adiantados, modernos. Ganhando reportagem de primeira página num periódico fortelezense de ampla circulação, a cesariana sediada na Maternidade Dr. João Moreira constituiu um dos poucos acontecimentos médicos locais que extrapolou os círculos dos próprios doutores para ganhar o conhecimento de amplas camadas da sociedade, até então consideradas pelos próprios médicos insuficientemente cientes dos feitos clínicos que ganhavam espaço na capital²⁸⁷.

Em realidade, contrariando o hábito de se guardar um acontecimento médico no seio da comunidade dos especialistas, o parto cesáreo ocorrido na Maternidade Dr. João Moreira ocupava as páginas de periódicos de grande circulação não apenas pelo teor

²⁸⁶ *A Rua*, 22 de Março de 1933, p. 1.

²⁸⁷ A este respeito, importa destacar o seguinte trecho, publicado na revista do Centro Médico Cearense, de autoria do Dr. Clovis Barbosa de Moura, médico da Enfermaria de Cirurgia da Santa Casa de Misericórdia: “Há muita gente em nossa terra, inclusive esculapios, que desconhece por completo o movimento cirurgico, que se realiza dentro das portas de Fortaleza, em pleno coração da cidade. Dos consultorios, de raro em raro se ouve o rumor longinquo de um caso interessante. Das casas de saude, apenas, de longe em longe, galga-lhe o muro o echo ruidoso do trespasse de um interno illustre” In: MOURA, Clovis Barbosa de. Movimento geral da 6ª. Enfermaria da Santa Casa de Misericordia de Fortaleza, de 11 de Junho de 1929 a 31 de Julho de 1932. LIGEIRAS CONSIDERAÇÕES. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno XII, N.º 4, Abril de 1933, p. 21-22. Acrescente-se o fato de que o periódico do Centro Médico Cearense, então a única revista médica local da capital, apresentava circulação limitada inclusive entre a classe dos médicos da cidade, como dá a entender o desabafo do Dr. Virgilio de Aguiar por ocasião de sua desistência na organização de um sindicato dos médicos em Fortaleza “Vou contar aqui esta historia (de pathologia social) porque sei que ella só será conhecida pelos collegas, *tal a pequena circulação d’esta Revista* (graças á Deus) e assim, melhor, porque ella ficará em familia” (grifos da autora) In: AGUIAR, Virgilio. ESCULAPEANAS. Porque desisto da presidencia do Syndicato Medico Cearense. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno XI, N.º 1, Janeiro de 1932, p. 5.

espetacular e inédito, adventício da técnica cirúrgica, mas igualmente em virtude de algumas especificidades que envolviam a paciente que sofreu o ato operatório. Escrevia o jornalista d'*A Rua*:

Ocultaremos o nome da paciente por um escrúpulo natural em desvendar as circunstâncias impressionantes que antecedem o fato narrado.
Designa-la-emos tão somente pelo apelido familiar de Pequena.
O apelido provem da própria conformação física da paciente.
Mede ela de altura apenas 97 centímetros. Seus membros inferiores não têm mais que um palmo e meio do joelho para cima. Conta atualmente 28 anos de idade.
Ha cerca de dois meses veio de um municipio próximo desta capital, apresentando sintomas de gravidez adeantada. Concebera de um ato abusivo de um individuo sem escrúpulos. Internada na Maternidade dr. João Moreira, ficou Pequena sob observação clinica dos drs. José Frota, Cesar Cals e J. Deusdedit.²⁸⁸

Considerada portadora de “compleição física anormal”, a paciente recebera do jornalista a alcunha de Pequena, codinome que, se por um lado lhe preservava a identidade, por outro, revelava certo tom de simpatia e mesmo compaixão a ela dedicada em virtude das circunstâncias ditas violentas que antecederam sua gestação. Adventícia de município situado no interior do Ceará, a paciente se incluía entre o conjunto ainda pouco numeroso das mulheres que realizavam significativos deslocamentos para chegar à Maternidade Dr. João Moreira.

As motivações que levavam as mulheres a recorrer aos serviços da Maternidade Dr. João Moreira, inclusive aquelas que procediam do interior do estado, como já dito, podiam ser diversas, dentre as quais se sobressaía a manifestação de achaques orgânicos não resolvidos pelos recursos tradicionais, em especial as práticas corporais realizadas pelas *comadres* ou *aparadeiras*, ou ainda por outros agentes de cura. No entanto, não é descabido levantar a hipótese de que algumas mulheres tivessem recorrido à Maternidade Dr. João Moreira para ter seu bom sucesso por terem sido rejeitadas pelos familiares, em especial as solteiras e as viúvas, ou mesmo no interesse em manter o parto em sigilo, circunstância possibilitada pela incipiente situação de anonimato que Fortaleza, naqueles idos dos anos 1930, já podia apresentar. No caso da paciente em apreço, pouco se informou sobre as causas que a levaram a deixar sua terra natal na direção da capital do estado. Sabia-se, no entanto, que sua chegada à Maternidade Dr. João Moreira ocorria meses antes do término da gestação, e que não apresentava quaisquer sintomas de sofrimento ou morbidade que reclamassem o atendimento médico urgente, como usava ocorrer com as demais gestantes que iam ter ao

²⁸⁸ *A Rua*, 22 de Março de 1933, p. 1.

estabelecimento hospitalar antes dos primeiros sinais de trabalho de parto. Sendo mulher solteira e contraindo a gestação de um ato abusivo, é plausível desconfiar que a paciente em apreço pudesse ter sido rejeitada pelos familiares, e tivesse também vislumbrado, por si só ou mediante os conselhos de outrem, a Maternidade Dr. João Moreira como um lugar de acolhida para sua suposta gestação desonrosa.

Contrariando as regras de admissão na Maternidade Dr. João Moreira, segundo as quais só podiam dar entrada em suas enfermarias pacientes portadoras de gravidez a termo (nove meses) ou acometidas de moléstias gravídicas e puerperais, a paciente em apreço foi autorizada a internar-se no estabelecimento hospitalar. Justificando sua decisão excepcional, o Dr. Cesar Cals informava que “mandamos dar matricula a paciente por se tratar de uma anormal com residencia no interior distante algumas leguas da capital”²⁸⁹. Em realidade, a motivação dos médicos para mantê-la no serviço obstétrico muito tempo antes do termo da gestação encontrava razão de ser não necessariamente nos perigos que a paciente poderia vir a correr, mas na possibilidade considerada real de se realizar pela primeira vez na cidade um parto cesáreo. A estas conclusões, os médicos da Maternidade Dr. João Moreira chegaram após a realização dos primeiros exames clínicos, quando da chegada da paciente ao estabelecimento hospitalar.

Por sinal, no relato clínico da paciente em causa, publicado pelo Dr. Cesar Cals na revista do Centro Médico Cearense, em sua edição de abril de 1933, é digna de nota a descrição minuciosa de todos os exames médicos por que passou a gestante, a começar pelo interrogatório:

Entregue a competencia dos distintos colegas Drs. Juvenil Hortencio e Osvaldo Soares o encargo dos diversos e necessarios exames obstetricos da paciente, recebemos o seguinte relatorio: ‘Maternidade Dr. João da Rocha Moreira – Papeleta n. 7.715 – Ano de 1932 – Fortaleza Dezembro de 1932 – Nome M. com 28 anos de idade, branca; brasileira cearense, residente no interior.

[...]

Anaminése: Antecedentes anteriores: *Hereditarios*: Mãe morta de parto. Pae vivo, gosando relativa saúde – Dois irmãos mortos quando creanças – Tem um irmão vivo, normal fisicamente (Sic) gosando tambem saude.

Pessoaes: Nasceu a termo e teve amamentação materna.

Começou a dar os primeiros passos aos 4 anos. Teve sarampo e varicéla. Néga outros antecedentes morbidos pessoaes. Mecarca aos 15 anos de idade, catemenio normal, apresentando, entretanto, colicas mais ou menos intensas. Regras posteriores noemaes em quantidade, qualidade, periodicidade e

²⁸⁹ CALS, Cesar. PARTO CESAREO. Primeira cesareana praticada no Ceará – Anã de 98 centímetros de altura – Operação executada pelos Drs. José Frota e Cesar Cals na Maternidade Dr. João Moreira a 21 de Março de 1933. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 4, Abril de 1933, p. 1.

duração. *Antecedentes obstetricos*: Não são bem certas as informações da paciente. *Data da percepção dos primeiros movimentos fetaes*: Em Novembro pp. E' primigesta e nulipara.²⁹⁰ (grifos no original)

Digno de destaque é fato de que o conjunto dos exames obstétricos sofrido pela senhora M. foi efetuado não por parteiras diplomadas, como parecia ser mais comum no serviço obstétrico, mas por dois médicos, circunstância que parecia conferir maior rigor aos seus resultados. Rigor este, ademais, igualmente aprofundado pela apreciação clínica ocorrer em situação isenta da urgência típica dos casos graves que não raramente chegavam à Maternidade Dr. João Moreira e demandavam, antes de verificação orgânica mais detalhada, a intervenção médica, instrumental ou terapêutica.

Iniciando os exames com o interrogatório, os médicos colhiam informações sobre as condições orgânicas, passadas e presentes, da paciente e seus familiares, denotando claramente, pois, a participação significativa da gestante na formulação das verdades de seu estado corporal, em especial no que dizia respeito ao fornecimento dos dados sobre o ciclo menstrual e os movimentos fetais, então imprescindíveis para o cálculo da idade da gravidez. Participação, no entanto, não completamente digna de confiança, desvelando, da parte dos médicos, um exercício de seleção e rejeição sobre as informações, destacando-se, a este respeito, a incerteza atribuída às informações fornecidas sobre seus antecedentes obstétricos que, por isso, não foram dignos de descrição. Com efeito, na perspectiva dos médicos, as desconfianças e lacunas inscritas na fala da paciente confirmavam a necessidade da realização dos exames obstétricos *in loco*, por meio dos quais os doutores produziam mais ativamente e com o auxílio de seu próprio corpo e também de alguns instrumentos as verdades do caso clínico em pauta.

As etapas seguintes dos exames clínicos foram assim descritas pelo Dr. Cesar Cals:

Inspecção: Ventre aumentado de volume; linha alba [traço escurecido que vai do umbigo às genitálias] ligeiramente pigmentada; paredes abdominaes flácidas e cicatriz umbelical sem modificações; seios turgidos, areola mamilar hiperpigmentada e já se esboçando uma areola secundaria; tuberculos de Montgomery [pequenas elevações, como se fosse cabeças de alfinete ao redor dos mamilos] esboçados.

Vulva e vagina com imbibição gravidica, apresentando-nos o sinal de Jacquemier e Clugg [coloração azulada].

Palpação: Sentimos o aumento de volume do utero, estando o fundo do mesmo de 3 a 4 dedos transversos acima da cicatriz umbelical. Rechasso fetal presente, ocupando na ocasião, o feto, situação indiferente na cavidade uterina, dado o seu pequeno tamanho e a quantidade suficiente de liquino aniotico.

²⁹⁰ Ibidem, p. 2.

Ausculata: Encontramos os batimentos cardiacos fetaes audiveis em varios pontos dos quadrantes abdominaes, sendo, entretanto, mais encontrados nas circumvisinhanças da cicatriz umbelical.

Atitude, Apresentação e Posição do Feto: Variaveis, dada a grande mobilidade fetal no liquido aniotico. A circumferencia maxima do ventre mede 85 centimetros e o fundo do utero está a 23 centimetros de altura do pubis.²⁹¹ (grifos no original)

Orientado pela medicina clínica, aquela que instaurava na realidade corporal da paciente as operações que produziam a verdade de seu estado orgânico, o aparelho sensório dos médicos apreendia e fabricava as mais diversas características do corpo feminino. A partir da inspeção, o olhar clínico perscrutava e produzia formas e cores sobre as mais variadas epidermes corporais, flagrando transformações que militavam em prol do desenvolvimento da prenhez. Solicitado durante o momento da palpação, o tato clínico debruçava-se sobre o volume do ventre, não apenas averiguando a presença fetal (mediante o rechaço), mas também sua atitude, apresentação e posição, estas últimas ainda difíceis de serem determinadas em virtude do amplo movimento do corpo fetal no interior do útero. Procedendo à auscultação, os médicos faziam uso de seus ouvidos no sentido de flagrar e existência dos batimentos cardíacos fetais, bem como, ainda que com menor segurança, seu posicionamento em determinadas porções do ventre.

Gradualmente, à obtenção/produção de características orgânicas a partir da leitura empreendida por seu aparelho sensório, os médicos iam conjugando informações extraídas mediante instrumentos de medição, como a fita métrica. Em realidade, importa ressaltar, o uso de instrumentos de medida não tirava de cena, evidentemente, o corpo do médico, antes lhe exigia um gestual indireto, mais preocupado em prover um aporte matemático à produção do corpo feminino. Nesse sentido, dado importante no computo da idade da gestação, a medida da altura do útero, que podia ser elaborada pelo parâmetro do dedo do médico, ganhava maior grau de objetividade e precisão com o uso do sistema métrico decimal referenciado na fita métrica.

Além de realizar medições sobre o órgão uterino, os médicos empreenderam também exames métricos sobre a ossatura pélvica da paciente:

Pelvimetria: Bi-espinhoso 18 1/2; Bi-crista 18 1/2; Bi-troncateriano 25; Sacro-pubiano externo 14; Conjugata diagonalis 7 1/2; Conjugata vera 6; Bi-isquiatico 8.

Losango de Michaelis: diâmetro transversal 7 1/2 e diâmetro longitudinal 8 1/2 (sendo os dois ramos de 4 1/2 e 4). Dada a grande deformação da coluna vertebral da paciente, o losango de Michaelis acha-se deformado,

²⁹¹ Ibidem, p. 2.

apresentando-se nessa região uma grande concavidade, dificultando assim a sua medição. A coluna vertebral é cifótica, principalmente na altura das vértebras dorsaes inferiores lombo-sacras. ²⁹² (grifos no original)

As medições dos elementos pélvicos, acima denominada pelvimetria, ganham destaque no relato deste caso clínico por ser a primeira vez em que aparecem na narrativa obstétrica dos médicos da Maternidade Dr. João Moreira. Boa parte das medições pélvicas era, muito possivelmente, realizada com o uso de instrumento denominado *pelvímetro*²⁹³, espécie de compasso de ferro cujas hastes eram aplicadas, cada qual, em um dos ossos de cada lado da pélvis, ou entre um osso e outro, não necessariamente diametralmente correspondentes. De utilização externa, o pelvímetro indicava, pelo menos, quatro medidas: os diâmetros que uniam, respectivamente, as duas espinhas ilíacas (Bi-espinhoso), as duas cristas ilíacas (Bi-crista), os dois trocânteres do fêmur (Bi-troncateriano), e a base do osso sacro à borda superior da sínfise púbica (Sacro-pubiano extremo) ²⁹⁴.

