



História da GINECOLOGIA e OBSTETRÍCIA no Brasil

EDITORES

César Eduardo Fernandes
Maria Celeste Osório Wender
Etelvino de Souza Trindade
Marta Curado Carvalho Franco Finotti

PESQUISA E REDAÇÃO:

Patrícia Morgado e Oldair de Oliveira



História da GINECOLOGIA e OBSTETRÍCIA no Brasil

EDITORES

César Eduardo Fernandes
Maria Celeste Osório Wender
Etelvino de Souza Trindade
Marta Curado Carvalho Franco Finotti

PESQUISA E REDAÇÃO

Patrícia Morgado e Oldair de Oliveira

AGRADECIMENTO

A Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia, representada pelo presidente Dr. César Eduardo Fernandes, agradece à empresa Bayer S.A. pelo apoio institucional concedido por meio da cota de patrocínio, a destinar-se à impressão de 500 exemplares do livro *História da Ginecologia e Obstetrícia no Brasil*, 1ª edição, ano 2024.

Pesquisa e redação:

Patrícia Morgado
Oldair de Oliveira

Editoração:

Modo Comunicação

Revisão:

Ederson Gomes Benedicto
Glair Pícolo Coimbra

Impressão:

Maistype

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

História da ginecologia e obstetrícia no Brasil [livro eletrônico] / Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia ; editores César Eduardo Fernandes...[et al.]. -- 1. ed. -- São Paulo : Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO, 2024.
PDF

Outros editores: Maria Celeste Osório Wender, Etelvino de Souza Trindade, Marta Curado Carvalho Franco Finotti.
Bibliografia.
ISBN 978-65-87832-12-8

1. Obstetrícia e Ginecologia I. Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia. II. Fernandes, César Eduardo. III. Wender, Maria Celeste Osório. IV. Trindade, Etelvino de Souza. V. Finotti, Marta Curado Carvalho Franco.

24-216826

CDD-618
NLM-WQ-018

Índices para catálogo sistemático:

1. Ginecologia e obstetrícia 618
Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Como citar:

ABNT

ACADEMIA NACIONAL DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **História da ginecologia e obstetrícia no Brasil**. (Fernandes, C. E.; Wender, M. C.; Trindade, E. S.; Finotti, M. C., ed.). São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2024.

Vancouver

Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia. História da ginecologia e obstetrícia no Brasil. (Fernandes CE, Wender MC, Trindade ES, Finotti MC, editores). São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2024.

APA

Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia. (2024). *História da ginecologia e obstetrícia no Brasil* (C. E. Fernandes, M. C. O. Wender, E. S. Trindade, & M. C. C. F. Finotti, Eds.). Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

anago
Academia Nacional de
Ginecologia e Obstetria

História da
GINECOLOGIA
e **OBSTETRÍCIA**
no Brasil

EDITORES

César Eduardo Fernandes
Maria Celeste Osório Wender
Etelvino de Souza Trindade
Marta Curado Carvalho Franco Finotti

PESQUISA E REDAÇÃO

Patrícia Morgado e Oldair de Oliveira



A Academia Nacional de Ginecologia (Anago) é um órgão voltado ao estudo técnico e filosófico, aconselhamento e assessoramento da Diretoria da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), fundamentado nestes, cabendo igualmente colaborar com embasamento filosófico, atitudes e proposições que facilitem a continuidade de uma política em prol da mulher e em apoio aos indivíduos e instituições que cuidem da mesma, nos termos do art. 4º do Estatuto da Febrasgo.

A missão da Anago é baseada no reconhecimento daqueles associados que, segundo a avaliação de seus pares, demonstram excelência em sua atuação no campo da saúde da mulher, demonstrando profunda dedicação à Febrasgo e à comunidade em geral. Nossa finalidade é honrar e valorizar esses membros que se destacam, contribuindo de forma notável para o avanço da Ginecologia e Obstetrícia no Brasil, enquanto promovem o bem-estar das mulheres e fortalecem o compromisso da nossa comunidade médica.

DIRETORIA

PRESIDENTE

César Eduardo Fernandes

VICE-PRESIDENTE

Etelvino de Souza Trindade

SECRETÁRIA

Marta Curado Carvalho Franco Finotti

TESOUREIRA

Rosiane Mattar

CONSELHEIROS FISCAIS

Rui Alberto Ferriani

Marcos Felipe Silva de Sá

Edmund Chada Baracat

Apresentação

Falar sobre um livro que conta a grandiosa história da Ginecologia e Obstetrícia no Brasil é falar sobre homens e mulheres que contribuíram com o seu crescimento e consolidação. E esta obra não se sustentaria tão bem se não se debruçasse e valorizasse momentos e personalidades do passado e do presente, que nos permitem entender questões contemporâneas e que indicam os desafios que se avizinham.

Como titulares da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago), sabemos que esta *História da Ginecologia e Obstetrícia no Brasil* – elaborada após profundas pesquisas em acervos de bibliotecas, museus, livros, jornais e revistas, além dos depoimentos daqueles que viveram e escreveram linhas e capítulos desta história – busca trazer à tona parte dos fatos cujas origens remetem a séculos atrás. As entrevistas orais, feitas com especialistas de diversas áreas da Ginecologia e da Obstetrícia, enriquecem este trabalho e oferecem ao leitor o detalhe e a contemporaneidade que os jornais de época não são capazes de transmitir. São histórias reais, vividas ao longo de décadas, em momentos em que equipamentos precisos, como os que dispomos hoje, não existiam ou estavam nos seus primórdios. Períodos em que o acesso ao conhecimento era bem mais difícil, e em que eram necessários empenho e resiliência para oferecer um serviço de excelência. Por sorte, esses precursores mantiveram-se firmes, e souberam driblar os desafios que surgiam com a garra e a energia de verdadeiros devotos de uma especialidade que se mantém em estado constante de evolução.

Hoje, com o avanço tecnológico e o advento da inteligência artificial, os desafios são outros, é verdade. Mas exigirá de cada um de nós o mesmo empenho e resiliência daqueles e daquelas que nos antecederam, para que possamos, com sabedoria, nos apropriarmos cada vez mais dos novos conhecimentos para oferecermos um serviço de qualidade às nossas pacientes e a todas as mulheres brasileiras. A tecnologia será sempre bem-vinda nas nossas clínicas, consultórios, centros obstétricos e cirúrgicos, desde que jamais descartemos a importância dos aspectos humanos, que historicamente caracterizam ginecologistas e obstetras. Portanto, que nos inspiremos nos pioneiros e, assim como eles, sejamos capazes de deixar nosso próprio legado dentro da nossa especialidade, que é uma das que mais crescem no Brasil.

Maria Celeste Osório Wender

*Presidente da Febrasgo
Titular - Cadeira nº 3*

Marta Curado Carvalho Franco Finotti

*Membro da Diretoria da Anago
Titular - Cadeira nº 30*

Prefácio

Jamais poderia imaginar, nem nos meus melhores sonhos, que um dia o meu nome seria escolhido para ocupar a cadeira de primeiro presidente de uma entidade como a Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago). Considero essa escolha uma generosidade dos meus pares e, ao mesmo tempo, quase uma benesse que me foi dada. É algo que me honra muito e, certamente, será lembrado pelas próximas gerações.

Mas, se por um lado, me orgulho dessa cadeira, por outro, estar nela é desafiador. Afinal, cabe à Anago ser a principal vigilante da história da Ginecologia e Obstetrícia, registrando, com o auxílio de diferentes ferramentas de comunicação, todos os movimentos da nossa especialidade, sejam eles do passado ou do presente.

Dessa forma, para darmos início aos nossos trabalhos, nossa primeira providência foi preparar esta obra, que agora se encontra em suas mãos. O intuito foi fazer um recorte de tudo o que aconteceu de mais importante antes da fundação da Academia, resgatando, por meio de pesquisa em livros, jornais, revistas e entrevistas, fatos e personalidades ímpares que fizeram a diferença na área em que atuamos. Uma história viva, dinâmica e pujante, que nos últimos anos, por conta dos avanços tecnológicos, desfrutou de um grande progresso.

A Anago também visa olhar para o futuro e, por isso, está muito atenta às políticas de saúde. Atualmente, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) já cumpre esse papel. Mas, essa tarefa pode ser dividida, porque as academias trazem consigo também a iniciativa de oferecer posições e análises críticas em diferentes instâncias (Federal, Estadual e Municipal), em favor da melhor assistência às mulheres em suas diferentes fases. Os integrantes da Academia estarão sempre vigilantes e, quando for pertinente, vamos emitir os posicionamentos que se fizerem necessários. Periodicamente nos reuniremos para tratar de temas relevantes e sempre traremos convidados *experts* nos assuntos escolhidos. E todo esse conteúdo, sempre que possível, será documentado. Vale lembrar que nossas ações serão feitas com autonomia, pois a Academia tem vida própria.

Além do portal (anago.org.br), as temáticas da Anago serão divulgadas por meio de uma revista, cuja edição deverá ser semestral. Ali elegeremos temas específicos para discorrer sobre eles. Também temos o sonho de fazer o Museu Nacional da Ginecologia e Obstetrícia, pois muitos instrumentos que foram importantes para a prática da nossa especialidade no passado hoje estão espalhados em diferentes pontos do País. Vários, inclusive, abandonados, sem a devida valorização que merecem. Além desses inúmeros itens, existem documentos, livros e entrevistas históricas, que considero essenciais estarem dentro de um espaço como um museu. É um sonho, repito, que deixaremos para mais adiante, quando traçarmos um plano de ação para escolhermos um local adequado e a melhor forma para resgatar materiais e doações de todo o Brasil.

Como primeiro presidente da Anago, desejo que a Academia seja motivo de orgulho para todo ginecologista e obstetra brasileiro. E também motivo de satisfação para a memória do Brasil, porque a prática da nossa especialidade se confunde um pouco com a história do nosso País. Que a nossa Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia seja fonte de pesquisa tanto para aqueles que tiverem interesse em conhecer mais o passado e buscam fontes idôneas, quanto para os que estão atrás de perspectivas e tendências para o futuro. Tenha certeza: esta jovial casa será uma fonte sólida e confiável da memória da nossa especialidade. Em nome de todos os integrantes da Anago, digo que estaremos vigilantes e à sua espera para escrever as próximas linhas dessa história.

César Eduardo Fernandes

Presidente da Anago

Sumário

3	Uma viagem ao passado
21	Os Estados Unidos como o berço da Ginecologia
33	A oficialização do Ensino Médico no Brasil
47	Das parteiras aos médicos: uma sociedade em transformação
57	O desenvolvimento da tocoginecologia no Brasil a partir da cidade do Rio de Janeiro
73	A autonomia da tocoginecologia e a introdução da colposcopia
87	Entre fórceps e cesarianas heroicas
107	Um século de associativismo na especialidade
121	Um salto evolutivo na história da contracepção
137	O feto como centro das atenções
161	Reprodução assistida e a revolução do sonho da maternidade
179	As mulheres na especialidade
197	Anago: A memória viva da Ginecologia e Obstetrícia brasileira
207	Patronos e titulares da Anago
316	Posfácio
318	Linha do tempo
324	Referências
329	Lista de entrevistados / Crédito das imagens

Uma viagem ao passado

A emoção de vivenciar um trabalho de parto é algo indescritível não só para a mãe, mas para todas as pessoas que a acompanham. Em meio a dores, dúvidas, e muita concentração, todos se conectam, cada um à sua maneira, para garantir com êxito o nascimento do bebê que está prestes a nascer, bem como a vida da gestante que está prestes a se tornar mãe.

Esta cena, vivenciada desde o início dos tempos, atravessa gerações com muitas mudanças, é verdade, mas ainda traz consigo mesmo sentimento e a mesma comoção de outrora. Certamente, vários questionamentos similares aos que hoje figuram entre as dúvidas mais procuradas na internet – quando o assunto é gestação – também faziam parte das preocupações das mulheres de eras ancestrais. Porém, em um tempo carente de informações, tais dúvidas se mantinham sem resposta. E se, por um lado, gerar um filho era o sentido da vida de jovens mulheres, por outro, trazia em si uma realidade envolta de mistérios e incertezas.

Na prática o fato é que, ao entrarem em trabalho de parto, as grávidas não sabiam exatamente o que aconteceria a partir de então. E quando as contrações chegavam e o instante do nascimento se aproximava, elas se viam oprimidas por dores angustiantes e tomadas da sensação de insegurança sobre a própria vida e a da criança que lutava para nascer.

Esse complexo processo foi tratado de maneiras diferentes com o passar do tempo. Na civilização egípcia, por exemplo, o parto era visto como um momento cotidiano do universo feminino, e os médicos só atuavam em casos muito específicos. Na Mesopotâmia, o ponto forte era o ritualismo, que comandava as ações quando o assunto era voltado às questões da área da saúde. Centenas de anos depois, na Idade Média, esse acontecimento ganhou contornos repletos de peculiaridades, conforme veremos adiante.

Durante séculos, as parturientes eram auxiliadas somente por outras mulheres, que recorriam aos saberes ancestrais e ao uso de chás, unguentos e massagens localizadas



Durante mil anos, período entre os séculos V e XV, chamado pejorativamente de Idade das Trevas, nascer continuava sendo uma grande epopeia, um jogo em que as participantes mais perdiam do que venciam. Para aguentar todo o estresse emocional e físico do momento, as parturientes só podiam contar com o uso de unguentos, massagens localizadas, chás de ervas variadas e rezas. Dependendo do período histórico, da cultura e da classe social da família, o parto também poderia vir marcado de rituais e outras práticas curiosas. Certo é que o suporte das pessoas próximas era primordial. “As dificuldades do parto provavelmente desafiam os seres humanos e seus ancestrais há milhões de anos – o que significa que o costume moderno de procurar ajuda para dar à luz pode também ter raízes antiquíssimas”, relatam as autoras Karen R. Rosenberg e Wenda R. Trevathan ([s.d.], *online*). A primeira, paleontóloga pela Universidade de Delaware e especialista em morfologia pélvica; a segunda, antropóloga pela

New Mexico State University e também parteira treinada. De acordo com as pesquisadoras, a prática da Obstetrícia pode ser tão antiga quanto andar ereto, isto é, há cinco milhões de anos. Além disso, elas sustentam que indícios de fósseis sugerem que foi a anatomia, e não apenas a natureza social, que levou as mães humanas a pedirem ajuda durante o parto, diferenciando-se de suas parentes primatas mais próximas e de quase todos os demais mamíferos:

O hábito de procurar assistência talvez já existisse quando o mais antigo membro do gênero Homo apareceu, e possivelmente data de cinco milhões de anos atrás, quando nossos ancestrais começaram a andar eretos regularmente (...). Claro que muitas das nossas ancestrais podiam, assim como as mulheres de hoje podem, dar à luz – e algumas dão – sozinhas. (...) Mas antropólogos que estudaram partos em culturas do mundo inteiro relatam que essas percepções (de que o parto é fácil) são extremamente românticas e que o nascimento humano poucas vezes é fácil e raramente não é ajudado. Hoje em dia, virtualmente todas as mulheres de todas as sociedades procuram assistência no parto. (...) Assim, embora existam exceções, o parto assistido está perto de ser um costume universal nas culturas humanas. (Rosenberg; Trevathan, [s.d.], online)

A assistência descrita neste trecho era dada durante a Antiguidade sempre por outras mulheres, sendo, portanto, um ofício primordialmente feminino. Eram elas que preparavam os chás, os alimentos, as rezas, verificavam o posicionamento do bebê no ventre e faziam os procedimentos necessários para que tudo ocorresse conforme o esperado. Além daquelas pessoas que faziam parte da família e se prontificavam a ajudar, existiam as que eram conhecidas e chamadas para auxiliarem as gestantes na hora do nascimento. Estas poderiam ser parteiras ou benzedeiras, e traziam consigo saberes sobre fitoterapia, religiosidade e tradições ancestrais, transmitidos de geração em geração. O trabalho de parto poderia durar horas e até mesmo dias, e caberia a elas acompanhar o antes, o durante e o depois do nascimento, garantindo a melhor recuperação para a mãe e para o bebê.

A presença da medicalização nesse processo só passou a ser vista em meados dos séculos 17 e 18 em países europeus, especialmente Inglaterra e França; e nos séculos 19 e 20 em pontos isolados das colônias da América do Sul (Parente *et al.*, 2010). Mas antes de chegar a esse marco da história e descobrir como isso ocorreu, vamos conhecer mais profundamente as singularidades relatadas sobre o parto em múltiplos povos em um tempo muito, muito distante.

Uma imersão no Oriente

A representação do parto ganhou visibilidade em esculturas, pinturas, ilustrações e manuscritos. Uma das mais antigas tem origem na Turquia e acredita-se ter sido moldada há 6 mil ou 7 mil anos a.C. Ela mostra uma deusa sentada com



De cócoras, apoiada em duas pilastras, uma egípcia é acompanhada, no momento do parto, pelas deusas Hator e Taweret. Relevô do templo de Hátor exposto no Museu Egípcio do Cairo

o recém-nascido entre suas coxas (Machado, 2015). Essa postura na hora do nascimento, bem como gravuras de mulheres ajoelhadas, de cócoras ou deitadas, foram encontradas em diferentes civilizações e períodos históricos.

Do Antigo Egito, uma das imagens mais famosas é a de Cleópatra ajoelhada durante o nascimento do seu filho Cesarion. Outra mundialmente conhecida está exposta no Museu do Cairo, um relevô que transporta o espectador à cena de um parto. Ao centro, vê-se uma mulher de cócoras entre o vão de duas pedras, apoiando os cotovelos em duas pilastras e pronta para dar à luz. Em ambas as representações, as parturientes surgem acompanhadas, ora de deusas, ora de parteiras. Vale lembrar que a Medicina naquele momento era intrinsecamente ligada com a Magia.

As parteiras existentes nesta época, em sua maioria, não tinham a experiência necessária para realizar todo o procedimento de maneira segura, e eram vistas pela sociedade como seres impuros. Segundo Eughen Strouhal, autor da obra *A Vida no Antigo Egito*, poucas eram especializadas na “Casa da Vida”, em Sais, no Delta. E essa falta de conhecimento durante um procedimento tão delicado pode acarretar não só a morte como também deixar sequelas em mães e filhos.

De acordo com Strouhal, os partos eram divididos em três categorias distintas, segundo o grau de complexidade: normais (*hotep*); complicados (*bened*) e prolongados (*wedef*). Aos médicos – conforme descreve o papiro de Ebers (documento que data de aproximadamente 1550 a.C.) – ficava a tarefa de listar medidas para otimizar o procedimento, visto que eles eram chamados em situações pontuais.



No papiro de Ebers se recomendava, para facilitar o parto, que a mãe se sentasse nua sobre uma planta de niaia e esperasse pelo resultado. Acreditava-se que uma compressa em volta do baixo ventre, feita com uma camada de palha e cans aceleraria um parto lento (...) Supunha-se que uma ducha de azeite morno contendo pedaços triturados de uma vasilha feita recentemente poderia facilitar a expulsão da placenta. Os doutores tentavam mitigar as dores do parto, frequentemente descritas como muito intensas, dando à paciente bebidas embriagantes, principalmente cerveja. (...) uma técnica para acelerar um parto lento e aliviar a dor era queimar resina de terebinto próximo ao ventre da mãe, ou massageá-lo com pó de açafreão, dissolvido em cerveja ou com pó de mármore dissolvido em vinagre. (Strouhal, 2007, p. 17)



Os artifícios para detectar uma gravidez na terra dos faraós variavam entre a observação de pontos específicos do corpo a ações que envolviam ingestão de leite materno e investigação da urina (vide página 8). O desenho das veias mamárias, seios flácidos ou firmes e patologias, como o estrabismo, eram códigos subliminares para diagnosticar infertilidade. Em contrapartida, acreditava-se que as mulheres que estavam gestando um bebê demonstravam sinais corporais sutis, como manchas esverdeadas da pele, costas frias, mudanças na cor dos olhos, pescoço quente e alterações no tônus muscular e circulação (Strouhal, 2007).

Entre os testes mais conhecidos estava o de se introduzir ou colocar próximo da vagina, durante a noite, leguminosas com forte odor, como cebolas e alhos. Caso a mulher acordasse com o hálito do legume escolhido, estaria grávida. A

Na imagem maior, representação de uma egípcia amamentando, criada por inteligência artificial; e no detalhe, estatueta do Antigo Egito da deusa Ísis amamentando, exposta no Museu do Cairo

justificativa se apoiava na crença de que havia uma ligação entre o útero e o sistema digestivo. Outro feito bem comum levava em conta a ingestão de uma mistura de ervas e leite materno provenientes de uma mulher que tivesse tido um menino. Caso a pessoa vomitasse, não era estéril (Strouhal, 2007). Segundo Octacílio de Carvalho Lopes, a fecundidade no Antigo Egito era não só algo desejado como também entendida como uma graça. Segundo ele, era uma sociedade em que as uniões aconteciam precocemente, a gravidez era frequente e a higiene, deficiente.

[A] ginecologia constituía assunto de transcendental importância [no Antigo Egito], sendo a deusa Sekhmet sua divindade protetora. A fecundidade era não somente desejada, como considerada uma graça. Assim sendo, embora haja notícias do uso de práticas anticoncepcionais, referidas nos papíros, elas constituíam a exceção, pois o normal eram os encantamentos e as invocações para que viesse a gravidez. (Lopes, 1970, p. 55)

O teste da urina

Hoje, fazer o exame beta hCG é o indicado para constatar uma gravidez. Ele é capaz de verificar a presença do hormônio gonadotrofina coriônica humana, que se eleva no organismo feminino com o avançar da gestação. Detectado a partir da urina ou do sangue, é ele (em maior ou menor quantidade) o que sinaliza se uma mulher está grávida ou não.

Há cerca de 4,5 mil anos, quando o nome do hormônio ainda não era sequer conhecido, a urina também era utilizada para chegar a essa conclusão, só que de maneira diferente. Papíros egípcios relatam que, ao regar sementes de trigo e cevada com o líquido, era possível identificar não só se um bebê estava a caminho, como também se o feto que estava sendo gerado era menino ou menina. Eles acreditavam que, se uma das sementes brotasse, a gravidez era dada como certa. Se o trigo fosse o primeiro a despontar, o bebê seria menina; já se fosse a cevada, a família ganharia um menino.

Muitos séculos depois, entre os séculos 16 e 17, a urina seguiu também tendo destaque quando o assunto era gravidez. Na obra *The Compleat Midwife's Practice* (Prática completa das parteiras), originalmente publicada em 1656, é descrita a forma como era usada. De acordo com a publicação, certas coisas vivas surgiam após alguns dias quando a urina era colocada dentro de um frasco vedado. Outra opção era ferver a urina – listras brancas significavam que a mulher estava grávida.

Dizia-se que uma agulha colocada na urina de uma mulher ficaria vermelha ou preta se ela estivesse grávida. No século 16, a palavra “agulha” foi mal interpretada como “urtiga”, levando à ideia de que uma mulher deveria deixar uma urtiga em um pouco de sua urina durante a noite e

se ela apresentasse manchas vermelhas pela manhã, então ela estaria grávida. Esses testes podiam ser feitos sob a supervisão de um médico ou por conta própria. Desde que foi fundado em 1518, o Royal College of Physicians de Londres proibiu as curandeiras de praticar Medicina. Isso incluía uroscopia (exames médicos de urina), mas algumas mulheres faziam isso mesmo assim. Catherine Chaire, que praticava medicina ilegalmente em Londres na década de 1590, tinha o seu próprio método: “diagnosticar a gravidez lavando a roupa com água de rosas vermelhas e sabão”. (King, 2023, online)

Já no século 20, conforme descreve Helen King, professora emérita de estudos clássicos na Open University, as décadas de 1920 e 1930 trouxeram à tona o uso de animais. De acordo com a acadêmica, camundongos fêmeas e coelhas foram as escolhidas para receberem a injeção com urina de uma mulher grávida. Depois, esses animais eram mortos para ver se seus ovários haviam mudado. Mais tarde, o mesmo teste foi repetido em sapos vivos. Esperava-se que, se a mulher estivesse grávida, as sapos liberariam ovos (King, 2023, online).

Como se pode ver, para o teste chegar ao formato em que conhecemos atualmente foi preciso percorrer um longo caminho, que envolveu observação, crenças populares, pesquisas com animais e, acima de tudo, muitos estudos. E somente na década de 1960 o teste chegou ao padrão que tem ainda nos dias atuais.

O parto na China imperial

De acordo com Jen-Der Lee, especialista em China Imperial com ênfase em História Jurídica e Médica da Universidade de Washington (Seattle), as monografias que abordam questões relacionadas ao parto e à Medicina Ginecológica e Obstétrica são escassas, e estudos que falam sobre a cultura do parto de forma mais intensa são encontrados mais no final do período imperial. Embora haja essa constatação, muitas informações puderam ser resgatadas desta época, dando aos leitores dos dias atuais um panorama mais amplo daquele momento.

Apesar de as mulheres terem a procriação como objetivo principal de sua existência, engravidar naquele momento significava um grande risco. O casamento, para elas, ocorria entre 14 e 18 anos, e a mortalidade oscilava entre 20 e 30 anos. O autor resume bem o que representava a gestação para uma mulher daquela China antiga. “No assunto central das mulheres, o parto, dez morrem e uma sobrevive” (Lee, 2005, p. 221), afirma. Esta declaração é complementada pela declaração de Yanzhi Chen, doutorando de Cambridge. “Deitar-se no chão e agachar-se na palha [isto é, o parto], em geral é como esperar a morte” (Lee, 2005, p. 221). Somada a essas afirmações, o médico Liu-Song (420-479) também ressaltava que, para as mulheres, engravidar tão jovem era prejudicial aos rins, que não estavam totalmente “com suas raízes estabelecidas”. E isto, nas palavras dele, acarretaria no desenvolvimento de diversas doenças “difíceis de tratar”.

Ilustração de uma gestante contida no Tai Chan Shu (168 a.C.), que descreve a gravidez nos dez meses lunares



O último mês de gestação, conhecido como “entrando no mês”, era o período em que, geralmente, uma série de procedimentos eram realizados para garantir que tudo ocorresse conforme o esperado. O cuidado direcionado às gestantes quando elas chegavam neste período era dobrado. Era a hora em que os familiares dirigiam parte do tempo para a realização de algumas tarefas. Uma delas era a construção de uma tenda ou quarto de parto, local onde a parturiente daria à luz. Um buraco deveria ser cavado em um ponto específico dentro da tenda, e ali seria enterrada a placenta, logo após o nascimento. Acreditava-se que esse gesto promoveria vida longa e próspera ao bebê. O local onde a tenda e esse buraco seriam feitos, bem como onde a parturiente ficaria na hora da entrega, como era chamado o momento do nascimento, levava em conta os mapas astrais e as direções cardeais.

O último mês de gravidez também era o momento em que a gestante centrava ainda mais as atenções para preparar o corpo para o grande dia. A ingestão de determinadas ervas em pó era indicada para que o parto ocorresse mais facilmente, segundo prescrições dos médicos Han Zhang Zhongjing (145-208) e Jin Wang Shuhe (por volta do século 3). “Moer angélica, scutellaria,¹ peônia, ligusticum e atracylodes² ovais em pó e tomá-los com bebidas alcoólicas duas vezes ao dia facilita o parto e faz com que o feto nasça saudável e sem sofrimento, quando tomado constantemente durante a gravidez. E, mesmo após o nascimento, essa mistura também ajuda a controlar inúmeras doenças” (Lee, 2005, p. 222). Outra planta usada comumente era a malva, neste caso, a sua semente. A pasta de sálvia (uma mistura de sálvia, angélica, ginseng, ligusticum, pimenta de Sichuan e atracylodes) e o alcaçuz também estavam presentes nos escritos dos médicos da época.

Além da pasta de sálvia, as mulheres na fase final da gravidez também podem tomar alcaçuz em pó, feito a partir de uma combinação de alcaçuz, escutelária, broto de feijão seco, arroz não glutinoso, semente de gergelim, gengibre seco, casca de canela e evódia (...). Tomar um mês antes do nascimento e, depois de 30 dias, a pessoa poderá se movimentar normalmente e nem perceber quando a criança nasce e cai no chão (...). Essa é uma das prescrições medicinais para deixar o feto escorregadio e auxiliar no parto, e só podem ser administradas no mês do nascimento.
(Lee, 2005, p. 227)

Na hora do parto, uma série de sugestões era dada com o intuito de reduzir as dores e facilitar o processo, que poderia variar de horas a até cinco dias. Se o trabalho finalizasse dentro de 12 horas era considerado, naquele momento, um

1 *Scutellaria Baicalensis Georgi* é uma planta conhecida por ajudar a estimular o sistema imune, bem como auxiliar na redução de abortos, infecções bacterianas e sintomas como febre, vômitos e náuseas. Suas propriedades ansiolíticas também são bastante estudadas.

2 A planta traz o nome científico de *Atractylodes macrocephala*. Na China é conhecida por Baizhu e costuma ser usada para ajudar em questões relacionadas ao estômago e inflamações.

parto tranquilo. A posição vertical (sentada ou de cócoras) era a mais comum; no entanto, partos com a gestante deitada também foram descritos no período. Grama, cinzas, palha ou junco poderiam ser colocados no chão. O chamado parto sentado contava com apoios para que a parturiente pudesse segurar e sustentar sua força, tais como panos, rédeas de cavalo ou cordas amarradas em pontos elevados da tenda. Uma outra alternativa seria as pessoas sustentarem a cintura da gestante, dando a ela o apoio necessário para conseguir expelir o bebê no tempo certo. Não há registros de partos via abertura do abdome.

Na perspectiva do conhecimento obstétrico moderno, no parto em decúbito dorsal a mãe fica imobilizada de costas e o útero pressiona a veia cava, causando sofrimento tanto à mãe quanto ao bebê. Além disso, na fase em que ela pensa em empurrar a criança para fora devido à dor abdominal, ela pode estar mais inclinada a agachar-se em vez de deitar-se, portanto, dar à luz na posição supina parece pouco natural em termos de fisiologia básica. Diante disso, as afirmações parecem melhor compreendidas como conselhos para diferentes situações (...) O que isso significa que, se a mulher estivesse sentada, ela deveria sentar-se ereta e não curvada; e se ela estivesse deitada, suas costas deveriam estar niveladas e tocando o tapete, não curvadas e tortas. (Lee, 2005, p. 227)

Falando especificamente das dores, o médico da dinastia Sui (581 a 618), Chao Yuanfang, costumava dizer que, “quando o abdome da parturiente dói, mas não a cintura, ainda não é nascimento. Quando a dor no abdome está ligada à cintura e é intensa, então é parto” (Lee, 2005, p. 227).

Após o nascimento do bebê, a preocupação com a saúde da mãe, principalmente nos primeiros dias, era grande. Sangramento uterino, tonturas, convulsões eram algumas das situações que poderiam aparecer. As convulsões, geralmente, eram desencadeadas por conta do solo úmido e frio, no qual a parturiente ficava por horas ou dias, até o nascimento da criança. Um dos recursos utilizados na época buscava aquecer essa mulher em regiões como o abdome ou sola dos pés, muitas vezes usando gengibre ou casca de canela. As condições precárias do local de nascimento também eram propícias para a entrada de doenças como tétano, infecções das mais variadas e resfriados. Uma das recomendações em diversos textos da época ressalta a importância de a mulher ficar em repouso por um mês, não deixando o leito nem para usar a latrina. As relações sexuais eram liberadas somente após 100 dias, no mínimo; contudo, se essa jovem mãe ainda estivesse amamentando, o aconselhamento era evitar a prática sexual até o fim desse período.

