

A história do nascimento (parte 1): cesariana

The history of childbirth (part 1): cesarean section

Raphael Câmara Medeiros
Parente¹
Olimpio Barbosa Moraes Filho²
Jorge de Rezende Filho³
Nathalia Gravina Bottino⁴
Pollyana Piragibe⁴
Diego Trabulsi Lima⁵
Danielle Orlandi Gomes⁵

As primeiras referências à retirada do feto pela via abdominal vêm de épocas milenares, cuja história nos chegou pelos relatos da mitologia greco-romana em inscrições nos manuscritos persas e assírios, e nos papiros egípcios¹. “Ibiq-iltum, filho de Sin-magir, nascido por cesariana e filho da mulher morta Atkasim”. A expressão original em acadiano (língua dos mesopotâmios da época), *siliḫ remin*, pode significar tanto cesariana quanto o uso de um fórcipe. Como o uso do fórcipe só é relatado na Idade Média, presume-se que essa referência seja à cesariana. Esse texto, datado do ano 23 de Hamurabi da Babilônia (1795-1750 a.C.), é provavelmente o primeiro relato de uma cesariana feita em mulher morta ou em vias de. Cesarianas em mulheres mortas eram realizadas provavelmente por egípcios antigos.

Sage Susruta, que viveu em aproximadamente 600 a.C e um dos fundadores da Medicina Hindu, refere-se a uma cesariana *post-mortem* no seu tratado médico Susruta Samhita. Na civilização ocidental, inicialmente, era realizada apenas em mulheres mortas e moribundas, em uma tentativa de salvar o feto ou por motivos religiosos, para permitir o batismo e com a finalidade de enterrá-lo separadamente de sua mãe. Era um último recurso e não tinha a finalidade de salvar a vida materna. A origem exata da operação cesariana é desconhecida. Os primeiros relatos compreendem, em sua maioria, lendas, sagas e narrativas transmitidas oralmente ou provenientes da mitologia. Segundo a mitologia grega, como reza uma narrativa mitológica cantada pelo poeta Píndaro (522-443 a.C.), o deus Apolo seccionou o ventre de Corônis, que já agonizava na fogueira (Figuras 1 e 2) e, assim, fez nascer seu filho: Esculápio, o deus da Medicina². No Rigveda, o livro mais antigo da Índia, há alusão à cesárea: Indra, o deus supremo, recusou-se a vir ao mundo como os demais mortais e saiu pelo flanco de sua mãe. Buda também teria sido retirado por Indra do baixo ventre de sua mãe, Maya¹. A cesariana também foi representada por meio da arte em esboços de pinturas antigas chinesas e persas, sendo realizada em mulheres aparentemente vivas nas gravuras^{1,2}.

As primeiras evidências de que a cesárea era realizada começam a surgir em documentos legais da Babilônia (1795-1750 a.C.), da Roma Antiga, como no *Lex Regia*, ou lei dos reis (716-673 a.C.), e em um conjunto de leis hebraicas conhecidas como *Mishna* e Talmude (do século II a.C. ao século VI d.C.)³. Parecem ser os últimos as primeiras evidências de cesariana em mulher viva.

¹ Ginecologista da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Médico Ginecologista do Ministério da Saúde do Rio de Janeiro, no Hospital dos Servidores do Estado; Doutor em Ginecologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – Reprodução Humana; Mestre em Epidemiologia pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); Secretário da Comissão de Abortamento, Parto e Puerpério da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

² Professor Adjunto de Tocoginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Estado de Pernambuco (UPE); Presidente da Comissão de Abortamento, Parto e Puerpério da Febrasgo, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³ Professor Associado da Faculdade de Medicina da UFRJ; Chefe das Enfermarias 27 e 33 (Maternidade) da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro; Professor Livre-Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP); Membro da Comissão de Abortamento, Parto e Puerpério da Febrasgo, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴ Médicas residentes da UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵ Médicos residentes do Hospital dos Servidores do Estado – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro – Hospital Moncorvo Filho – Rua Moncorvo Filho, 90 – CEP: 20211-340 – Centro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – E-mail: raphaelcparente@hotmail.com