Além das medições externas, as conformações da pélvis comportavam igualmente diâmetros internos, tal era o caso da *conjugata diagonalis*, traçada do osso promontório à margem inferior da sínfise pubiana, do diâmetro *bi-isquiático*, relativo à distância entre as duas espinhas isquiáticas, e da *conjugata vera*, delineada do osso promontório à face posterior da sínfise pubiana²⁹⁵. Esta última constituía a medida pélvica mais importante em clínica obstétrica, correspondendo ao menor intervalo ósseo pelo qual o corpo fetal deve passar ao longo do trajeto da expulsão. A ausência de maiores informações sobre os processos de medição destes últimos diâmetros, localizados na porção interna da escavação pélvica, leva a inferir que se realizaram, muito provavelmente, por manobras manuais internas.

Conjugada à pelvimetria, os médicos deram seguimento ao estudo do chamado *Losango* ou *Quadrilátero de Michaelis* que, instalado na porção dorsal da mulher, tinha como balizas, superiormente, “a apófise espinhosa da 5ª vértebra lombar, inferiormente a extremidade superior da cissura interglútea, lateralmente de um e de outro lado as espinhas ilíacas póstero-superiores” ²⁹⁶. A simetria do *Losango de Michaelis*, ao que aparenta, militava em prol de uma conformação pélvica considerada normal. Na

²⁹² Ibidem, p. 2-3.

²⁹³ Ver Anexo III, p. 193.

²⁹⁴ Ver Anexo IV, p. 194.

²⁹⁵ Ver Anexo V, p. 195.

²⁹⁶ REZENDE, Jorge de. *OBSTETRICIA*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976, p. 98. Ver Anexo VI, p. 196.

paciente em causa, os médicos verificaram uma forte deformação nesta região dorsal, sendo que a concavidade que tal estrutura apresentava, de grau exagerado, impossibilitava até mesmo sua medição. A insinuação da forte irregularidade pélvica levou os médicos a lançar mão da radiografia:

Radiografia: A radiografia da bacia nos revela uma grande deformação da mesma, dando-nos a impressão de uma bacia oblíqua, com grande concavidade para a esquerda, estando a parte direita interceptada pelo [osso] sacro que se desvia do centro por este lado, tendo-se a impressão de estar a concavidade do mesmo virada para a direita.²⁹⁷ (grifos no original)

Além das medições externas e internas realizadas sobre a conformação pélvica da paciente, a caracterização desse conjunto ósseo contou ainda com as informações advindas da tecnologia dos aparelhos de raios-X. Muito embora não se tivesse notícia da existência desta espécie de máquina nas dependências da Maternidade Dr. João Moreira, sabe-se que a Santa Casa de Misericórdia já apresentava, desde o ano de 1925, um Gabinete de Radiologia, montado e dirigido pelo Dr. Carlos da Costa Ribeiro. Deste modo, é bem possível que a paciente tivesse sido deslocada para este último estabelecimento hospitalar, não muito distanciado do serviço obstétrico, com vistas a realizar a radiografia.

O retrato interno da ossatura pélvica, fornecido pela tecnologia dos raios-X, também aqui aparecendo pela primeira vez na narrativa obstétrica dos médicos da Maternidade Dr. João Moreira, conferia uma precisão não alcançada pelos recursos anteriores. Promovendo uma visualização um tanto límpida do interior corporal, os raios-X confirmavam, definitivamente, a considerável deformação pélvica da paciente, fator determinante para a conclusão do diagnóstico médico:

Trata-se, como se vê, de uma gestante anormal, grávida do 6.º mez, com diâmetros pélvicos insuficientes para um parto pelas vias naturais. Com pelvis tão angusta, não era lícito, portanto, contar com um parto transpélvico, mesmo artificial. Havia, certamente, indicação absoluta para o corte cesáreo ou parto abdominal.²⁹⁸

A verificação da estrutura pélvica revelava, segundo os médicos, um profundo estreitamento dos diâmetros da ossatura do baixo ventre que comprometia determinantemente o trajeto fetal por entre a bacia materna, inviabilizando, pois, a realização de um parto dito transpélvico, seja ele natural ou artificial. Constituíam-se, portanto, a indicação, e com significativa antecedência, para o primeiro parto cesáreo ou abdominal a ser realizado na Maternidade Dr. João Moreira.

²⁹⁷ CALS, op. cit., Abril de 1933, p. 3.

²⁹⁸ Ibidem, p. 3.

Com efeito, as grandes preocupações em relação à conformação muscular do útero, que antes tomavam quase que exclusivamente as atenções dos médicos, cediam espaço para as inquietações referentes à ossatura pélvica. Apreciados com maior precisão e antecedência, já que sofriam poucas modificações ao longo da gestação, os ossos pélvicos conferiam aos médicos um maior grau de prognóstico do parto, em comparação com aquele ofertado pela verificação do músculo uterino, cujos vícios de conformação e funcionamento só podiam ser apreendidos com maiores detalhes durante o próprio processo da parturição. O primeiro parto cesáreo da Maternidade Dr. João Moreira punha, portanto, o osso em evidência.

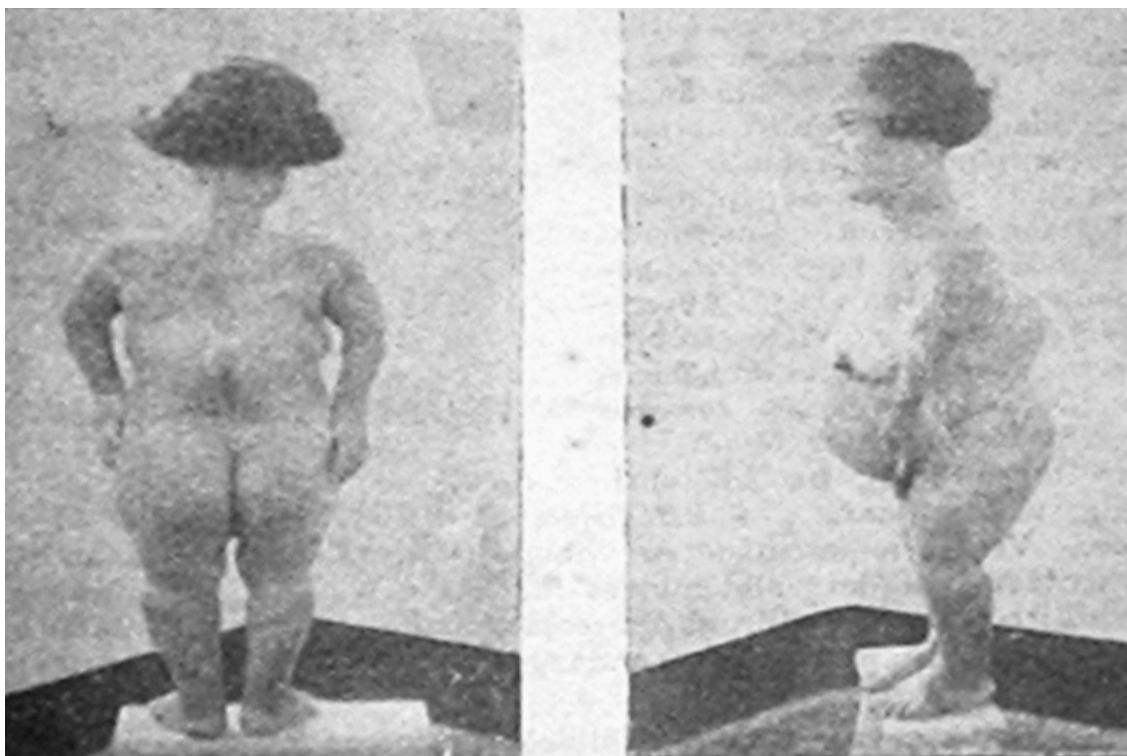


Figura 6. Fotografias da senhora M., mulher que sofreu o primeiro parto cesáreo da capital cearense, quando de sua chegada à Maternidade Dr. João Moreira, em dezembro de 1933. Fonte: CALS, Cesar. PARTO CESAREO. Primeira cesareana praticada no Ceará – Anã de 98 centímetros de altura – Operação executada pelos Drs. José Frota e Cesar Cals na Maternidade Dr. João Moreira a 21 de Março de 1933. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 4, Abril de 1933, p. 1.

Restava aos médicos, a partir de então, o aguardo do momento adequado para a realização da operação cirúrgica, que ocorreria dali a alguns meses. Durante este considerável intervalo, que ocorreu entre dezembro de 1932 e março de 1933, a paciente permanecera internada na Maternidade Dr. João Moreira e, de acordo com o jornalista do periódico *A Rua*,

Ali revelou-se uma criatura de bons sentimentos, trabalhadora, delicada, e graciosamente palradora. Dedicou-se desde logo a leves trabalhos de agulha, bordando peças de vestuário para emprego futuro do ser que daria ao mundo, para a Maternidade e outras mulheres ali internadas.

Sua presença despertou grande curiosidade entre as famílias citadinas, criando-se logo uma forte corrente de piedade e simpatia em seu favor, recebendo ela, desde os primeiros dias inúmeras visitas e muitos presentes.

²⁹⁹

Recebendo moradia e alimentação por um extenso período, ao longo do qual se mantivera fora de qualquer tratamento terapêutico, a paciente retribuía sua estada prolongada nas enfermarias da Maternidade Dr. João Moreira confeccionando peças de roupa a serem doadas para as demais pacientes atendidas nas enfermarias e mesmo para o almoxarifado do estabelecimento hospitalar – além daquelas destinadas a seu rebento. Também no aguardo de seu bom sucesso, a paciente pareceu ter ganhado fama entre porção da população da cidade, fato que culminava com diversas visitas de famílias ricas e remediadas que lhe ofereciam presentes. Único registro em que a Maternidade Dr. João Moreira aparecia como ambiente frequentado por outras pessoas, que não médicos, parteiras e parturientes, o trecho indica que o estabelecimento hospitalar se apresentava também enquanto um lugar aberto ao público leigo para a apreciação de pacientes incomuns, e para o cumprimento do dever filantrópico sobre parcela dos desprovidos que viviam na cidade.

Tudo assim se passava, explicava o Dr. Cesar Cals, quando “Na manhã de Março de 1933, fomos avisados de que a Anã apresentava sinais de início de trabalho de parto, com leves contrações dolorosas do útero. Marcamos, então, para às 15 horas a intervenção que seria uma cesareana segmentaria”³⁰⁰.

Enquanto permaneceu nas enfermarias da Maternidade Dr. João Moreira, a paciente em causa pareceu ter sido acompanhada ininterruptamente pelas parteiras diplomadas do estabelecimento que, realizando exames contínuos, flagraram na data supracitada o início do trabalho de parto mediante incipientes contrações uterinas, e imediatamente informaram aos médicos. Mesmo se guiando pelo tempo do trabalho de parto apontado pelo corpo, importa destacar que os médicos não deixavam de ter certa margem de liberdade sobre este marco, fato que os possibilitava determinar uma hora certa para a realização da parturição, conveniente para todos aqueles que participariam do ato operatório.

²⁹⁹ *A Rua*, 22 de março de 1933, p. 1.

³⁰⁰ CALS, op. cit., Abril de 1933, p. 3.

Relatando as etapas da cirurgia, o Dr. Cesar Cals escrevia que

Na hora aprasada, presentes os operadores Drs. José Frota e Cesar Cals, os anesthesiadores Drs. José Deusdedit e Juvenil Hortencio com assistencia de diversos outros colegas, deu-se inicio a anestesia pelo balsiformio a qual foi difícil e acidentada em virtude da deficiencia da respiração nasal da paciente. Como tencionavamos fazer uma cesareana segmentaria, foi, pelo Dr. Frota, praticada uma incisão infra-umbelical de cerca de 15 centímetros e cuidadosamente aberto o ventre.

A pequena altura do segmento inferior que apenas começava a se formar e a acentuada inclinação anterior da bacia, tornando mais difícil a cesareana baixa, nos obrigou a fazê-la corporal. Prolongado, então, para cima o corte da parede do ventre, foi o utero imediatamente exteriorizado e protegido por longas compressas. Para proteção da grande cavidade peritoneal, fechamos com pinças a parede do ventre em torno do utero.

Foi praticada logo na parede anterior do órgão, uma incisão de cerca de 15 centímetros de extensão, atingindo de um só golpe toda espessura da parede até a placenta que ahi se inseria, sem interessa-la, todavia. Com o movimento para retirada rapida do feto, a placenta descolou-se completamente, saindo então, o óvo completo, com o feto contido no saco aniotico intacto.

[...]

O órgão não se retraio imediatamente, conservou-se flacido por alguns momentos, contraindo-se finalmente após algumas massagens. Com uma compressa limpamos cuidadosamente a cavidade uterina de qualquer detrito ovular que por ventura ahi tivesse ficado retido.³⁰¹

A participação de, pelo menos, quatro médicos na realização do ato operatório, dois anesthesiadores e dois operadores, estes últimos, respectivamente, diretor e vice-diretor da Maternidade Dr. João Moreira, expressa que a intervenção cirúrgica exigia talvez uma série variada e numerosa de trabalhos, dentre os quais se incluía talvez o de espreitar a consecução do procedimento no sentido de sanar os possíveis problemas ou acidentes que dele decorreriam. O ato cirúrgico não contava apenas com os cuidados rigorosos dos quatro médicos que tomaram parte no procedimento; o relato do Dr. Cesar Cals dá a perceber que outros doutores estiveram presentes durante a intervenção, repetindo-se, assim, a aura de evento extraordinário acompanhado por uma platéia competente disposta a controlar a operação obstétrica e ao mesmo tempo tomar lições para sua prática clínica e operatória, tal como ocorrera durante o primeiro emprego do Método de Delmas nas enfermarias da Maternidade Dr. João Moreira.

Ao longo da operação, dois acidentes desafiaram os médicos. Em primeiro lugar, as dificuldades relativas ao anestésico que, à base de balsiformio, foi administrado por inalação e não gerou os efeitos esperados dados alguns problemas respiratórios da paciente curiosamente não detectados antes pelos médicos. Ao obstáculo da insensibilização, se seguiu aquele concernente à insuficiência da incisão baixa sobre o útero. Questões relativas à inserção uterina no interior da bacia de conformação viciosa

³⁰¹ Ibidem, p. 3-4.

obrigaram os médicos, explicava o Dr. Cesar Cals, a aumentar o corte sobre o ventre e, evidentemente, sobre o útero. O desejo de realizar uma cesariana baixa (segmentar, com a incisão atingindo o colo do útero) foi substituído pela consecução de um parto abdominal alto (corporal, com a incisão atingindo o corpo do útero).