Um desvio por dentro da Idade Média

O período que marcou a Idade Média mostra que, apesar do extenso espaço de tempo de cerca de mil anos, pouco se avançou no processo de nascer. As mulheres continuaram tendo seus filhos com o auxílio de outras mulheres; o índice de mortalidade ainda era elevado; o uso de ervas e outras substâncias continuava fazendo parte da rotina da parturiente antes e depois do parto; e a reclusão da mãe após o nascimento da criança ainda era a recomendação. Entretanto, a característica mais latente dessa época foi a presença da religiosidade, marcada fortemente pela ação da Igreja Católica.

Outro ponto interessante era a questão relacionada à dor. Naquele momento, sentir dores na hora do nascimento era interpretado como algo necessário para que Deus pudesse perdoar os pecados da mulher. Por isso, o uso de qualquer artifício com propriedades analgésicas era proibido. Esse entendimento só mudaria em meados do século 19, quando a rainha Vitória (1819-1901), do Reino Unido e da Irlanda, fez a opção pela anestesia durante os partos de três dos seus filhos.

Muitas ilustrações da época mostram as gestantes tendo seus filhos sentadas, ora seguradas pela cintura, ora apoiadas em uma corda para se sustentarem. É possível encontrar também representações de mulheres deitadas, mas em escala menor. Um dos acessórios que ajudou as parturientes no decorrer dos séculos foi a cadeira de parto. Este objeto tinha um furo no lugar do assento. E assim, sentadas, as gestantes contavam com a posição postural e a força da gravidade para facilitar o trabalho de expulsão do bebê. Assíria, Roma, Grécia, Egito e Europa foram alguns locais que usaram e registraram a existência desse equipamento, que teve aplicação até meados do século 19.

“Existiam diversos modelos, que variavam de acordo com a condição social (...). A maioria das famílias tinha sua própria cadeira. Em algumas comunidades de Portugal, a cadeira era tutela do vigário da paróquia. Com seu aperfeiçoamento, os encostos passaram a ser móveis, tornando-as mais cômodas. No Brasil, o modelo mais confortável foi criado pelo Dr. Cláudio Paciornik. Essa cadeira permitia à parturiente liberdade de movimentação e a escolha da melhor posição para o período expulsivo.”

(Machado, 2015, *online*)

Entretanto, modelos à parte, as gestantes estavam sob o risco de morrer durante o parto, principalmente devido à falta de higiene da época, que desencadeava problemas como infecções e febre puerperal. A posição da criança no ventre também era outro fator agravante. Se estivesse na posição transversa,³ em vez de cefálica ou pélvica, a chance de óbito era muito grande. Isto porque, naquele momento, os partos aconteciam somente via vaginal. Para tentar sal-

3 Na posição transversa, o feto encontra-se atravessado sobre o canal vaginal na posição horizontal e o ombro vem primeiro. Para estes casos, recomenda-se a cesariana, a menos que o feto seja o segundo de uma dupla de gêmeos. Nesse caso, por meio de manobras, o feto pode ser girado para que o parto seja pela vagina.



As gestantes da Idade Média e os diferentes tipos de parto. A falta de higiene era um sério problema deste período, podendo acarretar problemas como infecções e febre puerperal



var mãe e filho, eram realizadas manobras, com intuito de colocar a criança na posição adequada. Todavia, as chances de sucesso, nesse caso, eram mínimas. Recorrer às divindades para rogar por um parto bem-sucedido era um costume comum. Entre os católicos, Virgem Maria, Santa Margarida, Santa Julita e São Ciro⁴ eram alguns dos santos mais lembrados.

A rotina da gestante na Idade Média variava muito de acordo com a sua classe social. As camponesas costumavam trabalhar até o final da gravidez e as únicas regalias que tinham eram não receberem castigos físicos e não serem obrigadas a participar das cerimônias religiosas. Já as rainhas seguiam uma rotina bem diferente. Um mês antes do parto, precisavam se recolher ao quarto onde teriam o bebê. Ali ficavam isoladas em um cômodo sem acesso à luz solar, com todas as portas e janelas fechadas. A justificativa era de que a luz poderia prejudicá-la. As paredes eram repletas de tapeçarias, que não tinham ilustrações de animais ou humanos; e o chão repleto de folhagens. A lareira também era presença recorrente e, diariamente, era acesa, para que o aroma das ervas emanasse pelo quarto. A clausura só era quebrada com a entrada de outras mulheres, que apareciam para auxiliar no que fosse preciso.

Já o dia do parto era visto como um grande acontecimento, com dimensões políticas e sociais. Afinal, era um novo herdeiro real que chegava ao mundo. O quarto onde a rainha teria o bebê era tomado de pessoas, de serviçais a curiosos, bem como representantes do clero, todos com o intuito de presenciar o momento. A rainha Maria Antonieta, em 1778, deu à luz tendo cerca de 200 pessoas como espectadores, e chegou a desmaiar devido ao calor e à agitação que envolviam o local.

Após o nascimento, o bebê era limpo e envolto em faixas, para posteriormente ser apresentado à igreja e batizado. A mãe, no entanto, mantinha-se no quarto por até seis semanas, não só para se recuperar fisicamente, mas também porque era vista em estado de impureza, o qual só chegava ao fim, quando, depois de terminado o tempo de confinamento, ela fosse abençoada e purificada pelo sacerdote.

Simultaneamente a este grande período, no século 11, a obra do grego Sorano de Éfeso,⁵ traduzida para o latim desde o século V d.C. por Múscio, começa a ganhar destaque. O compêndio traz clareza sobre anatomia e patologia femininas. É enriquecido com ilustrações do feto em múltiplas posições e com informações sobre o que poderia ser feito para que o parto fosse bem-sucedido. Estes e outros materiais valiosos foram escritos, preservados e armazenados sobretudo em bibliotecas de centros eclesiásticos, com apoio nobiliárquico e real, tais como as bibliotecas carolíngias e italianas (Farrell, 2024).

4 A história de Santa Julita e São Ciro aconteceu em 304, em Icônio, hoje Turquia. O território, dominado pelo imperador Diocleciano, foi palco de uma intensa perseguição aos cristãos. Segundo a hagiologia católica, Julita, viúva da alta aristocracia, e seu filho Ciro, na época com três anos, foram presos pelo governador local quando tentavam fugir. Este passou a torturar Julita na frente do filho, com intuito de que ela negasse a sua fé cristã. Sem aguentar ver o sofrimento da mãe, Ciro se diz também cristão e acaba morto, após ser arremessado pelo alçó pelas escadarias do tribunal. Julita morre logo depois, após ser espancada e decapitada.

5 Sorano de Éfeso escreveu os tratados *As doenças das mulheres e Ginecologia*.

A cesariana como alternativa ao parto

Se hoje a cesariana é uma opção ao parto vaginal, vale dizer que nem sempre foi assim, embora tenha havido experiência em executar a contento esse procedimento desde a Antiguidade. As referências relacionadas à cesariana vêm de diversas civilizações, mas era uma escolha somente quando constatada a morte da gestante, e para tentar salvar a vida do feto. Na Índia, o cirurgião Sage Sushruta cita, na obra *Sushruta Samhita* – um tratado médico escrito por volta de 600 a.C. –, uma cesariana realizada após a morte da mãe. O nome de Sushruta é lembrado mundialmente quando se fala em cirurgia, anatomia e medicina Ayurvédica.

De acordo com os especialistas Raphael Câmara Medeiros Parente, Olimpio Barbosa Moraes Filho, Jorge de Rezende Filho e demais colaboradores, o primeiro relato de uma cesariana é, provavelmente, do ano 23 do reinado de Hamurabi, sexto rei sumério (1795-1750 a.C.) e fundador do 1º Império Babilônico. Esse procedimento também é citado em documentos da Roma Antiga, como o *Lex Regia* (716-673 a.C.), e no conjunto de leis hebraicas Mishna e Talmude (do século II a.C. ao século VI d.C.) (Parente *et al.*, 2010).

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 egípcios. “Tbiq-iltum, filho de Sin-magir, nascido por cesariana e filho da mulher morta Atkasim.” A expressão original em acadiano (língua dos mesopotâmios da época), silip remin, pode significar tanto cesariana quanto o uso de um fórcepe. Como o uso do fórcepe só é relatado na Idade Média, presume-se que essa referência seja à cesariana. (Parente *et al.*, 2010, p. 481)

Dentro da mitologia, a cesariana também ganhou o seu espaço. Na Grécia, ela é citada ao falar sobre o nascimento de Esculápio,⁶ retirado do ventre de Corônis por intercessão do deus Apolo. E na Índia, Indra e Buda também teriam chegado ao mundo pelo uso da mesma técnica. “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, Maya” (Parente *et al.*, 2010, p. 482).

Na Idade Média, abrir o abdome para retirar um bebê tornou-se obrigatório no caso da morte da parturiente a partir de 1280 (Mauriceau, 1697 *apud* Parente *et al.*, 2010),⁷ seja para salvar a criança, seja para retirá-la já sem vida. A situação só mudaria por volta do ano de 1500, na Suíça, quando Jacob Nufer, um castrador de porcos, tomou uma atitude inusitada. Ao perceber que estava perdendo a esposa durante o parto, ele resolveu usar as mesmas técnicas que realizava nos animais para trazer o filho ao mundo:

6 Esculápio é conhecido como o Deus da Medicina dentro da mitologia grega.

7 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.



Representação da primeira cesariana em parturiente e criança vivas feita pelo castrador de porcos Jacob Nufer

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, incluindo um de gêmeos. 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. (Parente et al., 2010, p. 483)

Existem estudiosos, contudo, que, embasados em evidências indiretas, defendem que a primeira mulher a passar pelo procedimento e sobreviver foi a rainha Beatrice de Bourbon, em 25 de fevereiro de 1337. Casada com o rei João de Luxemburgo (João da Boêmia), ela era a segunda esposa do monarca e deu à luz a seu único filho, àquele que se tornaria anos depois o rei Venceslau I, e morreria em 7 de dezembro de 1383, aos 46 anos. As fontes históricas que direcionam que este nascimento pode ter sido via cesariana são questionáveis por uma série de motivos. “Uma interpretação crítica das fontes históricas à luz do contexto adicional do tempo da rainha em Praga leva à convicção, no entanto, de que Beatriz deve ter passado por um nascimento excepcionalmente difícil e de alguma forma extraordinário... Uma cesariana em que a mãe e o filho sobrevivessem era teoricamente possível no século XIV, mas, considerando o estado do conhecimento médico daquele momento, é difícil de imaginar” (Pařízek; Drška; Říhová, 2016, *online*), relatam os especialistas tchecos Antonín Pařízek, Václav Drška (e colaboradores), da Charles University, em Praga.

Com o passar do tempo, equipamentos, técnicas e estudos foram surgindo, mudando assim a forma como o parto era conduzido. Mas a cesariana ainda ficaria em *stand-by* por mais alguns séculos, devido à alta taxa de mortalidade das mulheres. Em meados de 1630, Peter Chamberlain, o Velho, cria o “ fórceps”, instrumento em forma de pinça que tinha como proposta ajudar o médico a retirar o bebê puxando-o pela cabeça, uma opção à cesariana na hora do trabalho de parto. O equipamento ganhou adaptações no decorrer dos acontecimentos, nas mãos do médico escocês William Smellie; e assim, dia após dia, o interesse em conhecer e estudar o corpo feminino e suas nuances cresceu em diversas partes do planeta.

No final do século XVIII as formulações filosóficas contra a igualdade entre os sexos, cujo principal representante foi Rousseau, formavam, ao lado das pesquisas científicas sobre as diferenças sexuais, um conjunto de saberes que produziu a verdade sobre o sexo feminino, reduzindo a diversidade entre as mulheres à materialidade do corpo. A partir de então, elas foram englobadas na categoria universal Mulher, um ser mais próximo do estado da natureza, como procuravam provar os cientistas. De diferentes campos surgiram teorias para explicar a Mulher, no que ela se diferenciava do homem e o que esta diferença provava. (Martins, 2000, *online*)

Esse conhecimento em torno dos cuidados relacionados à mulher culmina com dois importantes avanços, ainda no século 19. Em 1809, Ephraim McDowell realiza a primeira extração de ovários da história, a ooforectomia; e em 1849, James Marion Sims é o responsável pela primeira cirurgia de fístula vesicovaginal, utilizando fios de prata, em Baltimore, Estados Unidos. Era a abertura de um novo mar de possibilidades em relação ao tratamento das “moléstias das senhoras”. Na prática, mudaria radicalmente a relação entre o homem médico e a mulher paciente, e resultaria no nascimento de um novo ramo da Medicina.



Rainha Beatrice de Bourbon: alguns historiadores defendem que a monarca pode ter sido a primeira mulher da história a passar por uma cesariana e ter sobrevivido

2

Os Estados Unidos como o berço da Ginecologia

Em 13 de dezembro de 1809, o doutor Ephraim McDowell foi chamado para atender a paciente Jane Crowford, que morava em uma fazenda na cidade de Danville, no Estado de Kentucky, Estados Unidos. Outros colegas já tinham examinado a mulher anteriormente e diagnosticado o caso como uma gravidez. No entanto, como nove meses se passaram e a “criança” não nascia, um novo exame foi realizado, agora sob o crivo de McDowell. Após uma detalhada anamnese, chegou-se à conclusão de se tratar não de um bebê, e sim de um tumor no ovário. O médico descreveu a situação, para desespero de Jane, a qual viu o destino criar a proximidade de uma morte lenta e dolorosa. Ela suplicou por uma cura, e ele lhe explicou que o único caminho plausível seria um procedimento que os melhores cirurgiões de então julgavam impossível: a ooforectomia (retirada de um ou de ambos os ovários). Diante da agonia, do horizonte desesperançoso e da falta de alternativas, Jane aceitou assumir todos os riscos visando sobreviver. E percorreu cerca de 100 quilômetros para se deslocar da residência onde morava até o centro de Danville, onde seria operada.

O processo aconteceu 12 dias depois e em apenas 25 minutos, tempo suficiente para que o



Selo comemorativo em homenagem a Ephraim McDowell, emitido em 30 de dezembro de 1959, em homenagem ao 150º aniversário de sua operação ovariana bem-sucedida

cirurgião extraísse o tumor que pesava 10,2 quilos. Era manhã de Natal. Na casa se encontravam o padre local, que era contra o procedimento, e à porta, o xerife, pronto para prender o médico caso aquela intervenção tivesse um desfecho fatal. Mas não foi preciso que aquela autoridade policial agisse, porque, naquele dia, McDowell entraria para a história como o primeiro a realizar uma remoção bem-sucedida de um tumor ovariano no mundo, meio século antes de as cirurgias ginecológicas começarem a ser praticadas nos hospitais americanos e sem que a anestesia e a assepsia estivessem disponíveis.

Logo depois da ooforectomia em Jane Crowford, é provável que a fama de McDowell tenha se espalhado. Só isso explica um pai colocar seu filho, de saúde debilitada, no lombo de um cavalo para percorrer cerca de 400 quilômetros de Columbia, no Estado do Tennessee, até Danville, em 1812. O diagnóstico do pequeno paciente foi pedra na vesícula e o renomado cirurgião procedeu à extirpação cirúrgica dos cálculos usando o conhaque como anestésico (Ikard, 1984). A criança – James Knox Polk – não só sobreviveu, como fez história: se tornou advogado e construiu uma carreira política das mais bem-sucedidas, como membro da Câmara dos Representantes (entre 1825 e 1839), 9º governador do Tennessee (de 1839 a 1841) e 11º presidente dos Estados Unidos (de 1845 a 1849).

Quanto ao feito inédito de Ephraim McDowell – a primeira extração de ovários da história – o fato só seria publicado em 1817, quando já tinha executado outros dois procedimentos similares. No entanto, “há evidências de que tenha realizado pelo menos outras doze cirurgias para a patologia do ovário” (Bueno, 2015, p. 39). Nos registros, usa termos como “puro e limpo” e “escrupulosamente limpo”, evidenciando o quanto cuidados com a assepsia foram fundamentais para que as intervenções fossem bem-sucedidas.

O pioneirismo de James Marion Sims

Apesar da façanha de McDowell, a Ginecologia pouco avançou. Até meados do século 19 continuou a ser ensinada junto com a Pediatria, como uma área do conhecimento que cuidava da doença das mulheres e das crianças. Somente muito tempo depois a cirurgia ginecológica entrou na rotina dos hospitais americanos. Entre os anos de 1848 e 1851, por exemplo, nenhum desses procedimentos cirúrgicos tinha sido realizado no Hospital de Nova York. Em outra análise similar, feita 25 anos depois, observou-se igualmente o mesmo vazio nos primeiros relatórios de serviços profissionais produzidos pelo Hospital Presbiteriano (também em Nova York), entre 1874 e 1875.

Entretanto, havia um oásis para as nova-iorquinas. No Woman’s Hospital, a Ginecologia avançava a tal ponto de, ao menos ali, ser reconhecida como especialidade cirúrgica. E a grande figura por trás desta elevação de *status* era James Marion Sims, que atendia e realizava com maestria o reparo de fístulas vesicovaginais, tipo de ruptura na parede vaginal causada, entre outros mo-



James Marion Sims: pioneiro no reparo cirúrgico das fístulas vesicovaginais, condição que leva à incontinência urinária

O Woman's Hospital foi fundado em 1855 em Nova York a partir da iniciativa de James Marion Sims, e foi o primeiro hospital dos Estados Unidos voltado exclusivamente para oferecer assistência à mulher



tivos, por partos demorados. Nestes quadros, há uma comunicação anormal entre a bexiga e a vagina, levando à incontinência urinária. As mulheres que sofriam com isso eram excluídas da sociedade, e, ao realizar este procedimento, evitava-se que passassem por aquela situação vexatória em público.

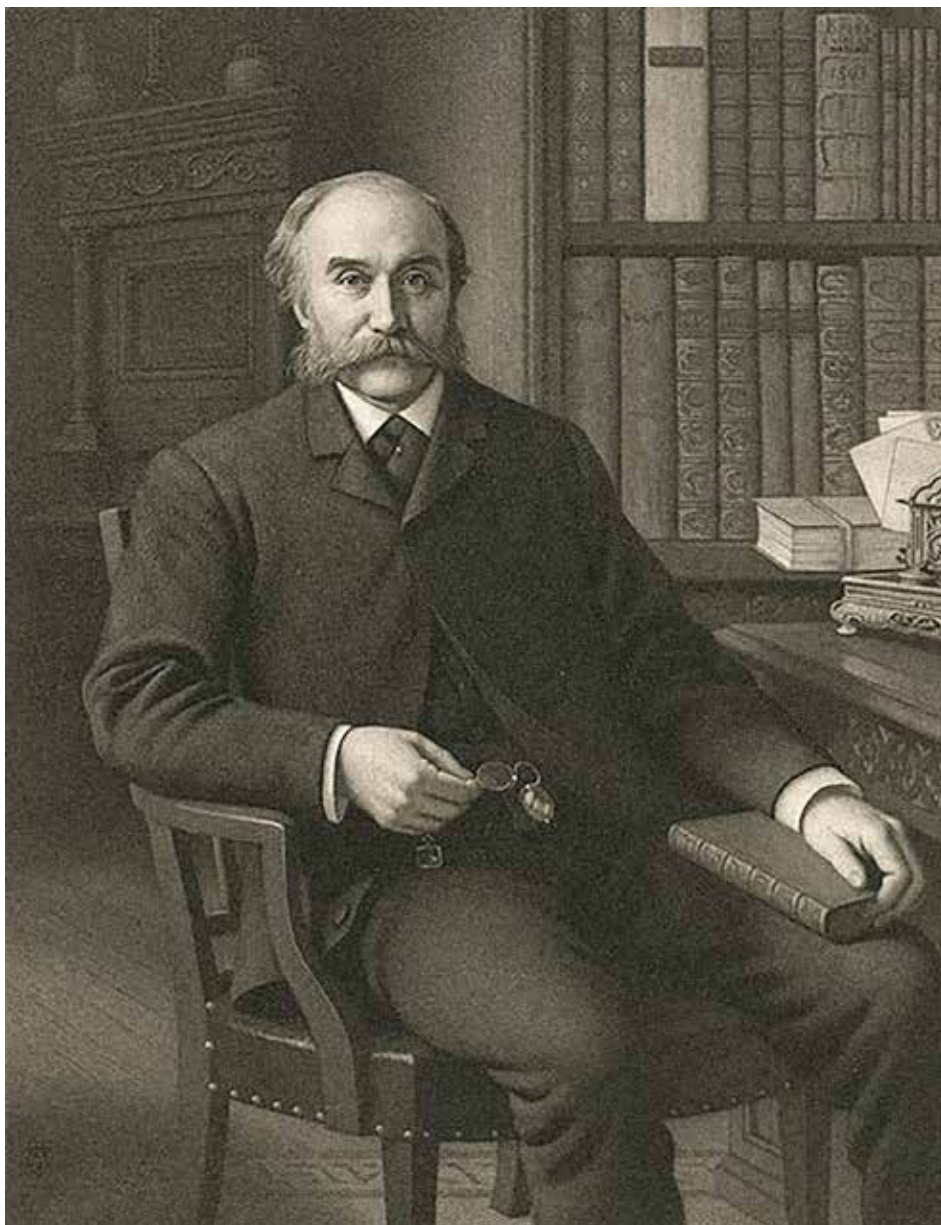
Embora hoje seja um nome polêmico, não havia controvérsia em torno da persona de Sims naqueles meados do século 19. Era reconhecido como um cirurgião pioneiro e de habilidade ímpar, tanto que, um ano depois de sua morte, em 1893, ganhou uma estátua em sua homenagem, erguida no Bryant Park. A técnica desenvolvida pelo cirurgião representou um avanço técnico e uma esperança para tantas mulheres que conviviam com um problema até então sem solução.

Estamos falando de uma época em que os médicos ainda não estudavam a anatomia reprodutiva feminina, tida como repulsiva, nem muito menos treinavam o manejo da gravidez e do parto. Especialmente com Sims, e em menor grau com seu parceiro e aprendiz, Nathan Bozeman¹ (ambos atuando juntos, em Montgomery), é que essa realidade começa a mudar, promovendo-se a partir daí uma inovação. Eles simplesmente valorizaram o fato de que as mulheres, por sua anatomia e riscos inerentes ao parto, oferecerem desafios médicos únicos, de tal monta que um médico poderia se especializar em cuidar delas.

Depois de desenvolver seu conhecimento e aprimorar sua técnica no Sul dos Estados Unidos, Sims mudou-se para Nova York e ali fundou, em 4 de maio de 1855,

¹ Nathan Bozeman (1825-1905) se formou na Universidade de Louisville, em 1848. Começou sua carreira em Montgomery (Alabama) ao lado de James Marion Sims, de quem viria a ser um crítico, atuando também, posteriormente, no Woman's Hospital de Nova York, a partir de 1878.

o Woman's Hospital, o primeiro do País voltado exclusivamente para o público feminino. A instituição nasceu com 30 leitos em uma casa de quatro andares alugada, localizada na esquina da Avenida Madison com a 29th Street. Lá também seria um centro de ensino, onde os demais médicos e cirurgiões interessados poderiam observar e aprender as novas técnicas realizadas tanto por J. Marion Sims quanto por Thomas Addis Emmet, seu pupilo mais famoso, e quem viria a substituí-lo.



Thomas Addis Emmet foi o pupilo mais famoso de James Marion Sims, e viria a substituí-lo. Seu nome está ligado à Uroginecologia e à cirurgia de reconstrução pélvica

Antes de desenvolver o espéculo que leva o seu nome, e que entrou na rotina ginecológica para os exames vaginais, James Marion Sims usou uma rudimentar colher dobrada para fazer suas observações



Sims nasceu em 25 de janeiro de 1813 no Condado de Lancaster, Carolina do Sul, e se formou médico em 1835 no Jefferson Medical College, na Filadélfia (Pensilvânia). Casou-se em dezembro do ano seguinte com Theresa Jones – com quem teria nove filhos – e se mudou com a família em seguida para Mount Meigs, interior do Estado do Alabama. Na nova cidade, tornou-se um “médico de plantação”, tratando basicamente de negros escravizados. E foi o primeiro do Sul dos Estados Unidos a ser bem-sucedido com a cirurgia de pês tortos.

O próximo endereço foi Montgomery, depois de ser vítima de malária e sofrer com crises intestinais. Na capital do Alabama estabeleceu-se entre 1841 e 1852

e começou a se consolidar como um profissional diferenciado. Em pouco tempo, já tinha o maior consultório do Estado e se tornou uma figura extremamente popular. Inaugurou em 1845 uma “Enfermaria Cirúrgica para Negros”, um dos primeiros hospitais femininos da história e o precursor nos Estados Unidos voltado a tratar especificamente a população negra.

Ao longo da trajetória, Sims foi se destacando pelo pioneirismo e pelas contribuições para o desenvolvimento de uma nova ciência, a Ginecologia. Ele inventou o espéculo com bico de pato, usado para examinar a vagina e colo do útero; o cateter sigmoide de Sims, tubo usado para a remoção de tecido uterino; além de outros instrumentos que permitiram um exame mais adequado dos órgãos femininos. Ele deu também importância à drenagem contínua da bexiga durante a operação que o consagraria; e foi ainda o primeiro a usar fio de prata nos procedimentos cirúrgicos, no lugar de suturas com seda.



Espéculo com bico de pato: usado para examinar a vagina e o colo do útero

Tratamento das fístulas vesicovaginais: o fim de um estigma feminino

Foi exatamente na cidade de Montgomery que Sims obteve êxito no tratamento das fístulas vesicovaginais, pondo fim àquele estigma feminino. Isso exigiu repetição dos procedimentos e a evolução dos acessórios e técnicas disponíveis até então, inclusive da posição cirúrgica. A cura via cirúrgica tinha começado em 1675, com o suíço Johann Fatio, na Basileia. Ele relatou um tratamento precoce dessas fístulas e usou uma pena de cisne afiada para cortar e encaixar nas bordas da passagem entre a bexiga e a vagina.

Em agosto de 1845, Sims atendeu uma paciente que caiu do cavalo e apresentava uma inclinação do útero. Àquela altura, o exame vaginal era feito com a mulher deitada de costas, com joelhos dobrados e as coxas afastadas (litotomia). No entanto, diante do tamanho da paciente, logo o médico percebeu que aquela posição não lhe servia. Foi então que pediu que ela se deitasse lateralmente, estendesse a perna de baixo e puxasse a superior do joelho em direção ao peito, criando o que seria consagrada como a Posição de Sims, que é usada ainda hoje.

Essa conformação cria sucção dentro da pélvis, fazendo com que a cavidade vaginal se encha de ar e fique totalmente estendida. Posteriormente, Sims empregaria essa nova posição no tratamento das mulheres com fístulas vesicovaginais, o que assegurou a expansão das cavidades vaginais observadas e um melhor exame da parede danificada. Para aprimorar a observação, usou inicialmente uma rudimentar colher dobrada, que, com os aperfeiçoamentos *a posteriori*, se tornaria um dispositivo permanente nos exames vaginais, também batizado em sua homenagem: Espéculo de Sims.

No decorrer dos anos 1840, Sims realizou reiteradas cirurgias vesicovaginais com técnicas variadas em três mulheres escravizadas que ele próprio adquiriu. Nelas utilizou diferentes práticas, passou a implantar um cateter improvisado e fez suas observações, que lhe permitiram chegar ao desenlace esperado. Entretanto, por mais que usasse uma esponja para extrair a urina da bexiga, mantendo a cavidade e a parede vaginal limpas, a inflamação pós-cirúrgica era comum. Na busca por uma solução, percebeu que, embora a seda oferecesse resistência e uma cicatrização rápida em procedimentos externos, dentro do corpo seu desempenho era outro. Por se tratar de um material orgânico, a sutura com seda, ao ser usada em um ambiente quente e úmido, tornava-se um elemento adequado para o desenvolvimento bacteriano. Os pontos internos com esse material comumente acabavam em infecção e formação de pus.

Àquela altura, as propriedades antimicrobianas da prata já eram conhecidas e os médicos usavam uma solução deste mineral como antisséptico e anti-inflamatório. Ciente disso e de que a prata era um material resistente e maleável, Sims pediu a um ferreiro que produzisse para ele uma réplica de fio em prata pura. Aquilo mudaria a maneira como se tratavam fístulas até então. No ve-



Ilustração de Robert Thorn representa James Marion Sims examinando Anarcha, sob o olhar de Betsy e Lucy

Em maio de 1849, o médico realizou o primeiro fechamento de fístula vesicovaginal com recuperação completa. A paciente era Anarcha, uma das três mulheres que mantinha escravizada. Somente ela passou por aquela experiência dolorosa, uma vez que o procedimento foi feito sem anestesia, por 30 vezes. Depois dela, Sims reproduziu o experimento nas outras duas mulheres – Betsy e Lucy – e pôde comprovar a eficácia e a segurança do seu método.

Durante quatro anos, James Marion Sims operou 12 mulheres negras. Após este período, ele começou a aplicar a técnica desenvolvida em outras mulheres no Estado do Alabama. Até que, em janeiro de 1852, publicou o histórico artigo *Sobre o tratamento da fístula vesicovaginal*, e foi muito bem recebido e seguido por outros médicos, inclusive da Europa. Aliás, foi para o Velho Mundo que Sims se dirigiu, em 1861, logo depois de eclodir a Guerra Civil Americana.² Escolheu Paris, a capital francesa, para viver e trabalhar, atendendo inclusive à realeza europeia, como a imperatriz Eugênia de Montijo, esposa de Napoleão III; a duquesa de Hamilton, da Escócia; e a imperatriz da Áustria, Augusta de Saxe-Weimar-Eisenach.

A Guerra de Secessão terminou em 1865, mas Sims permaneceu na Europa por mais três anos, onde gozava de boa reputação e respeito. Lá publicou *Notas*

² Também conhecido como Guerra de Secessão, o conflito durou de abril de 1861, logo após a posse de Abraham Lincoln, até 1865. No campo de batalha, opunham-se às forças legalistas da União (Norte) e os Estados Confederados (Sul), que lutavam pela separação e pelo direito de manter o sistema escravocrata.

Clínicas sobre Cirurgia Uterina – simultaneamente em inglês, francês e alemão – que ajudaria a revolucionar a prática da Ginecologia e que, por vezes, é qualificado como o texto inaugural da Ginecologia moderna.

De volta aos Estados Unidos, o médico fixou-se novamente em Nova York e abriu, em setembro de 1868, um consultório em Manhattan. Acabaria, por fim, entrando em choque com a administração do Woman's Hospital, que ajudou a fundar, deixando a instituição. Com o prestígio em alta, foi escolhido, em 1876, para ser o 27º presidente da Associação Médica Americana (AMA). No ano seguinte, participou da fundação da Sociedade Ginecológica Americana, sendo nomeado seu presidente em 1880. Sims morreu em 13 de novembro de 1883, vítima de doença coronariana. Pouco antes, teve tempo de publicar suas memórias – *The Story of My Life* – em que traz passagens reveladoras de sua vida e obra.