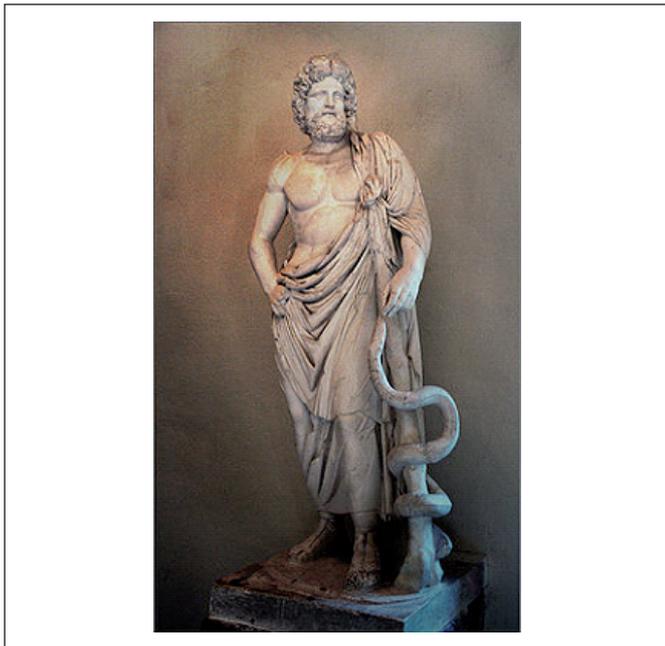


Figura 1 – Esculápio e seu bastão, o deus da Medicina.



Figura 2 – Nascimento de Esculápio, retirado do ventre de sua mãe Corônís por Apolo. Xilogravura de 1549 de Alessandro Beneditti, retirada do *De Re Medica*. National Library of Medicine (domínio público).

Não há menção à cesariana nos escritos de Hipócrates (Cós, 460 – Tessália, 377 a.C.), que tinham capítulos voltados para partos difíceis, ou mesmo no tratado *Gynaecology*, um dos mais importantes textos sobreviventes sobre obstetrícia, escrito por Sorano de Éfeso (século II d.C.), conhecido médico grego da Escola de Alexandria^{4,5}. Existe apenas uma referência ao procedimento de Galeno (129-199 d.C.), filósofo e médico grego, no trecho seguinte: “...a forma que o abdômen da mulher grávida deve ser incisado e a criança ajudada a sair enquanto ainda está fixa ao útero não é de nossa autoria, mas é descrita por vários autores previamente”⁶.

A origem do termo operação cesariana é obscura e controversa⁷. Há três teorias principais para explicá-la. A primeira, e mais popular, provavelmente é uma lenda. Prega que Caio Júlio César (100-44 a.C) teria nascido por meio dessa operação (Figura 3). Entretanto, naquela época a cesariana só era praticada após a morte materna e,

segundo Plínio, o Velho (28-70 a.C), sua mãe, Aurélia, teria vivido por mais 55 anos, a tempo de vê-lo conquistar a Gália^{1,7}. O nome “César” se originou, de acordo com Plínio, de um antepassado que nasceu por cesariana. A História Augusta (biografia de imperadores romanos) sugere três explicações alternativas: que o primeiro César tinha uma cabeça cheia de cabelos (do latim, *caesaries*); que tinha brilhantes olhos cinzentos (do latim, *oculis caesiis*), ou que ele matou um elefante (*caesai*, em mouro) na batalha. César emitiu moedas com imagens de elefantes, sugerindo que ele favoreceu essa interpretação do seu nome.

A segunda teoria atribui o termo cesárea à *Lex Regia*, ou lei dos reis, proclamada por Numa Pompilius, antigo rei romano (716-673 a.C.)³ que ordenava a execução do procedimento com o objetivo de salvar a criança quando a morte da mãe ocorria nas últimas semanas de gestação. Em caso de falecimento, esta não poderia ser enterrada antes que o feto fosse extraído de seu ventre. Mais tarde, essa lei foi denominada *Lex Caesarea*, dando origem ao termo cesariana^{3,7}. A terceira teoria afirma que a palavra cesárea teria derivado do verbo latino *caedere*, que significa cortar. Crianças nascidas por cesárea *post-mortem* ficavam conhecidas como *caesones* ou *caesares*. Essas crianças foram consideradas “não-nascidas” até meados do século XVII^{1,2,4}.

Outra hipótese seria a de que Nero (37-68 d.C.), um dos 12 Césares, teria mandado assassinar sua própria mãe, Agripina, e abrir-lhe o ventre para ver onde ele havia sido gerado¹.

Na questão do surgimento do termo, cabe um comentário sobre a escrita correta do nome dessa operação em nossa língua. Devemos escrever cesárea com “e”, porquanto cesária com “i” designa um instrumento de corte utilizado na encadernação de livros, mais conhecido entre nós por cisalha⁸. Já a palavra cesariana escreve-se com “i”, pois a terminação “-eano(a)” constitui exceção em português e emprega-se em reduzido número de adjetivos⁹. Também não se deve grafar cesárea ou cesariana com “z”.