Depois de retirado o feto, o Dr. Cesar Cals informava que o útero permaneceu distendido, flácido. Somente com a realização de massagens manuais sobre o excerto uterino, único momento, por sinal, em que as mãos realizavam algum tipo de manobra sem o auxílio de nenhum aparato instrumental, este órgão foi perdendo a flacidez e voltando à conformação menor, tamanho suficiente para se proceder ao reparo da incisão. Segundo o médico,

Reparada a incisão da parede do utero por 3 planos de sutura a catigú n. 2: um plano musculo-muscular, um segundo sero-seroso e um terceiro tambem sero-seroso de proteção, foi o orgão reposto em seu lugar na cavidade abdominal onde derramamos antes de fecha-la, 20 cc. de eletrargol. A parede do ventre foi suturada em trez planos: um peritonéal a catigú n. 1, um segundo, musculo-aponevrotico a catigú n. 2 e um terceiro, cutaneo a crina de Florença.

Protegemos a ferida da parede do ventre por 2 ou 3 compressas mantidas por uma faixa abdominal larga, sobre a qual puzemos, de permanencia, um saco de gêlo. Foi dispensada qualquer drenagem por não haver suspeita de contaminação.

Reposta a paciente em seu leito, foram-lhe injetados 250 cc. de sôro lactosado adrenalinado.³⁰²

Da descrição detalhada do ato operatório, merece relevo o uso de uma série de instrumentos de pequena envergadura que desafiavam o gestual médico, demandando-lhe muito mais habilidade e sutileza do que propriamente força física. Assim, os bisturis exigiam dos operadores um manuseio preciso em termos da medida do corte sobre o corpo e também quanto ao grau de força que empunhariam sobre o objeto, não podendo ser mínima, a ponto de não penetrar o ventre, e nem máxima, a ponto de açoitá-lo. Pinças e compressas se faziam artigos necessários para a proteção das cavidades que eram abertas pela incisão: os primeiros evitavam a entrada de corpos estranhos no interior do ventre e a saída de conteúdos orgânicos, em especial, impediam a eclosão hemorrágica; as segundas eram utilizadas para cobrir estruturas orgânicas, livrando-as de demasiados contatos externos, assim como também para limpá-las diante de demais detritos ofensivos. Na última etapa da cirurgia, o reparo da incisão, ganha realce o manuseio de agulhas e de linhas especiais para promover a restauração das epidermes do órgão uterino e do ventre. Para cada estrutura orgânica, uma espécie de linha era

³⁰² Ibidem, p. 4.

considerada mais apropriada – catigú n. 2, para a restauração das paredes do útero; catigú n. 2, catigú n. 1 e crina de Florença para os diversos planos de sutura do ventre, envolvendo músculos, serosidades e nervos. Por fim, um grande curativo, também à base de compressas, unido a um saco de gelo – que, também pela primeira vez aparecia nas terapêuticas encetadas na Maternidade Dr. João Moreira –, era aplicado sobre o corte.

Referindo-se ao período pós-operatório, o Dr. Cesar Cals escrevia que

A noite, como a doente não pudesse conciliar o sono, em virtude de fortes dores no ventre e na região da cifose, mandamos injetar-lhe meia ampola de sedol que lhe proporcionou uma noite regular.

Na manhã do dia seguinte, 22, a paciente apresentava um estado geral relativamente bom, sem vomitos, língua humida, o ventre porem regularmente distendido, temperatura de 38° e pulso a 130.

Durante esse dia e a noite de 22 para 23 a situação continuou a mesma, o pulso, porem, atingio 140 e a temperatura oscilou entre 38 e 38 1/2 °.

A noite de 22 foi-lhe injetada novamente meia ampola de sedol. Na manhã de 23 ministramos-lhe por via subcutanea 250 cc. de sôro lactosado adrenalinado e como a tensão gazoza do ventre continuasse forte injetamos-lhe uma ampola de peristaltina repetindo-a a noite. Na madrugada de 24, como a paciente acusasse vontade de defecar sem entretanto poder fazer, foi-lhe ministrado por nossa ordem, um clister de 50 cc. de oleo de ricino que provocou a expulsão de abundante descarga de fezes e gases. A doente amanhecera sensivelmente melhorada com ventre baixo, língua humida, temperatura a 37°, pulso a 120 e estado geral bom.

Nesse mesmo dia foram-lhe injetados mais 250 cc. de sôro lactosado.

As melhoras acentuaram-se progressivamente nos dias seguintes, tendo a temperatura voltado a normal, com pulso a 90.

No 10° dia foram retirados os pontos da sutura da incisão da parede do ventre que cicatrizará por primeira intenção em quasi toda extensão, havendo apenas um ponto supurado na parte inferior que levou mais alguns dias para cicatrizar.³⁰³

Retirada da sala de cirurgias e removida para a sala de puerperas, a paciente manteve-se nesta última ala até o dia 22 de abril de 1933, data em que recebeu alta e findou os longos quatro meses de internação na Maternidade Dr. João Moreira. A despeito de ter permanecido todo o primeiro mês de puerperio no estabelecimento hospitalar, apenas os quatro primeiros dias após o parto foram relatados com riqueza de detalhes pelo Dr. Cesar Cals. De acordo com seu texto, é possível tomar nota do fato que, se a operação cesariana foi marcada em hora conveniente aos médicos, observando apenas o início do trabalho de parto, as manifestações orgânicas pós-operatórias não obedeciam a horários fixos, e muitas delas, eclodindo à noite ou à madrugada, eram acompanhadas e tratadas pelas parteiras diplomadas que, ressalte-se, ao contrário dos médicos, viviam em regime de internato na Maternidade Dr. João Moreira. Mudanças

³⁰³ Ibidem, p. 4-5.

no quadro clínico, em especial de temperatura e pressão, eram observadas ininterruptamente pelas parteiras diplomadas, cuja função era fornecê-las aos médicos – seja pessoalmente, seja via telefonemas, inclusive em horas pouco convenientes –, e seguir suas orientações terapêuticas, com vistas a fazer alcançar o estado orgânico da paciente a patamares satisfatórios ou estáveis. Assim, se o sucesso do ato operatório elevava os médicos do estabelecimento hospitalar ao qualificativo de adiantados em sua arte, pouco se lembrava dos cuidados diários e em horários inglórios dedicados à paciente em causa pelas parteiras diplomadas da Maternidade Dr. João Moreira, que contribuíram, tanto quanto os médicos, para o que seria considerado mais um dos progressos da medicina local.

Comentando a realização do primeiro parto cesáreo na Maternidade Dr. João Moreira, o Dr. Cesar Cals escrevia que

Ja conheciamos sobejamente a operação cesarea de vista e de livros e agora conhecemo-la na pratica.

Convímos ser ela uma operação elegante, simples e de grandes vantagens mas convimos tambem que não pode ser equiparada nos perigos imediatos as demais operações obstetricas que pretende substituir.

E' uma laparo-histeretomia e, como tal, classificada no grupo das grandes operações com seus grandes incidentes e acidentes e perigos imediatos.

E' uma operação mutiladora que deixa uma longa e disgraciosa cicatriz no ventre da mulher e no utero um largo traço de menor resistencia.³⁰⁴

Muito embora já conhecida pelos médicos da capital tanto de vista, possivelmente quando da realização de seus estudos nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, quanto de livros, aí podendo ser incluídos os manuais de obstetrícia e mesmo os diversos artigos de periódicos médicos brasileiros e internacionais, cuja circulação era ampla nas mais diversas localidades do país, apenas naquele decênio de 1930 a operação cesariana foi realizada em território cearense.

Com efeito, o emprego do talho cesáreo trazia significativas mudanças para o momento da parturição. A administração de forte substância anestésica, insensibilizando completamente o corpo da parturiente, propiciava a coincidência dos trabalhos do parto com os trabalhos do médico que, envolvendo o manuseio de pequenos instrumentos, se compunham de gestual hábil, preciso e sutil. Assim como no Método de Delmas, no parto abdominal a força física não constituía a base maior dos procedimentos. Todavia, contrariamente ao parto a Delmas, no qual o parteiro guardava certa dependência sobre as propriedades musculares do útero, as quais intentava dominar e docilizar, na

³⁰⁴ Ibidem, p. 5

cesariana, o médico parecia estar mais desapegado dos trabalhos das fibras do excerto uterino, que mal apareciam no desenrolar no procedimento, a não ser quando promoviam as primeiras contrações e declaravam o momento da parturição de acordo com o tempo do corpo.

Distanciada do acontecimento de profunda força física, a cesariana conferia aos médicos a vantagem de constituir uma operação considerada elegante, cuja execução envolvia um gestual mais sutil e hábil. No entanto, apesar das comodidades e do indiscutível sucesso do ato cirúrgico ocorrido nas dependências da Maternidade Dr. João Moreira, com a preservação da vida materna e fetal, o Dr. Cesar Cals não deixou de inscrever o procedimento obstétrico no território do perigo. Em sua opinião, comparado às intervenções obstétricas que ocorriam pelas vias naturais ou transpélvicas, o talho cesáreo trazia uma série de riscos, muitos dos quais ainda desconhecidos e que não podiam ser desprezados. Com efeito, no justo momento em que se aprofundava o grau de intervenção sobre o corpo feminino, não apenas se tornava maior o grau de progresso da medicina local, mas, maiores igualmente se tornavam os receios médicos diante de reações orgânicas inesperadas, inclusive aquelas advindas de desvios na prática mesma do procedimento ainda não experimentado.

O manuseio incorreto da anestesia ou mesmo a ação irregular da substância insensibilizadora sobre o corpo da parturiente podiam trazer complicações variadas, como chegou a ocorrer no ato operatório em apreço; um pouco mais ou um pouco menos de força ou de precisão na hora do corte abdominal e uterino podia gerar perfurações profundas e, no limite, graves hemorragias; a alocação de detritos orgânicos na cavidade do ventre ou mesmo pequenas falhas durante os procedimentos de sutura comportavam o risco alto de infecções e outras complicações diversas. Além destes perigos imediatos, inerentes ao parto cesáreo, havia ainda as implicações futuras sobre o corpo da parturiente, a saber, a cicatriz desgraciosa na altura do ventre e, principalmente, a menor resistência do excerto uterino causada pela mutilação cirúrgica. Desse modo, colocando nos dois pratos da balança, de um lado, as vantagens para a parturiente e a elegância e simplicidade da operação – que se distanciava da cena de força bruta típica dos partos naturais e de algumas parturições artificiais pela via transpelviana – e, de outro, os perigos imediatos e futuros decorrentes do ato cirúrgico, para o Dr. Cesar Cals eram estes últimos que pesavam mais.

Não era este, todavia, o posicionamento considerado unânime nos círculos obstétricos nacionais. A este respeito, o Dr. Cesar Cals escrevia:

Quer-se hoje, com o exagero das generalizações, fazer da cesareana a operação universal para todos os casos difíceis de partos distócicos ou complicados.

A eclampsia, a placenta previa, as apresentações cormicas e cefalicas deflectidas, as distocias cervicais, os sofrimentos maternos ou fetaes e tantos outros casos que se poderiam resolver mais *modestamente* reclamam hoje o corte cesareo.

Não nos alistamos entre os desta escola e preferimos ficar onde estamos. Achamos a cesareana uma operação elegante simples e de grande alcance mas de restritissimas indicações.

[...]

Nos nossos serviços da Maternidade Dr. João Moreira, apenas lançamos mão uma unica vez do parto abdominal e nem por isto temos a lastimar maior mortalidade fetal ou materna.

As diversas e graves complicações da gravidez e do parto são por nós resolvidas com os recursos obstetricos usuaves e com resultados bem satisfatorios para as duas vidas em jogo. Achamos mesmo ser o mais facil uma incisão cesareana do que uma versão interna em utero sêco, uma embriotomia ou uma aplicação de forceps alta ou mesmo media em cabeça deflectida.

Os perigos imediatos, todavia, de uma cesareana são tão grandes e tão rapidamente graves que, supomos, a devem colocar no grupo das operações de excepção.

Não a evitaremos sistematicamente ou por temor mas só lançaremos mão dela por falencia dos meios mais modestos ou quando estes acarretarem maiores perigos para as duas vidas – mãe e filho.³⁰⁵ (grifos no original)

Algumas vozes sulistas, representadas majoritariamente pelo eminente obstetra carioca Fernando Magalhães, então professor de clínica obstétrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que consideravam a operação cesariana repleta de vantagens sobre as intervenções obstétricas mais correntes na resolução dos casos de parturição complicada pareciam não convencer o Dr. Cesar Cals. Colocando-se contrário à generalização do talho cesáreo no encaminhamento dos quadros clínicos de distocia e toxemia gravídica, este médico militava em prol das soluções qualificadas, a partir de então, como *modestas*. Para o diretor da Maternidade Dr. João Moreira, entre o parto cesáreo e os meios transpélvicos não vingava uma solução de substituição, implicando, pois na prática sistemática do ato cirúrgico quando da impossibilidade de parto natural.

A despeito da realização bem-sucedida do parto cesáreo na Maternidade Dr. João Moreira, o Dr. Cesar Cals se punha contrário à sistematização desta modalidade de intervenção obstétrica não apenas dados os grandes riscos que acompanhavam o ato cirúrgico. Com efeito, afirmava o médico, os recursos usuais em obstetrícia, mais

³⁰⁵ Ibidem, p. 5-6.

correntemente utilizados no estabelecimento hospitalar, comportavam um bom índice de sucesso, comprovado pelos pequenos números de mortalidade materna e fetal nos partos artificiais. Assim, os profundos riscos do parto cesáreo conjugados aos êxitos dos partos transpélvicos faziam prevalecer estas últimas modalidades no rol dos partos artificiais ocorridos na Maternidade Dr. João Moreira, a despeito, inclusive de certa elegância, praticidade e facilidade na resolução da parturição pela via talho abdominal. Desse modo, muito embora o procedimento cirúrgico constituísse recurso dominado e realizado na Maternidade Dr. João Moreira com pleno êxito, expressando o progresso técnico dos médicos e da medicina da capital, o Dr. Cesar Cals militava pela inclusão da cesariana ao conjunto das operações de exceção, com indicações altamente restritas, o que coincidia com a impossibilidade definitiva de se realizar um parto transpélvico, ou quando esta espécie de procedimento comportava maiores perigos para as vidas em jogo do que aqueles trazidos pelo corte cesariano.

Em realidade, para os médicos da capital cearense, a aura de risco que recobria o parto cesáreo já era cultivada antes mesmo de seu primeiro emprego na Maternidade Dr. João Moreira. O fato mesmo de a operação cesariana ter ocorrido muito tardiamente em Fortaleza, em comparação com sua consecução em outras capitais brasileiras, diz muito do grau dos perigos e dos receios investido sobre o talho cesáreo entre os médicos cearenses do começo do século passado. Ora, se era assim, o que teria, de fato, impulsionado os doutores da Maternidade Dr. João da Rocha Moreira à realização desta primeira cesariana?