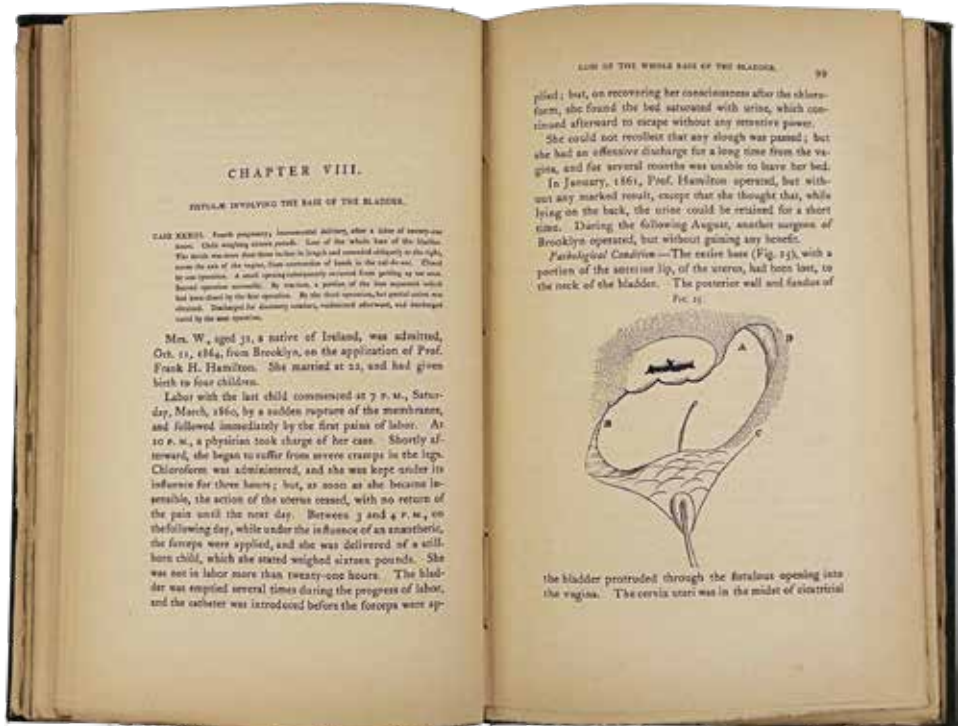
Thomas Addis Emmet e a Uroginecologia

Muitas foram as homenagens póstumas rendidas a James Marion Sims, inclusive na forma de estátuas. Ao menos seis delas foram erigidas e distribuídas pelo território dos Estados Unidos. No entanto, recentemente, Sims, que entrou para a história como o “Pai da Ginecologia Moderna”, foi parte dos debates em torno do escrutínio feito naquele país sobre a relação de figuras históricas com a escravidão.³ Uma escultura dedicada ao médico, por exemplo, que se encontrava na Quinta Avenida, de Nova York, na área do Central Park, foi removida em abril de 2018.

Sims, que em vida treinou uma geração de médicos nos Estados Unidos, foi substituído no Woman's Hospital por um de seus pupilos: o Dr. Thomas Addis Emmet. Seu nome está ligado à Uroginecologia e à cirurgia de reconstrução pélvica. Ambos trabalharam juntos e em estreita colaboração, sendo que Emmet aperfeiçoou muitas das técnicas do seu mentor.

Deste relacionamento profissional íntimo nasceriam a arte e a ciência da cirurgia ginecológica moderna. Enquanto Sims era inconstante, desorganizado e do tipo que chegava atrasado aos compromissos, Emmet era paciente, metódico, observador e adepto de registrar tudo nos detalhes. Em seu trabalho de 1868, *Vesico-Vaginal Fistula from Parturition and Other Causes with Cases of Recto-Vaginal Fistula* (Fístulas vesicovaginais decorrentes do parto e outras causas com casos de fístula retovaginais), descreve casos de 270 pacientes tratadas consecutivamente no Woman's Hospital, com o seguinte resultado: 200 se curaram, 65 melhoraram e cinco foram consideradas incuráveis. Ele dedicou este trabalho a Sims.

3 A “fúria iconoclasta” contra personagens que simbolizam opressão ganhou força na segunda década do século 21 com o movimento Black Lives Matters (Vidas Negras Importam), que ganhou visibilidade nos Estados Unidos a partir da morte de Eric Garner, em 2014. Ele, assim como George Floyd (assassinado em maio de 2020), foi asfixiado por um policial e repetiu a frase “eu não consigo respirar”, que marcaria os protestos antirracismo, por 11 vezes.



Reprodução de
*Vesico-Vaginal Fistula
 from Parturition and
 Other Causes*, de
 Thomas Addit Emmet,
 publicado em 1868

Thomas Addit Emmet é um dos cirurgiões ginecológicos americanos mais proeminentes do último quarto do século 19 e foi por conta do seu trabalho que a uroginecologia e a cirurgia pélvica reconstrutiva se tornaram, finalmente, subespecialidades reconhecida da Obstetrícia e Ginecologia. Coube a ele realizar o primeiro estudo crítico do reparo da fistula vesicovaginal, inventar numerosos instrumentos cirúrgicos especiais, ser pioneiro no uso de tesouras cirúrgicas em operações vaginais e legar um dos primeiros livros científicos no idioma inglês sobre Ginecologia: *The Principles and Practice of Gynecology* (Os Princípios e Prática da Ginecologia), de 1879.

Emmet cresceu a partir de Sims e ganhou luz própria, e a Ginecologia se agigantou a partir do trabalho de ambos e de tantos outros que vieram após eles, e que igualmente colaboraram para que o conhecimento avançasse e irradiasse para além dos Estados Unidos. As contribuições que se sucederam serviram para alavancar aquela área do conhecimento como uma especialidade dentro da Medicina e consolidar a feliz fusão entre Ginecologia e Obstetrícia. E foi de parte dessa fonte do saber que beberam os médicos brasileiros que, ainda que com certo atraso, começaram a colocar em prática aquilo que já vinha sendo praticado na região mais ao norte do continente americano.



Papiro de Edwin Smith, datado de 1700 a.C., traz o registro conhecido mais antigo de um câncer, no caso, o de mama

Do papiro para a prática: o nascimento da Ginecologia

Apontar o momento exato do surgimento de um evento histórico decorrente de um processo evolutivo não é fácil. Este é o caso do nascimento da Ginecologia. As primeiras referências remontam ao Antigo Egito, onde médicos já eram capazes de identificar alterações patológicas no útero, vulva e vagina. O mais antigo registro escrito referente a um câncer, por exemplo, no caso o de mama, encontra-se no papiro de Edwin Smith, em 1700 a.C., aproximadamente, no qual a doença é descrita como “massas salientes no peito e que se espalharam pelo peito, frias, duras e densas como uma fruta”. Nas palavras de Siddhartha Mukherjee, autor do livro *O Imperador de Todos os Males – Uma Biografia do Câncer*, “difícilmente haveria uma descrição mais vívida do câncer de mama” (Reis, 2020, *online*). Uma nova descoberta, em março de 2015, constatou a presença da doença em uma múmia mulher na faixa dos 30 e 40 anos em tempos ainda mais remotos: 2200 a.C., aproximadamente. “Nos últimos quatro mil anos esta doença mudou muito pouco”, afirmou Miguel Botella, antropólogo da Universidade de Granada, na Espanha (Agência EFE, 2015, *online*).

Milhares de séculos depois, as referências históricas ganharam novos contornos. E, hoje, muitos concordam que a moderna Ginecologia nasceu nos Estados Unidos, ainda no século 19, com as experiências dos doutores Ephraim McDowell e James Marion Sims.

A oficialização do Ensino Médico no Brasil

Imagine ficar doente em um lugar onde quase não existem médicos para tratar das mais diferentes moléstias? Onde as distâncias geográficas são imensas, os recursos escassos e o progresso é algo distante? Essa era a realidade nua e crua do Brasil antes da chegada da família real, em 1808. Sem autorização para fundar uma escola de ensino superior, mesmo a elite brasileira passava por apuros e só tinha contato ou com os raros médicos que migravam da Europa ou com brasileiros que tinham condições de estudar no exterior e, após esse período, retornavam à terra natal para exercer a profissão. E essa realidade fazia com que o número desses profissionais fosse extremamente reduzido. Para se ter uma ideia, já no final do século 18, o médico, antropólogo e botânico alemão Carl Friedrich Philipp von Martius, que veio ao Brasil junto com a comitiva da princesa Leopoldina, em 1817, chegou a relatar que, em toda a colônia, não existiam mais do que 12 médicos formados.

A falta de médicos foi uma marca de todo o período colonial. Acredita-se que o primeiro a pisar em terras brasileiras chamava-se João, que acompanhava a esquadra de Pedro Álvares Cabral durante a viagem histórica ao Brasil, em 1500. É dele o manuscrito intitulado *Carta*, que fala sobre a chegada ao novo território português. Muitos acreditam que o tal “João” seja o grego João de Menelau, que, entre as suas qualificações, era médico, cirurgião e astrônomo. No entanto, existem pesquisas que divergem quanto a isso, trazendo à tona os nomes dos também médicos João (de origem alemã) e João Faras (provavelmente espanhol). Isto porque a conexão à figura de João de Menelau está ligada à sua ida a Portugal para ensinar o idioma grego a D. João III. No entanto, o rei português só nasceu em de junho de 1502, e a expedição de Cabral ocorreu, como se sabe, dois anos antes. Além disso, o manuscrito mencionado acima foi redigido em uma mescla de espanhol e português, o que denotaria que este primeiro médico a pisar nas terras deste lado do Atlântico tenha sido João Faras.

*Barbeiro, Cabellereiro,
Sangrador, Dentista, e Leitão
Bixas.*



Os barbeiros e boticários eram as alternativas para lidar com questões relacionadas à saúde no Brasil Colonial do século 18



Mestre João fazia parte da tripulação de um dos três navios pequenos da armada de Cabral, onde naturalmente desempenhava as funções de médico e cirurgião. Mas em mil e quinhentos os médicos eram também astrólogos, como bem mostra na sua carta. Não tem sido possível identificar Mestre João. Citam-se três homens, no reinado de D. Manuel, com este mesmo nome: Mestre João de Menelau, grego; Mestre João Faras, talvez espanhol; Mestre João, alemão. O primeiro, Menelau, (teria) vindo para o reino para ensinar a sua língua a D. João III, quando príncipe. Como êle nasceu a 6 de junho de 1502, Menelau não tinha ainda chegado a Portugal quando Cabral partira (9 de março de 1500). Está pois eliminado da identificação. O segundo, Faras, (...) traduziu para espanhol a Geografia de Pompônio Mela. (...) A carta de Mestre João é também em espanhol aportunuesado, e Faras era igualmente, como êle: bacharel em artes e medicina, físico e cirurgião de D. Manuel, por isso lembrou Sousa Viterbo a possibilidade do Mestre João, da carta, ser o Mestre João Faras, tradutor da Geografia de Mela. O terceiro, Mestre João, alemão, (...) também deve ser eliminado, porque não houve alemães cientistas nos navios portugueses de 1500. (Carvalho, 1967, p. 181)

O fato é que, depois de séculos, permanece um vácuo em torno da verdadeira identidade daquele João, o médico que chegou aqui juntamente com Cabral. Contudo, felizmente, há mais clareza em torno de outros esculápios que chegaram ao Novo Mundo tempos depois. Entre eles, o do físico-mor português Jorge Valadares, que esteve em terras brasileiras entre os anos de 1549 e 1553, por ocasião da liderança do primeiro governador-geral, Tomé de Souza. Outro médico português pioneiro foi João Ferreira Rosa, que em 1694 lançou a obra *Traçado Único da Constituição Pestilencial de Pernambuco*. Nesta, ele descreveu as doenças que, desde 1685, pairavam sobre a população recifense, dando des-



Com a chegada da Família Real ao Brasil, em 1808, o País recebe autorização para fundar duas escolas médicas: uma em Salvador e outra no Rio de Janeiro

taque à epidemia de febre amarela. Antes disso, outro visitante ilustre foi o médico português João Curvo Semedo, conhecido por introduzir e falar sobre medicamentos químicos. Segundo ele, que esteve no Brasil em meados de 1691, na colônia, “os físicos eram afeitos ao exagero e sangravam doentes de 20 a 30 vezes, até que morressem”.

Todavia, eram exceções. Então, a quem recorrer quando houvesse necessidade de assistência à saúde? Para os mais afortunados ainda restavam os barbeiros, sangradores e boticários; para os demais, os curandeiros e benzedeiros.



José Corrêa Picanço, o Barão de Goiana, brasileiro responsável por incentivar a abertura das escolas de ensino médico no Brasil

Naqueles tempos idos havia, além dos curandeiros, feiticeiros e outros atores informais que cuidavam das enfermidades, três profissionais reconhecidos, cada um com sua formação, atribuição e hierarquia específica, para o exercício profissional: os chamados apotecários, os cirurgiões e os médicos. Os primeiros preparavam “medicamentos”, os cirurgiões aplicavam ventosas, cuidavam das fraturas, contusões, feridas e realizavam cirurgias, enquanto os médicos praticavam a clínica, para prevenir e tratar as enfermidades (tal como hoje). (Prata, 2010, online)

O primeiro boticário a chegar ao Brasil que se tem notícia chamava-se Diego de Castro, segundo Ordival Cassiano Gomes, na obra *Fundação do Ensino Médico no Brasil*. Ele chegou em 1549 e, apesar do pioneirismo em solo tupiniquim, atuou de maneira protocolar e sem destaque, não aproveitando a diversidade da fauna e flora brasileiras. Esse papel acabou sendo ocupado pelos padres da Companhia de Jesus e, posteriormente, o exemplo foi seguido por outras ordens religiosas, tais como carmelitas, franciscanos e beneditinos. A esses padres e monges cabia também, segundo Ordival Gomes, tratar dos enfermos, estudar suas doenças, observar, selecionar e aplicar as plantas medicinais, estancar as hemorragias e suturar feridas. Com esse incansável trabalho, conseguiram, inclusive, lançar as bases da primeira assistência hospitalar. “[Eles] iriam, ao norte, no centro e no sul da Colônia escrever a página mais admirável da caridade cristã”, defende o autor (Gomes, 1949, p. 2).

Os jesuítas, aliás, buscaram, em meados do século 17, institucionalizar o ensino dentro do Colégio da Bahia. E apesar de ter sido negado pela Coroa portuguesa, fizeram dos hospitais da Companhia de Jesus um importante espaço de estudo das artes de cura, comparável à Universidade de Évora, em Portugal. No

entanto, com a expulsão destes em 1759, os hospitais militares e os da Misericórdia se tornaram igualmente centros de ensino de cirurgia” (Cabral, [s.d.], *online*).

Enquanto isso, de acordo com o arquiteto e historiador Nireu Cavalcanti, aos barbeiros a atividade era dividida entre arrancar dentes e realizar cirurgias. Já os curandeiros e boticários recorriam às ervas e insumos, tais como dentes de javali e olhos de caranguejos (Cremepe, 2008).

A hora da virada

Muitas modificações aconteceram na Colônia portuguesa desde a chegada de Pedro Álvares Cabral. Mas uma coisa permanecia igual: a ausência de cursos voltados a formar médicos no Brasil. Entretanto, isso estaria prestes a mudar a partir de 29 de novembro de 1807, data em que a família real deixou Portugal. Ciente de que as tropas do francês Napoleão Bonaparte marchavam para invadir a região e querendo evitar um confronto que certamente culminaria com a deposição do príncipe regente português, a corte zarpou rumo ao Brasil.

Com o suporte da Inglaterra, cerca de 15 mil pessoas se dividiram em 58 navios e vivenciaram uma viagem repleta de entraves e aventuras. Acomodados de forma precária, tiveram de encarar tempestades em alto mar, alimentos e água impróprios para consumo, doenças como o escorbuto, e o convívio indesejado com baratas, ratos e piolhos. Estes últimos parasitas, aliás, fizeram um verdadeiro estrago na cabeça das mulheres, inclusive na de Carlota Joaquina, esposa de Dom João VI, que, juntamente com as outras senhoras a bordo, foi obrigada a raspar a cabeça e se desfazer da peruca, usando, no lugar do adereço, um improvisado turbante.¹

O fato é que, após conturbados 54 dias, a frota, que iniciou a rota no Rio Tejo e cruzou o Oceano Atlântico, chegou à Bahia de Todos os Santos, em Salvador. Era 22 de janeiro de 1808, uma sexta-feira, e coube ao governador Conde da Ponte recepcionar os ilustres convidados. A corte portuguesa permaneceu na Boa Terra por 36 dias, tempo suficiente para Dom João VI promover uma série de ações importantes. A primeira delas foi o decreto de abertura dos portos às “nações amigas”, liberando o Brasil para fazer relações comerciais junto à Inglaterra. A segunda, mais pontual, dava permissão para a criação da primeira escola de Medicina do País, a Escola de Cirurgia da Bahia. Em 18 de fevereiro de 1808, a instituição recebe como sede o Hospital Real Militar e traz entre seus protagonistas a figura de José Corrêa Picanço, cirurgião-mor de Dom João VI.

Pernambucano de nascimento, Picanço nasceu em 10 de novembro de 1745, na Vila de Goyana, e era filho de Joana do Rosário e do cirurgião-barbeiro Francisco Correia. Aos 21 anos foi alçado à condição de Cirurgião do Corpo Avulso e Oficiais de Ordenança de Entradas e Reformados, posto que lhe deu a certeza de que precisava investir na formação. Por isso, mudou-se para Lisboa e iniciou os

1 O adereço improvisado pelas europeias acabou se tornando moda entre a elite brasileira.



Pintura de Manoel de Araújo Porto-Alegre que retrata o momento em que o imperador D. Pedro I entrega, após assinar, o decreto de lei que dava autonomia às escolas superiores

estudos na Escola do Hospital São José, graduando-se em Cirurgia. Posteriormente, foi à França, onde se casou com Catharina Brochot, filha de um de seus mentores, e defendeu a tese de doutorado.

Em Portugal, Picanço foi membro da Real Academia de Ciências de Lisboa e fez parte do corpo docente da Universidade de Coimbra. Chamado para ocupar a cadeira de Anatomia, Operações Cirúrgicas e Obstetrícia, foi considerado pioneiro ao usar cadáveres humanos durante o ensino da disciplina. Essa prática era algo importante para o desenvolvimento do conhecimento sobre o corpo humano, mas era malvista à época por conta dos resquícios da Santa Inquisição (Guimarães, 2011). O trabalho do pernambucano acabou por chamar a atenção da corte portuguesa, que acabou fazendo dele cirurgião-mor.

O pioneirismo de Picanço seria, anos depois, novamente colocado em evidência, com a realização da primeira cesariana no Brasil em uma mulher viva, e que sobreviveu. A façanha teria sido realizada no Hospital Militar do Recife, em 1822. “Naquela época, devido às dificuldades técnicas e de conhecimento, este procedimento era feito somente em gestantes que tinham acabado de falecer, na tentativa de salvar a vida do feto”, explica Dr. Olímpio Barbosa de Moraes Filho, professor adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco.

O fato é que Picanço não retrocedia diante de um desafio, mesmo em situações-limite. E foi deste brasileiro tão à frente do seu tempo que veio a ideia de se fundar uma escola voltada ao ensino médico no Brasil, o que foi autorizado e oficializado na Bahia.

*“Deus guarde a V. Excia.
Bahia, 18 de fevereiro de 1808.
Ao Ilustre Excel. Sr. Conde da Ponte.*

O Príncipe Regente Nosso Senhor, assumindo a proposta que lhe fez o Dr. José Corrêa Picanço, Cirurgião-mor do Reino e do seu Conselho, sobre a necessidade que havia de uma Escola de Cirurgia no Hospital Real desta cidade, para instrução dos que se destinam ao exercício desta Arte, tem cometido ao sobretudo Cirurgião-mor a escolha dos Professores, que não só ensinem a Cirurgia propriamente dita, mas a Anatomia como base essencial dela e a Arte Obstétrica, tão útil como necessária, o que participo a V. Excia. Por ordem do mesmo Senhor, para que assim o tenha entendido e contribua para que tudo que for promover este importante Estabelecimento.

D. Fernando José de Portugal Castro, Ministro do Senhor Príncipe Regente.” (Guimarães, 2011, online)

A pressa em institucionalizar o ensino médico se fazia mais do que necessária. Assim que desembarcou com a família real, Picanço encontrou um Brasil em que as condições sanitárias, há muito eram perigosamente precárias. “Na América Portuguesa, onde as ruas eram verdadeiros esgotos a céu aberto, onde os animais domésticos aliviavam-se às portas das casas, os tonéis com dejetos eram despejados pelos escravos onde fosse mais fácil e a varíola grassava, as preocupações com a higiene e o corpo refletiam as mudanças nas normas de comportamento, a modelagem e o afinamento gradual das sensações físicas”, descreve a historiadora Mary Del Priore, no livro *História da Vida Privada no Brasil* (Del Piori, 2005, p. 306).

O historiador Laurentino Gomes também dá um panorama da insalubridade do Brasil colonial. “A urina e as fezes dos moradores, recolhidas durante a noite, eram transportadas de manhã para serem despejadas no mar por escravos que carregavam grandes tonéis de esgoto nas costas. Durante o percurso, parte do conteúdo desses tonéis, repleto de amônia e ureia, caía sobre suas costas negras. Por isso, esses escravos eram conhecidos como tigres. Devido à falta de um sistema de coleta de esgoto, os tigres continuaram em atividade no Rio de Janeiro até 1860, e no Recife até 1862” (Gomes, 2007, p. 158).

A Carta Régia foi o documento que sacramentou a criação da Escola de Cirurgia da Bahia, que teve como primeiros professores José Soares de Castro (Anatomia e Operações Cirúrgicas) e Manoel José Estrela (Cirurgia Especulativa e Prática). A Obstetrícia, apesar de ter sido citada no documento de D. Fernando José de Portugal, ao que tudo indica não foi contemplada neste primeiro momento (Moniz, 1923). Entre os requisitos necessários para se candidatar a uma das vagas estavam saber ler e escrever e conhecimento da língua francesa.

O mesmo movimento em prol do ensino foi realizado após a chegada da Família Real à Baía de Guanabara, no Rio de Janeiro, em 7 de março de 1808, onde a corte portuguesa se instalaria em definitivo. Ao chegarem ao novo des-



Acima, vista do Largo Terreiro de Jesus, em Salvador, de 1862. A partir da Carta Régia, a construção cedia espaço à Escola de Cirurgia da Bahia. À esquerda, as reproduções dos doutores Manoel José Estrela e José Soares de Castro, os primeiros professores da instituição

tino, além da explosão populacional, os portugueses constataram que, apesar da distância de quase 1.650 quilômetros entre uma cidade e outra, a questão sanitária era bastante semelhante em termos de precariedade, ocasionando um número elevado de doenças e mortes, sob as mais diferentes causas. E não foram poucos os relatos encontrados de pessoas descrevendo em manuscritos quão caótica era a situação. Tanto que um dos últimos trabalhos de Picanço, anos depois, em 1812, tinha como tema os perigos das sepulturas dentro das cidades e seus contornos.

Diante do delicado cenário, em 5 de novembro de 1808 o Hospital Militar do Morro do Castelo cedeu espaço à Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. E assim, com as duas escolas oficialmente abertas, é sacramentado o caminho para o desenvolvimento do ensino médico no Brasil.

Os primeiros anos

A construção erguida no Largo Terreiro de Jesus, em Salvador, onde antes funcionava o Colégio dos Jesuítas e depois passou a ser o Hospital Real Militar da Bahia, agora cedia espaço à Escola de Cirurgia da Bahia, que começava, de forma embrionária, a ganhar forma. Coube aos doutores Manoel José Estrela e José Soares de Castro a tarefa de ministrar as primeiras aulas, tendo como modelo a escola francesa do professor Monsenhor de la Fay, com tempo médio de curso estimado em quatro anos.

Ao término desse período, uma certidão era emitida e o aluno poderia, então, passar pelo exame final, para comprovar se realmente estava apto a exercer a função. Mas este ainda não era o passo derradeiro. Além de ir bem no exame, era preciso que uma série de documentos fosse enviada para Lisboa, em Portugal, para a expedição do diploma. Os custos referentes a cartório e registros ficavam por conta do aluno.

Assim que surgiu, a Escola de Cirurgia da Bahia tinha escassos recursos. Picanço também definiu o valor das taxas escolares, e acompanhou de perto o cronograma de atividades para a escola sair do papel para a prática. Conforme relata o Dr. Malaquias Alves dos Santos, “não possuía nem um bisturi, nem uma tesoura. Só mais tarde foi que o Hospital emprestou alguns ferros para dissecação de cadáveres” (Universidade Federal da Bahia, 2016, *online*).

E era com essa estrutura que Manoel José Estrela lecionava suas aulas de forma dedicada. Um de seus feitos foi a tradução da obra *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* (Pesquisa Fisiológica sobre a Vida e a Morte), de Marie François Xavier Bichat. Natural de Salvador, nasceu em 1760 e fez a formação de cirurgião em Lisboa, no Colégio São José.

Já José Soares de Castro chegou ao Brasil junto com a Família Real. Também lapidado no Colégio São José, em Lisboa, assumiu o compromisso de ensinar aos 36 anos de idade e, assim como Estrela, redigiu livros no decorrer dos anos para poder driblar as dificuldades de se conseguir material vindo de fora. Entre

as obras escritas no período estão *Elementos da Osteologia* (1812) – oferecido ao ilustríssimo senhor doutor José Corrêa Picanço – e *Da Noxologia* (1813). Outros compilados foram escritos posteriormente e unidos no *Tratado de Anatomia*, lançado anos depois.

Apesar da boa vontade dos mestres, a nova escola trazia uma série de lacunas, diante da precariedade da infraestrutura. Uma delas se referia à falta de vivência, visto que a teoria era dada em sala e as aulas práticas, ocorridas nas enfermarias do Hospital Militar duas vezes por semana, eram bastante limitadas. De acordo com o próprio Picanço “não caberia fazer reflexões à cabeceira dos doentes, mas sim na sua respectiva aula, pois o curativo pertence ao cirurgião-mor do hospital, que só para isso tem atividade” (Cabral, [s.d.], *online*). Por isso, era comum que muitos fossem, após o término do curso, para a Europa adquirirem mais conhecimentos.

Enquanto isso, no Rio de Janeiro, a criação da Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica fazia parte de uma série de medidas que buscavam, pouco a pouco, modernizar a futura capital do Reino Unido de Portugal, Brasil e Algarves. Desse conjunto de iniciativas também fazem parte a criação da Biblioteca e do Museu Nacional, da Imprensa Régia, do Banco do Brasil e do Jardim Botânico. O ensino médico passaria a ser ofertado dentro do Hospital Real Militar, no Morro do Castelo, e o cirurgião Joaquim da Rocha Mazarém foi o escolhido para ocupar a cadeira de Anatomia, em 2 de abril de 1808. Seis meses depois, em 12 de outubro, um decreto estipulou que caberia a Mazarém ensinar também sobre ligaduras, partos e cirurgias. Entretanto, antes mesmo de o ano de 1808 chegar ao fim, Mazarém é substituído pelo cirurgião-mor do Reino de Angola, Joaquim José Marques.

Outro acadêmico que integrou o quadro de docentes foi José Maria Bontempo, ocupando a cadeira de Medicina Clínica, Teoria e Prática e cuidando do Laboratório Químico-Prático. Tempos depois, foi alçado ao posto de diretor da Academia Médico-Cirúrgica, ficando no cargo até 1820. Mesmo não existindo documentos comprobatórios sobre a estrutura inicial dos cursos, é provável que seguissem a mesma linha traçada pela Escola baiana (Ferreira; Fonseca; Edler, 2001).

A Carta Régia

Em 29 de dezembro de 1815, uma carta régia levava mudanças à Escola de Cirurgia da Bahia: o plano de estudos de cirurgia, de Manoel Luiz Álvares de Carvalho. Este era diretor da Escola Anatômico-Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro, onde a novidade havia chegado dois anos antes. Entre as modificações, o curso passava de quatro para cinco anos; e as aulas seriam ministradas em novo endereço: nas dependências da Santa Casa de Misericórdia. A cada ano, as disciplinas a serem abordadas seriam:

1º ano: anatomia geral, química, farmacêutica, matéria médica e cirúrgica, e suas aplicações;

2º ano: anatomia e fisiologia;

3º ano: higiene, etiologia, patologia e terapêutica;

4º ano: instruções cirúrgicas e operações, e lições e práticas de obstetrícia;

5º ano: prática de medicina, lições do quarto ano e obstetrícia.

O novo currículo passou a valer em 17 de março de 1816, conforme observava-se abaixo:

As lições teóricas seriam dadas numa das salas do Hospital Militar, enquanto as “práticas e demonstrações sobre cada um dos objetos cirúrgicos” em uma de suas enfermarias. Já o “curativo cirúrgico pertenceria ao cirurgião-mor do Hospital”. Em 1809, a carta régia de 22 de setembro encarregou o cirurgião-mor João Pereira de Miranda da “instrução facultativa teórica e prática” dos Cirurgiões Ajudantes dos Regimentos, estabelecendo-se “a verdadeira e conveniente Escola de Medicina e Cirurgia no Hospital Militar” da Bahia. (Escola de Cirurgia da Bahia, [s.d.], online)

Com a reformulação, as exigências para a inserção dos candidatos sofreram algumas modificações. Para iniciar no primeiro ano, o requisito era saber ler e escrever; para o segundo somava-se o conhecimento do francês; e para o terceiro, o inglês. Quem soubesse Latim ou Geometria poderia, no ato da matrícula, ir direto para o segundo ano.

Passados os cinco anos, os estudantes estavam aptos a requisitar a Carta de Cirurgia. Também era possível receber a graduação de Cirurgia. Para isso, os interessados poderiam cursar por uma segunda vez o quarto e o quinto ano e prestar os exames necessários. Essa façanha dava, aos profissionais, “preferência em nomeações e empregos, além de estarem habilitados a curar todas as enfermidades e serem membros do Colégio Cirúrgico. Outra vantagem era poder candidatar-se às cadeiras dos cursos cirúrgicos onde fossem estabelecidos” (Cabral, [s.d.], online).

Em 1816, o corpo docente da renomada Academia Médico-Cirúrgica da Bahia² foi ampliado, ganhando novos mestres: Antônio Ferreira França (Higiene, Etiologia, Patologia e Terapêutica) e José Maria Álvares do Amaral (substituto de algumas disciplinas). Em 7 de dezembro de 1818, Manuel da Silveira Rodrigues³ é nomeado para a cadeira de Instruções Cirúrgicas e Arte Obstétrica, mas só assume o posto em 16 de maio de 1819. José Avelino Barbosa também integra o corpo de mestres da Escola de Cirurgia da Bahia na disciplina de Clínica Médica; e João Gomes da Silva fica responsável pela Clínica Farmacêutica.

² Apesar de a bibliografia consultada indicar o ano de 1815 como de mudança na denominação da Escola de Cirurgia da Bahia para Academia Médico-Cirúrgica da Bahia, não há qualquer referência, na carta régia de 29 de dezembro de 1815 sobre esta questão. No período de 1815 a 1832, encontramos na legislação tanto a denominação de escola de cirurgia como a de academia médico-cirúrgica, apesar de a segunda ser mais frequente.

³ Formado na Universidade de Edimburgo.

Com o aumento das especialidades, cresceu também o desejo, por parte dos mestres, de uma melhor infraestrutura. Isso levou o corpo docente a solicitar formalmente ao Conde dos Arcos, Governador da Capitania, uma série de materiais que potencializariam o ensino, como era o caso do microscópio. O pedido, no entanto, foi visto como exagerado e somente itens como móveis, livros em branco, dois esqueletos e algum tipo de instrumental foi encaminhado.

A necessidade de abordar mais assuntos de forma mais abrangente foi se fazendo presente no decorrer do tempo diante da formação em Cirurgia. E assim foram sendo incorporadas as cadeiras de Química, com Sebastião Navarro de Andrade, e Farmácia, com Manuel Joaquim Henriques de Paiva.

Em 1826, um avanço importante: as instituições da Bahia e do Rio de Janeiro ganhavam autonomia para revalidar diplomas estrangeiros e fornecer as cartas de cirurgião e de cirurgião formado, algo que até então ficava sob incumbência do cirurgião-mor de Portugal. Mas a grande novidade surge em 1832 com a reorganização das Escolas de Medicina, proposta apresentada pelo Dr. José Lino Coutinho, na época professor e deputado geral. O tema causou estranhamento entre a classe, tendo no Dr. José Avelino Barbosa um rival de peso. Mas, mesmo com os ruídos que surgiram no meio do caminho, a pauta foi avaliada pela Câmara. No fim, ficou sob a incumbência de a Sociedade de Medicina (hoje Academia Nacional de Medicina) pensar em uma reforma adequada e apresentá-la em forma de projeto de lei. O material foi formatado e encaminhado à Câmara em 1831, tendo sido aprovado e sancionado em 3 de outubro de 1832.