Existem relatos esporádicos de figuras históricas que nasceram por meio de cesariana sem comprovação. Entre eles, podemos citar Raimundo Nonnatus (1204-1240), santo catalão que recebeu esse sobrenome proveniente do latim, *non-natus* (não-nascido). Em 1316, Roberto II da Escócia nasceu também através de cesárea, e sua mãe, Marjorie Bruce, faleceu. Esse evento pode ter inspirado Shakespeare ao escrever Macbeth. Nessa obra, Macbeth ouve a profecia de uma bruxa de que ninguém nascido de uma mulher poderia matá-lo, o que é inicialmente tranquilizador. Entretanto, ele descobre que seu inimigo e futuro assassino, Macduff, nascera por cesariana, e não por parto natural, driblando a profecia³.

É certo, como já apontado, que as primeiras cesarianas foram realizadas em gestantes mortas. Antes de 1500, a cesariana era realizada em benefício da criança com o sacrifício da mãe, apesar de referências ocasionais a mães que sobreviveram. Existia controvérsia religiosa acerca desse procedimento. Os mulçumanos

se opunham à prática, enquanto a Igreja Católica a indicava para permitir o batismo da criança. Em 1280, a Igreja tornou a prática da cesariana *post-mortem* obrigatória¹⁰.

O primeiro registro de cesariana na qual tenham sobrevivido mãe e filho data de 1500, na Suíça. Não foi realizada por um médico, mas pelo castrador de porcos, Jacob Nufer, marido da parturiente. Sua esposa encontrava-se há vários dias em trabalho de parto, assistida por 13 parteiras, sem sucesso. Após conseguir permissão das autoridades legais, Nufer abriu o ventre da esposa em golpe único, como abatendo porcos, e extraiu seu filho vivo. A mulher sobreviveu e, posteriormente, deu à luz cinco filhos via parto vaginal, sendo um de gêmeos³. O filho de Nufer viveu até os 77 anos. Alguns historiadores questionam a veracidade desse relato devido ao fato de a primeira descrição sobre o caso somente ter sido relatada 81 anos depois do acontecimento, no livro de Rousset¹⁰.

Embora haja referências a casos isolados de cesarianas em parturientes vivas antes do século XVI, somente em 1581, com a publicação do livro de Rousset intitulado *Traité nouveau de histerotomia ou enfantement césarien*, o parto cesáreo passou a ser considerado viável. Nesse tratado, o autor relata 15 casos operados por diferentes cirurgiões nos 80 anos precedentes. Na maioria dos casos, entretanto, a paciente morria ou de hemorragia ou de sépsis¹⁰. Em 1598, Jacques Guillimeau orientou o uso da cesariana na mulher viva em situações excepcionais. Ele usou o termo “*section Caesarienne*”, o que fez a operação ficar conhecida paulatinamente na língua inglesa como “*cesarean section*”¹¹. Em 1579, Ambroise Pare também deu essa orientação¹².

Outras fontes alegam que os judeus teriam sido os primeiros a executar a cesariana na mulher viva. O Talmude traria traços indiscutíveis de que os hebreus a utilizavam desde o século XVI. A intervenção era semelhante à nossa cesárea clássica e recebia o nome de *Karyath Habbeten*. As crianças nascidas dessa forma ficavam conhecidas como *Jotze Dofan* (criança que sai pela parede). Essa versão é contestada por Fulda, julgando que somente no início do século XVI a operação foi realizada *in vivo*¹.

Antes do Renascimento, o conhecimento sobre a anatomia pélvica feminina era escasso. A obra *De Corporis Humani Fabrica*, de Andrés Vesalius, publicada em 1543, descreve a anatomia feminina e as estruturas abdominais com considerável acurácia. Isso trouxe embasamento teórico para as cirurgias obstétricas que emergiram nos séculos XVIII e XIX³.

O primeiro a propor a cesariana com o objetivo de salvar a vida da mãe e do feto foi Francis Rousset. Em 1581, ele estabeleceu as indicações e riscos associados ao procedimento¹⁰. Entretanto, as autoridades da época, como François Mauriceau, opunham-se à utilização da cesárea em mulheres vivas, impedindo o crescimento das indicações até o século XVIII¹³.