Não se pode esquecer que, além da estrutura pélvica irregular, fator que justificou, da parte dos médicos, a indicação do parto cesáreo, a paciente era portadora de uma conformação física considerada “anormal”, o nanismo. Num período em que as idéias eugênicas começavam a ganhar repercussão mais acentuada na capital do Ceará, a configuração orgânica da paciente em apreço serviu como mote para selar a distância que guardava com os parâmetros corporais e/ou raciais buscados para a nação brasileira. Desse modo, incluída entre os indivíduos considerados desinteressantes para a nação, a senhora M. foi eleita pelos médicos da Maternidade Dr. João Moreira para sofrer não apenas o primeiro parto cesáreo do estabelecimento hospitalar, mas mais importante, para correr seus riscos. Em outras palavras, tratava-se de escolher uma paciente inconveniente para a nação e, por isso mesmo, paradoxalmente, conveniente aos médicos, já que constituía uma boa oportunidade para a realização de um procedimento

clínico, em relação ao qual tinham plena consciência de ser ainda pouco dominado e repleto de riscos. Com efeito, a possibilidade da consecução do parto cesáreo numa paciente considerada “anormal” deixava de fora dos riscos as pacientes consideradas normais, interessantes para a nação. Instaurava-se, pois, a cruel utilidade da senhora M. para o aprofundamento da experiência clínica dos médicos da Maternidade Dr. João Moreira e, também para o alcance do progresso e do patamar de adiantamento da medicina local.

Quando da realização das etapas mais importantes da cirurgia cesariana sobre a senhora M., o Dr. Cesar Cals informava, ademais, que, após a extração do feto, “para evitar a reprodução operatoria na paciente cuja raça não convinha que se perpetuasse a bem da humanidade, foi-lhe feita, *patrioticamente*, a secção das trompas entre duas ligaduras” (grifos no original) ³⁰⁶. O desinteresse em termos de raça nacional sobre a paciente comportava, portanto, duas práticas: a própria operação cesariana acompanhada de todos os seus perigos e, no decorrer da mesma, a esterilização da paciente, cuja prole era considerada inconveniente para a nação – mesmo nesse caso, em que o feto tinha características qualificadas como completamente normais. Entrava em cena, pois, uma prática eugênica de cunho negativo ou restritivo, já que retirava a possibilidade de uma nova gestação (e, de par com isso, a necessidade de mais um ato operatório, já que o parto pelas vias naturais era considerado inviável), e, portanto, de se vir ao mundo crianças vistas como degeneradas e atravancadoras da elevação nacional.

E assim findava, ao menos para a narrativa obstétrica, o profícuo paradoxo que, do ponto de vista dos médicos, pairava sobre a senhora M., considerada a um só tempo interessante e desinteressante. Pouco se noticiou sobre seus próximos passos e de seu rebento; se retornou para sua cidade natal, acolhida no seio de sua família, se continuou em Fortaleza, na casa de alguma família considerada piedosa, se se manteve nas ruas da capital avolumando o número de mulheres pobres e indigentes caídas na invisibilidade. Bem provável que tivesse retornado ao estatuto de desinteressante.

³⁰⁶ Ibidem, p. 5.



Figura 7. Fotografia da senhora M., mulher que sofreu o primeiro parto cesáreo da capital cearense, com seu filho nos braços, semanas depois da realização da operação cirúrgica, em abril de 1933. Fonte: CALS, Cesar. *PRIMEIRO CONGRESSO MEDICO CEARENSE. HISTÓRICO DA MATERNIDADE DR. JOÃO MOREIRA*. Fortaleza: Imprensa Oficial, 1935, p. 48.

Ainda no ano de 1933, os médicos da Maternidade Dr. João Moreira realizaram mais duas operações cesarianas. Uma delas não constituiu pauta de narrativa obstétrica detalhada, recebendo unicamente uma nota em texto do estudo estatístico efetuado pelo Dr. Cesar Cals: “25/10/933 - Cesareana segmento-corporal, feto vivo, pesando 5 kilos. A paciente faleceu de anemia aguda em virtude de hemorragia durante a operação por causa da dificuldade na extracção do feto volumoso”³⁰⁷. A outra operação cirúrgica, ocorrida meses antes do malogro supracitado, recebeu do Dr. José Frota a forma de relato clínico publicado na revista do Centro Médico Cearense referente ao mês de agosto de 1933.

De acordo com o Dr. José Frota,

No dia 1.º de agosto deste anno [1933] deu entrada na Maternidade Dr. João Moreira, já ao termino da gestação M. C. G., cearense, com 48 annos de idade, solteira, roceira e domiciliada em Jererahú.

Anamnese – Primeiras regras aos 13 annos de idade, com fluxo por 4 dias, sem colicas. Menstruações subseqüentes regulares no cyclo e no numero de dias (29/4).

³⁰⁷ Idem, op. cit., 1935, p. 19.

Últimas regras a 10 de outubro de 1932. Primigesta.³⁰⁸

Tratava-se, pois, de mais um caso de paciente residente em localidade afastada da capital cearense que recorria ao auxílio hospitalar da Maternidade Dr. João Moreira. Ressalte-se o fato de que a senhora M. C. G. era solteira e apresentava sua primeira gestação com idade considerada avançada, 48 anos. Talvez, se inseria entre o grupo de mulheres que viam na Maternidade Dr. João Moreira a possibilidade de uma acolhida e assistência na hora da parturição por se encontrarem em situação de solidão advinda de gestação considerada desonrosa.

Após a realização do interrogatório, sessão em que a senhora M. C. G. dava informações sobre suas regras e seus antecedentes obstétricos, os médicos procederam aos exames clínicos:

Primeiro exame – Mulher de constituição forte, desnutrida, de estatura elevada, esqueleto normal, musculatura de medio desenvolvimento, pouco tecido adiposo; pele parda, visível máscara gravídica; seios caídos e poucos desenvolvidos, com areola primitiva e secundária e tubérculos de Montgomery. Ventre proeminente, tenso, linha alba bastante pigmentada, cicatriz umbilical, mais ou menos apagada e abundantes vínculos de prenhez.
[...]

Altura do fundo do útero: 35 centímetros. Circunferência Máxima: 95 centímetros. Feto em situação transversal. Bulhas fetaes pouco audíveis no q.i.d.

Pelvimetria: B. E. = 24; B. C. = 28; B. T. = 32; S. P. E. = 18. Michaelis, Normal.

A' palpção, o ventre apresenta uma certa resistência ou defeza abdominal, deixando dificilmente sentir os contornos do útero e seu conteúdo. – o feto.

[...]

Toque: escavação pélvica cheia, provavelmente pela insinuação de uma espádua, grande distensão da parede posterior do segmento inferior do útero. Collo, ainda não apagado e alto, dificilmente acessível, acima do bordo superior da symphise pubana.

Diagnostico: gravidez topica a termo; apresentação – Cormica; parte insinuada espádua.³⁰⁹ (grifos no original)

A descrição dos exames clínicos efetuados pelo Dr. José Frota demonstra a preocupação primeira em relação à conformação física geral da paciente, em especial seu desenvolvimento muscular e sua estrutura óssea. Em seguida, o olhar clínico se demorava sobre as colorações das diversas epidermes corporais no sentido de flagrar os sinais que confirmavam a prenhez. Ganha relevância na narrativa do Dr. José Frota as dimensões tomadas do útero e da ossatura pélvica. Nestas operações, a mão e os dedos do médico realizavam a medição com o auxílio da fita métrica e do pelvímeter. O primeiro instrumento, dedicado a medir a altura do fundo do útero, fornecia importantes

³⁰⁸ FROTA, José. Prenhez a termo e tumor prévio – Cesariana segmento-Corporal e hysterectomia sub-total alta. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno XII, N.º 8, Agosto de 1933, p. 13.

³⁰⁹ Ibidem, p. 13.

informações quanto à idade da gestação e dava indicações, embora ainda pouco precisas, do tamanho do corpo fetal, enquanto que o segundo revelava as distâncias pélvicas passíveis de medida mediante operações externas: bi-espinhoso, bi-crista, bi-troncateriano e sacro pubiano externo, além da verificação da conformação dorsal pela medição do chamado quadrilátero ou losango de *Michaelis*. Diferentemente da narrativa do primeiro parto cesáreo na Maternidade Dr. João Moreira, não houve neste caso nenhuma menção às dimensões pélvicas internas, sendo possível supor, então, que as medições da ossatura interna só se fizesse necessárias dadas as indicações da externas, que funcionariam como indício primeiro do vício pélvico.

Além das medições realizadas via instrumentos especializados que faziam a envergadura do corpo feminino ganhar referenciais no sistema métrico decimal, destacava-se do exame obstétrico a auscultação dos batimentos cardíacos fetais e a palpação, a partir da qual o médico determinou o posicionamento do feto, cuja porção dorsal estava alocada no colo uterino. Adentrando o orifício vaginal e alcançando o colo uterino, o dedo explorador do médico confirmou a apresentação córmica (atravessada) do feto, detectou uma distensão irregular da porção inferior do corpo do útero e ainda flagrou a localização irregular do colo uterino, que não tinha relação de continuidade com o canal vaginal, mas se colocava em sua parte superior, nas proximidades da sínfise púbica. Apesar de a gestação se apresentar em seu termo, a ausência de dilatação do colo do útero (colo dito apagado) expressava que o corpo ainda não declarara o trabalho de parto.

Examinada, muito provavelmente no gabinete médico, a senhora M. C. G. foi encaminhada para a sala de gestantes, no aguardo dos primeiros sinais do trabalho de parto, fato que ocorreu dois dias depois:

Trabalho do parto: teve início no dia 3 de agosto às 8 horas, com sinais sanguíneos e fortes dores lombares propagadas para o ventre.

Examinei-a uma hora depois do início do trabalho: colo completamente apagado e orifício uterino permeável a dois dedos, porém anormalmente colocado, como no primeiro exame, acima do bordo superior da sínfise púbica. Bolsas de águas: rotas.

O palpar combinado deixou perceber um membro torácico que veio reforçar o nosso diagnóstico de apresentação transversa com insinuação de espadua.

As contrações uterinas são bastante energéticas, se bem que, muito espaçadas.

A escuta do coração fetal foi nulla.

Pratiquei, uma hora depois, com o meu colega Dr. Cesar Cals, um outro exame interno que tendo nos fornecido os mesmos elementos do último praticado, opinamos, em vista do *estacionamento do parto, da situação anormal do colo, da distensão exagerada da parede posterior do segmento*

inferior do utero, terminal-o artificialmente pela – Cesaria abdominal segmentaria. (grifos no original)³¹⁰

Declarado o momento do trabalho de parto tendo por base as contrações uterinas, a paciente não apresentou qualquer progresso ao longo da primeira hora, ao fim da qual foi examinada pelo Dr. José Frota. O médico acusou a dilatação do colo uterino, esta última medida em unidades de dedo, e confirmou, pelo palpar combinado (uma mão na parte interna e outra na porção externa do ventre), a apresentação do feto, cujos batimentos cardíacos se tornaram inaudíveis. A despeito da morte fetal e das contrações pouco frequentes, o médico resolveu não intervir e a parturiente esperou mais uma hora no sentido de obter a terminação natural da parturição. Já na segunda hora de trabalho, os exames foram repetidos, desta vez a quatro mãos, com o auxílio do Dr. Cesar Cals, e indicaram a mesma situação anteriormente diagnosticada.

Desse modo, explicava o Dr. José Frota, a estagnação do parto, que não conhecia progresso no correr de duas horas, a distensão exagerada da porção inferior do corpo do útero e a localização viciosa do colo uterino levaram este médico a se decidir pelo talho cesáreo. Diferentemente do primeiro caso de cesariana ocorrida na Maternidade Dr. João Moreira, quando esta operação já havia sido resolvida meses antes do trabalho de parto, na ocasião em pauta apenas depois de duas horas de trabalho de parto, foi que os médicos decidiram pelo corte abdominal, sinal claro de que este procedimento não aparecia como a primeira opção na terminação das parturições, mesmo quando complicadas. Mas, se não foi primeira opção, o talho cesáreo também não apareceu como última opção, já que não se tentou ou mesmo se aventou a terminação do parto pelos recursos obstétricos usuais – versão interna, fórceps e embriotomia.

A decisão de se realizar o ato operatório, ademais, foi estimulada não, como no primeiro caso, por um vício ósseo, mas por uma irregularidade do músculo uterino, cujos trabalhos se mostravam improfícuos. Estivesse ou não o problema de ordem muscular atrelado à idade avançada da parturiente, o fato foi que, muito provavelmente, a opção pelo ato cirúrgico e, portanto, implicitamente, a opção por fazer a parturiente correr um alto risco, ganhava força por se tratar de uma mulher mais velha que, além de ter já precários os qualificativos para a vida reprodutiva, portava àquela situação um feto morto.

Relatava o Dr. José Frota que

³¹⁰ Ibidem, p. 13-14.

Ultimados os preparativos, ás 11 horas teve início a operação.

Feita a antisepsia da parede abdominal, é a doente anestesiada pelo balseformio e collocada em decubito ligeiramente inclinado para o lado dos pés, com o fim de facilitar o escoamento dos liquidos para fora do ventre.

Laparotomia mediana infra-umbelical, proteção da cavidade abdominal contra a invasão do liquido amniotico por grandes compressas, descolamento e incisão do peritoneo visceral e incisão mediana, longitudinal do segmento inferior em uma extensão aproximadamente de 10 a 12 centímetros e aplicação de dois clampes rectos sobre os bordos da incisão com o fim hemostatico.

Por ocasião da extração do feto, verificando-se a impossibilidade de praticar a pela pequena brecha uterina devido a retração do utero sobre o feto, resolvemos levar a incisão abdominal até acima da cicatriz umbilical, exteriorisar o utero e, depois de bem protegida a cavidade peritoneal, prolongamos a incisão longitudinal do segmento inferior por sobre o corpo do utero.³¹¹

Resolvida a terminação pelo talho cesáreo aproximadamente às 10 horas da manhã, em aproximadamente uma hora se fizeram os preparativos necessários. Com efeito, os preparativos exigidos pela cirurgia cesariana, de difícil apuração nas fontes consultadas, pareciam constituir um dos inconvenientes da intervenção, que não poderia se tornar uma opção viável em casos de extrema urgência. Conduzida da sala de partos para a sala de cirurgia, a paciente foi posicionada deitada em decúbito dorsal sobre a mesa de operações. A inclinação para o lado dos pés parecia constituir um dos aprendizados da primeira experiência cesariana da Maternidade Dr. João Moreira, já que um dos perigos desta espécie de intervenção era a entrada de detritos orgânicos indesejáveis na cavidade do ventre. De forma semelhante ao que ocorria no primeiro parto cesáreo, também aqui se fez uso do anestésico a base de balseformio, muito embora não se indicasse o nome do médico anestesador, dando a entender que neste caso, em que a operação cesariana foi uma decisão do momento, teria sido o próprio Dr. José Frota, ou mesmo o Dr. Cesar Cals, que também participava do ato cirúrgico, os responsáveis pela aplicação da substância analgésica na parturiente.