Pela nova lei, passaram os estabelecimentos em questão (...) a chamar-se de Faculdades de Medicina. Foi concedida grande autonomia às congregações, que ficaram com a competência de elaborar o regulamento da Faculdade, de propor mudança na distribuição das matérias, de organizar e melhorar os gabinetes e laboratórios, de aplicar taxas de matrículas e emolumentos dos títulos à aquisição de livros para a biblioteca, de eleger o seu diretor, apresentando ao governo, para a nomeação, os nomes dos três mais votados, a qual prevalecia por três anos. O ensino tornado livre foi consideravelmente ampliado, elevando-se o número de cadeiras a 14 (Moniz, 1923).

É neste momento também que é instituído, na Faculdade de Medicina da Bahia, o curso de Obstetrícia para mulheres, com duração de dois anos. Tendo como exigência prévia a alfabetização, contava com aula de partos e exame, uma forma de profissionalizar e levar um conhecimento mais técnico às interessadas em se tornarem parteiras, classe que contava até então somente com a experiência do dia a dia e os saberes tradicionais e ancestrais. E assim, gradativamente, a arte obstétrica ia se consolidando e ganhando seu espaço na nova configuração das faculdades.

4

Das parteiras aos médicos: uma sociedade em transformação

Enquanto as Escolas de Medicina continuavam passando por reestruturas internas, a sociedade brasileira do final do século 19 e o início do século 20 assistia ao surgimento de médicos diplomados, à diminuição das populares parteiras e a um tímido movimento em favor dos nascimentos em ambientes como hospitais,¹ casas de saúde e as já conhecidas Santas Casas de Misericórdia, em contraposição aos partos nas residências.

As novidades, em princípio, causaram um embate no que se refere às mudanças de padrões. Isto porque, por mais que os médicos trouxessem na bagagem conhecimentos e instrumentos que facilitassem o parto, tanto as gestantes quanto seus familiares não se sentiam à vontade – em termos morais – para compartilhar um momento de foro tão íntimo com um profissional do sexo masculino. Outro ponto que causava estranhamento dizia respeito ao fato de ter um filho em um espaço que não fosse a residência, pois a internação em si causava certa repulsa.

Dentro das Santas Casas, por sua vez, os gestores também não viam com bons olhos que homens atendessem mulheres no momento do parto. Com isso, os estudantes muniam-se da parte teórica, mas pouco tinham de prática. E não faltavam críticos a essa cultura, como o professor Matias Moreira Sampaio, da Faculdade de Medicina da Bahia. “Embora o obscuro professor, que nesta hora prende a vossa atenção, empregue no desempenho de seus deveres o esforço que permite sua fraca inteligência e limitado entendimento, o ensino de partos está longe da perfeição pela falta da clínica respectiva, de modo que podemos dizer que, salvo algumas manobras exercidas no manequim, fazemos somente partos teóricos”, desabafou, em suas memórias, datadas de 1867 (Brenes, 1991, p. 141).

1 O primeiro hospital do Brasil é a Santa Casa de Misericórdia de Santos, localizada no litoral de São Paulo, que foi fundada pelo fidalgo português Braz Cubas em 1º de janeiro de 1545.



As enfermarias de partos tiveram baixa adesão das gestantes, que preferiam ter os filhos da forma tradicional, dentro de suas casas

Este foi um impasse que ultrapassou décadas. Em 1875, no Estado da Bahia, uma enfermaria de partos passou a funcionar no Hospital de São Cristóvão. Ali, os estudantes finalmente puderam ter ensinamento prático, mas somente em poucas ocasiões. Além da baixa aceitação das mulheres, o local pecava pela falta de recursos estruturais. Entre os anos de 1879-1894, surge, enfim, a figura do professor Climério de Oliveira, que toma posse da nova cadeira de Clínica Obstétrica e Ginecológica da Faculdade de Medicina da Bahia. Descontente com o que vivenciava dentro do Hospital da Santa Casa de Misericórdia, chegou a declarar que “quem ali respira fétidos odores e doentios ares e conhece, pelo que leu ou pelo que viu, qual o conjunto de circunstâncias que devem tornar saudável um estabelecimento dessa ordem não pode deixar, sob o ponto de vista das grandes intervenções cirúrgicas, de considerá-la um foco de letalidade, ao invés de um meio de restabelecimento da saúde” (Brenes, 1991, p. 143).

Descontentamento igual se via na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Documentos produzidos entre as décadas de 1820 e 1830 relatam a necessidade de mudanças, ressaltando que “a cozinha não poderia permanecer no mesmo lugar, porque a fumaça empestava as enfermarias. E a enfermaria dos loucos não poderia ficar onde se encontrava, pois ali, no térreo, os internos incomodavam os doentes que convalesciam nos andares superiores e eram provocados por aqueles que transitavam nas ruas”. Mas um dos pontos de maior preocupação vinha do fato de haver um cemitério dentro do local. Em oito anos, o espaço já contava com 22.279 mortos.

“E como fora possível que tão avultado número de cadáveres, amontoados em mal cobertas valas, deixassem de prejudicar, consideravelmente, não só a salubridade do hospital, mas mesmo a da cidade, achando-se o cemitério fronteiro à barra, por onde entram ventos fortes e, com especialidade, a viração que antes de ir refrigerar a povoação, se embebia necessariamente nos miasmas pútridos daquele lugar?” (Gandelman, 2001, p. 619)

De acordo com o historiador e mestre em Saúde Coletiva Luiz Teixeira, a partir de 1870, com o surgimento da criação das cadeiras de Obstetrícia e o desenvolvimento do ensino nesta área, no início do século 20, surgem as primeiras maternidades. Trata-se de um marco do Brasil. No entanto, de início, estas unidades públicas atraem poucas mulheres, basicamente aquelas das camadas mais populares. “Em 1904 é fundada a maternidade-escola; depois, é inaugurada a Pró-Matre e várias outras. Este processo transforma a questão do nascimento e cada vez mais mulheres passam a ter seus filhos, em especial as mais pobres, nestas maternidades. É também um momento em que as técnicas começam a se transformar no âmbito da Medicina, em especial pelo desenvolvimento da Cirurgia e da Bacteriologia, que permite um ambiente com menos micróbios e com ampliação das cirurgias”, explica Teixeira, que também é coordenador adjunto do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ) e do Programa de Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá (History of Science, 2022).

A derrocada das parteiras

No meio desses acontecimentos, as populares parteiras, aos poucos, começaram a ser substituídas. O Curso de Partos, instituído na década de 1830, para que mulheres pudessem ter uma formação mais completa e serem diplomadas nas faculdades, passou por reformas no decorrer dos anos. E, no lugar de trazer abertura, essas alterações restringiram ainda mais o acesso das mulheres àquela tradicional atividade.



O Curso de Partos teve início nas escolas de medicina a partir de 1830 e tinha como meta passar uma formação mais completa às parteiras

Inicialmente, o curso selecionava suas alunas a partir de alguns requisitos. Além de terem de pagar 20 mil réis de matrícula, deveriam ser alfabetizadas, ter mais de 16 anos e também levar um atestado de bons costumes passado pelo juiz de paz da freguesia onde moravam (Mott, 1999). Os ensinamentos também só poderiam ser oferecidos dentro das duas faculdades de Medicina existentes até então: a do Rio de Janeiro e a da Bahia. Mas, para a historiadora Maria Lucia Mott, referência em História da Saúde, em especial sobre partos no Brasil, nada disso foi por acaso. “Essas exigências sugerem que se esperava alunas jovens, sem experiência prática adquirida com parteiras tradicionais (obtido, conseqüentemente, toda formação por ensinamentos médicos), alfabetizadas, de moralidade comprovada e com recursos para poder pagar a matrícula [...]. Pode-se dizer que o curso era teórico, embora as alunas tivessem maneiras não institucionais de praticar, como assistir os partos das escravas em casas de conhecidos” (Mott, 1999, p. 135).

Conhecida por seu trabalho e também por ser a primeira a se formar no Curso de Partos do Brasil, Maria Josephine Matildes Durocher² foi defensora do ensino teórico a essas profissionais durante toda a vida, e sempre levou a sua experiência prática para o lado da Ciência, escrevendo vários artigos. Ao ser

² Conheça mais sobre Maria Josephine Matildes Durocher no capítulo 12 - Mulheres na especialidade.

admitida na Academia Imperial de Medicina, em 1871, defendeu a causa em várias ocasiões, mas sua voz ecoou em terreno infértil. Em um dos artigos que redigiu, intitulado *Deve ou não Haver Parteiras?*, chegou a frisar que um curso mais extenso ajudaria a “destruir o preconceito contra médicos, preconceitos sustentados por comadres ignorantes e parteiras charlatãs” (Mott, 1999, p. 135).

Enquanto a atividade das parteiras entrava em fase de declínio, a medicalização do corpo feminino ganhava força, trazendo a ideia de que os médicos ofereciam melhores condições, graças aos seus conhecimentos científicos, capazes de diminuir as dores do parto, bem como minimizar os riscos para a mãe e o feto. Esta argumentação foi se fortalecendo especialmente a partir da década de 1930, à medida que a tecnologia ia sendo incorporada, no geral, ao universo da Medicina, e, em particular, no que dizia respeito à esfera da Obstetrícia e da Ginecologia.

Conforme pontua Fabíola Rohden, no artigo *História e Tensões em Torno da Medicalização da Reprodução*, “a primeira menção a um socorro específico aparece em 1830, no Rio de Janeiro, quando a Santa Casa de Misericórdia contrata a parteira francesa Stéphanie Marie Warmont e, na Casa dos Expostos, instala-se um quarto especial para a realização de partos” (Rohden, 2006, p. 216). Em 1847, surge, dentro da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, a primeira enfermaria especial para partos, que passaria a se chamar, tempos depois, de Maternidade da Santa Casa. Dentro da unidade, como era próprio daquele tempo, o comando foi entregue a um homem: o parteiro Rodrigo Cid Soares de Bivar. O local seria pioneiro não só por este fato, mas também porque Bivar foi “o primeiro a utilizar a cloroformização na Obstetrícia no Brasil, em 1848” (Rohden, 2001, p. 78).

Em meados de 1850, as casas de saúde ampliaram seu espaço, tendo à frente a autoridade dos médicos. No Rio de Janeiro, é aberta a Maternidade das Laranjeiras, em 1904,³ e em 1909, em Salvador, começa a ser gestada a Maternidade Climério de Oliveira. Antes delas, só a Maternidade São Paulo, fundada em 1894.⁴ O nascimento oficial da unidade baiana foi em 30 de outubro de 1910, tendo como idealizador o professor Climério Cardoso de Oliveira. O acadêmico não mediu esforços para levar adiante a concretização de um recinto que fosse apropriado para a prática obstétrica. E o intenso trabalho foi reconhecido, visto que, na época, foi considerada por especialistas da área como “uma das melhores maternidades-escola do mundo em instalações e equipamentos; e a pioneira no desenvolvimento de pesquisas na área de Obstetrícia, abrigando o primeiro Centro de Reprodução Humana do Brasil, nas décadas de 1950 e 1960” (Rohden, 2001, p. 78). Isso coincide com a percepção do médico e historiador Lycurgo Santos Filho, a respeito do quão avançado estava especialmente a Obstetrícia brasileira, naquele período da nossa história.

3 O espaço mudaria de nome a partir de 1918, e se tornaria a Maternidade Escola da Faculdade de Medicina.

4 Saiba mais sobre a Maternidade São Paulo no Capítulo 5.

Na segunda metade do século XIX os médicos brasileiros já ostentavam o conhecimento de técnicas consideradas sofisticadas para cuidar dos partos. E, contrariando as recomendações do Real Colégio dos Médicos de Londres de que não era digno de um médico assistir a parturientes, colocavam-se à disposição para resolver os casos mais difíceis, que exigiam seu conhecimento e maestria. Empregavam a manobra de Mauriceau (técnica usada quando o feto apresentava-se em posição complicada, supostamente desconhecida das parteiras), o fórceps (instrumento ausente na medicina do período colonial) e a operação cesariana. Cada uma dessas técnicas era sempre alvo de discussões e polêmicas entre os especialistas, já preocupados com o bom gerenciamento das funções reprodutivas femininas e suas consequências.⁵ (Santos Filho, 1991 apud Rohden, 2006, p. 215)



José Adeodato de Souza: primeiro professor da Cátedra de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Bahia

Academicamente, as faculdades de Medicina foram igualmente se moldando às novas realidades que surgiam. Em 1911, José Adeodato de Souza (1873-1930) se tornou o primeiro professor da Cátedra de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Bahia, devido à reforma Rivadavia Corrêa, que reformulou o ensino fundamental e superior. Adeodato já era familiar dentro da instituição, pois era, até então, professor catedrático de Clínica Obstétrica e Ginecológica. No Rio de Janeiro, a cátedra de Ginecologia ficou nas mãos de Érico Coelho e a Obstetrícia passou a ser liderada por Luiz da Cunha Feijó Júnior. Um novo momento se fazia presente dentro da Ginecologia e Obstetrícia, e o progresso e as inovações consolidavam e mudavam os rumos da especialidade, tendo o Rio de Janeiro como o seu principal ponto de capilarização.

5 SANTOS FILHO, Lycurgo. *História Geral da Medicina Brasileira*. São Paulo: Hucitec/Edusp, 1991, p. 329-331.

O incêndio que abalou a Faculdade de Medicina da Bahia



Em 1º de março de 1905, as ruas de Salvador estavam em festa. Era Carnaval e foliões de todas as idades dividiam espaço com carros alegóricos do Clube Cruz Vermelha e também com a banda do 1º Corpo de Regimento local. Um cenário que em nada sinalizava o que estaria por vir. Por volta das 21h30, a música que animava o festejo popular deu lugar aos estrondos dos sinos das igrejas e as cornetas dos quartéis. Era sinal de que um incêndio estava em curso. O desastre se dava nas dependências da Faculdade de Medicina da Bahia. Muitos se dirigiram ao local e tentaram, de alguma maneira, ajudar a conter as chamas, que chegaram a dois metros de altura. Instalada na parte superior da edificação, a preciosa biblioteca ainda se via intacta das labaredas, mas a abertura de portas e janelas foi o estopim para que o fogo atingisse o rico acervo, e destruísse em aproximadamente 25 minutos todas as 14 mil obras e 22 mil volumes.

Assustados, muitos doentes que estavam internados no Hospital anexo à Faculdade também deixaram seus leitos e saíram à rua. E além de alguns corajosos cidadãos, estudantes da faculdade buscavam salvar o que fosse possível do fogo, que se alastrava

Escombros mostram a destruição da Capela dos Jesuítas e de um dos pavilhões da Faculdade de Medicina da Bahia, logo após o incêndio de 1905



rapidamente. Entre eles, vale destacar a figura de Oliveira Júnior, acadêmico do terceiro ano de Medicina. Junto com oito homens, entre bombeiros e integrantes do 9º Batalhão de Infantaria, ele foi responsável por um feito heroico, ao subir no telhado do salão nobre, com intuito de usar o depósito de água da edificação para conter o incêndio. Contudo, ao chegar até o local, a estrutura já havia se transformado em escombros. Aproveitou então o fato de já estar lá em cima para colocar em prática outra engenhosa ideia, conforme narrou o Dr. Antonio Carlos Nogueira Britto no artigo *O Incêndio da Faculdade de Medicina da Bahia em 1905*.

Foi de melhor alvitre isolar a parte não incendiada, o que fez o acadêmico cortar o telhado em cerca de duas braças (antiga unidade de comprimento equivalente a 2,2m.) [...]. E fez subir uma mangueira com esguicho para refrescar o salão nobre, não só o assoalho, como o teto, que já começava a ser atingido pelas labaredas. Feito esse trabalho, incontestavelmente de grande valor, mandou subir outra mangueira, por meio de cordas, para debelar o fogo, que já passava para uma sala vizinha à da secretaria, conseguindo, felizmente, limitar o fogo nessa parte. Circunscrito assim o incêndio por esse lado, tratou de socorrer aos gabinetes de História Natural e Histologia, que ameaçavam arder. Neste sentido usou de escada emendada e de uma mangueira de extensão superior a quinze metros, sendo então, imediatamente, abafado o fogo.” (Britto, [s.d.], online)

O mesmo raciocínio foi utilizado pelo conselheiro municipal Pedro Rodrigues dos Santos, posicionado do outro lado da instituição, para “evitar que o incêndio consumisse as salas da secretaria e outros gabinetes” (Britto, [s.d.], online). Essas medidas foram fundamentais para evitar que o estrago tivesse proporções ainda mais arrasadoras. Quanto ao incipiente Corpo de Bombeiros, apesar da boa vontade, não estava preparado no que se refere a infraestrutura ou técnica para enfrentar uma situação como aquela. “Conduzindo uma velha e estragada bomba a vapor, comandados pelo tenente Oliveira Lima, mostravam-se impotentes para o combate ao incêndio, em razão da dolorosa e proverbial deficiência de água e da falta das necessárias instruções respeitantes ao imediato isolamento. A dita bomba a vapor só começou a funcionar depois de uma hora da madrugada” (Britto, [s.d.], online).

Ao final do incidente, além da biblioteca, os laboratórios de Anatomia, Patologia, Química, Medicina Legal e Bacteriologia foram totalmente destruídos. Outro ponto que o incêndio também levou foi a Capela dos Jesuítas, construída em meados de 1551. Felizmente, a Faculdade de Medicina da Bahia foi reinaugurada quase quatro anos depois, em 31 de janeiro de 1909, tendo como diretor o Dr. Alfredo Britto.

O desenvolvimento da tocoginecologia no Brasil a partir da cidade do Rio de Janeiro

Na transição do século 19 para o 20, a cidade do Rio de Janeiro era o epicentro de grandes transformações internas do Brasil. A mais significativa delas – a substituição da Monarquia pela República – foi marcada por um período em que a então Capital Federal passou por um intenso processo de urbanização e pela grande intervenção na situação sanitária, atuando em diversas frentes: aprofundou o sistema de saneamento urbano, modernizou o porto e assegurou mais atenção ao controle de surtos epidêmicos assim como à vacinação.

A cidade progredia, buscando alcançar um caráter mais europeu, incluindo arquitetura, costumes e ideais. De um lado se destacavam os engenheiros, responsáveis por projetos que remetiam a Londres e Paris, os grandes modelos de civilização de então. Do outro, os médicos que, com a sua ciência, eram igualmente fiadores daquela renovação em curso. Somada a essas inovações, a cidade ainda experienciou a expansão habitacional, saindo, de acordo com o Censo Demográfico, de 274.972 para 811.443 habitantes, comparando os anos de 1872 e 1900. Era, com sobras, a maior e principal cidade do País.

Diante do cenário em curso, nenhuma outra localidade nacional fazia frente ao Rio de Janeiro, em se tratando de estabelecimentos de saúde. Apesar das nítidas carências, a região unia, dentro do mesmo perímetro geográfico, diversas unidades assistenciais, tais como: Santa Casa de Misericórdia; Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência; Hospital da Ordem Terceira de São Francisco da Penitência; Policlínica Geral do Rio de Janeiro; Hospital São Sebastião; e, desde 1904, a Maternidade das Laranjeiras, um dos primeiros estabelecimentos do País dedicados exclusivamente aos cuidados da mulher (Martins, 2005).

É nesse contexto que se forja a nascente Ginecologia e que também se consolida a já presente Obstetrícia no Rio de Janeiro. Na evolução dos processos



A cadeira de Clínica Obstétrica e Ginecológica da Faculdade de Medicina da Bahia (foto) teve como primeiro professor catedrático o Dr. Climério de Oliveira

e costumes, finalmente os homens eram aceitos para se dedicarem à saúde da mulher e, especialmente, ao processo reprodutivo. *La Ville Merveilleuse*,¹ como bem eternizou a escritora francesa Jane Catulle Mendès, viria a ser, inicialmente, o ponto irradiador de novidades da especialidade para o restante do País. Lá atuavam as mais proeminentes referências de então e era para ali que afluíam primeiramente as inovações produzidas fora do Brasil.

A expansão das Faculdades de Medicina

A outrora capital do Império e então capital da República representava, naquele momento, o marco zero de uma jornada de formação de profissionais. E estes, ao se estabelecerem nas demais regiões do País, atuavam como multiplicadores de um conhecimento ainda restrito. O ponto de partida era a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que desde 1856 havia sido transferida do Hospital Militar do Morro do Castelo para o prédio do Recolhimento das Órfãs, próximo à Santa

¹ Cidade Maravilhosa é o título do livro de poemas de Jane Catulle Mendès, publicado em 1913, em homenagem às belezas naturais do Rio de Janeiro. O epíteto foi usado por André Filho na composição da famosa marchinha de Carnaval de 1913, que, em 2003, se tornaria o hino oficial da capital fluminense.

Casa de Misericórdia local. No entanto, concluído o curso, a Europa era o destino comum de muitos, que atravessavam o Atlântico em busca de especialização.

Um dos que fizeram esse caminho foi Francisco Furquim Werneck de Almeida, que juntamente com os conselheiros Lucas Antonio de Oliveira Catta Preta e João Marinho de Azevedo, era proprietário, desde 1874, de uma das clínicas de maior prestígio do Rio de Janeiro. Ele passou três semestres no Velho Mundo, onde pôde frequentar cursos de renomados médicos da França, Áustria, Alemanha e Inglaterra. Neste último, especializou-se em Ginecologia e pôde acompanhar, inclusive, os trabalhos de William Ferguson, respeitado professor de Cirurgia no King's College, de Londres – famoso pela habilidade em operar – e do cirurgião Thomas Spencer Wells, que já realizava ooforectomia (extração de ovários) no Samaritan Free Hospital for Women.

Com a expansão lenta e gradual das escolas médicas para as demais cidades e Estados, muitas figuras formadas na Faculdade do Rio de Janeiro viriam a ter protagonismo nesse processo. Entre eles, dezenas de tocoginecologistas (para usar o conceito atual) e médicos ou cirurgiões especializados em Obstetrícia (os médicos-parteiros de então). É o caso, por exemplo, de Protásio Alves, Francisco Freire de Figueiredo² e Eduardo Sarmento, no Rio Grande do Sul. Este último abraçou a Anatomia; os dois primeiros, a Obstetrícia.

Doutor Protásio também foi um daqueles que, depois de se diplomar, em 1881, pôde rumar para a Europa. Lá também passou pela França, Alemanha e Suíça, onde, neste último país, estudou com Theodor Billroth, um dos pioneiros da cirurgia abdominal. Com a fundação da Faculdade Livre de Medicina e Farmácia, em Porto Alegre, foi escolhido para o cargo de primeiro diretor.

Esta que se consolidou nos dias atuais como Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) foi a terceira do País e a primeira do período Republicano. Nasceu depois de uma lacuna de 89 anos sem a criação de novos cursos médicos, período em que a formação desses profissionais no Brasil dependia de um duopólio acadêmico exercido pelas instituições da Bahia e do Rio de Janeiro. Assim, o Brasil chegaria ao século XX com três escolas médicas, mesmo número da Colômbia, e atrás de Canadá (com sete) e Estados Unidos (com 57).

O advento da instituição gaúcha, em 25 de julho de 1898, foi resultado da fusão da Escola Livre de Farmácia e Química Industrial (de 1894) e o recém-criado Curso de Partos, que era destinado a formar parteiras e ficava nas dependências da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, tendo como diretor Protásio Alves. Com ele estavam Carlos Nabuco, Dioclécio Pereira, Sebastião Affonso de Leão³ e Francisco Freire de Figueiredo.

2 O professor Francisco Freire de Figueiredo, que se diplomou em 1892, é um dos casos de médicos que acabam mudando de especialidade. Depois de exercer a função de professor catedrático de Clínica Obstétrica na Faculdade de Medicina de Porto Alegre, começa um processo de transição para Oftalmologia, em 1911 (quando é nomeado substituto de Oftalmologia na Sociedade Beneficente Portuguesa). Em 1924, pediu a transferência para a cátedra de Oftalmologia, e foi atendido.

3 Sebastião Affonso de Leão concluiu o curso de Medicina no Rio de Janeiro em 1888 e foi o primeiro secretário-geral

O ensino de Obstetrícia acontecia na Enfermaria 24 da Santa Casa, e desde a fundação da Faculdade até 1907, Protásio Alves exerceu o papel de professor catedrático de Obstetrícia, conduzindo o destino da especialidade. No curso de Medicina, ele era responsável por ensinar Clínica Obstétrica e Ginecologia, na sexta série, enquanto Francisco Freire de Figueiredo era o catedrático de Clínica Obstétrica, na quinta série.

O sistema de cátedra, vale mencionar, pressupunha a existência de um serviço, sendo o professor catedrático o seu chefe. Por divergências políticas com o então presidente da província gaúcha, Júlio de Castilhos, Protásio Alves abriu mão das funções. Depois dele, a direção do ensino de Obstetrícia foi entregue a Mario Totta, que permaneceria no cargo por um longo tempo, entre 1908 e 1947. Este já era cria da própria Faculdade de Medicina de Porto Alegre, e fez parte da primeira turma de médicos formados ali. Especializou-se em Ginecologia e Obstetrícia e, em 1905, iniciou a jornada como professor assistente da cadeira de clínica Obstétrica e Ginecológica (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2018, p. 25). No entanto, depois de Totta, o cargo voltou a dois médicos formados na Faculdade do Rio de Janeiro: Othon Soares de Freitas (1947 a 1964) e Nilo José Pereira Luz (1964 a 1966). A movimentação no decorrer dos anos reflete a importância da instituição carioca na formação de mão de obra especializada para o Brasil, mesmo quando outras escolas já estavam muito bem estabelecidas.

A hora e a vez de Minas Gerais

Do Rio de Janeiro também partiram aqueles que ajudariam a criar a Faculdade de Medicina de Belo Horizonte e a espalhar o novo conhecimento ginecológico pela nova capital mineira.⁴ Um deles foi Hugo Eiras Furquim Werneck, filho do renomado Dr. Francisco Furquim Werneck.

Já durante o período acadêmico, que se iniciou em 1895, Hugo Werneck ajudava o pai na Casa de Saúde Catta Preta, Marinho e Werneck. Depois de ter obtido êxito com sua tese “Da salpingo-ovarite e seu tratamento”, iniciou a trajetória no Hospital Jurujuba (Niterói), chegando, em seguida, à Maternidade das Laranjeiras. No entanto, acabou contraindo tuberculose e foi se tratar na Suíça. “Meu avô foi internado no sanatório de Arosa, perto de Davos, na Suíça. Ao retornar para o Brasil, não poderia voltar a morar no inadequado clima do Rio de Janeiro. Veio se tratar da tuberculose em Belo Horizonte, mas estava tão fraco que não tinha forças sequer para pegar um palito de fósforo no chão”, disse o engenheiro Fernando Vianna Furquim Werneck, neto de Hugo, ao jornal *O Estado de Minas* (Kiefer, 2015, *online*).

da Faculdade de Porto Alegre. Tornou-se médico legista da Polícia e foi um dos pioneiros no estudo da criminalidade no Rio Grande do Sul.

4 No dia 12 de dezembro de 1897, a capital de Minas Gerais foi transferida de Ouro Preto para a cidade recém-construída e que, a partir de 1901, deixou de se chamar simplesmente Cidade de Minas para se tornar Belo Horizonte.

Foi, portanto, em busca desse clima mais amigável à sua condição e aconselhado por um amigo que Hugo Werneck se estabeleceu na nova cidade, em 21 de novembro de 1906, para nunca mais deixá-la. A estratégia de respirar os bons ares mineiros funcionou. Lá, associou-se ao cirurgião Cornélio Vaz de Melo e trabalhou como clínico na Santa Casa de Misericórdia até assumir o cargo de provedor dessa instituição. Nesse período, organizou o serviço de cirurgia da Santa Casa, seguiu realizando grandes cirurgias ginecológicas e criou a primeira enfermaria de Ginecologia do Brasil.

Na instituição assistencial, Hugo Werneck introduziria novos instrumentos cirúrgicos, como os bisturis sem cabos de madeira, confeccionados em peça inteiriça ou muito bem soldados entre o cabo e a lâmina, bem como as pinças desmontáveis, algo que facilitava a limpeza. Esses materiais podiam ser fervidos em solução de carbonato de sódio, evitando que se enferrujassem. Outras novidades foram o mobiliário em ferro, com ajustes feitos de acordo com o tipo de cirurgia realizada.

Hugo Werneck é reconhecido como o primeiro médico especialista em Ginecologia que apareceu em Belo Horizonte. Nos jornais da época, diferentemente dos colegas, que se autointitulavam “médicos das senhoras”, ele se apresentava como ginecologista, palavra que era uma novidade. Nos anúncios, destacava, entre as capacidades, o tratamento dos tumores do útero e seus anexos, prolapso e desvios do útero, autoplastias do colo e da vagina, tratamento radical dos ectrópios e endocervicites, cura da esterilidade e da dismenorreia.

Em março de 1911, tornou-se também um dos fundadores da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, sendo o primeiro a ocupar a Cadeira de Ginecologia e Obstetrícia. Com ele, assinaram a ata de fundação da nova escola outros 11 médicos, sendo apenas um – o dermatologista Antonio Aleixo – formado na Bahia. Todos os demais frequentaram a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sendo alguns, embora não colegas de turma, contemporâneos de Werneck no período de estudo.

Hugo Werneck seguiu contribuindo com a tocoginecologia na capital mineira. Em 1916, por exemplo, inaugurou a Maternidade Hilda Brandão, anexa à Santa Casa, a primeira da cidade. Tentava assim romper com a tradição que



O clima fez Hugo Eiras Furquim Werneck trocar o Rio de Janeiro por Belo Horizonte, onde implantou as bases da Ginecologia e desenvolveu técnicas e instrumentos

persistia de o atendimento ao parto ser feito em casa e por parteiras. Tal qual nas demais localidades do País, a medicalização feminina em Belo Horizonte ainda precisava romper com o pudor das mulheres e a resistência dos maridos e pais em deixar que esposas e filhas expusessem os corpos a outro homem, ainda que fosse a bem da própria saúde.

Fundamental para a institucionalização da Ginecologia em Minas Gerais, Werneck atuou no movimento de introdução dos métodos dos laboratórios de bacteriologia na clínica e, consciente das falhas dos processos de esterilização das mãos, incorporou o hábito de revestir as mãos com luvas impermeáveis e esterilizadas por processos físicos. Na sua visão, Ginecologia era “a primogênita da má obstetrícia”, tendo, segundo ele, a prática ginecológica origem na execução de engenhosas operações plásticas destinadas a reparar os descabros dos traumatismos obstétricos (Werneck, 1934 *apud* Marques, 2005, p. 170).⁵

Em 1926, foi eleito diretor da Faculdade de Medicina e a cátedra de Ginecologia e Obstetrícia passou, após concurso, para Oto Pires Cirne. O pernambucano Cirne foi seguido pelo mineiro Clóvis Salgado da Gama, que viria a ser vice-governador e governador do Estado de Minas Gerais na década de 1950. Em comum, tanto Cirne quanto Clóvis Salgado tinham o fato de, assim como Werneck, também terem se diplomado no Rio de Janeiro.