Em 1610, Trautmann de Wittemburg fez a primeira cesariana tida como verdadeira por alguns historiadores devido à confiabilidade

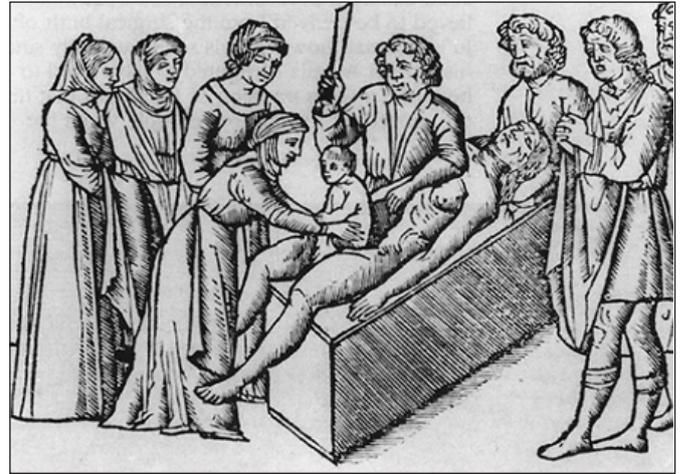


Figura 3 – Nascimento de Júlio César do ventre de sua mãe, Aurélia. Gravura retirada da edição de 1506 de *Lives of the twelve Caesars*. National Library of Medicine

das fontes. Em uma revisão do século XVII, Churchill listou um total de 19 casos, dos quais dois tiveram êxito¹⁴.

De 1700 a 1849 dois eventos influenciaram o manejo do nascimento nesse período: o surgimento dos hospitais e o estudo do mecanismo do parto por médicos que atuavam nesses locais. Um estudo detalhado da pelve de uma paciente com raquitismo foi publicado na Inglaterra por Francis Glisson, sendo seguido pelo estudo de van Deventer (1651-1724) do parto nessas pacientes. Importante também foi a publicação de William Smellie, que descreveu o mecanismo do trabalho de parto em 1752¹⁴.

Como a taxa de urbanização aumentou rapidamente na Grã-Bretanha, na Europa e nos Estados Unidos, na virada do século XIX para o XX, houve um aumento na necessidade de cesarianas. Cortes na produção agrícola e pouca exposição à luz solar levaram a uma acentuada elevação na taxa de raquitismo entre as crianças da cidade. Nas mulheres, o crescimento ósseo indevido resultou em malformações pélvicas, que tornavam o parto normal difícil. Como resultado do raquitismo e dos avanços na obstetria, a taxa de cesariana aumentou acentuadamente. Na década de 1930, quando o leite, alimento rico em cálcio, tornou-se disponível nas escolas, houve queda na incidência de malformações associadas ao raquitismo. Depois da Segunda Guerra Mundial, de fato, a taxa de cesariana nunca retornou aos níveis baixos registrados antes de raquitismo². Essa doença teve grande importância para o estudo do parto devido às deformações que provoca na pelve, evidenciando condições que dificultam ou até impossibilitam o nascimento. No Brasil, a primeira cesariana foi realizada no Hospital Militar do Recife, em 1817, pelo médico pernambucano José Corrêa Picanço em uma negra escrava, e que teria sobrevivido¹⁵. Há dúvidas sobre esse episódio frente à idade avançada de Picanço, que faleceu em 1823, aos 78 anos¹. Picanço era figura de maior expressão junto à Corte portuguesa. Era cirurgião-mor do reino e amigo do rei D. João VI. Sua atuação junto ao rei propiciou

a fundação das faculdades de Medicina da Bahia no Hospital Real, com ênfase no curso de Obstetrícia, em 18 de fevereiro de 1808, e a do Rio de Janeiro, com o nome de Escola de Anatomia Cirúrgica e Médica, em 5 de novembro de 1808. Picanço é hoje considerado o patrono da Obstetrícia Brasileira¹⁴ e as duas escolas constituíram o núcleo inicial do ensino médico no país.

O próximo relato na literatura de uma cesariana datou de 1855, realizada por Luiz da Cunha Feijó, no Rio de Janeiro¹. Teria sido esta a primeira cesariana realizada no Brasil segundo alguns historiadores, que discordam da primazia de Picanço. Tratou-se de feto em apresentação pélvica, nascido vivo. No entanto, a paciente evoluiu para a morte dias depois por “comoção cerebral” seguida de “convulsões”. Feijó realizou ainda outra cesariana, em 1862, que resultou em nascido vivo, apesar da morte materna, presumivelmente por peritonite. Nessa época, era de prática internacional a não-sutura do útero, orientada por Rousset em 1581, o que ocorria até 1876 na Europa com terríveis consequências¹. De acordo com uma estimativa da época, nenhuma mulher sobreviveu a uma cesariana realizada entre 1787 e 1876 em Paris³.