A primeira incisão sobre o útero não foi suficiente para a retirada do feto devido à forte compressão que caracterizada o excerto uterino. Também, como ocorria na primeira cesariana, aqui a incisão sobre o abdômen e órgão uterino teve de ser prolongada. O uso de bisturis, para a realização das diversas incisões, de compressas com a finalidade de evitar a entrada de detritos de fora do corpo e também de *clampes*, pequenos instrumentos que funcionavam como pregadores das paredes internas do ventre, impedindo a eclosão de hemorragias (fim hemostático), marcaram a prática da segunda cesariana ocorrida nas dependências da Maternidade Dr. João Moreira.

³¹¹ Ibidem, p. 14.

Dando continuidade ao procedimento, relatava o Dr. José Frota,

Retirado o feto e descolada a placenta, que se achava inserida na parede posterior do fundo do útero, verificamos uma grande massa fibromatosa assestada na parede posterior do útero, a qual, distendendo a face posterior do segmento inferior, veio encher a escavação pélvica, simulando a insinuação de uma espádua. Não havendo contra indicações e nem desvantagens na conservação de uma parte deste útero, resolvemos, atendendo ao bom estado dos anexos e á idade da mulher, fazer uma hysterectomia sub-total alta, com o fim de manter o endocrinismo e evitar os efeitos da castração sobre o systema nervoso e o metabolismo em geral.

Feita a toilette abdominal, retiradas as grandes compressas foi o ventre fechado completamente em tres planos de sutura.³¹²

Apenas durante o ato operatório, os médicos concluíram que a distensão exagerada da porção inferior do útero, um dos fatores responsáveis pela dificuldade dos trabalhos deste órgão, era causada pela presença de uma massa fibromatosa ou tumoral que dividia o espaço do excerto uterino com o feto. Ressalte-se que os médicos não apenas não conseguiram identificar a presença de uma massa anômala no interior do ventre da senhora M. G. C., como também a confundiram com o corpo fetal, informando que a primeira simulava a espádua do segundo. A retirada do feto, portanto, foi seguida da extração da massa fibromatosa já tão fortemente aderida à parede do útero, que parte deste órgão teve de ser igualmente removida do interior do ventre. Todavia, não completamente. A preocupação dos médicos em manter uma porção do útero na cavidade do ventre, observando o bom estado de seus órgãos anexos, era embasada no funcionamento hormonal do excerto uterino que, já se sabia, embora superficialmente, guardava importância na regulação do metabolismo e também nos trâmites do sistema nervoso. Começava a ganhar evidência uma outra matriz de funcionamento corporal, diferente daquela fincada no trabalho do músculo uterino. Tratava-se da matriz hormonal.

Assim, neste caso em especial, se a paciente era considerada pouco interessante a ponto de ter sido eleita para correr os riscos de uma operação cesariana, a extração do útero e, portanto, sua esterilização não obedeceu a exigências exclusivamente eugênicas, mas a uma questão de ordem patológica que deixava entrever, por outro lado, outras nuances presentes no funcionamento do corpo feminino que, muito timidamente, começavam a despertar a curiosidade e a interferir na prática dos médicos da terra, a saber, as dinâmicas hormonais, ou melhor, o sistema endócrino.

Por fim, escrevia o Dr. José Frota,

³¹² Ibidem, p. 15.

A sequencia operatoria foi a melhor possivel.

Teve 37,5 de temperatura nas primeiras 24 horas e ligeiro tympanismo acompanhado de colicas que sederam após a exoneração de gases, com a aplicação da sonda rectal.

Os pontos de sutura foram retirados no 9º dia, havendo cicatrização normal.
313

Acompanhada ininterruptamente nos dias seguintes ao ato cirúrgico, muito provavelmente, mais pelas parteiras diplomadas do que pelos médicos, que antes recebiam as informações do que propriamente as colhiam, a parturiente permaneceu por, pelo menos, mais nove dias no hospital.

Os dois casos de parto cesáreo que tiveram lugar na Maternidade Dr. João Moreira estiveram ambos às voltas, em maior ou menor intensidade, com os interesses de cunho eugênico que, apesar de remontarem ao fim do século XIX na realidade brasileira, ganhavam significativa repercussão desde o final dos anos 1920 e conheceram fortes vozes no decênio seguinte. Na realidade, os dois atos cirúrgicos não foram os únicos momentos em que as conveniências da raça estiveram no horizonte dos médicos da Maternidade Dr. João Moreira. Também no ano de 1933, por ocasião da visita do presidente Getúlio Vargas à capital cearense, os médicos do estabelecimento hospitalar encetaram uma campanha em prol de um Ambulatório de serviço pré-natal nas dependências do serviço obstétrico com a finalidade maior de incrementar a raça nacional.

Em texto publicado na revista do Centro Medico Cearense em edição completamente dedicada ao 18º aniversário da Maternidade Dr. João Moreira, referente ao mês de fevereiro de 1933, o Dr. Cesar Cals escrevia que

A puericultura ante natal e a hijiene da mulher gravida são problemas de maxima importancia no futuro da raça.

Nenhum obstetra ignora o grande valor na prevenção das toxemias gravidicas, na profilaxia da mortenatalidade e na correção das apresentações distocicas do feto, o exame sistematico e periodico da gestante e o tratamento das molestias transmissiveis ou de repercussão sobre o produto da concepção.³¹⁴

Assim, se antes as preocupações eugênicas manifestadas nas operações cesáreas realizadas na Maternidade Dr. João Moreira expressaram medidas de contenção da raça desinteressante durante a parturição, e mediante um único gesto cirúrgico, se bem que complexo, o serviço de pré-natal de que falava o Dr. Cesar Cals deveria se pautar sobre a produção ou o estímulo da raça conveniente através de atendimentos médicos

³¹³ Ibidem, p. 14.

³¹⁴ CALS, op. cit., Fevereiro de 1933, p. 11.

sistemáticos e contínuos ao longo da gestação, o que deveria ampliar, evidentemente, a presença do médico na vida das mulheres, antes então quase completamente restrita ao momento do parto. Diferente de evitar a procriação de uma raça que não convinha pela mutilação esterilizadora, tratava-se de propiciar e favorecer o surgimento de uma espécie racial já em processo de melhoramento antes mesmo do nascimento. Enquanto ali o ato era negativo, aqui era positivo. Além das já presentes preocupações quantitativas, que estiveram na base do projeto biopolítico abraçado pelos médicos da Maternidade Dr. João Moreira, vieram se conjugar as preocupações de ordem qualitativa, embasadas prioritariamente na lógica da precaução. Era a qualidade do produto da concepção que os exames sistemáticos sobre a gestante deveriam buscar, a partir de então, assegurar.

Comentando sobre os benefícios que o serviço de pré-natal poderia trazer, em especial ao feto de mãe sífilítica, o Dr. Virgílio de Aguiar escrevia que

O ambulatório para a gestação é a maior e melhor prophylaxia para a Maternidade.

A necessidade e o beneficio de um Ambulatorio para gestantes, articulado sempre a Maternidade, é uma questão sem debate.

Em todo o mundo hoje marcha uma ruidosa e vultosa Cruzada de Amor e Ideal em prol do pré-natal dizimado pelos virus da *civilização* (a syphilis, a coqueteria e a pobreza).

Apraz-me então só tratar da molestia, que o resto é intrincado e aqui sem pauta.

E' a syphilis, por maior, o truculento Moloch insaciavel do producto da concepção em todas as idades (ovo, embryão e feto); é ella o mal minaz, vezes tecito, obscuro, mas sempre roaz.

[...]

Pittorescamente, e com grande cabimento de termo, disse o Dr. E. Boaventura que a syphilis é uma *broca humana*, sendo para o brasileiro o que a praga é para o café e para o Brasil uma grande e verdadeira calamidade, incalculavelmente prejudicial, porque o desfalca de um enorme e precioso capital vivo. (grifos no original)³¹⁵

Alargando o sentido da prática profilática, não somente presente no momento imediato do parto, mas se estendendo e ganhando diferentes modalidades ao longo de toda a gestação, o Dr. Virgílio de Aguiar chamava a atenção para o tratamento da sífilis, cuja repercussão na vida fetal era forte, matando ou inviabilizando o produto da concepção. Corolário do crescimento da vida urbana, ou melhor, da “civilização”, a sífilis constituía grande empecilho para o projeto de nação, erguida e mantida pelos braços fortes de trabalhadores numerosos. Colocando lado a lado as imagens dos filhos de mães sífilíticas e de mães saudáveis, o Dr. Virgílio de Aguiar, escrevia que

³¹⁵ AGUIAR, Virgílio. A Maternidade Dr. João Moreira. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 2, Fevereiro de 1933, p. 3.

[...] na mulher grávida sífilítica, sem tratamento, é o aborto, é o prematuro macerado, é o feto á termo nato-morto ou inviável, e, se sobrevivente, enfezado, achacado, tarado; com o tratamento, é o feto a termo, vivo e limpo, sadio e viçoso, que será o justo orgulho e enlevo maternos e precioso salvador para o nosso vasto, maravilhoso e despovoado paiz.³¹⁶

Do ponto de vista dos médicos, os bônus do pré-natal eram inquestionáveis. No entanto, apesar de todos estes benefícios, não contava ainda a Maternidade Dr. João Moreira com um serviço deste gênero. Explicava o Dr. Cesar Cals, seu diretor, que em se tratando de assistência à gestante,

Limitamo-nos apenas ao exame da mulher grávida e conselhos higiênicos para prevenção das toxemias grávidas e profilaxia da mortalidade e dos abortos. A falta de recursos, estamos completamente desparelhados. E' todavia de urgente necessidade a instalação de um serviço de ambulatorio completo, dispondo dos modernos aparelhamentos para as pesquisas clinicas indispensaveis a proteçao da gestante e do feto.³¹⁷

A Maternidade Dr. João Moreira, cuja praxe era receber em suas dependências exclusivamente gestantes a termo, além daquelas que apresentassem complicações durante a gestação e o puerperio, não oferecia um serviço de acompanhamento sistemático da mulher ao longo de toda a gestação. Algumas mulheres grávidas, que por motivos diversos buscavam a Maternidade Dr. João Moreira, eram examinadas por médicos e parteiras diplomadas e recebiam conselhos higiênicos no sentido de prevenir toxemias grávidas e demais complicações que comprometessem a vida materna e fetal. Nenhum acompanhamento mais sistemático era dado.

Surgia, todavia, naqueles idos dos anos 1930, a necessidade ainda tímida de organizar um serviço de pré-natal nas dependências da Maternidade Dr. João Moreira. No entanto, os limites financeiros da iniciativa filantrópica não conseguiram prover o estabelecimento hospitalar dos equipamentos, possivelmente laboratoriais, adequados às pesquisas clínicas necessárias ao diagnóstico e tratamento das diversas complicações ou morbidades que podiam eclodir durante a gestação. A visita à capital cearense do chefe do Executivo, Getúlio Vargas, com suas já nítidas preocupações em torno do futuro da raça e com os cuidados médicos em geral, conferia a oportunidade ideal para dar-se início à campanha, por parte dos médicos da Maternidade Dr. João Moreira, em prol da instalação de um Ambulatório, intentando com isto contar com verbas da União no sentido de montar o serviço de pré-natal. Até o ano de 1935, a campanha dos médicos continuava, ainda sem visíveis resultados.

³¹⁶ Ibidem, p. 5.

³¹⁷ CALS, op. cit., Fevereiro de 1933, p. 11.

Por sua vez, a nova organização da repartição de higiene em âmbito estadual, seguindo as orientações centrais do governo Vargas, passou a incluir, a partir da inauguração do *Centro de Saúde de Fortaleza*, no ano de 1933, uma série de serviços voltados para a maternidade e a infância da terra. A entrada dos poderes públicos no âmbito dos cuidados com a saúde da mulher-mãe culminou com a instauração, em 1934, da Inspeção de Pré-Natal, cuja análise de seu funcionamento não cabe, todavia, nos limites deste estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação centrou-se na análise histórica da produção da realidade corporal feminina pelos médicos da cidade de Fortaleza, a partir da criação, em 1915, da Maternidade Dr. João da Rocha Moreira, primeiro estabelecimento hospitalar no gênero fundado no estado do Ceará.

Orientadas pelo paradigma clínico, segundo o qual as verdades do corpo humano eram produzidas prioritariamente pelo exame detalhado da densidade orgânica, as práticas médicas realizadas nas enfermarias da Maternidade Dr. João Moreira não inauguraram propriamente esta perspectiva epistemológica na capital cearense. Já presente entre os médicos da cidade desde a segunda metade do século XIX, o paradigma clínico de leitura do corpo feminino foi, em realidade, significativamente sistematizado, aprofundado e, em certa medida, difundido entre a população cidadina, a partir das atividades da Maternidade Dr. João Moreira.

Desta forma, os médicos da Maternidade Dr. João Moreira não se dedicaram de forma restrita aos atendimentos às pacientes que iam ter às enfermarias do serviço obstétrico, mas agregaram a esta série de atividades um empreendimento pedagógico, a saber, o Curso de Parteiras Diplomadas. A organização de um curso de partos nas dependências da Maternidade Dr. João Moreira apresentava a finalidade de habilitar mulheres a realizar uma assistência domiciliar ao parto orientada pelo saber obstétrico. A iniciativa dos médicos da Maternidade Dr. João Moreira de formar *parteiras diplomadas* expressou o interesse em espriar, na capital cearense, modalidades clínicas de cuidar do corpo feminino, em especial quando este experienciava a gestação, o parto e o puerperio. Ademais, as parteiras diplomadas carregavam a dupla incumbência de enfraquecer o prestígio das *comadres* ou *aparadeiras* – agentes tradicionais que realizavam majoritariamente as assistências ao nascimento na cidade –, e de propiciar os encontros e fortalecer as confianças entre as mulheres e os médicos da capital.

A realização da investigação trouxe à baila não somente as intenções médicas de vulgarizar o paradigma clínico, mas também seus embaraços, estes últimos advindos de atuações imprevistas das parteiras diplomadas e, em grande medida, de atitudes assumidas pelos próprios médicos. Nesse sentido, flagrou-se a emergência de uma situação de empoderamento da parte das parteiras diplomadas que, livres de qualquer

fiscalização, muitas vezes, não seguiram à risca as recomendações dos médicos: deixaram de executar práticas corporais tidas como necessárias, não solicitaram a presença de um médico, ao mesmo de forma imediata, quando da configuração de estados patológicos, e realizaram procedimentos técnicos propalados como exclusivos dos profissionais da medicina. Da parte de alguns médicos, foi possível perceber também a relativização de alguns rigores que deveriam ser dedicados às parteiras diplomadas, tais como a própria permissão médica da execução de procedimentos técnicos mais delicados, ou ainda o tratamento pouco hierárquico em sessões da agremiação médica local. Certa permissividade dos médicos em relação às parteiras diplomadas não significou, todavia, que aqueles profissionais abriram mão de sua autoridade, fato percebido a partir de algumas reclamações e mesmo desqualificações direcionadas às atuações das parteiras de curso.