Inauguração da Maternidade Hilda Brandão, de Belo Horizonte, em 25 de junho de 1916, com a presença do então presidente Delfim Moreira e dos doutores Hugo Werneck e Bueno Brandão

5 WERNECK, Hugo Eiras Furquim. Aula inaugural dos cursos médicos da Universidade de Minas Gerais, proferida em março de 1934, 6-20. Suplemento da Revista de Gynecologia e d'Obstetricia, [S.l.], ano 34, n. 3, tomo I, mar. 1940.



Maternidade de São Paulo: a pioneira

O município de São Paulo já tinha cerca de 400 mil habitantes no início da década de 1910, um grande hospital (a Santa Casa de Misericórdia) e nenhuma faculdade de Medicina. Mas isso não iria permanecer assim por muito tempo. Aquela que já era a segunda maior cidade do País se beneficiaria também do conhecimento de médicos formados no Rio de Janeiro, tendo a assinatura deles na edificação da tocoginecologia paulistana e paulista.

Uma dessas lideranças foi o Dr. Bráulio Joaquim Gomes (1854-1903). Ele esteve à frente de dois importantes empreendimentos na capital paulista: a Maternidade São Paulo, fundada pioneiramente, em 1894, na rua Antônio Prado (atual Bráulio Gomes, na República) e, para muito historiadores, a primeira instituição do gênero no Brasil; e a Escola de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia, de 1901.⁶ Ali, o curso de Obstetrícia era ministrado em dois anos, sendo o primeiro de responsabilidade do professor Bráulio Gomes e o último a cargo do professor Sylvio Azambuja de Oliva Maya.

O doutor Bráulio morreu em 1903 e, em 1911, foi extinto o curso de Obstetrícia. No entanto, no ano seguinte, o Dr. Sylvio Maya fundou a Escola de Parteias de São Paulo, que funcionava na mesma Maternidade São Paulo e tinha no corpo clínico Raul Carlos Briquet, na condição de assistente do Dr. Sylvio Maya, além de Nicolau de Moraes Barros, Nunes Cintra e Vieira Marcondes.

Diferentemente das outras praças, na capital paulista a primeira escola médica foi uma iniciativa privada, levada a cabo pelo mineiro Eduardo Augusto Ribeiro Guimarães, diplomado em 1882 no Rio de Janeiro. Ele liderou um grupo de médicos, farmacêuticos, dentistas e advogados e instalou, em 1911, a Universidade Livre de São Paulo, que, além de Medicina, oferecia os cursos de Belas Artes, Comércio, Engenharia, Odontologia, Farmácia e Direito. A instituição conseguiu resistir somente até 1917, mas chegou a formar alguns médicos.

Quase simultaneamente e rejeitando o conceito de entidade de ensino privado estabelecido por Augusto Ribeiro Guimarães, um trio de médicos articulou, dentro da Santa Casa paulistana, um projeto de uma escola pública estadual. Ela seria fundada em 1913, como Escola de Medicina e Cirurgia de São Paulo, a mesma que hoje está integrada à Universidade de São Paulo (USP). Esses doutores eram Arnaldo Vieira de Carvalho, Domingos Rubião Alves Meira e Luiz Pereira Barreto. Arnaldo Vieira de Carvalho era de Campinas (SP) e seus dois colegas nasceram no que

Reprodução do jornal O Estado de S. Paulo, de 8 de agosto de 1894, que noticia a inauguração da Maternidade São Paulo, o que faz dela a primeira iniciativa do gênero no Brasil



6 A Escola de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia é uma evolução da Escola Livre de Farmácia, que foi inaugurada em 11 de fevereiro de 1898, no prédio alugado da rua Brigadeiro Tobias, nº 1.



hoje é o Estado do Rio de Janeiro. Dos três, Pereira Barreto era o único não graduado na então capital federal, mas em Bruxelas (Bélgica). Para diretor da nova instituição foi escolhido o Dr. Arnaldo, cargo que ocuparia até 1920.

Entretanto, apesar das diversas forças e protagonistas que levaram adiante a jovem Obstetrícia e a Ginecologia brasileiras, o centro das ações, naquele momento inicial, foi a Santa Casa de Misericórdia. Na iminência de se criar a Faculdade de Medicina e Cirurgia, por exemplo, foi à Provedoria da Irmandade que Arnaldo Vieira de Carvalho recorreu e conseguiu a aprovação para transformar o Hospital Central da entidade, localizado desde 1884 “nos altos do Arouche”, em um local para formar os novos médicos e cirurgiões do Estado de São Paulo.⁷ Mais adiante, a partir de 1933, a secular casa serviria ainda a uma outra instituição de ensino médico, dessa vez à Escola Paulista de Medicina, que hoje integra a Universidade Federal do Estado de São Paulo (Unifesp).

Voltando à antiga Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, a Congregação indicou, em 1917, o Dr. Arnaldo como professor catedrático de Ginecologia e Sylvio Maya para a cadeira de Obstetrícia. Cria-se a partir daí a estrutura para as duas disciplinas, com a escolha dos respectivos corpos clínicos. Essa é a raiz do que viria a ser, futuramente, o Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A Cadeira de Obstetrícia logo se vinculou à Escola de Partejas e passou a ocupar um pequeno imóvel nos fundos da Maternidade São Paulo, que dispunha de 12 leitos. Mais adiante, em 1925, Raul Briquet substituiria Sylvio Maya e, sob sua direção, a Clínica Obstétrica finalmente sairia das acanhadas dependências para, em 1932, ser transferida para a nova sede da Faculdade de Medicina, que havia sido inaugurada no ano anterior, na antiga Avenida Municipal, rebatizada, na ocasião, de Doutor Arnaldo.

Já a nova clínica de Ginecologia foi instalada inicialmente na 1ª Enfermaria de Mulheres da Santa Casa, da qual Dr. Arnaldo já era o chefe. Ele tinha como assistentes os Drs. José Ayres Netto, Egidio de Carvalho e Nazareno Orsesi e proferiu sua aula inaugural em 4 de março de 1918, no salão nobre da entidade. Nicolau de Barros é enfático ao reconhecer as contribuições do grande médico e professor catedrático, a quem viria a suceder: “Se há exagero em afirmar que Arnaldo Vieira de Carvalho foi o criador da Ginecologia operatória entre nós, é incontestável que foi aqui o divulgador das grandes intervenções ginecológicas”.

Doutor Arnaldo morreu inesperadamente em junho de 1920, aos 53 anos, depois de sofrer um corte na mão com o próprio bisturi, durante um procedimento cirúrgico realizado na Santa Casa de Misericórdia. Esse incidente banal levou a uma intensa septicemia que – em um tempo anterior ao surgimento do antibiótico – foi suficiente para lhe ceifar precocemente a vida.

Com a sua morte, o primeiro-assistente, Dr. Ayres Netto, assumiu provisoriamente a regência da cadeira, até que, por concurso, o Dr. Nicolau de Barros

Na página oposta:

1. Nicolau de Moraes Barros,
2. Arnaldo Vieira de Carvalho,
3. Domingos Rubião Alves Meira
4. Luiz Pereira Barreto

7 O uso da estrutura da Santa Casa de Misericórdia pela Faculdade de Medicina seguiu até 1945, depois de inaugurado oficialmente o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

Com a morte do Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, em 1920, o Dr. José Ayres Netto (ao lado) assumiu provisoriamente a Clínica de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, até que o Dr. José Bonifácio Medina (abaixo), assegurasse, por concurso, o posto de professor catedrático, em 1945



assegura o lugar como catedrático. Este se especializou em Ginecologia e Obstetrícia em Viena, para onde seguiu logo após concluir a Faculdade de Medicina no Rio de Janeiro. Na capital austríaca esteve sob orientação de figuras importantes, como Friedrich Schauta (1849-1919), Fritz Hitschmann (1870-1926) e Ludwig Adler (1876-1958).

Schauta era o diretor da Clínica Feminina Universitária e foi o introdutor de uma operação para câncer uterino em que o útero e os ovários são removidos pela vagina (Operação de Schauta-Stoeckel).⁸ Já Hitschmann e Adler foram assistentes de Schauta e os dois publicaram, em 1908, uma obra seminal (*A estrutura do revestimento uterino da mulher sexualmente madura com atenção especial à menstruação*), com a qual expuseram e colocaram a teoria das alterações menstruais no revestimento uterino em um novo patamar.

Foi parte desse importante conhecimento que Nicolau de Barros trouxe de Viena e levou para sua cátedra e prática, o que fez dele, conforme muitos defendem, o legítimo fundador da Escola Ginecológica paulista. Ele foi sucedido por José Bonifácio Medina, este já formado dentro da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, em 1923, e lapidado pelo próprio Nicolau de Barros, a quem teve como mestre.

8 Friedrich Schauta publicou numerosos artigos nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia, sendo *Grundriss der Operative Geburtshilfe* (Esboço para Obstetrícia Operatória) e *Lehrbuch der gesamten Gynäkologie* (Livro Didático de Ginecologia Completa) dois dos livros mais conhecidos.

Quando a aposentadoria compulsória chegou para o grande professor, Medina estava pronto para levar adiante aquele trabalho de consolidação da especialidade, a partir de concurso de títulos e prova, realizado em 1945.

E assim como paulistas, mineiros e gaúchos, outros seguiram uma trilha semelhante, tendo como ponto de partida o Rio de Janeiro, para levar o conhecimento às demais regiões do País. É o caso de Victor Ferreira do Amaral (1862-1953), que contribuiu para a criação da Faculdade de Medicina do Paraná, em 1912, e que, no ano seguinte, fundou a primeira maternidade daquele Estado, que hoje leva seu nome. Ou mesmo de Camilo Henriques Salgado Júnior (1873-1938), hoje cultuado no Pará como santo popular. Curiosamente, Salgado Júnior passou pelas escolas da Bahia e do Rio de Janeiro, antes de ajudar a fundar a Faculdade de Medicina do Pará, em 1919.

Todas essas figuras agiram motivadas por um sonho e iniciaram grandes construções a partir do zero. Em um Brasil continental e carente de mão de obra especializada, coube a eles disseminar o conhecimento amealhado, em boa parte das vezes, entre o Rio de Janeiro e a Europa. No caso da Obstetrícia, astutamente, tiveram de romper uma tradição secular e entrar em um território reservado exclusivamente às mulheres. E, em se tratando de Ginecologia, romper pudores sociais ainda mais complexos para institucionalizar uma nova área de atuação do médico. Assim, as duas especialidades se firmaram e, juntas, tanto no Brasil quanto no mundo, trilharam rumo a uma merecida autonomia e plena coesão, que persiste até os dias de hoje.

A oficialização do conceito de Ginecologia

Nos dias de hoje, embora sejam reconhecidas suas especificidades, Ginecologia e Obstetrícia são consideradas, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), como especialidade única. A formação do especialista (na Residência Médica) contempla ambas as especialidades, fazendo com que todo ginecologista seja obstetra, e vice-versa. Contudo, o médico pode, respaldado pela autonomia no exercício da profissão, exercer uma ou outra. No entanto, nem sempre foi assim.

Áreas intrínsecas, visto que quase toda mulher pode vir a se tornar gestante, e toda gestante é mulher, a Ginecologia e a Obstetrícia trazem, na essência, características distintas. A primeira, que significa literalmente “a ciência da mulher”, é a especialidade que trata as doenças do sistema reprodutor feminino nas diferentes fases da vida da mulher. Já a Obstetrícia estuda a gestação, o parto e o pós-parto (puerpério), nos aspectos fisiológicos e patológicos. Sua finalidade é acompanhar – da concepção ao nascimento – o desenvolvimento do bebê, permitindo que sejam tratadas as anormalidades que podem ocorrer nessa fase.

Essa coesão e entendimento em solo brasileiro vieram após uma longa jornada, que começou há mais de um século. O ponto de partida, ainda que timidamente, foi o processo de medicalização do corpo feminino, fruto do desenvolvi-

mento da Obstetrícia e Ginecologia, observado ainda no século 19, sendo o Rio de Janeiro o lugar central dessa marcha. Até ali, as duas áreas vinham trilhando caminhos paralelos, como parte de uma área mais nobre: a cirurgia. No entanto, as reformas do ensino no Brasil, ocorridas no último quarto do século 19, começam a assegurar a cada uma autonomia e protagonismo. A Reforma de Leôncio de Carvalho de 1879⁹ – modificada em 1881 e em 1882 – incluiu 26 disciplinas ao ensino médico. Neste ciclo de mudanças, foi mantida uma que se chamava “Partos, Moléstias e Mulheres Pejadas¹⁰ e de Crianças Recém-Nascidas” e acrescentada, em 1883, uma novidade: “Clínica Obstétrica e Gynecologia”. Assim nascia oficialmente a Ginecologia no Brasil, partindo daí um itinerário de constante aproximação.

Em 1884, houve uma nova reforma, esta liderada pelo cearense Vicente Cândido Figueiredo Saboia (o Visconde de Saboia). Apenas os nomes das duas disciplinas mudaram, mas a essência seguiu a mesma, passando a se chamar simplesmente “Obstetrícia” e “Clínica Obstétrica e Ginecológica”.

Na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a cadeira de Obstetrícia seguiu com Luiz da Cunha Feijó Júnior, que já ocupava o posto antes da mudança de nomenclatura. Já a nova cátedra¹¹ (Clínica Obstétrica e Ginecológica) foi entregue ao jovem republicano e antimonarquista Érico Coelho, nomeado professor catedrático pelo ainda imperador Dom Pedro II. Assim, ele se tornou, na Faculdade do Rio de Janeiro, o primeiro professor da disciplina recém-criada.

No entanto, para que a Obstetrícia e a Ginecologia se desenvolvessem, era preciso a formação interna de médicos. E, no País, faltavam lugares para a formação. Até então, os mais afortunados iam para a Europa, com a finalidade de estudar partos, cirurgia e as “moléstias das senhoras”. De lá voltavam com instrumentos “modernos” para a prática diária de Cirurgia, Obstetrícia e Ginecologia, e faziam publicar nos jornais da época a notícia do regresso, para atrair a clientela.

Na Europa, tiveram a oportunidade de participar de eventos científicos, como o Congresso Internacional de Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria, que aconteceu em Paris, em outubro de 1897. Um similar a esse só aconteceria no Brasil em 1940, graças aos esforços de Arnaldo de Moraes. A promoção de encontros científicos para debater os mais variados temas era uma tradição do Velho Mundo. Estes reuniam naturalistas, físicos, químicos, médicos, entre outras classes, e começaram a se agigantar a partir de 1822. Tais encontros foram favorecidos pelo advento de novas tecnologias, como navios a vapor, telégrafo e

9 Carlos Leôncio da Silva Carvalho (1847-1912) nasceu na cidade do Rio de Janeiro e se graduou na Faculdade de Direito de São Paulo, em 1868. Como ministro do Império (1878-1879), aprovou o Decreto nº 7.247, de 19 de abril de 1879, conhecido como “Reforma Leôncio de Carvalho”.

10 Relativo à mulher (ou qualquer fêmea) que esteja vivenciando a gestação.

11 A palavra tem origem grega e significa “assento” ou “cadeira”. É a disciplina que um professor catedrático – o mais alto patamar da carreira docente universitária – leciona. Este modelo começou com a criação das primeiras universidades, na Idade Média, e, no Brasil, manteve-se até 1968, quando uma reforma universitária substituiu o professor catedrático pela figura do professor titular.

locomotivas, que deixaram o mundo menor e mais dinâmico, permitindo um maior intercâmbio. Assim, a partir da segunda metade do século 19, os congressos em países europeus passaram a contar sistematicamente com a presença de convidados estrangeiros, ganhando dessa forma um caráter internacional (Sá, 2006).

Os primeiros encontros e publicações científicas

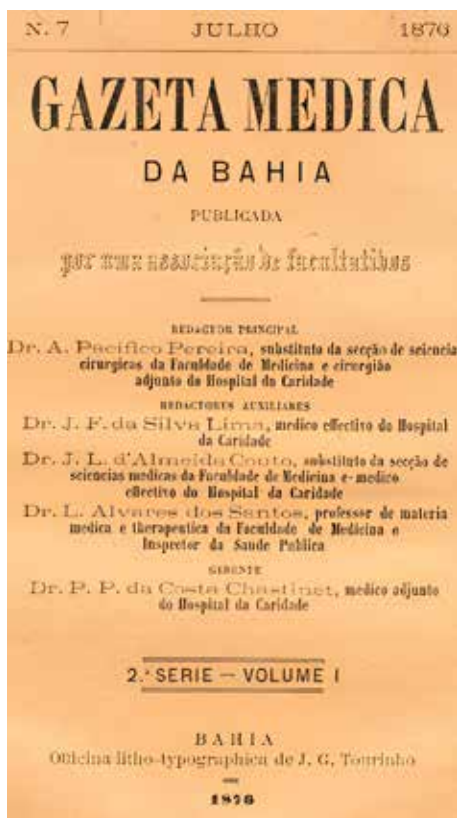
Felizmente, os médicos brasileiros também já tinham ocasiões para se reunirem e debaterem os temas que mais lhes preocupavam. Essas reuniões científicas eram fruto do esforço de alguns expoentes e associações médicas, que se dedicavam à sua realização e buscavam romper o isolamento intelectual no País. Eram uma forma de eles estreitarem as relações científicas com os demais profissionais que viviam distantes da então Capital e trazerem para o debate questões que, no geral, inquietavam a todos. No caso dos tocoginecologistas, menstruação, gravidez, parto e menopausa.

Um lugar de destaque para se fazer isso era o Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, cuja primeira edição se deu em 1888, no Rio de Janeiro, e contou com a presença de obstetras e ginecologistas. O encontro aconteceu em 9 de setembro e, de tão esperado, foi assim analisado pela revista *O Brasil-Médico*: “A classe médica despertou, enfim, de sua pesada e tradicional letargia” (O Congresso Brasileiro de Medicina, 1888, p. 281). O evento se repetiu nos dois



Na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro a cátedra de Obstetrícia ficou com Luiz da Cunha Feijó Júnior (ao lado), enquanto a de Ginecologia passou a ser liderada por Érico Coelho (abaixo)





Entre o final do século 19 e início do 20, as publicações especializadas mais tradicionais eram a *Gazeta Médica da Bahia* (criada em 1866) e *O Brasil-Médico* (de 1887)

anos seguintes (sendo a edição de 1890 realizada em Salvador), para retornar somente em junho de 1900.

Àquela altura, como se percebe, os médicos já tinham também à disposição revistas científicas. A pioneira no Brasil foi lançada em 1827, no Rio de Janeiro, e chamava-se *O Propagador das Ciências Médicas ou Anais de Medicina, Cirurgia e Farmácia para o Império do Brasil e Nações Estrangeiras*, editada por Pierre François Pnacher e José Francisco Xavier Sigaud (Silva, 2004). Porém, entre o final dos séculos 19 e início do 20, as publicações especializadas mais tradicionais eram a *Gazeta Médica da Bahia* (criada em 1866) e o próprio *O Brasil-Médico* (de 1887), ligadas respectivamente às Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Os temas relacionados a reprodução, sexualidade ou mesmo tumores da mama já estavam presentes nessas publicações generalistas, em seções específicas.

Por sua vez, a primeira publicação voltada exclusivamente para obstetras remete ao ano de 1861: a *Revista Obstétrica*. Esta se propunha a trazer, conforme editorial da segunda edição, texto de “memórias ou monografias oferecidas à redação, além da tradução e simples transcrição dos artigos obstétricos, ou puramente médicos de progresso e notável interesse” (Garcia, 1861 *apud* Freitas, 2005, p. 40).¹² Em 1887, foi a vez da *Revista Ginecológica Brasileira*. Embora ambas tenham tido vida efêmera, serviram para inspirar e sedimentar o terreno para as demais que viriam depois, como a *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia* (que durou de 1907 a 1978), a *Clínica Obstétrica* (1928-1931), a *Revista de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo* (de 1935 a 1947) e a icônica *Anais Brasileiros de Ginecologia*, que circulou de 1936 a 1969 e é fruto do processo de renovação e reestruturação da ginecologia brasileira, ocorrido ao longo da década de 1930.

No geral, traziam em suas páginas desde as investigações produzidas pelos médicos nacionais até notícias do exterior de maior relevância, como os novos procedimentos. Os médicos daqui também tinham, embora de forma muito limitada, as publicações produzidas fora do país, vindas de centros importantes, como França, Alemanha e Itália. Outra curiosidade é o fato de a imprensa leiga

12 GARCIA, José Maurício Nunes. Editorial. *Revista Obstétrica*, n. 2-4, maio/jul. 1861, p. 137.

daqueles princípios do século 20 também dar bastante espaço para os temas médico-científicos.

Desde a primeira página, diários e semanários do Rio de Janeiro traziam notícias de avanços no segmento, as viagens de médicos e cientistas brasileiros ao exterior e a presença dos colegas estrangeiros no Brasil, dando uma mostra da valorização dessas figuras junto à sociedade da época (Sá, 2006). Todas essas publicações, científicas ou não, jornais ou revistas, eram fonte de construção, divulgação e legitimação do conhecimento científico e da prática médica, e dialogavam com os anseios de modernização e “civilização” do País. Assim, com o potencial maior de inserção social e ampla circulação, a imprensa leiga popularizou a Ciência e a Medicina, dando fama a alguns e criando, inclusive, os primeiros heróis.

Dessa sucessão de fatos, a Obstetrícia e a Ginecologia deram um salto de qualidade, como bem observou a pesquisadora Ana Paula Vosne Martins:

Com o ensino voltado para a prática e o conseqüente surgimento de espaços hospitalares específicos para o exercício da clínica e da cirurgia obstétrico-ginecológica, bem como de espaços institucionais para o intercâmbio de ideias – como foram as associações, os congressos de especialistas e as publicações médicas, que contavam com nomes de expressão não só na área médica e científica, mas também na política –, a Obstetrícia e a Ginecologia no Brasil deixaram de ser áreas de improvisação e de conhecimentos puramente teóricos. (Martins, 2004, p. 141)

Para esta pesquisadora, que é professora titular do Departamento de História da Universidade Federal do Paraná (UFPR), embora os assuntos em torno do universo feminino também recebessem a atenção e fossem amplamente divulgados por outras áreas, como Psiquiatria, Medicina Legal e Higiene, “foram a Obstetrícia e a Ginecologia as duas especialidades autorizadas a falar sobre a mulher, a fornecer dados, a formular teorias e a estabelecer verdades sobre seu objeto” (Martins, 2004, p. 141).

6

A autonomia da tocoginecologia e a introdução da colposcopia

No início do século 20, as maiores cidades brasileiras eram, nesta ordem, Rio de Janeiro (com quase 1,2 milhão de pessoas), São Paulo (cerca de 580 mil) e Salvador (cerca de 285 mil). Entre as principais preocupações de saúde pública à época encontravam-se as doenças infecciosas, sendo que aquelas que mais matavam eram pneumonia, tuberculose e gastroenterite, fazendo com que a média de vida do País fosse de apenas 33 anos (contra 47 nos países industrializados daquele momento). No universo feminino, o câncer uterino já era estudado, mas, com as mulheres morrendo tão jovens, o assunto acabava recebendo uma preocupação tímida. O próprio Arnaldo de Moraes, cuja trajetória é marcada pelo enfrentamento à doença, dizia que o brasileiro fazia profilaxia do câncer morrendo antes da idade.

Felizmente, nos anos 1920, duas novas tecnologias de diagnóstico revolucionárias romperam as práticas em vigor: a colposcopia e a citologia. Ambas foram desenvolvidas de forma independente e impactaram de modo profundo a maneira de se detectar e tratar o câncer de colo do útero, inclusive as diretrizes voltadas para seu controle. A citologia cervical em mulheres foi desenvolvida nos Estados Unidos pelo patologista de origem grega George Nicholas Papanicolaou; e a colposcopia surgiu a partir da invenção do alemão Hans Hinselmann. Pioneiro, o brasileiro Arnaldo de Moraes teve contato com esses conhecimentos no momento em que eles estavam nascendo, e soube muito bem tirar proveito disso.

Natural do Rio de Janeiro, Dr. Arnaldo era filho do farmacêutico Arnaldo Augusto de Moraes e da professora Adelaide Cruz de Moraes. Graduou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1915, sendo interno da Clínica de Obstetrícia da mesma instituição. Na sua progressão profissional, atuou como adjunto do Hospital da Misericórdia e se tornou assistente extranumerário de

O teste desenvolvido por George Nicholas Papanicolaou (ao lado) permitiu detectar alterações anormais em células do colo uterino antes do desenvolvimento do câncer. Já o alemão Hans Hinselmann (abaixo) criou o colposcópio, usado para a detecção precoce de tumores cervicais



Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina,¹ no serviço do professor Augusto Brandão Filho. Em 1924, conquistou a livre-docência de Clínica Obstétrica na Faculdade de Medicina. No ano seguinte, foi eleito pela congregação como professor catedrático de Clínica Obstétrica da Faculdade Fluminense de Medicina e, em 1927, especializou-se na Universidade John Hopkins, nos Estados Unidos. Empreenderia uma nova viagem internacional, dessa vez para a Alemanha, em 1930, onde esteve sob orientação de Hans Hinselmann (1884-1959), o mesmo que criou o colposcópio. Esse equipamento estava revolucionando a especialidade ao permitir o diagnóstico precoce de mulheres com tumores cervicais. Aquele encontro entre o Dr. Arnaldo de Moraes e Hans Hinselmann seria muito representativo na trajetória de ambos, como veremos adiante.

De fato, a transição para a década de 1930 foi especialmente emblemática para a Ginecologia e Obstetrícia, que, com a fundação do *British College of Obstetricians and Gynaecologists*, em setembro de 1929, conquistaram autonomia e puderam seguir se desenvolvendo de modo independente ao ramo da cirurgia. No Brasil, um novo marco aconteceria em 1936. Com a morte do professor Augusto

¹ A Faculdade Fluminense de Medicina, que hoje faz parte da Universidade Federal Fluminense (UFF), foi fundada em 1925, em Niterói, então capital do Estado do Rio de Janeiro. Encontra-se no grupo das dez escolas médicas mais antigas do País.

Brandão, que foi intitulado de “o Príncipe dos Cirurgiões”, foi criada na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil (no Rio de Janeiro) a Cátedra de Ginecologia dissociada da Cátedra de Cirurgia e, por concurso, o Dr. Arnaldo de Moraes assumiu o posto na clínica ginecológica. Nesta nova condição, contribuiria de forma decisiva para o desenvolvimento da especialidade no País.

Juntas e separadas

Vale lembrar que, até o final do século 19, Obstetrícia e Ginecologia caminharam juntas. No entanto, a Ginecologia era considerada um complemento da Obstetrícia, que, por sua vez, estava sob o guarda-chuva da cirurgia. Isso mudou com a Reforma do Ensino de 1879, quando a Ginecologia já era uma disciplina à parte da Obstetrícia, mas com as duas integrando a mesma cátedra no curso médico.

A Reforma de 1911 (concretizada com a publicação do Decreto nº 8.661, de 5 de abril de 1911) trouxe novas diretrizes para as faculdades de Medicina e estabeleceu a cátedra de Ginecologia desvinculada da outra de Obstetrícia. A partir da separação das cadeiras nas faculdades, cada uma seguiu o seu próprio caminho, mas bem próximas. Grosso modo, os ginecologistas tinham de garantir que a paciente cumprisse bem o seu papel principal para a sociedade da época, que era o de reprodução humana. E o fim dessa história, quando bem-sucedida, era a maternidade, com a mulher agora sob a atenção de um obstetra.

Em busca do diagnóstico precoce para o câncer de colo uterino

Quando o Dr. Arnaldo de Moraes voltou da Alemanha, trouxe na bagagem o sonho de adquirir o aparelho que nasceu na mente inventiva de Hans Hinselmann. O dispositivo foi desenvolvido, a pedido do criador, pela fabricante de microscópios Ernst Leitz, e permitia examinar o colo uterino oferecendo uma capacidade de aumento de até dez vezes. O médico alemão – nascido em 6 de agosto de 1884 na cidade de Neumünster – publicou o primeiro artigo sobre a técnica em 1925 e a batizou de colposcopia, união das palavras gregas *kolpos* (vagina) e *skopeo* (olhar com atenção). Hinselmann fazia parte do grupo que defendia que somente com o diagnóstico precoce do câncer de colo uterino seria possível oferecer uma chance efetiva de tratamento e cura – seja por meio de cirurgia ou pela administração de quimioterápicos – àquele flagelo. Dessa forma, entendia que um dispositivo que permitisse antecipar as ações certamente teria algum valor e interesse (Naud, 2006).

Hinselmann como tantos não chegou à sua grande obra sozinho. Mas – como bem comentou sobre si mesmo o grande físico Isaac Newton – viu mais longe por estar sobre os ombros de gigantes. As primeiras noções es-

tabelecidas a respeito de carcinoma precoce do câncer uterino foram publicadas em 1912, resultado das pesquisas e observações de Schottlander e Kermauner. Foram os mesmos autores que chamaram a atenção para o fato constatado e descrito por Schauenstein, em 1908, de que, na margem do epitélio que circunda o carcinoma, as alterações intraepiteliais são idênticas às do carcinoma. Dessa forma, podiam ser reconhecidas.

“Estas noções constituíram as primeiras que permitiram a conceituação do carcinoma intraepitelial ou pré-invasor ou ‘in si tu’, duas décadas mais tarde”, afirmou o Dr. Nilo Pereira Luz, que fez parte do serviço do professor Martim Gomes, na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (Luz, 1953, *online*). Segundo ele, em 1924, quando Hinselmann foi convidado para escrever um capítulo sobre carcinoma uterino para uma nova edição de um manual de ginecologia alemão (*Handbuch der Gynäkologie*), organizado por Veit-Stoeckel, teve a atenção voltada para o fato da quase total ausência de carcinomas pequenos diagnosticados. Ali teve um *insight* para criar o equipamento.

A Alemanha, assim como a França, exercia grande influência sobre a Medicina e da América Latina. Esse prestígio vinha desde o século 19 e se mantinha na primeira metade do século 20. Mesmo com a Segunda Guerra Mundial, quando os demais países do Ocidente se afastaram dos germânicos, a aproximação científica dos brasileiros e alemães se manteve, resultando em transferência de ideias e tecnologias médicas, especialmente no campo da saúde feminina. Na opinião da pesquisadora Vanessa Lana, isso permitiu que o uso do colposcópio se tornasse a norma por aqui, enquanto os demais países seguiram por caminhos diferentes.

Essa aproximação da ciência na América Latina com a ciência alemã – destaca a professora – é um dos indicativos que explica a introdução e a difusão da colposcopia nos países da região, especialmente Brasil e Argentina, de forma concomitante ao desenvolvimento da ferramenta em território alemão. “Nestes últimos [Estados Unidos e Europa], a citologia foi empregada como primeiro exame nos centros de tratamento de câncer feminino, ficando a colposcopia destinada a verificações em caso de amostras suspeitas colhidas no exame citológico. A técnica alemã era utilizada como ferramenta auxiliar no diagnóstico do câncer do colo do útero, nos casos em que a citologia apontasse a necessidade de exames mais específicos”, afirma Vanessa Lana (2012, p. 44).

Doutor Arnaldo de Moraes reconheceu de primeira hora o significado daquela inovação tecnológica. Ele adquiriu um colposcópio para o ambulatório de sua clínica, em 1934, e, logo depois, mais um, para o consultório particular. Como um missionário, dedicava-se a enaltecer o uso da colposcopia como ferramenta de diagnóstico, justificando que “somente o exame ginecológico pela visão direta a olho nu, com aumento no ângulo de visão e luz apropriada, poderia identificar lesões suspeitas a serem confirmadas pela biópsia” (Moraes, 1952 *apud* Lana, 2015, p. 690).