O desenvolvimento da anestesia, no século XIX, abriu portas para uma nova era na história da cesariana. Em 1847, o escocês James Young Simpson descobriu as propriedades anestésicas do clorofórmio e, com sucesso, o introduziu para aliviar a dor do parto. Não obteve, *a priori*, grande aceitação da sociedade que, na época, acreditou que o procedimento era um ato contra a natureza e a vontade de Deus. O assunto só foi superado quando a rainha Vitória foi anestesiada com clorofórmio durante o parto do Príncipe Leopold, em 1853¹⁶.

Em 1876, o professor italiano Eduardo Porro interveio em uma gestante anã, Julia Cavallini, de 25 anos (Figura 4), na qual a cesariana era mandatária em virtude da pelvimetria materna. Em uma operação planejada e efetivada em ótimas condições, realizou a amputação útero-ovárica, previamente programada caso houvesse hemorragia intensa¹⁷. Porém, há uma controvérsia na literatura: se Porro já havia programado previamente a histerectomia ou se isso só ocorreu com o intenso sangramento ocorrido durante a intervenção cirúrgica como medida desesperada. A paciente tornou-se a única sobrevivente de cesariana, até então, em Paiva. Verificaram-se, assim, as vantagens do procedimento, que reduziu as complicações hemorrágicas e infecciosas, tornando-se um marco na história da cesariana, que antes ocasionava mortalidade materna potencial de quase 100%. O mencionado advento da anestesia, associado ao da antisepsia com uso do *spray* carbólico que, ao ser lançado no ar deixava-o estéril, cujos fundamentos foram demonstrados pelo inglês Joseph Lister, em 1865, e a limpeza das mãos sugerida por Semmelweiss, paralelamente, contribuíram para o sucesso da operação de Porro. No Brasil, a nova técnica foi inaugurada em 1881 por Luiz da Cunha Feijó Filho, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro de 1872 a 1911¹.

Em 1881, em revisão de literatura mundial, Harris descreveu 50 casos realizados pelo método de Porro, mostrando mortalidade materna de 58% e sobrevivência fetal de 86%, um resultado significativo para a época¹⁸. Assim, a cesariana foi se destacando no mundo. Logo após, foi relatada a primeira cesárea de sucesso nos Estados Unidos, realizada por Richardson em 1881⁷.

As taxas de mortalidade pela cesariana mantiveram-se praticamente intactas até esse período. Em 1798, foram realizadas 73 cesarianas na Europa com mortalidade de 57%. Na Inglaterra, neste mesmo ano, foram 17 com 88% de mortalidade. Em 1844, na Europa, foram 338 cesarianas com 62% de mortalidade. Na Inglaterra, em 1878, foram realizadas 100 cesarianas com 56 mortes¹⁴. A partir desse momento, as taxas começaram a diminuir dramaticamente. A cada mil cesarianas, a mortalidade materna diminuiu de 277 entre 1891-1895 para 81 entre 1906-1910¹⁹.

Concomitantemente, dois obstetras alemães, independentemente, trouxeram importantes práticas para a cesariana: Adolf Kehrer e Max Sänger. Ambos indicavam a sutura do útero, a drenagem do órgão e da cavidade peritoneal. Até então, a prática era não realizar a histerorrafia. Os materiais para sutura eram de prata e inventados por J. Marion Sims. Sänger preconizava a incisão longitudinal corporal, e Kehrer, a incisão transversa no segmento inferior. Porém, somente Munro Kerr conseguiu popularizar essa sutura no início do século XX. Em 1884, foi aprovada tese favorável à operação de Sänger no Congresso de Copenhague. Com o advento da sutura uterina, a mortalidade materna apresentou queda significativa. Em 1889, Bar reuniu seus dados à técnica de Sänger, aos de Leopold, Zweifel, Pasquali, Olshausen, Reynold e Charles, e chegou a resultados de 6,41% de morte materna e 5,59% de morte fetal¹.

No Brasil, o cenário nesse período foi dominado por Fernando Magalhães (1878-1944), professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, grande nome no ensino da obstetrícia e na implantação do parto abdominal no país. Ele relatou que, durante seu internato na Maternidade da Santa Casa (1896-1990), houve apenas uma cesárea em 1889, fruto de extraordinária expectativa. O procedimento ocorreu em duas horas, perante assistência numerosa e comovida. Houve maior rigor no preparo do material e, ainda assim, a paciente não sobreviveu as 24 horas, sendo acometida pela tão temida peritonite¹.