Diga-se de passagem, que não apenas nos atendimentos domiciliares as ambiguidades e os conflitos que permearam as relações entre médicos e parteiras diplomadas ganhavam visibilidade, mas também no interior da própria Maternidade Dr. João Moreira. Neste estabelecimento hospitalar, importa ressaltar, prestavam seus serviços não somente médicos, mas igualmente parteiras diplomadas que, de um modo geral, deveriam: realizar integralmente a assistência aos partos naturais, auxiliar os médicos na execução das parturições artificiais, acompanhar os tratamentos das diversas mulheres internadas, e proceder ao registro contínuo dos movimentos do serviço obstétrico. Todavia, apresentando uma jornada de trabalho mais intensa, que incluía ademais o pernoite nas enfermarias do estabelecimento, as parteiras diplomadas passavam não somente mais tempo no serviço obstétrico do que os próprios médicos, como também aí permaneciam longos períodos sem a sua supervisão, donde a possibilidade de efetuarem práticas além das permitidas, principalmente em se tratando de uma situação de urgência. Resta destacar, todavia, que as circunstâncias que propiciaram as parteiras diplomadas a proceder à relativização do poder médico no interior do próprio templo da medicina (a saber, o hospital) foi a mesma utilizada pelos médicos do estabelecimento para culpabilizar estas profissionais pelas ocasionais falhas detectadas nos atendimentos prestados na Maternidade Dr. João Moreira

A atribuição das parteiras diplomadas de arrefecer o prestígio das *comadres* ou *aparadeiras*, pejorativamente chamadas pelos médicos de *curiosas*, por sua vez, pôde ser matizada pelo fato mesmo de que estas últimas puderam ter sido admitidas, embora

sob a condição pouco atingível de serem alfabetizadas, como alunas do Curso de Parteiras Diplomadas da Maternidade Dr. João Moreira. Tal situação trazia à baila a possibilidade não de uma eliminação cabal das práticas corporais carregadas pelas *comadres* ou *aparadeiras*, mas de um processo de rearranjo ou reorganização das assistências ao parto empreendidas por estas mulheres, que passariam a incluir, talvez, simultaneamente, noções do paradigma clínico e elementos das matrizes tradicionais de leitura do corpo da mulher – estas últimas mais afeitas aos encontros com as forças sobrenaturais e aos contatos com a fauna e a flora locais. As probabilidades de hibridismos entre perspectivas corporais distintas não decorreram exclusivamente das proximidades e/ou coincidências entre parteiras diplomadas e parteiras “curiosas”, mas advieram igualmente das atuações conjuntas entre estas últimas e os próprios médicos, em especial nos casos em que as *comadres* ou *aparadeiras* não conseguiam sozinhas dar conta de um parto dificultoso, solicitando, por isso, a presença de um profissional da medicina. Estas parcerias de ocasião não só entre médicos e “curiosas”, mas também, entre parteiras diplomadas e “curiosas” ou mesmo entre médicos e parteiras diplomadas, culminavam por gerar a circulação imprevista das práticas, impedindo, pois, a afirmação de que agentes tradicionais de cura e profissionais instruídos pela ciência pertencessem, de fato, a continentes opostos e herméticos.

Os registros produzidos acerca dos atendimentos médicos prestados na Maternidade Dr. João Moreira, compostos, de modo geral, por estudos estatísticos e por relatos de casos clínicos, fornecem valiosos detalhes quanto aos modos pelos quais os médicos compreendiam o funcionamento do corpo feminino, em especial durante o momento do parto. Mediante a verificação dos trabalhos musculares do excerto uterino, instituídos como a força motriz da expulsão fetal, os médicos qualificavam os partos entre *naturais* e *artificiais* – os primeiros ocorrendo integralmente pelos trabalhos do músculo uterino, os segundos demandando alguma modalidade de intervenção obstétrica para conferir termo ao nascimento. Mediante as análises dos documentos estatísticos, foi possível tomar nota de que, durante as primeiras décadas de atividade da Maternidade Dr. João Moreira, os partos naturais foram preponderantes (mais de 90%), fato que constitui precioso indício da confiança que os médicos depositavam sobre os trabalhos do corpo, ou melhor, da natureza. Tal reverência a uma idéia de natureza corporal amparada na força física esteve presente também, inusitadamente, entre as parturições artificiais ocorridas, embora parcamente, nas enfermarias da Maternidade

Dr. João Moreira. A este respeito, importa ressaltar que as intervenções obstétricas mais comumente empregadas no estabelecimento hospitalar – o *fórceps*, a *versão interna* e a *embriotomia* – exigiam do médico-parteiro um gestual técnico amparado prioritariamente na força muscular que, curiosamente, intentava deliberadamente “imitar”, em maior ou menor medida, os trabalhos musculares do útero. Em outras palavras, esta perspectiva, segundo a qual, se o músculo uterino falhava, devia entrar em cena o músculo do médico, visava promover um estranho paradoxo, a saber, uma parturição artificial mais próxima possível da ação dita da natureza.

Apenas nos anos 1930, o paradigma obstétrico da força física, tributário dos trabalhos de uma natureza inventada como muscular, passou a ser, e muito timidamente, superado pelos médicos da Maternidade Dr. João Moreira. A realização, nas dependências do estabelecimento hospitalar, de duas intervenções obstétricas até então inéditas em território cearense, o *método de Delmas* e o *parto cesáreo*, expressaram momentos em que os médicos não mais se orientavam pela natureza muscular do útero (estimulando-a ou substituindo-a, como faziam até então), mas, rompiam com ela. Seja mediante a docilização das fibras uterinas, como ocorria no método de Delmas, seja pelo considerável grau de independência em relação aos trabalhos do útero, tal como se passava durante o parto cesáreo, os médicos da Maternidade Dr. João Moreira procederam à reorganização das distâncias entre natureza e artifício. Este último passava a expressar não mais a “imitação” dos trabalhos da natureza, mas, contrariamente, sua superação, seu domínio e, no limite, o desejo de sua dispensa. Todavia, uma vez liberados dos trabalhos da natureza, os médicos conheceram outros desafios, prestaram-se, necessariamente a novos aprendizados e a novos controles. Desta feita, o emprego do método de Delmas e também do parto cesáreo passavam a exigir do médico um gestual técnico que não se manifestava, ao menos exclusivamente, tributário da força física, mas, em contrapartida, mais afeito à habilidade, à precisão e à sutileza. Sob a perspectiva da ciência médica, a história do corpo das mulheres é a mesma história do corpo do médico, de seus gestos, de suas percepções, de suas liberações e de seus controles.

Resta ressaltar, por fim, que a análise do funcionamento interno da Maternidade Dr. João Moreira – em especial, a pequena capacidade de sua estrutura física, e as regras de permanência, entrada e saída das pacientes – levou à constatação que, se o serviço obstétrico estava inquestionavelmente empenhado na promoção bem-sucedida dos

atendimentos médicos prestados às mulheres que iam ter a suas enfermarias, não estava, por outro lado, interessado em atender a totalidade ou mesmo a maioria das parturientes da cidade. Gradualmente, o processo investigativo foi insinuando que *a instrução de parteiras diplomadas e o aprofundamento da experiência clínica dos médicos* (que, não raras vezes, saíam das faculdades de medicina sem a devida prática do ofício) constituíram as funções precípua, e um tanto veladas, da Maternidade Dr. João Moreira. Nesse sentido, núcleo de formação e atualização obstétrica, o estabelecimento hospitalar em estudo se satisfazia com uma pequena amostragem de mulheres, preferencialmente pobres, cujos corpos sediariam o entrecruzamento de práticas, simultaneamente, médicas, pedagógicas e experimentais. Tal particularidade carregada pela Maternidade Dr. João Moreira, reforçava, por outro lado, a perspectiva, segundo a qual, para os médicos cearenses do começo do século passado, o parto permanecia prioritariamente um evento domiciliar.

Com efeito, a investigação aqui desenvolvida culminou por operar a cisão de três séries que, nos dias de hoje, se afiguram unas e inseparáveis nos modos pelos quais se realiza majoritariamente a assistência ao parto no Brasil: a *série médica*, a *série hospitalar* e a *série cirúrgica*. Assim, se atualmente o Brasil ocupa o status de país que mais realiza partos cesários no mundo, este estado de coisas foi resultado de um processo gradual, recheado de reveses, que, ao menos na capital cearense, se iniciou com um empenho pela realização da parturição sob as orientações da moderna ciência médica. Na instauração da *série médica*, o parto ocorria prioritariamente nos domicílios e regido não necessariamente pelos médicos, mas também por parteiras instruídas.

A *série hospitalar*, surgida prioritariamente da necessidade de prover ensino obstétrico e de aprofundar as experiências clínicas dos profissionais dedicados à assistência ao parto, acolhia pouquíssimas mulheres, predominantemente pobres que, em troca de atendimentos médicos e benefícios filantrópicos, deveriam disponibilizar seus corpos para os interesses dos médicos. A união da *série médica* com a *série hospitalar* se manifestou, pois, inicialmente restrita e, inclusive, mal vista, já que as mulheres de segmentos sociais mais favorecidos, evitando a convivência hospitalar com as pacientes pobres, permaneciam recebendo a assistência ao parto nos domicílios.

A *série cirúrgica*, coincidindo com a operação cesariana, só se tornou realidade na capital cearense nos anos 1930, bem tardiamente, em comparação com diversos estados brasileiros. Visto pelos médicos cearenses enquanto uma intervenção de

altíssimo risco, o parto cesáreo foi inicialmente realizado em mulheres pobres consideradas, ademais, inconvenientes do ponto de vista racial. Convém frisar que, em tempos de eugenia, os interesses em produzir a raça forte foram acompanhados por boas oportunidades para se realizar experimentações médicas e científicas em representantes das ditas raças fracas, desinteressantes, tal como aconteceu com o primeiro parto cesáreo ocorrido na capital cearense – único procedimento obstétrico ocorrido na Maternidade Dr. João Moreira em que, diga-se de passagem, os médicos não tiveram muitos pudores em obscurecer a aura experimental que pairava. Ainda mais restrita que a série hospitalar, a série cirúrgica, apenas em três ocasiões, pelo menos até o ano de 1933, tornou-se realidade. Chega a surpreender que em menos de um século, na capital cearense, os partos cesarianos tenham se tornado tão comuns nos serviços obstétricos públicos e particulares.

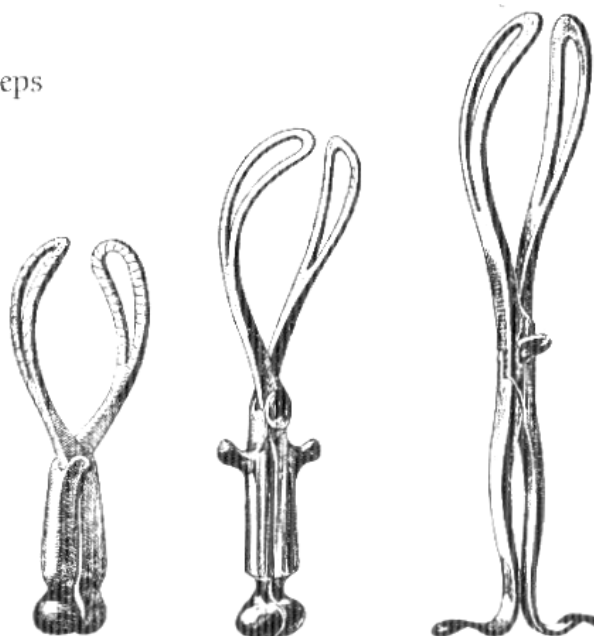
A análise histórica sobre o corpo feminino proposta por esta dissertação escolheu como ponto de partida a prática obstétrica dos médicos cearenses do começo do século passado. Como seria de se esperar, outras possibilidades foram cintilando, aqui e ali, ao longo do processo de reflexão; possibilidades estas que insinuaram diversos outros caminhos investigativos, ainda por serem percorridos, sobre o tema amplo do corpo da mulher. Longe de um estudo definitivo, espera-se que o trabalho aqui desenvolvido possa constituir contribuição para outros, inclusive, quem sabe, para abordagens que se preocupem com os processos pelos quais as mulheres da cidade, pobres e ricas, ressignificaram os modos científicos de cuidar de seus corpos, aspecto este que ultrapassa os limites desta dissertação, mas que não deixou de acender a curiosidade de sua autora e de mobilizar seu desejo em direção à feitura de reflexões futuras.

Anexo I

Figura 9 – Modelos de fórceps

O arsenal cirúrgico é o símbolo do poder do médico obstetra. Em mãos habilidosas o fórceps foi um dos mais importantes instrumentos obstétricos desde sua criação no século XVII.

Fonte: Bumm, 1914.



Fórceps de Smellie

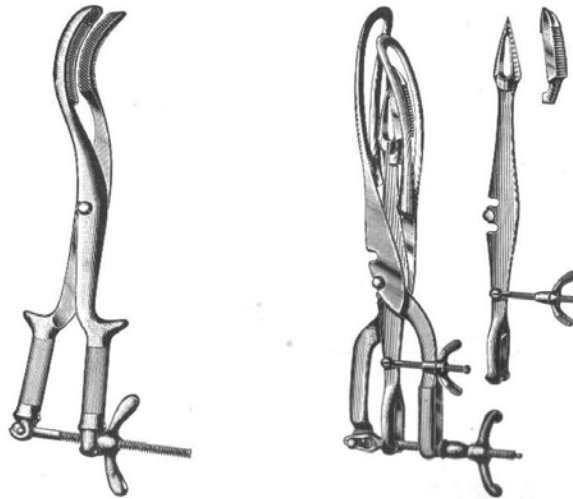
Fórceps de Naegele

Fórceps de Levret

Fórceps utilizados por obstetras brasileiros no início do século XX.

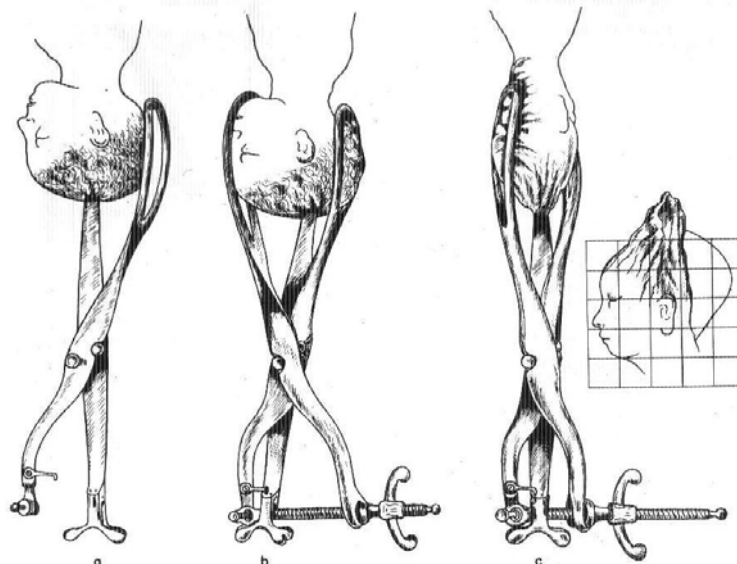
Fonte: MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, p. 98.