Tomado dessa convicção, o Dr. Arnaldo de Moraes apostou naquela ferramenta e fez dela a primeira opção para detectar lesões no colo uterino. E ele

sabia o significado desta escolha. Até as primeiras décadas do século 20, a identificação da doença se dava em estágio muito avançado, quando os sintomas, como dores, sangramentos e odores fortes, já prenunciavam uma realidade inequívoca. Naqueles tempos, portanto, o diagnóstico representava menos uma centelha de esperança e mais uma sentença de morte para a mulher. Mas, com o colposcópio associado às novas tecnologias que surgiram paralelamente, houve finalmente a chance de se mudar aquele jogo.

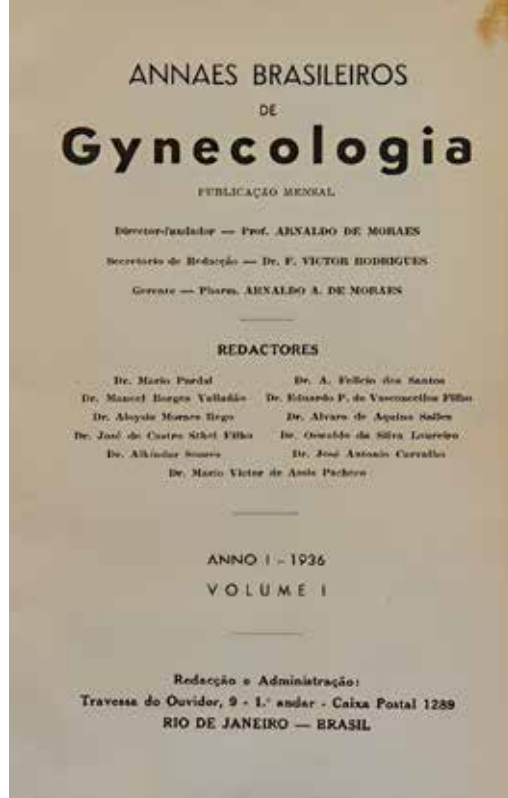
Já na condição de titular de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, o médico carioca proferiu a aula inaugural da nova cátedra, em 2 de setembro de 1936. Incansável na batalha em favor da especialidade, fundou no mesmo ano os *Annaes Brasileiros de Gynecologia*, cujo secretário de redação era o Dr. Francisco Victor Rodrigues;² os *Arquivos de Clínica Ginecológica*; e a Sociedade Brasileira de Ginecologia. Foi ainda o fundador da Casa de Saúde Arnaldo de Moraes, localizada no bairro de Copacabana, em 1938. Esse espaço foi convertido em hospital geral na década de 1980 e, atualmente, ainda em atividade, é identificado como Hospital São Lucas.

Os discípulos de Hinselmann

Inicialmente, o Dr. Arnaldo de Moraes instalou a nova clínica ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina, equipada com 30 leitos, no Hospital Estácio de Sá.³ Seis anos depois, em 1942, a estrutura foi transferida para o lugar onde até hoje se encontra, no Hospital Moncorvo Filho, no Centro da cidade do Rio de Janeiro. A clínica se tornou um oásis em um País ainda tão carente de iniciativas voltadas à valorização da Medicina e à melhoria da saúde da população.

2 O Dr. Francisco Victor Rodrigues era goiano chegou ao Rio de Janeiro em 1933. Seria, tempos depois, o primeiro secretário da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), quando o cargo foi criado, na gestão do Dr. José Bonifácio Medina (1966-1969).

3 Fundado em 26 de outubro de 1935, o Hospital Estácio de Sá foi erguido na mesma colina onde antes existia o Asilo da Velhice Desamparada. Mas teve vida curta com este nome. No mesmo prédio, começou a funcionar, no início da década de 1940, o Hospital Central da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, que ainda segue ativo e ocupando o mesmo imóvel.



O Dr. Arnaldo de Moraes, titular de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, fundou, em 1936, os *Annaes Brasileiros de Gynecologia*, cujo secretário de redação era o Dr. Francisco Victor Rodrigues (acima)

Bem equipada e tendo como principal campo de atuação o câncer de colo do útero, logo começou a atrair para suas dependências pesquisadores interessados em se inteirar das novas técnicas diagnósticas que vinham se firmando frente àquele mal.

Um dos primeiros foi João Paulo Rieper, recrutado pelo próprio Moraes para introduzir na clínica a nova técnica de diagnóstico. Ele nasceu em Hamburgo (Alemanha) e migrou para o Brasil em 1939, onde aqui se casou, em 6 de dezembro de 1939, com Hildegard Dora Elfriede Roestel. O jovem médico trazia consigo a experiência de manejar o colposcópio, além da “prática de observação da cérvix com o instrumento e o conhecimento sobre a complexa classificação das anomalias do colo elaboradas por Hinselmann” (Teixeira; Löwy, 2011 *apud* Teixeira, 2015, *online*)⁴ Com a chegada de Rieper ao Serviço dirigido por Arnaldo de Moraes, a colposcopia ganhou impulso a partir da década de 1940.

Ele, assim como Moraes, também fora discípulo de Hans Hinselmann, e a partir dos trabalhos publicados no Brasil de autoria de Rieper, outros interessados começaram a chegar e serem formados sob sua supervisão. Foi o caso do Dr. Maciel de Souza, de São Paulo, que mais tarde publicaria o artigo *Da colposcopia no diagnóstico precoce do câncer do colo do útero*, na edição de junho-agosto de 1944 da *Revista de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo*; e do Dr. Alberto Henrique Rocha, de Belo Horizonte, autor do artigo *A prevenção do câncer genital feminino*, que veio à tona em 1946 pelos *Annaes Brasileiros de Gynecologia*. Este último, aliás, será o responsável pela divulgação e desenvolvimento da colposcopia como ferramenta para o diagnóstico do câncer de colo uterino no Hospital de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Minas Gerais.

A atenção ao câncer do colo do útero no Brasil em meados do século XX se deu em proporções mais organizadas nas faculdades de medicina, que criaram espaços de atendimento ginecológico ligados às cátedras de ensino. Nesses serviços existiam, em geral, ambulatórios para atendimento à população e estudos sobre novos casos e tratamento. Dentre os espaços de atenção à doença nesse período, teve destaque o Hospital de Ginecologia em Belo Horizonte (MG), fundado pelo ginecologista e político mineiro Clóvis Salgado em 1939, para ensino prático da ginecologia na Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais. O hospital foi pioneiro na introdução da colposcopia em Minas e na montagem de uma estrutura própria de atendimento e diagnóstico do câncer do colo do útero no país. (Lana, 2020, *online*)

O Hospital de Ginecologia,⁵ então dirigido por Clóvis Salgado, tornou-se um importante aliado na difusão e consolidação da colposcopia. A ele e ao Serviço

4 TEIXEIRA, Luiz Antonio; LÖWY, Ilana. Imperfect tools for a difficult job: colposcopy, “colpocytology” and screening for cervical cancer in Brazil. *Social Studies of Science*, v. 41, n. 4, p. 585-608, 2011.

5 O Hospital de Ginecologia de Belo Horizonte encontrava-se onde hoje está o Ambulatório Bias Fortes, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).



HOSPITAL
ESTACIO DE SA

Inicialmente, a nova clínica ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina, equipada com 30 leitos, funcionou nas dependências do Hospital Estácio de Sá, que, em meados da década de 1940, se converteu no Hospital Central da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro

do Dr. Arnaldo de Moraes se juntará, mais adiante, o Hospital Aristides Maltez, de Salvador, formando assim uma incipiente, mas importante, rede de enfrentamento do câncer de colo na mulher.

Com esse trabalho conjunto, aos poucos foi sendo organizado um conjunto de ações para lançar luz e combater o câncer de colo do útero. Depois de criadas publicações especializadas, nas quais era possível divulgar trabalhos sobre o tema, fundar uma associação de ginecologistas e oferecer formação especializada, o Dr. Arnaldo de Moraes viu que era hora de promover um grande encontro para congregar os profissionais que se encontravam dispersos pelo País e oferecer a eles a oportunidade de atualização sobre os assuntos mais palpitantes da especialidade naquele momento. Movido por esse espírito de solidariedade médica, foi realizado o I Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO), que aconteceu de 8 a 15 de setembro de 1940.

A sessão de abertura do I CBGO aconteceu às 21 horas de um domingo (8 de setembro), no Palácio Tiradentes, no Rio de Janeiro. A organização coube à jovem Sociedade Brasileira de Ginecologia, criada pelo Dr. Arnaldo de Moraes quatro anos antes, e o discurso inaugural foi proferido pelo ministro da Educação, Gustavo Capanema. A força da parceria científica estabelecida por médicos do Brasil e da Argentina em torno da colposcopia pôde ser evidenciada pelo número de profissionais daquele país presentes no congresso. As sessões cirúrgicas aconteciam na parte da manhã, nos Hospitais Estácio de Sá e Miguel Couto. As tardes ficavam reservadas para as sessões plenárias, ocorridas na Academia Nacional de Medicina. Diante da importância daquela reunião, alguns congressistas foram, inclusive, recebidos pelo presidente Getúlio Vargas, no

Ficha consular de Paulo Rieper, cuja entrada no Brasil se deu em 1939; Abaixo, Clóvis Salgado (à direita) e o presidente Juscelino Kubitschek. Clóvis Salgado foi um importante aliado na difusão e consolidação da colposcopia no Brasil

REPÚBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL
FICHA CONSULAR DE QUALIFICAÇÃO
MODELO S.C. 139

Esta ficha, expedida em duas vias, será entregue à Polícia Marítima e à Alfândega no porto de destino

Nome por extenso John Paulo Rieper
Admitido em território nacional em caráter temporário (temporário ou permanente)
Nos termos do art. 25 letra A do dec. nº 2010, de 1938
Lugar e data de nascimento Hamburgo 3. 1. 1909
Nacionalidade alemã Estado civil solt.
Filiação (nome do Pai e da Mãe) G. e Anna Rieper
Profissão medico
Residência no país de origem Berlim

FILHOS MENORES DE 18 ANOS	NOME	IDADE	SEXO
<input checked="" type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/>			

Passaporte n. B/R/ 21/37 expedido pelas autoridades de Berlim na data 10. 2. 39
visado sob n. 1036
ASSINATURA DO PORTADOR: P. Rieper
O CONSUL: admir

Consulado Berlim do Brasil em Berlim em 24 de 7 de 19 39

NOTA—Esta ficha deve ser apresentada à alfândega pela autoridade consular, sendo as duas vias em original.



Palácio do Catete. Ainda assim, embora oportuno e proveitoso, outro congresso como aquele só voltaria a se repetir oito anos depois (Morgado; Oliveira, 2020).

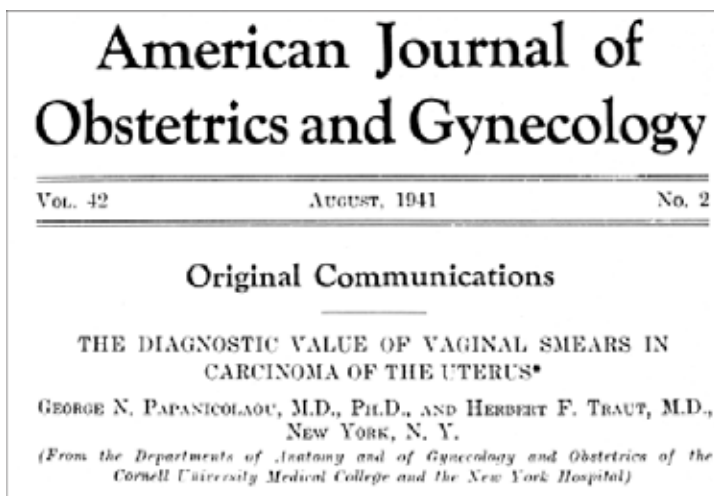
Entra em cena o exame de Papanicolaou

Apesar de ser um fiel defensor do valor da colposcopia, o Dr. Arnaldo de Moraes não era cego com relação às novidades e aos avanços que se davam no seu entorno. Ao contrário, mostrou-se aberto quando uma nova técnica concorrente ao método de Hinselmann começou a se destacar: a colpocitologia oncológica, que ficaria conhecida no Brasil simplesmente como exame de Papanicolaou.

O método do esfregaço vaginal, desenvolvido por Papanicolaou, foi utilizado no atendimento na Clínica Ginecológica. A introdução dos estudos sobre citologia na Clínica Ginecológica da Universidade do Brasil data do ano de 1941, com a defesa da tese do médico Victor Rodrigues. No trabalho intitulado “Semiologia do Ovário”, Rodrigues dedicou um capítulo ao estudo sobre a citologia vaginal como índice da função ovariana. Na ocasião, o foco do estudo era para análise do ciclo menstrual feminino. Foi naquele momento que a técnica foi denominada pelo então diretor da Clínica, Arnaldo de Moraes, como “colpocitologia”, nome que fez parte da rotina dos serviços e estudos da instituição. (Ferreira, 1962 apud Lana, 2012, p. 103)⁶

Depois da contribuição de Victor Rodrigues, em 1942, o ginecologista Antonio Vespasiano Ramos, que trabalhava como assistente na Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina, sob chefia de Moraes, apresentou a tese intitulada *Novo método de diagnóstico precoce do câncer uterino*.

Ramos, que nasceu no Maranhão, em 9 de julho de 1914, publicou seu trabalho apenas um ano depois de Papanicolaou e Herbert Traut terem apresentado ao mundo o vigoroso estudo sobre a citologia esfoliativa como meio de diagnóstico para o câncer uterino.⁷ Alinhado a um novo conhecimento, o brasileiro argumentava que, com a citologia, era possível identificar células



George N. Papanicolaou e Herbert F. Traut publicaram, em 1941, o artigo *The Diagnostic Value of Vaginal Smears in Carcinoma of the Uterus*, no qual apresentaram seus achados à comunidade científica

6 FERREIRA, Clarice do Amaral. *Colpocitologia e demais citodiagnósticos em ginecologia*. Rio de Janeiro: Universidade do Brasil, 1962.

7 Em 1941, Papanicolaou e Traut apresentaram seus achados à comunidade científica no artigo *The Diagnostic Value of Vaginal Smears in Carcinoma of the Uterus*, que foi publicado no *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. No ano seguinte, a dupla publicou também uma importante monografia, que trazia o título *Diagnosis of Uterine Cancer by the Vaginal Smear*.

cancerosas pré-invasivas, possibilitando o tão desejado diagnóstico precoce da doença. E Arnaldo de Moraes não divergia daquela ideia, ao contrário. Em 1946, o professor titular designou seu assistente, o ginecologista Dib Gebara, para aprender a técnica em Nova York, com ninguém menos que o próprio Papanicolaou.

Gebara tornou-se referência no exame e na sua difusão no Brasil, sendo o responsável por formar muitos dos primeiros profissionais. No entanto, morreu precocemente e a professora Clarice do Amaral Ferreira foi convidada para assumir o seu lugar.

A médica, que já vinha se dedicando ao conhecimento e difusão da citologia, seguiu os passos do antecessor e se tornou uma referência no assunto, sendo uma grande divulgadora da técnica no País. Em 1956, ajudou, inclusive, a fundar a Sociedade Brasileira de Citologia (SBC). Nascida no Rio de Janeiro, em 1918, graduou-se aos 22 anos na Faculdade Nacional de Medicina, tendo ingressado na especialidade ginecológica desde o internato (iniciado em 1937). Discípula do Dr. Arnaldo de Moraes, foi uma das desbravadoras do mercado de trabalho médico para mulheres, especificamente na Ginecologia. Até ali, mulheres eram uma raridade dentro das faculdades de Medicina, sendo que, nos anos 1940, não passavam de 1% dos formandos. Este número saltou para 15% na década seguinte e não parou de crescer desde então.⁸

Um verdadeiro Instituto de Ginecologia

O Serviço de Ginecologia capitaneado pelo Dr. Arnaldo de Moraes na Faculdade Nacional de Medicina tornou-se, na década de 1940, muito maior do que suas modestas instalações. Já não era uma simples clínica, mas um instituto, como destacou o Conselho Universitário da instituição ao oficializar algo que observava na prática:

A organização dada pelo Professor Arnaldo de Moraes aos Serviços de Ginecologia do Hospital Moncorvo Filho, onde se realiza o Ensino da Cátedra de que é Titular, pela excelência dos vários laboratórios de exames e pesquisa nesse importante ramo da Medicina, de que está dotado, e sobretudo pelo caráter de investigação científica que o eminente catedrático tem sabido imprimir aos trabalhos que aí se realizam, já constitui um verdadeiro 'Instituto de Ginecologia'. (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2020, *online*)

Feita a mudança de *status*, o professor assumiu como primeiro diretor. Em fevereiro de 1948, o incansável Dr. Arnaldo de Moraes se viu diante de uma nova

⁸ Conforme a última edição da *Demografia Médica no Brasil* – estudo conduzido pela Faculdade de Medicina da USP em parceria com a Associação Médica Brasileira (AMB) – a estimativa é que as mulheres sejam maioria entre os médicos do País já em 2024.



O professor Arnaldo de Moraes instituiu o "modelo triplo", com a combinação de colposcopia, citologia e biópsia na investigação do câncer do colo uterino, no Ambulatório Preventivo do Câncer da Mulher

demanda, e, assim, organizou o Ambulatório Preventivo do Câncer da Mulher. A finalidade era oferecer o diagnóstico precoce do câncer ginecológico. Para isso, configurou um tipo de “combo”: a colposcopia (com o teste de Schiller⁹), que ajudou a projetar no País; a citologia ou esfregaço vaginal, que já vinha sendo estudada e aplicada desde o início da década; e, por fim, a biópsia ou histopatologia. O objetivo com tamanho esforço era fazer com que aquele espaço honrasse o seu ambicioso nome e se tornasse realmente um lugar “Preventivo” de Câncer.

Essa combinação sistemática de técnicas ficou conhecida como “modelo triplo”. Tanto o diretor do Instituto quanto seus assistentes sustentavam que essa estratégia, agrupando os três exames, aumentava a eficácia da detecção de lesões cervicais, uma vez que cada método possibilitava a observação de diferentes anormalidades nas células do colo.

Essa rotina começou a ser desenvolvida ainda nos tempos da Clínica Ginecológica, mas foi intensificada e levada a um novo patamar com a oficialização

⁹ O teste de Schiller, também conhecido como teste de iodo, é uma técnica empregada durante o exame colposcópico para auxiliar na identificação de lesões no colo uterino. Consiste na aplicação de uma solução de iodo a 2% no colo do útero, com o objetivo de corar o tecido. As células normais, ricas em glicogênio, absorvem o iodo e ficam escuras, enquanto as células alteradas, com baixo teor de glicogênio, permanecem mais claras e são facilmente distinguíveis (a olho nu). O teste foi criado em 1928, pelo patologista austríaco-americano Walter Schiller.

As viagens de Hinselmann



No ano de 1949, depois da implantação do Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico, o criador do colposcópico, Hans Hinselmann, esteve no Brasil a convite do Dr. Arnaldo de Moraes. Na pauta da viagem estavam a sua colaboração para a reorganização do Laboratório de Patologia e a promoção de palestras sobre colposcopia e os avanços no diagnóstico do câncer do colo uterino.

Essa “turnê” científica era muito desejada pelos médicos daqui e representava uma ressurreição para o próprio alemão, depois de ter passado dois anos e meio preso, após a Segunda Guerra, sob a acusação de esterilização compulsória de seis mulheres ciganas, durante o regime nazista.¹ Para Hinselmann, a perda da liberdade representava apenas uma retaliação política fruto daquele conflito mundial.² Fato é que aqui foi muito bem acolhido e

do Instituto de Ginecologia. Ali, a diretriz era que fossem empregados conjuntamente os três procedimentos em toda paciente que buscasse atendimento, independentemente da sintomatologia apresentada, pois isso, defendiam, reduziria os erros ou imprecisões na busca pelo diagnóstico precoce e, em última instância, salvaria vidas.

O “modelo triplo”, desenvolvido e institucionalizado no Instituto de Ginecologia do Rio de Janeiro, espalhou-se para as demais instituições do País e foi tido como parâmetro para o controle do câncer do útero até o final dos anos 1960. A partir daí, houve mudança de direcionamento e a enfermidade passou a ser vista como um problema de saúde pública que, como tal, necessitava de uma estrutura de maior escala e a cargo do governo.

Seguindo os passos dos Estados Unidos e da Inglaterra, o Brasil organizou campanhas para detecção da doença e fez a opção pela citologia, uma vez que com essa técnica era possível fazer exames em grande escala e com menor investimento. Mas o Dr. Arnaldo de Moraes não viu nada disso. Ele morreu em 6 de abril de 1961, cheio de glórias e realizações, e o cargo de diretor do Instituto de Ginecologia passou a ser ocupado pelo Dr. Francisco Victor Rodrigues.

se sentiu querido e respeitado. A Sociedade Brasileira de Ginecologia, por exemplo, realizou em dezembro daquele ano uma sessão extraordinária para recepcionar e render homenagens a Hinselmann.

Sua presença no País ajudou a difundir ainda mais a colposcopia. Durante a estadia, deu cursos sobre a técnica e recebeu a visita de profissionais de outras cidades interessados em aprender com o grande mestre. Também viajou a Belo Horizonte, onde esteve na Clínica dirigida pelo professor Clóvis Salgado, na Universidade de Minas Gerais.

Hinselmann voltaria mais duas vezes ao Brasil. A segunda visita aconteceria em 1951, quando aproveitaria para conhecer também a Argentina e o Uruguai. Retornaria ainda

em 1955, pela última vez. Naquela oportunidade, receberia a condecoração de “Doutor Honoris Causa”, oferecida pela Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil.

A forma como o médico alemão era recebido no Brasil, com todas as homenagens, reverência e deferência, segundo a professora Vanessa Lana, “evidenciava sua inserção no campo médico brasileiro e o fortalecimento da colposcopia como ferramenta de diagnóstico do câncer do colo do útero nas instituições de atendimento à doença no Brasil” (Lana, 2012, p. 153). Hans Hinselmann morreu de infarto do miocárdio em 1959, em Hamburgo, quando ainda estava profundamente envolvido com o seu trabalho.

1 Desde 1935, as leis raciais em Nuremberg forçaram as mulheres ciganas a uma escolha trágica: serem deportadas para os campos de concentração ou submetidas à esterilização. Procedimentos cirúrgicos desse tipo eram realizados no Instituto que Hinselmann dirigiu de 1933 a 1946.

2 Hinselmann também supervisionou e apoiou pesquisas colposcópicas do Dr. Eduard Wirths (chefe dos médicos da polícia nazista no campo de concentração de Auschwitz, na Polônia, mas não foi incriminado por isso).

Entre fórceps e cesarianas heroicas

– *Será parto normal ou cesariana?*

É bem provável que nos dias atuais, muitas gestantes, principalmente as que estão a poucas semanas do nascimento do bebê, respondam a esta pergunta por inúmeras vezes. Mas, em um passado não tão distante, esse tipo de casualidade não se fazia possível por uma série de motivos. Apesar de dentro da história universal as referências à cesariana datarem de milhares de anos antes de Cristo, o procedimento como o conhecemos hoje é bastante diferente do de séculos atrás, não só pelo ato em si, mas também devido a quando e o motivo da realização. Isso porque, nos primórdios, ela ocorria somente para extrair o feto de mulheres que haviam morrido.

O primeiro apontamento de cesariana documentado e no qual tenham sobrevivido mãe e filho data dos anos de 1500 e foi realizado na Suíça, pelo castrador de porcos, Jacob Nufer, marido da parturiente. Porém, alguns historiadores, baseados em descrições subjetivas de textos da época, defendem que a primeira cesariana ocorreu em 25 de fevereiro de 1337, na rainha Beatrice de Bourbon. Vale enfatizar que o registro mais antigo do termo “cesariana” aparece com o médico francês François Rousset, que indica o parto por incisão, sem prejudicar nem a vida da mãe, nem a do feto. Ele batizou a técnica de “*enfantement césarienne*”, que é o que se conhece hoje como cesariana, com a publicação do livro *Traité nouveau de hysterotomia*, de 1581. Foi após a obra, aliás, que o parto por cesárea passou a ser considerado um procedimento viável. Três anos antes, em 1578, Giulio Cesare Aranzio (ou Julius Caesar Aranzi) relatou o sucesso de uma intervenção cirúrgica para retirada de uma criança com a mãe viva.



Acima, gravura em madeira de Jonas Arnold, do século 16, que mostra uma operação cesariana. Abaixo, à esquerda, o alemão Emin Pasha; à direita, o italiano Edoardo Porro



No século 16, é possível encontrar novas fontes citando o ato em cirurgias de emergência em mulheres vivas, a maioria resultando na morte da mãe e do feto. E assim o formato e as tentativas, com a mãe morta ou viva, haviam se disseminado pelo mundo. Apenas para exemplificar, no final do século 19, por volta de 1865, o médico e explorador alemão conhecido como Emin Pasha (Eduard Schnitzer, 1840-1892), em uma visita à Bunyoro, na África Oriental, verificou que, na região, já era costume antigo extrair a criança do ventre após a morte da mãe, independentemente de ela estar viva ou morta.

Entretanto, foi apenas em 1876, já no século 19, que o médico obstetra Edoardo Porro, nascido em Pádua e com doutoramento na Universidade de Pavia, obteve sucesso na operação, conseguindo preservar a vida da mãe e da criança, com toda a segurança. Segundo o descrito em *Della Amputazione Utero-Ovarica come Complemento di Taglio Cesareo* (1876), Porro utilizou a técnica pela excisão do útero e anexos. Na Europa, questões econômico-sociais¹ do final do século 19 e início do século 20 levariam ao desenvolvimento da cesariana, sendo que na Grã-Bretanha, Europa e nos Estados Unidos, nesse período, a técnica já tinha ganhado demanda social.

A cesariana no Brasil

Estima-se que a primeira cesariana no Brasil tenha sido realizada no Hospital Militar do Recife, no ano de 1817, pelo médico pernambucano José Corrêa Picanço.² A parturiente teria sido uma mulher escravizada, que sobreviveu ao procedimento. Entretanto, alguns autores põem em cheque essa história ao mencionar a idade avançada do médico pernambucano à época, já que Picanço faleceu em 1823, aos 78 anos.

Décadas depois, houve outro relato na literatura médica brasileira de uma cesariana. Em 1855, o médico Luiz da Cunha Feijó, no Rio de Janeiro, teria realizado o procedimento, que outros poucos também entendem como o pioneiro no País. Ele conseguiu retirar o feto pela região pélvica, tendo sobrevivido tanto a criança quanto a mãe. No entanto, dias depois, a paciente veio a óbito por, segundo o médico, “comoção cerebral” seguida de “convulsões”. Feijó realizaria ainda outra cesariana, em 1862, que resultou em nascido vivo, apesar da morte materna por provável peritonite.³ À época, a prática internacional recomendava

1 A carência alimentar e a urbanização (que reduziu a população das cidades à exposição à luz solar) levaram a um importante impacto na saúde da população. Nas crianças, houve elevação na taxa de raquitismo. Nas mulheres, o crescimento ósseo indevido resultou em malformações pélvicas, que dificultavam o parto normal. Isso forçou avanços na Obstetrícia, aumentando a taxa de recomendação da cesariana. Essa situação só melhorou a partir da década de 1930, quando o leite, que é rico em cálcio, tornou-se alimento disponível nas escolas, implicando a queda de malformações associadas ao raquitismo.

2 José Corrêa Picanço é considerado o “Patrão da Obstetrícia Brasileira”. Saiba mais sobre ele no capítulo 3 - “A Oficialização do Ensino Médico no Brasil”.

3 Refere-se à inflamação do peritônio, um tipo de tecido formado por duas camadas. A parietal reveste a cavidade abdominal e parte do diafragma; já a visceral cobre completamente órgãos como estômago, baço, pâncreas, fígado, e parcialmente a bexiga e intestinos.



A trilha da cesariana

Durante o florescimento da chamada primeira cultura hindu,¹ entre 2500 e 1500 a.C., vir à luz por meio de uma cesariana era entendido como o “nascimento sem mácula”, um sinal de grande e marcante futuro, já que assim se evitava a passagem pelo escuro canal do parto. Segundo lenda da região, o próprio deus Brahma nasceu do umbigo da sua mãe. No mais antigo dos livros indianos, o *Rigveda*, o deus Indra se recusou a nascer da forma mais antiga e desejava sair pelo flanco da sua mãe, apesar das consequências negativas que acarretaria a ela.

Registros dos séculos 5 a 4 antes de Cristo indicam que o nascimento de Gautama Sidarta, o “Buda”, também se deu de forma limpa e pura, tendo sido retirado pelo lado direito de sua mãe, Maya, que acabou falecendo sete dias depois da

suposta cesárea. Na biblioteca antiga indiana, além dos textos médicos presentes no livro de Sushruta e Vagbhata, constam indicações precisas para realizar a cesárea em mulheres que morreram. Entretanto, há também outras obras nas quais se encontram relatos do feito em mães vivas, como na coleção dos *Vedas*.²

Da Índia Antiga, um dos nomes que ainda ecoa na medicina universal é o de Sushruta. Ele viveu no século 7 a.C. e é considerado o “Pai da Cirurgia”, sendo-lhe atribuído o tratado médico *Sushruta Samhita*, que foi compilado em sânscrito védico. Ele e outro médico de seu tempo, Charaka, tiveram suas obras traduzidas para o árabe durante o Califado Abássida (ano de 750). E foram essas obras, em árabe, que chegaram à Europa, especialmente a partir da Itália. Os médicos locais se familiarizaram com as técnicas criadas por Sushruta e motivaram muitos outros a irem até a Índia para acompanharem de perto os procedimentos.

Sushruta foi um dos precursores dos estudos anatômicos, descrevendo músculos, tendões, ossos, articulações, ligamentos, vasos e nervos. Seu conhecimento lhe permitiu tratar eficazmente feridas e realizar amputações. Além disso, métodos criados por ele levariam ao desenvolvimento da rinoplastia e cirurgias plásticas no Ocidente, bem como à criação de instrumentos para uso nos procedimentos que levariam à moderna agulha, espéculos, escalpelos (bisturis), tesouras, serras e fórceps – que trataremos mais detalhadamente a seguir.

Saindo da Índia e indo para a Grécia e Roma, há também na mitologia dos antigos gregos e romanos indicação de deuses que vieram ao mundo através de uma incisão na parede abdominal da mãe, como é o caso de Dionísio e Esculápio (Asclépio), este último considerado o “Deus da Medicina”.

Os médicos gregos da Escola de Hipócrates (em meados do século 4 a.C.) aludem à prática de embriotomia, que é a retirada de uma criança morta no ventre da mãe seja pelo abdome, seja pela vagina, a partir de um cuidadoso desmembramento anterior. As operações eram o ponto mais alto da cirurgia obstétrica antiga e são descritas no *Corpus Hippocraticum*, *De exectione foetus*.

1 Essa cultura se desenvolveu em Mohenjo Daro e Harappa, que foram as principais cidades a despontar no período no vale do rio Indo, cujo nome serviu de referência para batizar toda uma região, a Índia.

2 Em sânscrito, veda significa conhecimento. A coleção reúne quatro livros: Rigveda, Yajurveda, Samaveda e Atharvaveda.

Ainda que seja difícil saber se a prática de cesariana também fazia parte da cultura dos persas e árabes, Rustem, o personagem mítico de uma epopeia da região do Eufrates, nasceu pelo método de extração do abdome de sua mãe, Rudaba. Datado como uma compilação do século 2 depois de Cristo, o *Mishná* é escrito a partir de uma tradição oral de comentários à prática do judaísmo que também faz menção à cesariana. Maimónides, nos comentários no tratado a respeito do Talmude, defende que a criança deveria ser retirada pelo abdome materno, com uma incisão lateral.