De 1881 a 1904 houve apenas cinco cesáreas descritas no Rio de Janeiro. Houve ainda algumas cesáreas no Rio Grande do Sul, realizadas por Adolfo Josetti¹.

Na época, era mais frequente a operação embriotômica, na qual era realizada a craniotomia no feto antes que houvesse rotura uterina. Alguns só a praticavam após a morte fetal, porém, outros a realizavam até mesmo antes, quando configurada a desproporção cefalopélvica. Até a segunda metade do século XIX, a craniotomia era a operação efetuada com o intuito de evitar a morte materna.

Com a diminuição do polo cefálico, era possível fazer a extração fetal via baixa. O que hoje é uma medida de exceção e provoca arrepios em muitos obstetras, era antes usual.

A fundação da Maternidade do Rio de Janeiro, hoje Maternidade-Escola, em 1904, época das referidas embriotomias, contribuiu para a modernização da assistência obstétrica no Estado sendo algumas cesáreas realizadas no local com material próprio (Figura 5), sendo a da Figura 6 uma realizada em 1907¹.

Em 1915, Fernando Magalhães deu início a uma época de grande avanço na história do parto abdominal. Pôs em prática uma nova técnica: isolava-se o útero exteriorizado com compressas e dois lençóis estendendo-se longitudinalmente sobre o órgão, depois de herniado e adaptado no segmento inferior um cordel resistente e elástico. O objetivo era proteger ao máximo a cavidade abdominal¹. Os resultados de Magalhães estão entre os melhores, mesmo quando comparados aos internacionais. De 161 casos houve mortalidade materna de 6,8%, e mortalidade fetal de 2,6%, índices já promissores¹. Em 1926, numa estatística americana, a mortalidade por cesariana era de 13%²⁰.

Naquela época, em 1922, as indicações absolutas de cesariana consistiam em condições que impediam por completo o trânsito transpélvico: desproporção cefalopélvica; estenose vaginal pronunciada; tumores do colo; segmento inferior do útero ou paredes pélvicas; “feto grande”. Outras indicações absolutas seriam: “eclâmpsia grave”, associada à rigidez do colo, “tetânia” uterina ou distócias; e procidência de cordão, associada a vício pélvico e sofrimento fetal. Quanto à placenta prévia total, havia opiniões divergentes na época, e pesava-se o risco-benefício do parto abdominal para a mãe e para o feto²¹. Nos casos de descolamento prematuro da placenta, optava-se pela cesariana com o objetivo de verificar a necessidade de histerectomia, realizada caso houvesse apoplexia uterina.

Em 1924 foi realizada a primeira cesariana segmentar no Brasil, por Clovis Correa e Octavio de Souza. Deu-se início, então, ao período em que as cesarianas baixas estabeleceram-se como mais vantajosas no país¹.

Já em 1912, Krönig instituiu o acesso transperitoneal e retrovesical por meio de uma incisão longitudinal uterina, com o objetivo de evitar o peritônio e, conseqüentemente, a peritonite. No entanto, declarou que o mais importante para minimizar as complicações era a realização da histerotomia por meio de incisão longitudinal no segmento inferior, passivo, delgado, e rico em tecido conjuntivo²².

Em 1926, Munro Kerr adotou incisão transversa, arciforme do segmento inferior, com concavidade voltada para baixo²³. A técnica causava menos hemorragia e diminuía o risco de ruptura uterina. Em 1936, Jorge de Rezende substituiu a técnica segmentar vertical de Krönig pela histerotomia segmentar transversa de Kerr¹.

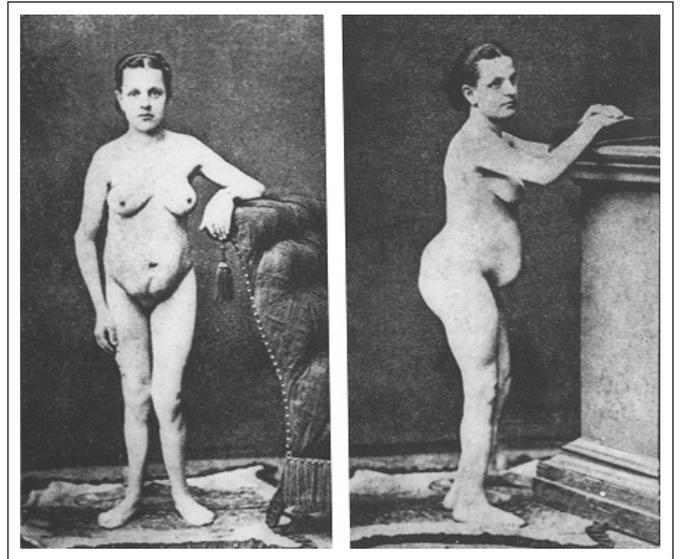


Figura 4 – Julia Cavallini.