Anexo II



Espécies de embriótomos voltados para a mutilação do pólo cefálico do feto, utilizados pelos obstetras brasileiros nos anos 1970.

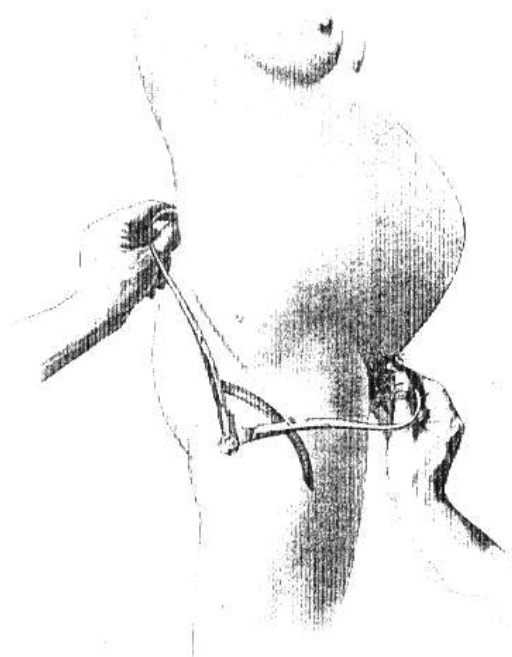
Fonte: REZENDE, Jorge de. *OBSTETRICIA*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976, p. 999.



Etapas do esmagamento do pólo cefálico do feto mediante o emprego de espécie de embriótomo utilizado por obstetras brasileiros, nos anos 1970.

Fonte: REZENDE, Jorge de. *OBSTETRICIA*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976, p. 1005.

Anexo III



O pelvímeter foi um dos instrumentos criados pelos obstetras para obter as medidas da pélvis feminina com a finalidade de reconhecer viciações que pudessem comprometer o bom andamento do parto.

Fonte: Bumm, 1914.

Modelo de pelvímeter utilizado por obstetras brasileiros do começo do século XX.

Fonte: MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, p. 94.

Anexo IV

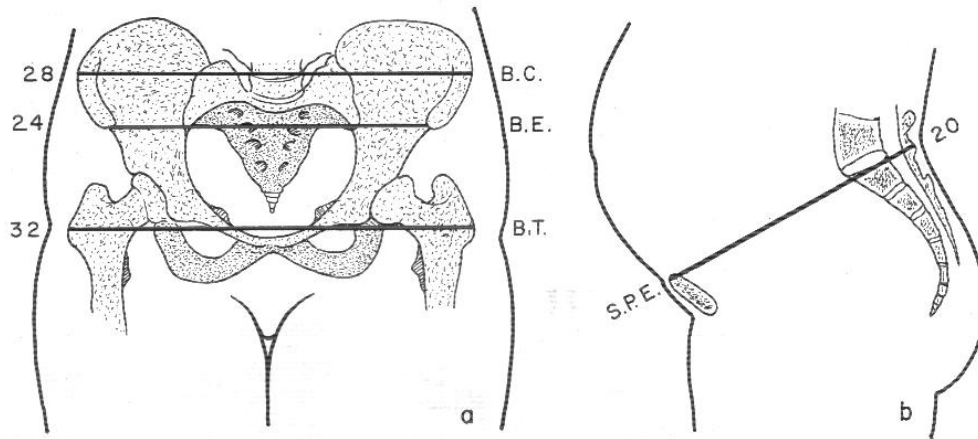


Fig. 4 — Pelvimetria externa. Representação dos principais diâmetros.

Medidas pélvicas externas.

Fonte: REZENDE, Jorge de. *OBSTETRICIA*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976, p. 92.

Anexo V

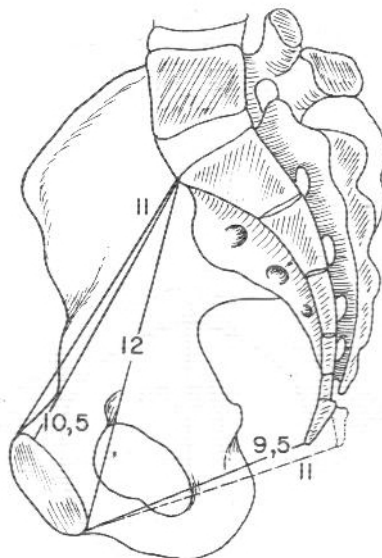


Fig. 6 — Corte sagital da bacia, mostrando, de cima para baixo: *conjugata vera anatômica*, *conjugata vera obstétrica*; *conjugata diagonalis*; *conjugata exitus*, sem e com a retropulsão do cóccix.

Medidas pélvicas internas vistas através de um corte transversal.

Fonte: REZENDE, Jorge de. *OBSTETRICIA*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976, p. 94.

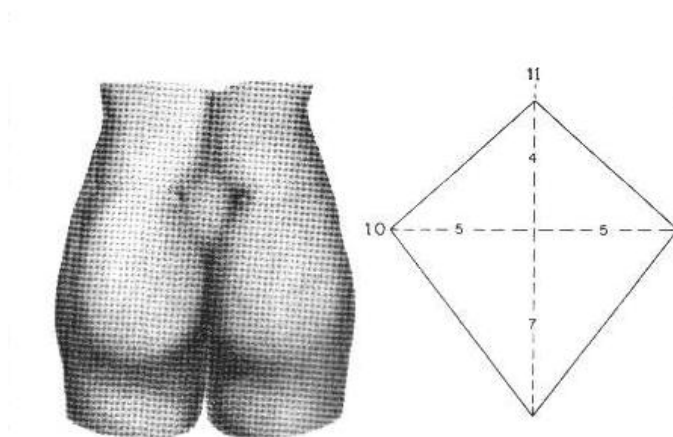
Anexo VI

Fig. 14 — O quadrilátero de Michaelis.

Quadrilátero ou Losango de Michaelis

Fonte: REZENDE, Jorge de. *OBSTETRICIA*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976, p. 98.

FONTES**Norte Medico / Ceará Medico**

Arquivo da Academia Cearense de Medicina / Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará

AGUIAR, Virgilio. A Maternidade Dr. João Moreira. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno XII, N.º 2, Fevereiro de 1933, p. 1-5.

_____. A natalidade e a natimortalidade. ESCULAPEANAS. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno XII, N.º 12, Dezembro de 1933, p. 32-35

_____. Casuística sobre o “Esvaziamento extemporaneo do utero no fim da gravidez”. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno XI, N.º 5, Maio de 1932, p. 14-18.

_____. Esculapeanas. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno IX, N.º 9, p. 6-8, Setembro de 1930, p. 6-8.

_____. Esculapeanas. A instrução de parteiras é penhor e beneficio para a maternidade. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 2, Fevereiro de 1933, p. 27-28.

_____. Esculapeanas. Intervenções que vão e voltam na pratica obstetrica. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 3, Março de 1933, p. 11-13.

_____. ESCULAPEANAS. Porque desisto da presidencia do Sindicato Medico Cearense. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno XI, N.º 1, Janeiro de 1932, p. 5-7.

ALENCAR, Meton. Paginas Antigas. *Norte Medico*. Fortaleza, Anno IV, N.º 10, 11, 12, Outubro, Novembro e Dezembro de 1916, p. 14-15.

ALENCAR FILHO, Meton. Notas praticas para o interior do estado. Ophtalmia dos recém-nascidos. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno V, N.º 1, Março de 1917, p. 5-7.

CABRAL, Theo. Benemérita Instituição. O que é e o que representa a Maternidade Dr. João Moreira. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno IX, N.º 9, Setembro de 1930, p. 15-18.

_____. Casa de Saude Dr. Cesar Cals. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno IX, N.º 7, Julho de 1930, p. 15-16.

CALS, Cesar. A Maternidade Dr. João Moreira. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno VII, N.º 1, Setembro de 1928, p. 9-12.

_____. ACTUALIDADES. UMA NOVA MANOBRA OBSTETRICA (COMO EVITAR A EMBRYOTOMIA). *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno VIII, N.º 6, 7, 8, Junho, Julho e Agosto de 1929, p. 8-9.

_____. Curso de Parteiras da Maternidade Dr. João Moreira. Cadeira de anatomia, fisiologia e patologia dos órgãos genito-urinarios da mulher. Aparelho genital. Definição. Posição ou situação. Divisão e descrição. VULVA. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno XII, N.º 1, Janeiro de 1933, p. 6-9.

_____. Cadeira de anatomia, fisiologia e patologia dos órgãos genito-urinarios da mulher. VAGINA. Definição. Posição e descrição. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 2, Fevereiro de 1933, p. 26-27.

_____. Curso de Parteiras Diplomadas da Maternidade Dr. João Moreira. Definição. Situação. Forma e divisão. Descrição. UTERO. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 3, Março de 1933, p. 7-11.

_____. Curso de Parteiras Diplomadas da Maternidade Dr. João Moreira. Definição. Situação. Forma e divisão. Descrição. OVARIOS. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 4, Abril de 1933a, p. 17-18.

_____. Curso de Parteiras Diplomadas da Maternidade Dr. João Moreira. Definição. Situação. Descrição. TROMPAS UTERINAS. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 4, Abril de 1933b, p. 18-19.

_____. Drenagem de Mouchotti (seus inconvenientes). *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno VI, N.º 2, Abril a Junho de 1918, p. 35-38.

_____. Eclampsia e parto á Delmas. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 5, Maio de 1933, p. 7-9.

_____. OBSTETRICA. Embolia Pulmonar no Decurso da Infecção Puerperal. *Norte Medico*. Fortaleza. Anno III, N.º 1, Setembro de 1915, p. 15-17.

_____. Infecção puerperal e abcesso de fixação. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno IX, N.º 9, Setembro de 1930, p. 2-3.

_____. Maternidade Dr. João Moreira. 18º ano de funcionamento. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 2, Fevereiro de 1933, p. 6-22.

_____. O toque vaginal durante o parto e a infecção puerperal. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XIII, N.º 9, Setembro de 1934, p. 19-23.

_____. OBSERVAÇÃO. *Norte Medico*. Fortaleza. Anno III, N.º 2, Outubro de 1915, p. 10-12.

_____. PARTO CESAREO. Primeira cesareana praticada no Ceará – Anã de 98 centímetros de altura – Operação executada pelos Drs. José Frota e Cesar Cals na Maternidade Dr. João Moreira a 21 de Março de 1933. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 4, Abril de 1933, p. 1-6.

_____. Placenta previa central parcial. Parto á Delmas. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 3, Março de 1933, p. 1-3.

CALS, Cesar; MOREIRA, Manuelito; RIBEIRO, Carlos. OBSERVAÇÃO. Um caso de xiphodymia tetrabrachial. *Norte Medico*. Fortaleza. Anno IV, N.º 7, 8 e 9, Julho, Agosto e Setembro de 1916, p. 4-8.

CAVALCANTI, Maria Souza. Dystocia fetal (um monstro unitário) Pseudencefalo. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XI, N.º 1, Janeiro de 1932.

COLONNA ANEDOCTICA. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 6, Junho de 1933, p. 10.

COMISSÃO DE REDACÇÃO. A saúde publica e a classe medica de Fortaleza: A propósito das “infecções intestinaes”. *Norte Medico*. Fortaleza, Anno III, N.º 3 e 4 Novembro e Dezembro de 1915, p. 1-5.

COMISSÃO DE REDACÇÃO. CENTRO MEDICO. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno V, N.º 3, Julho a Setembro de 1917, p. 50-52.

COMISSÃO DE REDACÇÃO. Maternidade Dr. João Moreira. *Norte Medico*. Fortaleza. Anno IV, N.º 5, Janeiro e Fevereiro de 1916, p. 17.

COMISSÃO DE REDACÇÃO. Mortalidade em Fortaleza. *Norte Medico*. Fortaleza. Anno. III, N.º 3, Novembro e Dezembro de 1915, p. 18.

COMISSÃO DE REDACÇÃO. Notas praticas para o interior do estado. *Ceará Médico*. Fortaleza, Anno V, N.º 1, Março de 1917, p. 4.

COMISSÃO DE REDACÇÃO. O “Ceará- Medico”. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno V, N.º 1, Março de 1917, p. 15.

COMISSÃO DE REDACÇÃO. O NORTE MEDICO. Sessão a 3 de Julho de 1916. *Norte Medico*. Fortaleza, Anno IV, N.º 7, 8 e 9, Julho, Agosto e Setembro de 1916, p. 14-15.

COMISSÃO DE REDACÇÃO. Os nossos médicos. O Dr. Barão de Studart. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno VII, N.º 2, Outubro de 1928, p. 2.

DIAS, Eduardo. O meu segundo Delmas. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XI, N.º 2, Fevereiro de 1932, p. 12-14.

_____. Um caso de “parto a hora certa”. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno IX, N.º 11, Novembro de 1930, p. 4-5.

FERREIRA, Helio Góes. A ophtalmia purulenta e suas terríveis consequencias. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno VII, N.º 1, Setembro de 1928, p. 5-6.

FROTA, José. Curso de Parteiras da Maternidade Dr. João Moreira. Cadeira de obstetricia. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 2, Fevereiro de 1933, p. 23-25.

_____. Curso de Parteiras da Maternidade Dr. João Moreira. EXAME DA GESTANTE. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 7, Julho de 1933, p. 10-15.

_____. Prenhez a termo e tumor prévio – Cesareana segmento-corporal e hysterectomia subtotal alta. *Ceará Medico*. Anno XII, N.º 8. Agosto de 1933, p. 13-14.

LAVOR, Aurelio de. Dr. Rufino Antunes de Alencar. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno V, N.º IV, Outubro a Dezembro de 1917, p. 54-58.

LIMA, Abdenago da Rocha. INSTITUTO DE PROTECÇÃO E ASSISTENCIA Á INFANCIA: Fiscalização do aleitamento mercenario atestação “de amas de leite”. *Norte Medico*. Fortaleza, Anno IV, N.º 5, Janeiro e Fevereiro de 1916, p. 7-10.

MOREIRA, Manuelito. OBSERVAÇÃO. Placenta Previa: Hemorrhagia do Delivramento. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno V, N.º 2, Abril a Junho de 1917, p. 24-25.

MOURA, Clovis. Movimento geral da 6.^a Enfermaria da Santa Casa de Misericordia de Fortaleza, de 11 de Junho de 1929 a 31 de Julho de 1932. LIGEIRAS

CONSIDERAÇÕES. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 4, Abril de 1933, p. 21-23.

_____. Movimento geral da 6.^a Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, de 11 de Junho de 1929 a 31 de Julho de 1932. LIGEIRAS CONSIDERAÇÕES. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 5, Maio de 1933, p. 24-25.