Partindo para o início do século 11 da Era Cristã, em Salerno, na Itália, encontrava-se a primeira universidade não religiosa da Europa e que, segundo a lenda, também foi a primeira a receber mulheres. Lá eram estudados livremente textos gregos, romanos, árabes e hebraicos. Segundo relatos de Constantino, o Africano, um dos autores daquele tempo, coube a Trotula de Ruggiero (posteriormente conhecida como a Senhora Trox) realizar a primeira cesariana, conseguindo retirar do ventre materno uma criança com vida. Outros escritos da época, como a obra *De Mulierum Passionibus*, defendiam que a mulher devia ser aliviada do sofrimento no parto, preconizando o uso de opiáceos, plantas soporíferas e a hioscina. Atribui-se à recomendação e à popularização desse costume como sendo os primórdios da anestesia para trabalho de parto.

Na Idade Média, a Igreja oscilou entre condenar ou não a prática da cesárea, principalmente em mulheres mortas. Mas uma disposição do reino inglês, de 1256, indicava que “se uma mulher morrer durante o parto e se houver indícios de que a criança esteja viva, ela deve ser aberta e a sua boca deve ser mantida aberta”. Seguindo na mesma linha, o Sínodo³ de Trieste estabelecia, em 1310, que “se uma mulher morrer, durante o parto, deve ser imediatamente aberta e a criança, no caso de estar viva, deve ser batizada”.

Em meados do século 14, Bernard de Gordon, professor da Universidade de Montpellier, na França, também defendeu que, se a mãe morresse no parto e houvesse indícios de a criança estar viva, a boca da mãe deveria continuar aberta para que a criança continuasse a receber ar, devendo-se retirar o feto o mais rapidamente possível. Já Guy de Chauliac, médico e cirurgião francês, foi o primeiro a descrever e dar indicações concretas quanto ao local da incisão, tendo aconselhado o lado esquerdo, para evitar ferir o fígado. Em 1453, foi a vez de Pietro d'Argelatta, professor da Universidade de Bologna, na Itália, aconselhar a incisão para a retirada do bebê na região mediana, seguindo a linha alba.

Quanto à origem do termo, há diversas teorias que buscam explicar o nome “cesariana”.⁴ A primeira, e mais popular, é justamente a que diz que é uma homenagem à história de Caio Júlio César (100-44 a.C.), que teria nascido por meio dessa técnica. Contudo, essa explicação é controversa, uma vez que, à época do nascimento de Júlio César, o mecanismo era basicamente aplicado após a morte materna, para tentar salvar o feto. No caso do líder romano, segundo Plínio, o Velho (28-70 a.C.), sua mãe, Aurélia, teria sobrevivido e vivido ainda por mais 55 anos.

Outra teoria atribui o termo cesárea à *Lex Regia*, ou Lei dos Reis, de Numa Pompilius, antigo rei romano (716-673 a.C.), que determinava o procedimento com o objetivo de salvar a criança quando a morte da mãe ocorria nas últimas semanas de gestação. Caso realmente viesse a óbito, a mãe não poderia ser enterrada antes de o feto ter sido retirado de seu ventre. Tempos depois, essa lei foi denominada de *Lex Caesarea*, dando origem ao termo cesariana. Por fim, a última e mais bem aceita teoria afirma que a palavra cesárea teria derivado do verbo latino *caedere*, cujo significado é cortar. As crianças nascidas por cesárea após a morte da mãe eram conhecidas como *caesones* ou *caesares*.

3 Sínodo é uma reunião dos bispos, convocada pelo papa, para consultas e/ou deliberações.

4 Nas obras de William Shakespeare, a cesárea também está presente. Em *Macbeth*, o personagem Macduff diz que não nasceu e sim foi “arrancado do ventre da sua mãe”.



Teria sido no Hospital Militar do Recife que José Corrêa Picanço, o Barão de Goiana, fez uma operação cesariana em que sobreviveram a criança e a mãe, no caso, uma mulher negra escravizada

a não sutura do útero, padrão que vinha de Rousset, desde 1581 e seguiu até 1876, na Europa, com terríveis consequências. O problema era tão grave que, de acordo com uma estimativa da época, nenhuma mulher sobreviveu a uma cesariana realizada entre 1787 e 1876 em Paris, na França.

Ainda falando do Brasil, vale destacar a criação da Maternidade de Laranjeiras, em 1904, no Rio de Janeiro, até então capital federal. O local passou a ser referência em ensino prático da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia, e ganhou ainda mais projeção com o trabalho desenvolvido pelo obstetra Fernando Magalhães (1878-1944). Magalhães valorizou o desenvolvimento de novas técnicas de parturição que visavam à redução do sofrimento das mulheres, entre elas o uso do fórceps, o parto realizado com sedação total e a intervenção cesariana. Até então, dar à luz era visto como um fenômeno agressivo, causador de sofrimento e potencialmente arriscado. Além dessas contribuições à prática obstétrica, Magalhães foi importantíssimo na produção de obras de referência sobre a história da especialidade, da qual era um verdadeiro devoto. Por isso é considerado o “Pai da Obstetrícia Brasileira”.

Discípulo de Fernando Magalhães, Jorge de Rezende (1911-2006) seguiu os passos do mestre, difundindo a história e a importância da Obstetrícia no Brasil, sistematizando e disseminando conhecimentos sobre as práticas obstétricas e implementando e aprimorando novas técnicas cirúrgicas. Além disso,

Rezende consolidou as boas práticas empreendidas nos cuidados com a parturiente. Publicou diversos trabalhos em congressos e artigos. Seu primeiro livro foi lançado em 1941: *Contribuição ao Estudo da Operação Cesariana Abdominal*, produto de sua tese de doutoramento. A obra foi revisada e editada em 1992 sob o título *Operação cesariana*, alcançando a terceira edição em 2006. Junto com o médico Carlos Antônio Barbosa Montenegro, lançou em 1976 a obra *Obstetrícia Fundamental*, mais sucinta e resumida. Em 2011, essa última obra chegou à 12ª edição.

O trabalho de Rezende, que é incontestavelmente uma das principais referências da Obstetrícia nacional, é, conforme lembra seu filho – o professor Jorge Fonte de Rezende Filho –, responsável pela popularização da cesariana no País. “Foi ele que introduziu a incisão de Pfannenstiel, essa incisão transversal que até então era feita longitudinalmente. E, ao simplificar a técnica, a operação cesariana trivializou de uma forma positiva e negativa. O procedimento passou a ser acessível e, tecnicamente, mais facilmente executável do que as manobras antigas de extração obstétricas, que hoje encontram pouco lugar. Disso, talvez, também veio um exagero das indicações de cesariana no Brasil”, afirma o Dr. Rezende Filho, que é professor titular de Obstetrícia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Em sua obra *Obstetrícia*, Rezende (pai) destaca a operação cesariana com riqueza de detalhes, ilustrações e registro quase literário. Para ele, a intervenção havia se tornado um imperativo à assistência obstétrica, exigindo conhecer suas origens, precursores e também tentativas que culminaram nos modos como são hoje praticadas. Estima-se que atualmente, no Brasil, em meio a mais de 3 milhões de partos que são realizados anualmente, mais da metade deles seja por cesárea. O número é muito distante do valor recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que é de, no máximo, 15% do total.

Diante da contínua evolução na especialidade, o Dr. Olímpio Barbosa de Moraes Filho aponta as melhorias – das técnicas cirúrgicas, de anestesia, de segurança da paciente e de assepsia – como marcos históricos que definem a especialidade e a posicionam no lugar de destaque em que se encontra hoje. “A cesárea, por exemplo, passou a ser cada vez mais segura. Essa técnica era



Acima, a Maternidade de Laranjeiras, no Rio de Janeiro, uma das primeiras do Brasil. O local se tornou uma referência no ensino prático de Ginecologia e Obstetrícia, especialmente com o trabalho desenvolvido pelo obstetra Fernando Magalhães (ao lado)

tentada há séculos e a mulher morria. Tanto é assim que a primeira cesárea em que sobreviveu a criança e a mãe foi algo tão raro no Brasil que ainda lembramos dela. Dizem as pesquisas que foi aqui em Recife, com o Barão de Goiana (José Corrêa Picanço) fazendo a operação. Ele era proprietário de pessoas escravizadas; e, naquela época, só operava mulheres escravizadas para tirar o bebê, porque este tinha um valor econômico maior do que a própria mãe. Então provavelmente Picanço operou várias. Sem anestesia, analgesia, todas elas morreram. Mas uma, não. Então, felizmente, isso mudou bastante”, aponta o Dr. Olímpio, que é professor adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (UPE).

E, curiosamente, uma cesariana estava na porta de entrada e de saída para dois profissionais dos ofícios da Obstetrícia: os doutores Rossana Pulcineli Vieira Francisco e Gerson Pereira Lopes. Nascida em Muzambinho (MG), a Dra. Rossana costumava passar as férias na sua cidade natal, onde acompanhava um médico local durante os partos. E foi lá, quando estava no terceiro ano da Faculdade de Medicina, que assistiu à sua primeira cesariana. “A primeira cesariana foi algo incrível para mim, porque a cirurgia é algo apaixonante e, na época, eu pensava muito em fazer cirurgia geral”, relembra ela, que se graduou na Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), em 1992.

Hoje, a Dra. Rossana é professora do Departamento de Obstetrícia da USP e participa de um projeto temático que reúne várias iniciativas em relação à morte tanto materna quanto fetal. Para essa especialista, apesar dos avanços, esses

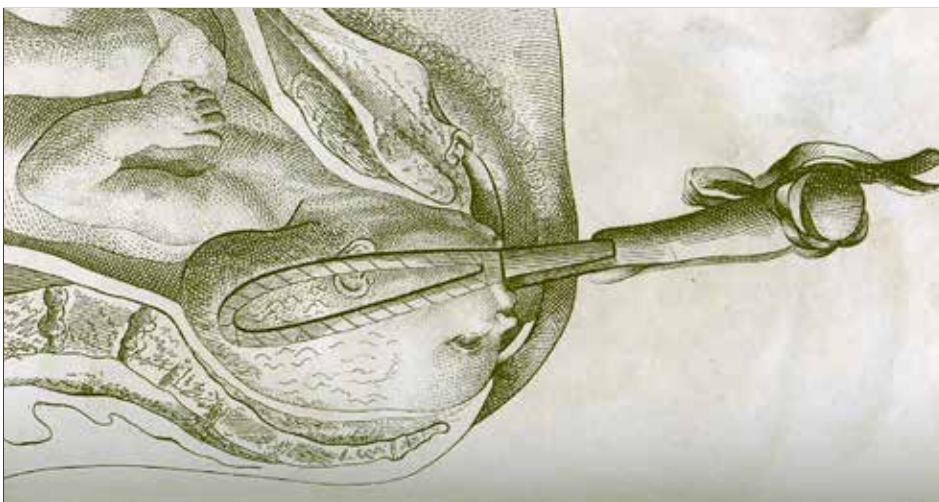
Para a Dra. Rossana Pulcineli, com relação à redução de morte materna e fetal, é preciso planejar as políticas públicas com base nas realidades locais



números ainda são muito altos no nosso País. O Brasil hoje tem, conforme números apresentados pela professora, uma razão de morte materna de 55 para cada 100 mil nascidos vivos. Só para efeito de comparação, países como Austrália e Nova Zelândia, os mais bem posicionados neste *ranking*, têm uma razão de morte materna de quatro para cada 100 mil nascidos vivos.

A professora Rossana Pulcineli enfatiza ainda que os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)⁴ implicam a redução da morte materna (no caso do Objetivo 3.1) e também de redução da mortalidade infantil, com foco no período neonatal e no óbito fetal (no caso do Objetivo 3.2). Ambos caminham juntos, uma vez que, conforme explica a doutora, a mortalidade materna e o óbito fetal e neonatal são dependentes das doenças que a gestante apresenta durante a assistência pré-natal. “O Brasil parece ter conseguido reduzir a mortalidade infantil, mas, na verdade, ele conseguiu reduzir a mortalidade in-

4 Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável são uma coleção de 17 metas globais, que abrangem questões econômicas e sociais, que foram estabelecidos pela Assembleia Geral das Nações Unidas e acordados por 193 países em setembro de 2015.



Entendendo o Fórceps

Ainda que a origem do fórceps remonte a tempos mais primitivos e haja relatos de instrumentos parecidos usados na cultura médica indiana, atribui-se à família de barbeiros e cirurgiões franceses Chamberlen, que emigraram para a Inglaterra, no século 16, a criação desse instrumento cirúrgico. Em 1634, um dos filhos teria sido o responsável por desenvolver o dispositivo e propor a técnica.

O fórceps da família Chamberlen consistia de duas hastes metálicas, que eram introduzidas separadamente no canal vaginal em torno da cabeça do bebê. Depois de posicionadas, eram unidas por um pivô, facilitando a extração da criança. Os fórceps atuais têm funcionamento semelhante, ainda que um pouco diferente, por possuírem uma curvatura mais acentuada, que limita o risco de lesões. O instrumento era utilizado para extrair o bebê do útero em casos indicados e foi mantido em segredo por muito tempo, por ser uma ferramenta que despertava a cobiça de concorrentes.

Credita-se ao irmão mais velho, que se tornou cirurgião obstetra da rainha Henriette, mulher do Rei Charles I da Inglaterra, a invenção real do produto que se tornaria conhecido como o “bisturi do parteiro”. Aos poucos, o instrumento foi sendo substituído por outros e muitos médicos relacionam ainda hoje seu uso a ocorrências como lacerações do couro cabeludo, paralisia do nervo facial, lesão da córnea, fratura craniana e lesão da coluna cervical da criança.

Analisando a técnica a partir deste momento histórico em que vivemos, a professora Rosiane Mattar entende que o fórceps tende a sair definitivamente da sala de parto. “Os profissionais mais jovens já não vão ter experiência de fazer fórceps. Na verdade, hoje em dia, muitas pessoas tecem críticas à cesárea, ao fórceps ou a qualquer instrumentalização. Mas se o parto fosse uma situação supertranquila, ninguém precisaria ter inventado cesárea, fórceps, vácuo extrator”, diz.

A doutora Rosiane destaca que, em algumas situações, o parto pode ser extremamente difícil tanto para a mãe quanto para a criança, sendo necessário recorrer a determinados procedimentos para corrigir anormalidades. “Infelizmente, como tudo na vida, houve no passado um exagero na opção pelo fórceps. Hoje há um número muito pequeno que o faz e em situações muito raras”, explica a médica. Ela lembra que o processo ainda é ensinado em simulação, o que nem sempre é o suficiente para deixar o jovem profissional apto a realizá-lo em uma situação real. “Vai ter uma hora que ninguém vai ter coragem de fazer fórceps, porque, simplesmente, não vai saber”, sentencia.



Obra do artista Robert Hinckley eternizou o momento em que foi realizado o primeiro procedimento cirúrgico sob anestesia geral. Nela, o Dr. John Warren usou éter para extrair um tumor no pescoço do jovem Gilbert Abbott, em 1846

fantil de crianças de um a cinco anos. Por outro lado, a mortalidade neonatal, o óbito fetal, é o menos olhado e acaba não sendo trabalhado”, afirma a Dra. Rossana. Para ela, é preciso ter acesso a dados para planejar as políticas públicas.⁵ Entretanto, complementa, “ultimamente, essas políticas têm sido planejadas muito mais por pensamentos que as pessoas têm do que com base nas realidades locais. Existe uma dificuldade de enxergar o todo. E quando isso acontece, posso dar um remédio excelente para a doença errada”, ressalta.

Já para o Dr. Gerson Pereira Lopes, uma cesariana marcou o encerramento da sua atuação em Obstetrícia e Ginecologia, em termos de consultório privado. Ele trilhava pela especialidade desde o início dos anos 1980, quando concluiu a Residência Médica na Maternidade Odete Valadares, de Belo Horizonte. Mas em 1986, começou a direcionar a formação para a Sexologia,⁶ para atender a sexuali-

5 Em parceria com a doutora em Estatística Ágatha Sacramento Rodrigues, da Universidade Federal do Espírito Santo, a Dra. Rossana Pulcineli criou o Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr). Trata-se de um *site* livre, no qual as pessoas podem consultar dados sobre o tema, inclusive consolidados por Estados. Está disponível em: <https://observatorioobstetricobr.org>.

6 A Sexologia é um campo de atuação do ginecologista e obstetra com título de Área de Atuação em Sexologia. Segundo informações disponíveis no *site* da Febrasgo, “a formação do GO com área de atuação em Sexologia é extensa. O Ministério da Educação (1978) prevê três anos de residência médica para o cumprimento da matriz de competências que o médico necessita para se tornar GO, cumprindo as exigências normativas da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Posteriormente, este GO terá que comprovar mais um ano de residência médica (R4) em

dade humana. “Eu já praticamente tinha abandonado a Obstetrícia. No entanto, em 1986, a pedido de amigos, atendi a uma paciente que estava em dificuldades financeiras para se submeter a uma cesariana. Eu fui lá e fiz. E foi o meu último parto”, relembra o Dr. Gerson. Hoje aquela mulher atendida por ele mora no Chile e é uma advogada reconhecida. “Sempre gostei de atender, não atrás de uma mesa, mas ao lado da paciente. Minha cadeira, geralmente, fica posicionada ao lado do sofá da paciente, e assim estabelecemos nosso diálogo”, explica o médico. “Como sexólogo, aprendi a suspender julgamentos e deixei o bisturi físico e desenvolvi o bisturi psicológico, que a gente chama de pergunta”, finaliza.

Anestesia: o alívio das pacientes

Em 1847, o cirurgião alemão Johann Friedrich Dieffenbach, um pioneiro da plástica, escreveu que tinha alcançado o sonho de retirada das dores dos pacientes. Nas décadas seguintes à descoberta, novos agentes anestésicos foram introduzidos, como o clorofórmio (ainda em 1847), ciclopropano (em 1930), e o halotano (1956). Além dos métodos por inalação, surgiram outros, como de anestesia local, venosa e raquianestesia.

A anestesia tem sua origem histórica no uso dos opiáceos. Há relatos de que tribos e sociedades primitivas utilizavam essas substâncias para aliviar a dor. Xamãs incas, por exemplo, usavam a coca para anestésias, tornando insensível alguma parte do corpo. Textos da Idade Média indicavam que, em um dos compostos para perda de sensações físicas, empregava-se um *mix* de ópio com amoras amargas, eufórbia, meimendo, mandrágora, hera, sementes de bardana, sementes de alface e cicuta. Misturava-se bem tudo, passando a um recipiente de cobre com uma esponja e depois se realizava a fervura. Na sequência, mergulhava-se a esponja na solução quente durante uma hora. Só então se colocava o composto sob as narinas do paciente, até que ele adormecesse. A fim de se reverter os efeitos, usava-se uma esponja embebida em vinagre.

Foi no século 19, com o desenvolvimento da anestesia, que se iniciou uma nova era para a realização dos procedimentos de cesariana. Pelos anos de 1840, o pesquisador escocês James Young Simpson descobriu as propriedades anestésicas do clorofórmio. Apesar de contrariado e questionado pela sociedade da época, para quem “anestésias” era ir contra a vontade de Deus diante da dor do parto, Simpson conseguiu utilizar com sucesso a substância para aliviar a dor das parturientes. A polêmica só seria superada anos mais tarde, quando a rainha Vitória (1819-1901), da Inglaterra, foi anestesiada com clorofórmio durante o parto do príncipe Leopold, em 1853. O mérito coube ao médico John Snow (1813-1858) e sua equipe.

Sexologia em serviço reconhecido pela CNRM ou ter, no mínimo, um ano de experiência ou estágio comprovado em Sexologia, reconhecido pela Febrasgo, tendo cumprido um conteúdo programático semelhante ao do R4. Só com a comprovação desses pré-requisitos é que um profissional pode se candidatar à prova para a obtenção de Título de Área de Atuação em Sexologia, emitido pela Febrasgo e Associação Médica Brasileira.

No caso da anestesia geral, os primeiros passos foram dados em estudos de Joseph Priestley, com a descoberta do óxido nitroso, em 1773. Duas décadas depois, em 1796, o farmacêutico Humphry Davy passou a realizar experimentos sobre os efeitos da inalação de óxido nitroso, na cidade inglesa de Penzance. Ele percebeu que o gás produzia no paciente uma sensação agradável, bem como um desejo incontido de rir. Um dia, para amenizar uma dor de dente, decidiu ele mesmo inalar o gás, e percebeu que ela desapareceu completamente. Então teve a ideia de utilizá-lo para acalmar dores físicas e diminuir as causadas por intervenções cirúrgicas.

Em meados do século 19, nos Estados Unidos, Horace Wells, dentista na cidade de Hartford, percebeu as propriedades de “analgesia” e “anestesia” decorrente do óxido nitroso, conhecido como “gás do riso”. Horace decidiu realizar em si próprio uma experiência, e solicitou que um colega lhe extraísse um dente após inalação do óxido nitroso. Para ele, o resultado foi de anestesia e sensação de euforia e bem-estar. Empolgado, realizou uma apresentação na Faculdade de Medicina de Harvard. Naquele dia, um estudante se ofereceu como cobaia, mas, infelizmente, após muitos gritos de dor, a demonstração foi considerada um fracasso. Persistindo na pesquisa, tentou com outro paciente, que após receber uma quantidade excessiva do gás, teve parada cardiorrespiratória e quase evoluiu a óbito. Devido aos insucessos, Horace abandonou de vez as experiências e a profissão de dentista.

No ano de 1842, foi a vez de o médico americano Crawford W. Long conseguir, graças ao uso de gás anestésico à base de éter, retirar um cisto do pescoço

A rainha Vitória, o príncipe Albert e seus nove filhos. Para dar à luz o nono filho, o príncipe Leopold, a monarca foi anestesiada com clorofórmio, ajudando na aceitação da técnica. Até então, muitos entendiam que “anestesiá-la” ia contra a vontade de Deus, que, conforme o livro de Gênesis, impôs à mulher, como castigo, as dores do parto



de uma paciente. Mas foi a data de 16 de outubro de 1846 que ficaria consagrada como a que se realizou a primeira intervenção cirúrgica oficial com anestesia geral. No anfiteatro cirúrgico do Massachusetts General Hospital, em Boston, médicos conseguiram realizar a retirada de um tumor no pescoço de um jovem de 17 anos, de nome Gilbert Abbott. A operação foi conduzida pelo cirurgião John Collins Warren. O paciente foi anestesiado com éter pelo dentista William Thomas Green Morton, por meio de um aparelho inalador. O sucesso foi tamanho que mereceu sua eternização em um quadro do pintor Robert Hinckley, em 1882. Na ocasião, Warren destacou: “Daqui a muitos séculos, os estudantes virão a este hospital para conhecer o local onde se demonstrou, pela primeira vez, a mais gloriosa descoberta da ciência”.

Guardando a fórmula utilizada no início, Morton foi posteriormente pressionado pela Associação Médica de Boston e revelou a sua natureza química. Na hora de batizar sua descoberta, deu-lhe o nome de *letheon* (derivando do grego *lethe*, significando “rio do esquecimento”). A ideia era usar a substância, um composto de éter sulfúrico puro, em outros procedimentos. E foi o que aconteceu, fazendo com que o uso desse anestésico se espalhasse rapidamente.

O termo “anestesia” foi sugerido pelo médico e poeta americano Oliver Wendell Holmes, ainda no século 19. Entretanto, segundo estudiosos, a palavra já existia na língua grega, sendo empregada no sentido de insensibilidade dolorosa. Entre os registros está o de Dioscórides, no século 1 d.C. Já a terminologia “anestesiologista” foi usada, pioneiramente, em 1902, pelo pesquisador Mathias J. Seifert, também dos Estados Unidos. Para ele, a anestesiologia era uma ciência médica encarregada de produzir insensibilidade à dor.

Anestesiologia no Brasil

Conforme registros, a anestesia geral chegou ao Brasil em 1847. Como traz Lycurgo Santos Filho, na obra *História Geral da Medicina Brasileira*, o primeiro procedimento de anestesia geral teria sido por éter, e foi praticado no Hospital Militar do Rio de Janeiro pelo médico Roberto Jorge Haddock Lobo, em 25 de maio daquele ano. Apenas uma semana depois de Haddock Lobo, dois soldados foram beneficiados com a novidade, a partir da ação do médico Domingos Marinho de Azevedo Americano, na companhia do anestesista Leslie Castro. Recém-chegado da Europa, Castro trouxe ao País não só o anestésico, mas um dos primeiros aparelhos de “eternização”. Mais tarde, o éter foi substituído pelo clorofórmio, a mesma substância introduzida pioneiramente como anestésico por James Simpson, em 1847.

Quanto à primeira anestesia geral com o clorofórmio praticada no País, a iniciativa coube ao professor Manuel Feliciano Pereira de Carvalho, na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, em 18 de fevereiro de 1848. E esse avanço foi noticiado pelo *Jornal do Comércio*, na sua edição do dia 22 daquele mês. A fonte da informação foi o professor Luís da Cunha Feijó, que assistira à

Haddock Lobo (ao lado) foi o primeiro a realizar no Brasil o procedimento de anestesia geral – com éter –, no Hospital Militar do Rio de Janeiro; depois, em 1848, o professor Manuel Feliciano Pereira de Carvalho (abaixo) se tornou o primeiro no País a realizar uma anestesia geral com o clorofórmio, na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro



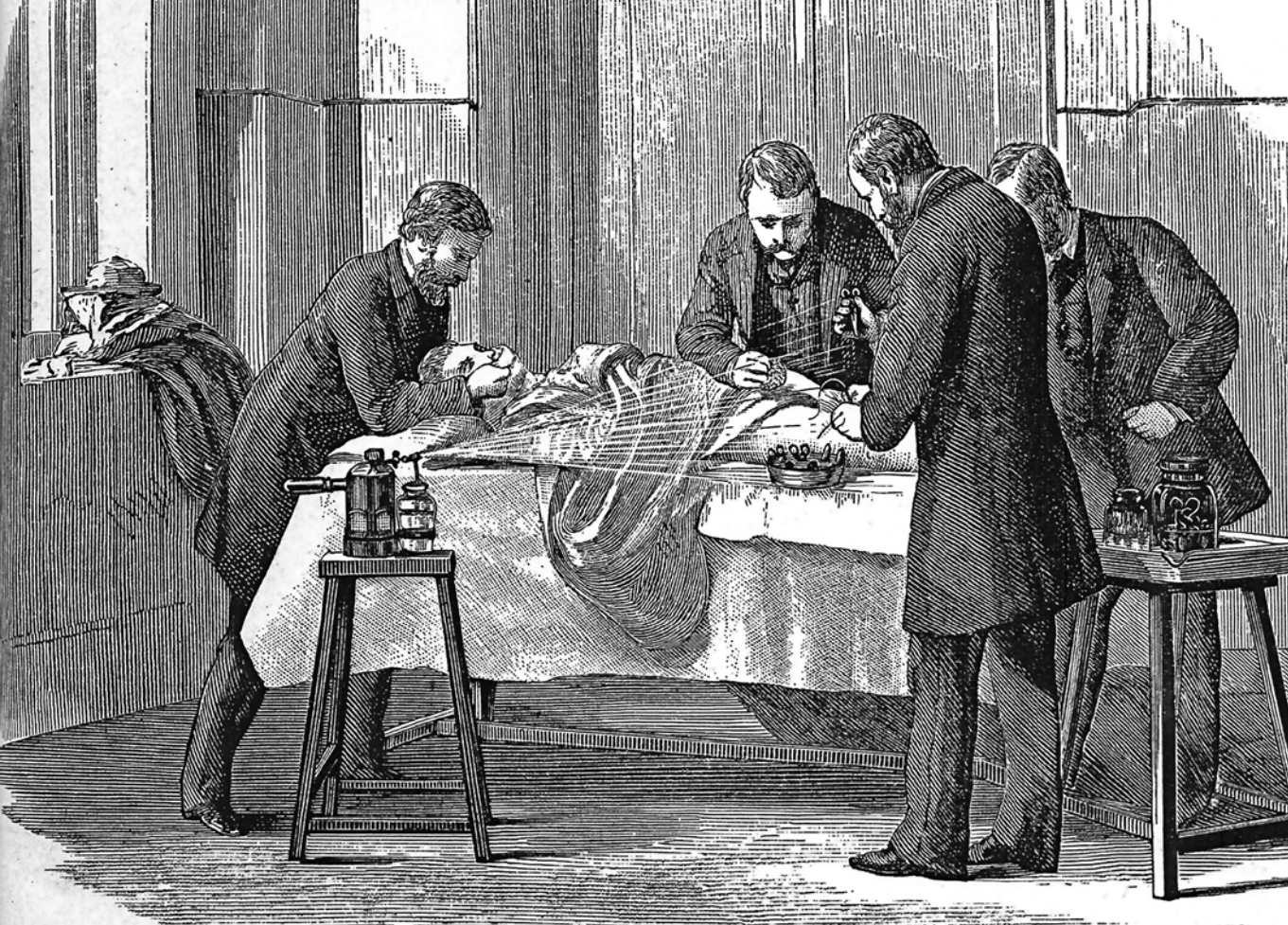
operação, que consistia em uma amputação da coxa de um jovem de 15 anos de idade, consequência de um “tumor branco do joelho”. Foi a partir daí que, no País, o uso do clorofórmio se generalizou, suplantando o éter, até que novos agentes anestésicos foram descobertos e introduzidos para a prática médica.

A assepsia e a anestesia: juntas pela vida

O advento da anestesia associado a técnicas de assepsia, que se desenvolveram também ao longo do século 19, levaram à consolidação da rotina de cesarianas e à redução da mortalidade da mãe e do bebê durante o parto. Por exemplo, passou-se a utilizar durante a intervenção um *spray* carbólico que, ao ser lançado no ambiente, deixava o ar estéril, contribuindo para evitar a transmissão de doenças e eliminando microrganismos.

Esse método de pulverização para eliminação de microrganismos foi criado pelo cirurgião inglês Joseph Lister, em 1865, que aplicou uma





Joseph lister usando o *spray* de fenol sobre a ferida do paciente, enquanto os demais médicos procedem com a operação

camada de ácido carbólico em solução na ferida de uma criança de sete anos de idade, com fratura exposta, depois que a roda de uma carroça passou por cima de sua perna. O procedimento, ao evitar infecções, reduzia a mortalidade no pós-operatório. Lister publicou suas descobertas na revista *Lancet*, em uma série de seis artigos, de março a julho de 1867.

Em 1870, ele desenvolveu um pulverizador especial, um mecanismo para vaporização no ambiente. No interior do dispositivo, que se assemelhava a uma lamparina, acendia-se uma vela a álcool e o vapor produzido pela chama aquecia a substância localizada em um recipiente preso ao aparelho. Orifícios laterais traziam oxigênio ao interior do dispositivo para manter a queima, e, por meio da pressão produzida por um diafragma, era possível lançar o vapor a alguns metros de distância.

Professor de cirurgia da Universidade de Glasgow, na Escócia, Lister produziu pesquisas baseadas nas descobertas revolucionárias do cientista francês Louis Pasteur, sobre a existência e disseminação dos microrganismos. Contrariando um conceito médico da época, Lister não acreditava que as infecções pós-cirúrgicas faziam parte do processo normal de cicatrização. Foi aí que formulou a hipótese de que essas infecções ocorriam pelo acúmulo de bactérias

aéreas nas feridas. A partir desse entendimento, passou a desenvolver técnicas para evitar a ação desses microagentes, utilizando-se de desinfetantes químicos, como o ácido carbólico.