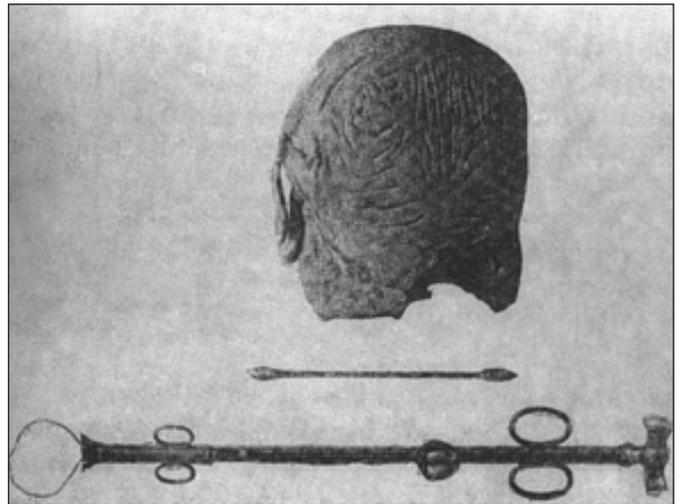


Figura 5 – Material para realização de cesariana no início do século XX.



Figura 6 – Cesariana realizada na Maternidade da UFRJ em 1907.

Em 1900, Pfannenstiel descreveu sua técnica com a fâscia sendo incisionada transversalmente para um fechamento mais seguro e menos dor no pós-operatório²⁴. O estudo acentuava que cicatrizes antiestéticas deveriam ser evitadas e, acima de tudo, as hérnias incisionais deveriam ser afastadas pelo procedimento. A técnica difundiu-se e inspirou muitos procedimentos e variantes, embora alguns lhe censurassem a pequena visibilidade e o campo exíguo. Atualmente, é a técnica mais utilizada. O relativo abandono das laparotomias transversas deveu-se, provavelmente, à maior facilidade de execução da via de acesso longitudinal infraumbilical e aos inconvenientes decorrentes das supurações, mais frequentes antes da descoberta e da generalizada administração de antibióticos. E é precisamente o surgimento deles e a preocupação de não submeter as pacientes a cicatrizes antiestéticas, juntamente com as vantagens técnicas dos métodos de celiotomia transversa, que lhes marca o retorno em trabalhos publicados no início da década de 1950. Em pouco tempo, passou a ser a técnica mais utilizada. Em 1955, pioneiramente, Rezende implantou no Brasil a incisão de Pfannenstiel para a abertura do ventre, na cesárea, praticando-a, pela primeira vez, na Maternidade-Escola da UFRJ. Atacada desde o começo pelo tradicionalismo vigente, foi mister defender o procedimento na tribuna das sociedades sábias e em numerosas publicações e conferências. Poucos tocólogos ousariam praticar hoje a incisão vertical do abdome como via de acesso à cesariana.

Dramática melhora na mortalidade materna foi alcançada com a disponibilidade das transfusões sanguíneas, das sulfonamidas, em 1935, da penicilina, em 1941 (vale atentar que esse antibiótico só foi

largamente utilizado bem depois da sua descoberta), dos derivados do *ergot*, em 1932, e da ocitocina sintética, em 1951. Avanços na anestesia também tiveram grande impacto.