_____. Movimento geral da 6.^a Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, de 11 de Junho de 1929 a 31 de Julho de 1932. LIGEIRAS CONSIDERAÇÕES (Conclusão). *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno XII, N.º 6, Junho de 1933, p. 16-20.

_____. Paramédicas. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno XII, N.º 10, Outubro de 1933, p. 22-24.

RIBEIRO, Carlos da Costa. HIGIENE. *Norte Medico*. Fortaleza, Anno IV, N.º 3 e 4, Março e Abril de 1916, p. 11-16.

STUDART, Guilherme (Barão de). A propósito de um annuario de Estatística. *Ceará Medico*. Fortaleza. Anno V, N.º 3, Julho a Setembro de 1917, p. 37- 40.

_____. Dr. Rufino Antunes de Alencar. *Ceará Medico*. Fortaleza, Anno V, N.º IV, Outubro a Dezembro de 1917, p. 53-54.

Relatórios da Repartição de Higiene

Setor de Obras Raras da Biblioteca Governador Menezes Pimentel

LAVOR, Aurelio de. Relatório Apresentado ao Ex.^{mo} Snr. General Fernando Setembrino de Carvalho – Interventor Federal no Exercício do Cargo de Presidente do Estado pelo Dr. Aurelio de LAVOR – Inspector de Hygiene. Maio de 1914.

LIMA, Abdenago da Rocha. Relatório do Inspector de Hygiene do Estado do Ceará, em 30 de Abril de 1913.

MOURA, Clovis Barbosa de. Relatório Apresentado ao Ex.^{mo} Snr. Desembargador Claudio Ideburque Carneiro Leal Filho – Secretario dos Negocios do Interior e da Justiça pelo Dr. Clovis Barbosa de Moura, Director de Hygiene Publica do Estado. Junho de 1924.

RIBEIRO, Carlos da Costa. Relatório Apresentado ao Ex.^{mo} Snr. Dr. Herminio Barroso – Secretario dos Negocios do Interior pelo Dr. Carlos da Costa Ribeiro – Inspector de Hygiene. Maio de 1915.

Jornais

Hemeroteca da Biblioteca Governador Menezes Pimentel

A Rua. Nos domínios da ciência: Processa-se em Fortaleza a primeira operação cesareana. Fortaleza, 22 de Março de 1933, p. 1.

Livros sobre medicina

Acervo da Academia Cearense de Medicina / Acervo da Academia Cearense de Letras

CALS, Cesar. *PRIMEIRO CONGRESSO MEDICO CEARENSE. HISTÓRICO DA MATERNIDADE DR. JOÃO MOREIRA.* Fortaleza: Imprensa Oficial, 1935.

MAGALHÃES, Fernando. *Obstetricia no Brasil.* Rio de Janeiro: Livraria-editora Leite Ribeiro, 1922.

SAMPAIO, Pedro. A Medicina no Ceará. In: GIRÃO, Raimundo; MARTINS FILHO, Antonio. *O CEARÁ.* Fortaleza: Editora Fortaleza, 2ª edição, 1945; p. 468-476.

Livros de literatura

Acervo da Academia Cearense de Medicina

CAMINHA, Adolfo. *A normalista.* São Paulo: Ática, 1985. (Serie Bom Livro).

GALENO, Juvenal. *Medicina Caseira.* Fortaleza: Editora Henriqueta Galeno, 1969.

OLÍMPIO, Domingos. *Luzia-Homem.* São Paulo: Ática, 1983. (Série Bom Livro).

Almanaques

Acervo da Academia Cearense de Letras

ALMANACH DO CEARÁ para o anno de 1915.

ALMANACH DO CEARÁ para o anno de 1917.

ALMANACH DO CEARÁ para o anno de 1919.

ALMANACH DO CEARÁ para o anno de 1920.

ALMANACH DO CEARÁ para o anno de 1921.

ALMANACH DO CEARÁ para o anno de 1922.

ALMANACH DO CEARÁ para o anno de 1924.

ALMANACH DO CEARÁ para o anno de 1928.

ALMANACH DO CEARÁ para o anno de 1929.

ALMANACH DO CEARÁ para o anno de 1930.

ALMANACH DO CEARÁ para o anno de 1931.

ALMANACH DO CEARÁ para o anno de 1932.

ALMANACH DO CEARÁ para o anno de 1933.

ALMANACH DO CEARÁ para o anno de 1934.

ALMANACH DO CEARÁ para o anno de 1935.

Dicionários

Biblioteca Nadir Gouvêa Kfoury. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

DICCIONARIO CONTEMPORANEO DA LINGUA PORTUGUEZA, feito sobre o plano de F. J. Caldas Aulete. 2ª edição actualizada. 1º volume. Parceria com Antonio Maria Ferreira, Lisboa, 1925.

BIBLIOGRAFIA

TESES E DISSERTAÇÕES

ATAYDE, Marla Albuquerque. “*MULHERES INFANTICIDAS*”: O crime de Infanticídio na cidade de Fortaleza na primeira metade do século XX. Dissertação de Mestrado, UFC. Fortaleza, 2007.

BARBOSA, Francisco Carlos Jacinto. *Caminhos da cura*: a experiência dos moradores de Fortaleza com a saúde e a doença (1850-1880). Tese de Doutorado em História Social. PUC-SP. 2002.

BARBOSA, Marta Emísia Jacinto. *Cidade na contramão*. Fortaleza nas primeiras décadas do século XX. Dissertação de Mestrado em História Social. PUC-SP. 1996.

OLIVEIRA, Carla Silvino. *Cidade (in)salubre*: idéias e práticas médicas em Fortaleza (1838-1853). Dissertação de Mestrado, UFC. Fortaleza, 2007.

SANT’ANNA. Denise Bernuzzi de. *La recherche de la beauté*: une contribution à l’histoire des pratiques et des représentations de l’embellissement féminin au Brésil-1900 à 1980. Thèse (Doctorat em Histoire et Civilizations). Université de Paris VII, Paris, 1994.

SOUZA, Josinete Lopes. *Da infância “desvalida” à infância “delinquente”*: Fortaleza (1865-1928). Dissertação de Mestrado. PUC-SP. 1999.

SOUZA, Maria Lúcia de Barros Mott de Melo e. *Parto, parteiras e parturientes*: Mme. Durocher e sua época. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo (USP), 1998.

SOUSA, Noélia Alves de. *Sábias mulheres*: uma investigação de gênero sobre parteiras no sertão do Ceará. (1960-2000). Tese de Doutorado. UFRJ, 2007.

VASCONCELOS, Eduardo Henrique Barbosa de. *Fazer o bem sem olhar a quem*: aspectos médicos e outras possibilidades na primeira metade do século XIX no Ceará. Dissertação de Mestrado. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.

LIVROS E ARTIGOS

ARIÈS, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BADINTER, Elizabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARBOSA, José Policarpo. *História da Saúde Pública do Ceará: da colônia a Vargas*. Fortaleza: Edições UFC, 1994.

BARRETO, Maria Renyl da Nery. Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, out-dez. 2008, p. 901-925.

BLOCH, Marc. *A Sociedade Feudal*. Lisboa: Edições 70, 1979.

_____. *Apologia da História ou o Ofício do Historiador*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

_____. et. alli. (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Ed. Unicamp, 2003.

CHAVES JUNIOR, Eurípedes. *Nomes e expressões vulgares da medicina no Ceará*. Fortaleza: Edição Centro Médico Cearense, 1984.

CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges. *História do Corpo 1. Da Renascença às Luzes*. Volume dirigido por Georges Vigarello. Petrópolis: Vozes, 2008.

_____. *História do Corpo 2. Da Revolução à Grande Guerra*. Volume dirigido por Alain Corbin. Petrópolis: Vozes, 2008.

_____. *História do Corpo 3. As Mutações do olhar. O século XX*. Volume dirigido por Jean-Jacques Courtine. Petrópolis: Vozes, 2008.

DEL PRIORE, Mary. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil colônia*. Rio de Janeiro: José Olympio; Brasília, EDUNB, 1993.

_____. (Org.) *História da criança no Brasil*. São Paulo: Contexto. 1991.

DIAS, Maria Odila Leite e Silva. Corpo, natureza e sociedade nas Minas (1680-1730). In: *Projeto História*. São Paulo. Nº. 25. Dezembro de 2002, p. 325-359.

_____. Hermenêutica do cotidiano na historiografia contemporânea. In: *Projeto História*. São Paulo. Nº. 17. Novembro de 1998, p. 223-258.

_____. *Quotidiano e Poder*. São Paulo: Brasiliense, 1995.

DIWAN, Pietra. *Raça pura: uma história da eugenia no Brasil e no mundo*. São Paulo: Contexto, 2007.

FEHER, Michel; NADDAFF, Ramona; TAZI, Nadia. Fragments for a history of the human body. 5 parts. *Zone*. New York, 1989.

FEVBRE, Lucien. Comment reconstituer la vie affective d'autrefois? La sensibilité et l'histoire. In: *Combats pour l'histoire*. Paris: Librairie Armand Colin, 1992.

_____. Histoire des sentiments. La terreur. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, Année 1951, Volume 6, Numéro 4, p. 520-523.

FOUCAULT, Michel. A ordem do discurso. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. São Paulo: Graal, 2007.

_____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

_____. O nascimento da medicina social. In: *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979a, p. 79-98.

_____. O nascimento do hospital. In: *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979b, p. 99-111.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: As bases da política de Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1998.

LEAL, Vinicius Barros. *História da Medicina no Ceará*. Fortaleza: Secretaria de Cultura, Desporto e Promoção Social, 1978.

LE GOFF, Jacques; TROUNG, Nicolas. *Uma história do corpo na Idade Média*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

MACHADO, Roberto. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. et alli. *A Danação da Norma*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

MAUSS, Marcel. *Les techniques du corps*. Édition électronique réalisée par Jean-Marie Tremblay, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi. Le 17 février 2002. http://classiques.ugac.ca/classiques/mauss_marcel/socio_et_anthropo/6_Thechniques_corps/techniques_corps.pdf, Acesso em Setembro de 2009.

MICHAELIS: moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2009.

MOTT, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). In: *Projeto História*. São Paulo. Nº. 25. Dezembro de 2002, p. 197-219.

_____. Bibliografia comentada sobre a assistência ao parto no Brasil (1972-2002). *Estudos feministas*, 493, 2/2002.

_____. Gênero, medicina e filantropia: Maria Renotte e as mulheres na construção da nação. *Cadernos PAGU* (24), janeiro-junho de 2005, pp. 41-67.

_____. O Curso de Partos: deve ou não haver parteiras? *Cadernos de Pesquisa*, n. 108, p. 133-160, novembro/1999.

ORTEGA, Francisco. *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

PEREIRA, Leonardo. *As barricadas da saúde: vacina e protesto popular no Rio de Janeiro da Primeira República*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002.

PONTE, Sebastião Rogério. *Fortaleza Belle Époque: reformas urbanas e controle social (1860-1930)*. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2001.

REZENDE, Jorge de. *OBSTETRÍCIA*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

SAMPAIO, Gabriela dos Reis. *Nas trincheiras da cura. As diferentes medicinas no Rio de Janeiro Imperial*. Campinas: Editora Unicamp, 2001.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. A insustentável visibilidade do corpo. In: *Labrys Estudos Feministas*, número 4, agosto/dezembro 2003. Disponível em

<http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys4/textos/denisept.htm> Acesso em 20 de Setembro de 2009.

_____. Apresentação. In: *Projeto História*. Corpo e Cultura. São Paulo. Nº. 25. Dezembro de 2002, p. 9-11.

_____. Ética e cultura corporal: do culto ao corpo às condutas éticas. Disponível em <http://www.sescsp.org.br/sesc/conferencias/subindex.cfm?referencia=2919&autor=140&ParamEnd=6&ID=103> Acesso em 20 de Setembro de 2009.

_____. Corpo e História. In: *Cadernos de Subjetividade*, São Paulo, v. 3, p. 243-266, 1996.

_____. *Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea*. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

_____. O corpo na cidade das águas: São Paulo (1840-1910). In: *Projeto História*. São Paulo. Nº 25. Dezembro de 2002, p. 99-114.

_____. O receio dos “trabalhos perdidos”: corpo e cidade. In: *Projeto História*. São Paulo, 1981.

_____. (org.) *Políticas do corpo*. Elementos para uma história das práticas corporais. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

_____. Uma história do corpo. In: SOARES, Carmen. (Org.). *Pesquisas sobre o corpo: ciências humanas e educação*. Campinas: Autores Associados, 2007, p. 67-80.

SHORTER, Edward. *Le corps des femmes*. Paris: Seuil, 1984.

SILVA FILHO, Antonio Luiz Macêdo. Memórias da morada. In: MOREIRA, Afonsina Maria Augusto Moreira; SILVA FILHO, Antonio Luiz Macedo; HOLANDA, Cristina Rodrigues; RAMOS, Francisco Régis Lopes; CARVALHO, Gilmar de; RIBEIRO, Rodrigo Alves. *O sobrado do Dr. José Lourenço*. / Associação Amigos do Museu do Ceará [Organizador]. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora Ltda., 2007.

_____. *Fortaleza: Imagens da cidade*. Fortaleza: Museu do Ceará / Secretaria da Cultura e Desporto do Estado do Ceará, 2001.

_____. *Paisagens do consumo: Fortaleza no tempo da Segunda Grande Guerra*. Fortaleza: Museu do Ceará / Secretaria da Cultura e Desporto do Estado do Ceará, 2002.

_____. *Rumores: a paisagem sonora de Fortaleza*. Fortaleza: Museu do Ceará / Secretaria da Cultura e Desporto do Estado do Ceará, 2006.

VASCONCELOS, Argos. *Santa Casa de Fortaleza (1861-1992)*. Fortaleza: Sem editora, 1994.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

VIGARELLO, Georges. 'Ciência do Trabalho' e imaginário do corpo. In: *Projeto História*, N.º 34. Junho de 2007, p. 17-25.

_____. Gouverner et expliquer l'impossible. La non-maîtrise dans les modèles anciens et modernes d'entretien la santé. In : *Communications*, Année 1993, Volume 56, Numéro 1, p. 9-23.

_____. Inocular para proteger: a inoculação da varíola e a imagem do corpo. In *Projeto História*. N.º. 25. Dezembro de 2002, p. 13-22.

_____. O corpo inscrito na história: imagens de um "arquivo vivo". Apresentação, entrevista, tradução: Denise Bernuzzi de Sant'Anna. In *Projeto História*. N.º 21. Novembro de 2000, p. 225-236.

_____. *O limpo e o sujo*. A higiene do corpo desde a Idade Média. Lisboa: Fragmentos, 1988.

_____. Panóplias corretoras: Balizas para uma história. In: SANT'ANNA, Denise (org.) *Políticas do corpo*. Elementos para uma história das práticas corporais. São Paulo: Estação Liberdade, 1995, p. 21-38.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)