Dissertamos sobre épocas findas, cujos avanços eram obtidos de forma empírica com testes em animais, quando muito, antes de serem postos em uso na paciente. As técnicas que se traduziam em melhores resultados (na prática, menos mortes) eram incorporadas ao uso comum. As outras eram abandonadas. E assim foi por muitos anos. Atualmente e nos anos vindouros, aqui e alhures, as questões remetem mais a detalhes pontuais que até mesmo vários ensaios clínicos não conseguem chegar a conclusões definitivas, como a melhor forma de suturar a pele, o útero; se o útero deve ser suturado dentro ou fora da cavidade abdominal; se o antibiótico deve ser administrado antes da cirurgia ou após o clampamento do cordão etc. Sinal de que nossos antecessores, mesmo com todos os percalços, entregaram-nos uma cirurgia salvadora. Cabe a nós utilizá-la da melhor forma possível. A cesariana é uma tecnologia que nos trouxe enorme auxílio para mitigar a mortalidade materna no século XX. Atualmente e, paradoxalmente, a grande questão é como torná-la acessível em países da África Subsaariana, da Ásia e da Oceania, onde há alguns com taxas de menos de 1% de cesariana (Chade) e mortalidade materna de 470 por 100 mil nascidos vivos (Papua Nova Guiné)²⁵, e evitar sua utilização excessiva em outros, como a Austrália, com taxas de mais de 30%³, mas, ao mesmo tempo, com uma taxa de mortalidade materna de menos de 3/100 mil, e o Brasil, que tem taxas de 44% de cesarianas e uma mortalidade materna de 70/100 mil nascidos vivos.

Leituras suplementares

- Rezende J. Operação Cesariana. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. Sewell JE. Caesarian Section: a brief history. The American College of Obstetricians and Gynecologists in cooperation with the National Library of Medicine. 1993.
- Temkin O (trans). Soranus. Gynaecology. Baltimore, MD: The Johns Hopkins Press, 1956.
- Kühn KG. Opera Omnia. Leipzig, Germany: C Knobloch. vol. 5, 1821-33.
- Wolff HJ. Roman Law: An Historical Introduction. Norman, OK: University of Oklahoma Press, 1951.
- Low J. Caesarian Section – Past and Present. J Obstet Gynaecol Can. 2009;31(12):1131-6.
- Todman D. A history of caesarean section: from ancient world to the modern era. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2007;47(5):357-61.
- Morais Silva A. Grande dicionário da língua portuguesa. 10ª ed v. 12. Lisboa: Confluência, 1949-1959.
- Jota Z. Dicionário das dificuldades da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1960 p. 207.
- Rousset F. Traite nouveau de l'hysterotomie ou l'enfantement Caesareanne. Paris: 1581.
- Guillemeau J. Childbirth or the happy delivery of women. London: A Hartfield, 1612.
- Pare A. The works of famous Chirurgion, Ambroise Pare, trans out of Latin and compared with the French. Johnston T, trans-ed. London: 1634.
- Mauriceau F. Traite des maladies des femmes grosses. 3ª ed. Hugh Chamberlen, trans. London: Andrew Bell at the Cross-keys and Bible in Cornhill near Stocks market; 1697.
- Low J. Caesarean section-past and present. J Obstet Gynaecol Can. 2009;31(12):1131-6.
- Sociedade Brasileira da História da Medicina [Internet]; São Paulo: 1997. Guimarães M, 1808: um pernambucano na Corte. Atualizado em fevereiro, 2008. Disponível em: <http://www.sbhmg.org.br/index.asp?p=noticias&codigo=156>
- Gordon HL. Sir James Young Simpson and chloroform. New York: Longmans, Green and Co. 1898.
- Porro E. Della amputazione utero-overica come complemento de Taglio Cesareo. Milan, Italy: Frat Rechiedei, 1876;237:289.
- Harris R. Special statistics of the caesarean section in the United States. Am J Obstet. 1881;144:341-61.
- Routh A. On caesarean section in the United Kingdom. J Obstet Gynaecol Br Emp. 1912;19:1-55.
- Welz W. Abdominal caesarean section in Detroit in 1926. Am J Obstet Gynecol. 1927;11:361.
- Monteiro A C, Indicações, técnica e vantagens da cesariana moderna [These]. Rio de Janeiro; 1922.
- Krönig B. Transperitoneale Cervikaler Kaiserschnitt. In: Doderlein A, Krönig B, eds. Operative Gynakologie. Leipzig, Germany: G. Thieme, 1912.
- Kerr JMM. The technic of Caesarean section with special reference to the lower uterine segment incision. Am J Obstet Gynecol. 1926;12:726.
- Pfannenstiel HJ. Über die Vortheile des Suprasympophysaren Fascien-querschnitts für die Gynakologischen Koliotomien zugleich ein Beitrag zu der Indikationsstellung der Operationswege. Samml Klin Votr Leipzig. 1900;268:1735-56.
- World Health Organization. Making Pregnancy Safer: reduction of maternal mortality. [Internet]. Disponível em <http://www.wpro.who.int/internet/files/pub/360/115.pdf>. Retirado em 30/5/2010.