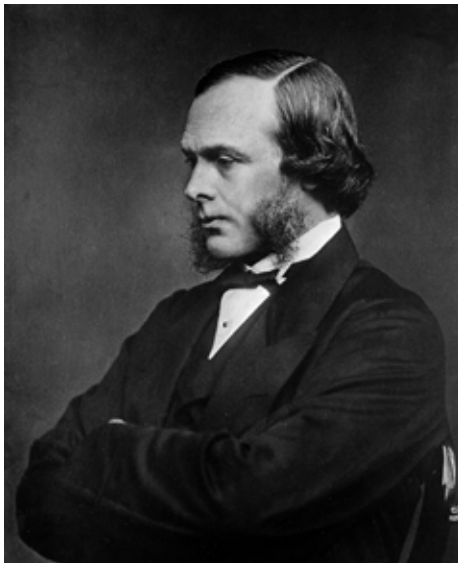
Foi também em meados do século 19 que outra importantíssima revolução contra os microrganismos em ambientes clínicos começou a ganhar mais adeptos. Na metade dos anos de 1800, os hospitais eram considerados verdadeiras “casas da morte”. Nessa época, ir a um desses locais para realizar um corriqueiro parto era, na prática, colocar a vida em risco.

Contudo, na Maternidade do Hospital Geral de Viena, na Áustria, o assistente de professor e médico húngaro Ignaz Semmelweis percebeu um alto índice de mortalidade por febre puerperal ou pós-parto nos ambientes em que eram administradas as aulas, além de realizar partos e cirurgias, índice quase três vezes maior aos ambientes onde era feito o treinamento de enfermeiras.

O húngaro Ignaz Semmelweis se formou em Medicina em Viena, no ano de 1844. Terminado o curso, conseguiu um emprego, cerca de três anos depois, como cirurgião no Hospital Geral de Viena (AKH). Lá, a taxa de mortalidade materna por febre puerperal, que, durante muito tempo, se manteve inferior a 5%, havia chegado a níveis alarmantes. E ele se pôs a investigar o problema e a buscar e reunir informações.

No AKH havia duas equipes e duas salas obstétricas. Uma delas reunia só homens (estudantes de Medicina); outra, só mulheres (parteiras). Semmelweis logo observou uma diferença notável de óbitos na comparação entre as duas instalações, que eram fisicamente idênticas. A que era fiscalizada pelos estudantes de Medicina tinha uma taxa de mortalidade três vezes mais alta que a das parteiras.

O cirurgião inglês Joseph Lister e o assistente de professor e médico húngaro Ignaz Semmelweis



No seu momento detetive, o húngaro descobriu que, em 1823, o AKH passou a oferecer o ensino de anatomia patológica, usando para tal a dissecação de cadáveres. Outro achado foi que a divisão das equipes em homens e mulheres acontecia desde 1840, por força de um decreto real.

Na prática, os estudantes homens saíam das aulas de Anatomia, onde dissecavam cadáveres, e, depois, iam direto para a clínica obstétrica atender às mulheres, sem ao menos lavar as mãos. Por outro lado, as parteiras, por serem mulheres, não participavam daquele tipo de procedimento. Assim, Semmelweis teorizou que os médicos que lidavam com as dissecações traziam consigo o que chamou de “partículas cadavéricas”. Embora invisíveis, estariam presentes naquele ambiente e, por aderirem às mãos dos médicos, acabariam por contaminar as pacientes em outro local. Diante do seu momento “eureka”,⁷ o médico propôs uma ação simples: lavar as mãos e os instrumentos cirúrgicos em solução de cal clorada, para tentar diminuir os casos de febre puerperal.

Contudo, a teoria de Semmelweis desagradou tanto a alta diretoria do hospital quanto seus demais colegas médicos, que, ainda que indiretamente, foram acusados de serem os culpados pelas centenas de mortes de mães que já tinham acontecido por conta da febre puerperal. Desprestigiado e sem apoio, o húngaro acabou sendo demitido depois de discutir com o diretor (López, 2020).

Todavia, quase um ano depois, um acidente lhe ajudou a dar razão: um colega e amigo, Jacob Kolletschka, ferido pelo bisturi de um dos estudantes, havia apresentado os mesmos sintomas das parturientes antes de vir a óbito. Na autópsia do amigo, Semmelweis descobriu que os órgãos dele também apresentavam ocorrências e aspecto semelhante ao das mulheres que eram vitimadas pela febre pós-parto. “A seps e a febre puerperal devem ter a mesma origem. Os dedos e as mãos de estudantes e médicos, sujos por dissecações recentes, transportam venenos mortais dos cadáveres para os órgãos genitais das mulheres em trabalho de parto”, observou na ocasião (López, 2020).

Ele seguiu fazendo seus estudos e observações e, em 1861, publicou o livro *Etiologia, Conceito e Profilaxia da Febre Puerperal*, que foi ridicularizado pelos colegas. Assim, sem qualquer prestígio entre seus pares, morreu aos 47 anos, internado em um manicômio. E numa dessas ironias do destino, foi vítima de septicemia, depois de um ferimento na mão infeccionar. Enfim, sucumbiu à doença que tanto tentou combater.

A partir das análises de Semmelweis, decidiu-se seguir então com um estudo experimental, que demonstrou que, devido a lavagem das mãos e higienização dos utensílios, em poucos meses a taxa de mortes caiu drasticamente, de 12,24% a 3,04%, ao fim do primeiro ano, e chegando a 1,27% (Boechat; Gomes, 2020). Mas foi somente anos depois, com o advento da era da bacteriologia, iniciada com os trabalhos de Louis Pasteur e Robert Koch, que viriam as bases mais científicas à

7 Interjeição supostamente pronunciada pelo grego Arquimedes (287 a.C. – 212 a.C.), quando descobriu como resolver um complexo dilema apresentado pelo rei Hierão II, que queria saber qual o volume em ouro de sua coroa, sem que o material fosse derretido.

hipótese de Semmelweis, com racionalidade ao uso de substâncias antissépticas utilizadas por cirurgiões.

Semmelweis é considerado um dos pioneiros da antissepsia e da prevenção da infecção hospitalar. Graças às ideias dele, outros seguiram na mesma linha, de forma a reduzir as infecções. Entre eles está o T. Gaillard Thomas (1831-1903), um ginecologista de Nova York, que permitia que membros de sua equipe cirúrgica usassem luvas de borracha para proteger as mãos dos efeitos cáusticos das várias soluções usadas para limpar os instrumentos cirúrgicos. Entretanto, o uso destas luvas na sala de operações foi popularizado por William Stewart Halsted (1852-1922). Em 1889, as luvas cirúrgicas foram introduzidas no Johns Hopkins Hospital, em Baltimore, nos Estados Unidos, porque a enfermeira-chefe do cen-

Anestesia: uma longa história de mais de 6 mil anos



4000 a.C. a o d.C.: uso de papoula do ópio; remédios herbáceos usando *Hyoscyamus niger*, Mandrágora e aconitum; e acupuntura realizada com ossos, vapores de cannabis e compressão da carótida (registros desde a China antiga, Grécia e Egito).

1799: Humphry Davy verifica que o óxido nitroso (N₂O) alivia a dor física.

1805: Friedrich Sertürner isola a morfina a partir do ópio.

1845: Horace Wells inala N₂O como anestesia, para a extração do próprio dente, no Massachusetts General Hospital.

1845: William Morton é o primeiro a demonstrar publicamente e com sucesso o uso de anestesia com éter para cirurgia.

1847: James Simpson administra clorofórmio para aliviar a dor durante o parto.

1853: Charles Pravaz e Alexander Wood inventam a agulha hipodérmica oca e criam a seringa.

tro cirúrgico (e sua futura esposa), Caroline Hampton, desenvolveu uma dermatite pelo uso da solução usada para desinfetar as mãos e os braços.

Tal fato levou Halsted a solicitar à Goodyear Rubber Company que produzisse luvas finas que não interferissem com a necessária sensibilidade. Como a maioria dos cirurgiões do século 19, Halsted achava que operar com luvas era um método de prevenir a dermatite induzida quimicamente. Só mais tarde se deu conta do impacto delas na antisepsia. Muitos cirurgiões, no entanto, insistiam que estas reduziam a delicadeza do toque e continuavam a operar sem proteção para as mãos. A aceitação internacional do uso necessário das luvas de borracha em qualquer operação cirúrgica só ocorreu após a I Guerra Mundial (1914-1918).

1853 a 1857: John Snow populariza a anestesia obstétrica, ao usar clorofórmio durante o nascimento do nono filho da Rainha Victoria, o príncipe Leopoldo.

1863: Quincy Colton reintroduz o N₂O como anestésico por inalação.

1884: Karl Koller introduz a cocaína como um anestésico oftalmológico.

1898: August Bier faz as primeiras raquianestésias usando 10 a 20 mg de cocaína em intervenções cirúrgicas de membros inferiores.

1901: A analgesia epidural caudal é descrita.

1902: As palavras “anestesiologia” e “anestesiologista” são criadas.

1923: Isabella Herb administra o anestésico cirúrgico etileno-oxigênio.

1929: John S. Lundy populariza o uso do anestésico intravenoso tiopental (Pentotal).

1942: É registrado o primeiro uso bem-sucedido de um relaxante muscular como anestésico.

1944: A lidocaína é introduzida como um anestésico local.

1954: A mortalidade perioperatória relacionada com a anestesia começa a ser registrada.

1956: Michael Johnstone apresenta clinicamente o halotano, o primeiro anestésico geral dos tempos modernos derivado de bromo.

1960: Joseph Artusio começa ensaios em humanos do anestésico inalatório metoxiflurano.

1964: Günter Corssen começa ensaios em humanos da cetamina anestésica dissociativa IV.

1966: Robert Virtue começa os ensaios em humanos do anestésico inalatório enflurano.

1972: O anestésico inalatório isoflurano é introduzido na prática clínica.

1992: O anestésico inalatório desflurano é introduzido na prática clínica.

1993: É estabelecida uma abordagem segura e sistemática da ventilação durante a anestesia geral.

1994: O anestésico inalatório sevoflurano é introduzido na prática clínica.

2000 em diante: A Sociedade Americana de Anestesiologistas estabelece uma Rede de Educação de Simulação (SEN) para continuar a educar e a certificar anestesiologistas.

8

Um século de associativismo na especialidade

A tarefa de reunir todos os obstetras e ginecologistas do País dentro de uma entidade de classe nunca pareceu fácil. Principalmente no princípio do século 20, quando os meios de comunicação e locomoção não eram tão acessíveis quanto hoje. Mas essas dificuldades não seriam entaves para Fernando Augusto Ribeiro de Magalhães, professor catedrático da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde também foi diretor e reitor. Ele plantou oficialmente, em 29 de março de 1921, a semente do associativismo ao fundar a primeira entidade da classe: a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Brasil, no Rio de Janeiro. E esse foi só um dos seus grandes feitos.

Inquieto e visionário, é considerado por muitos como o criador da Escola Obstétrica Brasileira. Jorge Fonte de Rezende, discípulo de Fernando de Magalhães, é um dos que faz coro a esta afirmação. “A Obstetrícia no Brasil será dividida, pelo historiador do futuro, em dois períodos: antes e depois de Fernando de Magalhães”, dizia Rezende, que como o mestre seria professor catedrático da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

A figura de Magalhães era uma das mais vibrantes da Obstetrícia nas primeiras quatro décadas do século 20. Ele nasceu na cidade do Rio de Janeiro, em 18 de fevereiro de 1878, cursou o bacharelado em Ciências e Letras pelo Colégio Pedro II e o doutorado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1899. Ali fez toda a jornada acadêmica, ingressando no ano seguinte à formatura como professor interino de Clínica Ginecológica e Obstétrica, permanecendo nesta condição de 1900 a 1901. Os passos seguintes o levaram à livre-docência de Obstetrícia (1901-1910); docência de Clínica Obstétrica (1911-1915); à direção do Hospital da Maternidade do Rio de Janeiro (1915-1918); e à cátedra de Clínica Obstétrica (1922). Foi ainda diretor da Faculdade

Fernando Augusto Ribeiro de Magalhães: personalidade marcante no início do século 20



de Medicina, em 1930; reitor da Universidade do Rio de Janeiro (1931-1934), e atuou, na política nacional, como deputado do Estado do Rio de Janeiro para a Constituinte em 1934.

Seu nome também está intimamente associado ao tratamento da infecção puerperal, ao desenvolvimento da operação cesariana no Brasil (que com ele se tornou uma opção segura), à proteção da vida embrionária e a condutas típicas da gestação e do parto, como hemorragias obstétricas e distocia pélvica. As primeiras podem acontecer durante todo o período gestacional, parto e puerpério, e são uma das principais causas de mortalidade materna.¹ Já a distocia pélvica era um grande desafio para os obstetras contemporâneos de Fernando Magalhães. Ela acontece quando o feto se apresenta de nádegas, em vez de cabeça e, nestes casos, era grande o risco de morte do bebê.

¹ As hemorragias obstétricas podem estar relacionadas a aborto, gravidez ectópica, neoplasia trofoblástica gestacional, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, ruptura uterina e vasa prévia (quando as membranas em torno do feto se rompem, geralmente antes do início do trabalho de parto).

Ilustre orador, deixou como legado uma encorpada coleção de obras médicas, destacando-se *Clínica Obstétrica*, *Lições de Clínica Obstétrica*, *A Obstetrícia no Brasil*, *Síntese Obstétrica* e *Obstétrica Forense*, além de mais de 200 trabalhos sobre assuntos médicos. Estes o credenciaram não só a uma cadeira na Academia Nacional de Medicina, mas também à Academia Brasileira de Letras. E foi toda essa bagagem multifacetada, obtida ao longo de anos, que Magalhães trouxe ao enraizar o associativismo médico brasileiro para dentro da especialidade.

A sociedade médica criada pelo Dr. Magalhães, em 29 de março de 1921, era de cunho local, mas tinha pretensões grandiosas, de cunho nacional. É o que pontua o professor Antônio Rodrigues Braga Neto, professor de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Em um País que vicejava seus ares republicanos e que se preparava para celebrar o centenário de sua independência, era o Rio de Janeiro, para além da capital, um fervilhante caldeirão cultural. Sua pujança era natural, e na Medicina não havia concorrentes (a Casa de Arnaldo na Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo ainda engatinhava, com nove anos). Tudo no Rio de Janeiro era grandioso – A Universidade seria do Brasil, a Faculdade de Medicina era Nacional; por óbvio que a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia também refletiria essa grandeza (aqui vale lembrar que a nossa Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – Febrasgo – só surgiria em 1959). (Braga, 2021, online)

Esta, contudo, não é a única obra de Fernando Magalhães no associativismo médico. Cerca de um ano após fundar a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Brasil, a edição 47 do semanário *Brasil-Médico*, de 1922, convocava a classe para a criação da “Associação Médica Brasileira”. O autor do convite era o renomado obstetra, àquela altura presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (SMCRJ), a mais rica e bem estruturada entidade médica da época (Morgado; Oliveira, 2023). A ideia foi debatida dentro do I Congresso Nacional dos Práticos, que aconteceu entre os dias 18 e 25 de setembro de 1922, na cidade do Rio de Janeiro, e consumada de fato em outubro do ano seguinte. Tal qual a Sociedade de Ginecologia, aquela Associação Médica Brasileira não conseguiu ter abrangência nacional nem vida longa, mas serviu de inspiração para uma outra entidade, que seria fundada em janeiro de 1951, que é a atual Associação Médica Brasileira (AMB).²

A Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia criada por Magalhães seguiu adiante, com ele à frente por 19 anos (até 1940), quando foi sucedido por Alberto Ribeiro de Oliveira Motta. A luz forte de Fernando Magalhães ofuscava a

² Os principais esforços que culminaram na atual Associação Médica Brasileira foram feitos pelo fluminense Jairo de Almeida Ramos e o mineiro Alípio Corrêa Netto, que foram colegas da turma que colaram grau em 1924 na antiga Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (atual Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).



No ano de 1936, Arnaldo de Moraes criou a Sociedade Brasileira de Ginecologia

daqueles que gravitam no seu entorno, o que fez com que um promissor discípulo se afastasse em busca de novos ares, abrindo mão da Obstetrícia, campo dominado por Magalhães, e abraçando a Ginecologia. Tratava-se de Arnaldo de Moraes. “Convicto de que não teria luz sob a copa frondosa de Magalhães, Arnaldo de Moraes não apenas se afasta de seu mentor, como decide mergulhar na Ginecologia, estabelecendo seus fundamentos e criando a Sociedade Brasileira de Ginecologia, em 1936”, explica o professor Antonio Braga (2021, *online*).

A escolha de Moraes se deu quando a Ginecologia ainda não tinha adquirido independência como especialidade médica, sendo uma parte menor da Obstetrícia e sob a tutela da Cirurgia Geral. Portanto, foi natural que ele se abrigasse sob as asas protetoras e de grande envergadura do Dr. Brandão Filho, o catedrático (de Cirurgia Geral) da Faculdade Nacional de Medicina. Isso permitiu que ele riscasse dali em diante o seu próprio caminho e alçasse voo solo.

As duas sociedades – Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Brasil e a Sociedade Brasileira de Ginecologia – coexistiram de modo autônomo até o ano de 1961, quando Octávio Rodrigues Lima assumiu a presidência de ambas. Àquela altura, as entidades criadas pelos doutores Magalhães e Moraes já não tinham mais razão de existir com essas nomenclaturas, em função da reorganização dos obstetras e ginecologistas em torno de uma entidade de abrangência realmente nacional: a Febrasgo. E o Dr. Octávio tinha ciência disso.

Figura das mais respeitadas no meio médico da época, ele era diretor da Maternidade-Escola da Universidade do Brasil (1944-1971) e professor catedrático de Obstetrícia da Faculdade Nacional de Medicina. Visando trazer os fatos para a nova realidade, diplomaticamente conseguiu, em 29 de dezembro de 1961, fazer a fusão da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Brasil com a Sociedade Brasileira de Ginecologia, nascendo daí a Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia da Guanabara, que será simplesmente, como as demais congêneres estaduais, uma das associadas da Febrasgo.

O nascimento da Febrasgo

Foi somente em 30 de outubro de 1959, na cidade de Belo Horizonte (MG), que nasceu oficialmente a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). A solenidade aconteceu dentro da XI Jornada Brasileira


de Ginecologia e Obstetrícia (JBGO), que tinha como presidente o professor titular da cadeira de Obstetrícia e Ginecologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Alberto Henrique Rocha. Era o mesmo que, tempos antes, aprendeu com João Paulo Rieper, no Rio de Janeiro, os segredos da colposcopia. Já a maternidade da nova entidade foi as dependências da Associação Médica de Minas Gerais (AMMG), sendo escolhido provisoriamente o carioca radicado em São Paulo, Alberto Francia Gomes Martins, como o primeiro presidente.

O sonho de ter uma entidade que congregasse os ginecologistas e obstetras do País já vinha sendo alimentado desde a década de 1920, com Fernando de Magalhães. Portanto, o gesto dos 21 representantes de associações regionais de nove Estados presentes na capital mineira representava um enorme passo para os especialistas e para a especialidade. Aquele foi um processo moroso, que, de fato, começou a ganhar forma a partir da década de 1940. O I Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO), realizado no Rio de Janeiro em setembro de 1940, a partir dos esforços de Arnaldo de Moraes, representou um passo à frente, mas que foi descontinuado, uma vez que o Congresso seguinte só voltaria a acontecer em 1948.

Neste vácuo, surgiram reuniões menores, mas igualmente importantes, como as Semanas Cariocas-Paulistas, promovidas pela Sociedade Brasileira de Ginecologia (aquela mesma criada em 1936 pelo Dr. Arnaldo de Moraes) e a Sessão de Obstetrícia e Ginecologia da Associação Paulista de Medicina (APM), com o primeiro encontro acontecendo em 1943. Eram eventos anuais, com parte da programação acontecendo em São Paulo e a outra parte, no Rio de Janeiro. Desse projeto nasceram as Jornadas Mineiro-Paulistas da especialidade, com Belo Horizonte sendo sede da primeira edição, em agosto de 1945. Em novembro do mesmo ano, ocorreu a primeira Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, em São Paulo, ideia trazida por Francia Martins.

Em 1968, primeira turma de especialistas da Febrasgo, quando o título foi instituído pela Federação




 Assembleia geral para a
 constituição da Federação Brasileira
 de Associações de Ginecologia e
 Obstetrícia

Aos dez dias, digo, os dez horas do dia 30 de
 mês de Outubro de 1959, (mil nove
 centos e cinquenta e nove), no salão
 da Associação Médica de Minas Gerais,
 em Belo Horizonte, durante a realização
 da XI Jornada Brasileira de Ginecologia
 e Obstetrícia, foi instalada a Assembleia
 geral para a constituição da Federação
 acima enumerada. Presentes os seguintes dele-
 gados credenciados pelas respectivas entidades
 de Ginecologia e Obstetrícia: Dr. Alberto
 Alberto Henrique Roche, Henrique Machado
 Costa, Lucas M. Machado, Helvécio F. Lutz,
 da Sociedade de Ginecologia de Minas
 Gerais; A. França Martins, Guilherme de França,
 José Jairo e Cosme de Fátima Netto, do
 Dep. de Ginecologia e Obstetrícia da Associação
 Paulista de Medicina; Hugo Mara, Adelson
 Brito e Ades do Filho da Soc. de Ginecologia
 e Obstetrícia da Assoc. dos Docentes da
 Medicina; Antônio de Sá Lúcio e Albino
 Câmara, da Soc. de Ginecologia e Obstetrícia
 de Pernambuco; Mário Kamitzes e José
 Paulo Rieper, da Soc. Brasileira de Ginecologia
 e Obstetrícia; A. Campos da Paz, Filho da Soc. de Ginecologia



De pé, Arnaldo de Moraes (foto acima) discorre durante o I Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia. Na foto abaixo, o ministro da Educação, Gustavo Capanema (de óculos) prestigia o evento



Maria Celeste Osório Wender: primeira mulher a chegar à presidência da Febrasgo

Para substituí-lo, foi escolhida a figura de Arnaldo de Moraes, que tinha notável respeito entre seus pares. No entanto, a vida do grande ginecologista daquela geração foi interrompida em 6 de abril de 1961, antes mesmo da conclusão do seu mandato como presidente da Febrasgo.

Com o passar do anos, outros foram se sentando na honrosa cadeira de presidente da federação. De lá para cá, além dos cariocas, foram escolhidos paulistas (a maioria, 6), amazonenses, baianos, mineiros, gaúchos e ao menos um pernambucano, paranaense e cearense. Foram 18 homens e somente uma mulher liderando a instituição, no caso a gaúcha Maria Celeste Osório Wender. “É uma honra ser a primeira presidente mulher da Febrasgo e é indispensável que a voz e representatividade da mulher na Medicina sejam fortalecidas. Nesta nova gestão, temos o papel de lutar por igualdade de oportunidades e reconhecimento de nosso papel no setor da saúde do País” (Segundo..., 2023, *online*).

Entre os doutores Francia Martins e Maria Celeste existe uma lacuna de 65 anos em que muitos fatos aconteceram tanto internamente, na gestão da Federação, quanto no que diz respeito à especialidade. Assistiu-se especialmente ao processo de consolidação da Obstetrícia e Ginecologia, que foi se espalhando pelo País e ganhando mais profissionais e mais qualificação.

Depois do Rio de Janeiro, foi a vez de Minas Gerais ter a sua Sociedade de Ginecologistas e Obstetras (Sogimig), em 2 de junho de 1945. Segundo seus estatutos, tinha como objetivo principal tratar dos assuntos científicos e sociais. Na sua edificação estavam figuras como Lucas Monteiro Machado, Clóvis Salgado, Newton Brandão, Henrique Machado Horta, Rubens Monteiro de Barros, Alberto Henrique Rocha, Argeu Murta, Helena de Abreu, Affonso Silviano Brandão, Hermínio Ferreira Pinto, Otto Cirne e Jayme Werneck. Tempos depois, foi a vez dos Estados do Pará (Sopago) e Pernambuco (Sogope), em 1948; Rio Grande do Sul (Sogirgs), em 1949; Paraná (Sogipa), em 1952; Maranhão (Sogima), em 1953; Rio Grande do Norte (Sogorn), em 1958; e as demais que chegaram após a fundação da Febrasgo.

Em 1967, como reflexo de um processo de expansão e melhor organização da Febrasgo, é criada a sua secretaria executiva, e o primeiro a ocupar o cargo é Francisco Victor Rodrigues, discípulo de Arnaldo de Moraes, o mesmo que, em 1936, foi escolhido como secretário de redação dos *Annaes Brasileiros de Gynecologia* e que, em 1941, introduziu os estudos sobre citologia na Clínica Ginecológica da Universidade do Brasil.

Nessa ocasião, era presidente da Febrasgo o pernambucano Martiniano José Fernandes, primeiro médico fora do eixo Sul-Sudeste a ocupar aquela cadeira.

Coube a ele levar (também pela primeira vez, em 1966) o Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia para Pernambuco, reunindo uma lista de congressistas com grandes nomes nacionais (como Bussâmara Neme, José Bonifácio Medina, Francisco Victor Rodrigues) e estrangeiros, como o suíço Hubert de Watteville, fundador da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo) e os uruguaios Juan José Crottogini e Roberto Caldeyro-Barcia. Em 1967, uma das principais conquistas da Febrasgo ao longo da história foi o estabelecimento do Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (Tego). O primeiro concurso foi aplicado no ano seguinte, durante a XII Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. “A partir dali, o médico aprovado no processo passou a contar com a chancela da Febrasgo e da Associação Médica Brasileira (AMB) de que era qualificado para atuar na área” (Morgado; Oliveira, 2020, p. 29-30).

O esforço para fazer com que a Federação chegasse aos profissionais espalhados pelo Brasil seguiu ao longo das décadas seguintes. No campo da comunicação, nasceu em fevereiro de 1973 a revista *Femina*, aumentando a demanda de mão de obra da entidade, que alcançou um quadro de três funcionários. E, com isso, o trabalho sério desenvolvido pela Febrasgo foi refletindo também no seu número de associados. Se eram menos de 2 mil em 1972, praticamente dobrou em 1976, atingindo 3.779 sócios.

O estabelecimento das residências em Ginecologia e Obstetrícia

O avanço da especialidade pode ser visto com a instituição, em 1977, pelo Decreto nº 80.281, da Residência Médica, uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos. Na prática, é conferido o título de especialista àqueles que passam por esse período de formação, que é considerado a forma de especialização médica mais eficiente do Brasil. É desse período o estabelecimento da Comissão de Residência da Febrasgo, aprovada na Assembleia de Delegados da Federação, em 24 de setembro daquele mesmo ano e foi constituída inicialmente pelos doutores Hans Wolfgang Halbe, Laurival Antonio de Luca e Nelson Vitiello.

O médico especialista em Tocoginecologia é diferenciado ou por prestar o curso oferecido pela Febrasgo ou por ter concluído a Residência Médica em uma das instituições reconhecidas pelo Ministério da Saúde, em um itinerário que tem duração mínima de três anos. De acordo com o Conselho Federal de Medicina, “a expressão ‘residência médica’ só pode ser empregada em programas que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)”,³ sendo a CNRM formada por representantes dos Ministérios da Saúde, Educação e Pre-

3 Em 1981, foi promulgada a Lei 6.932, determinando que a expressão Residência Médica poderia ser utilizada apenas por instituições com programas reconhecidos pela CNRM. Esta legislação contribuiu para consolidar essa modalidade de ensino de pós-graduação no nível de especialização, fixando o valor da bolsa de estudos e da contribuição previdenciária e a carga horária semanal de treinamento, além de estabelecer que o título conferido ao término do curso constituiria documento legal junto ao Sistema Federal de Ensino e Conselho Federal de Medicina.

O professor Bussâmara Neme (ao lado), discípulo do renomado professor Raul Briquet (abaixo)



vidência Social, e de entidades médicas, como a Associação Médica Brasileira (AMB).

O processo de formação das residências médicas no Brasil começou na década de 1940. O pioneiro foi o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP), que, em 1945, criou o primeiro programa de residência médica em ortopedia. Três anos depois, foi a vez do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (Ipase-RJ), cujo curso inaugural de residência foi o de Psiquiatria. A novidade agradou o mercado, sendo esses profissionais rapidamente absorvidos e alocados.

Duas décadas se passaram até que fosse criada no Hospital das Clínicas a Residência Médica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da USP, que estava sob a chefia de José Bonifácio Medina. Com a aposentadoria compulsória desse mestre, em 1970, assumiu imediatamente a regência da disciplina de Ginecologia o professor José Galucci e, seis meses depois, por concurso, o professor Carlos Alberto Pastore. Já na Disciplina de Obstetrícia, a titularidade ficou, a partir de 1972, com o professor Bussâmara Neme, discípulo do renomado professor Raul Briquet.

Um ano depois de Neme conquistar a titularidade em Obstetrícia, chegou à Casa de Arnaldo como residente o professor Marcelo Zugaib. Ambos já se conheciam da Casa Maternal e da Infância da Legião Brasileira de Assistência: Neme, como chefe; Zugaib, como acadêmico-estagiário, graduando-se pela

Escola Paulista de Medicina. Na época, segundo o professor Zugaib, primeiro eram selecionados para a residência os formados pela própria FMUSP. Depois, as vagas remanescentes eram preenchidas com os interessados das demais instituições de ensino.

“Naquele ano de 1973, só restaram duas vagas, para mais de 60 concorrentes. Felizmente, garanti uma delas e comecei a escrever o capítulo inicial da minha história naquela respeitada instituição de ensino, como residente de Ginecologia e Obstetrícia, desafio que cumpri entre 1973 e 1974”, rememora o Dr. Zugaib, que viria a substituir Bussâmara Neme como professor titular de Obstetrícia, em 1986.

Dados da *Demografia Médica no Brasil 2023* apontam que existem quase 42 mil médicos cursando a residência médica. Eles se encontram diluídos entre 4.951 programas de 789 instituições credenciadas pelo Ministério da Educação, mas estão concentrados na região Sudeste (57% dos residentes). Do total, 7,9% fazem formação na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, a terceira com maior número de residentes do País.⁴

A tocoginecologia em outro patamar

A Febrasgo acompanhou de perto toda a transformação da especialidade. Para assegurar espaço qualificado à pesquisa brasileira em Ginecologia e Obstetrícia e, dessa forma, contribuir para o seu desenvolvimento, a entidade lançou em 1979 a *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* (RBGO). Em 1981, diante de sinais de que o Rio de Janeiro poderia ser a sede do Congresso Mundial de Ginecologia, seus diretores, sob a liderança do paulista Laurival Antonio de Luca, começaram a trabalhar para não perder aquela oportunidade, entendida por todos como muito alvissareira e como um indicativo do *status* que a especialidade tinha alcançado no Brasil.

O Congresso Mundial, promovido pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo), em outubro de 1988, tornou-se o maior encontro científico já realizado no País até então, reunindo 9 mil participantes. Naquele momento, o Brasil já era o campeão mundial de cesarianas, quando cerca de metade dos procedimentos no País já era por esse tipo de procedimento.

A transição da Febrasgo para o século 21 se dá em casa nova. Em 30 de outubro do ano 2000, ocorre a inauguração da nova sede social da entidade, que deixa a Avenida Armando Lombardi, 800, sala 233, na Barra da Tijuca, no Rio de Janeiro, para a Avenida das Américas, 8.455, salas 709 a 714, no mesmo bairro carioca. E, para coroar essa série de boas-novas, no ano seguinte (2001), é instituído o 30 de outubro, data que marca a fundação da Federação, como sendo o Dia Nacional do Ginecologista e Obstetra.

4 As especialidades que mais têm residentes, segundo a *Demografia Médica 2023*, são: Clínica Médica, com 10,1%; Pediatria, com 8,9%; Ginecologia e Obstetrícia, com 7,9%; e Cirurgia Geral, com 6,8%.



Diretoria da Febrasgo (Gestão 2020-2023) no Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia de 2021, durante a pandemia de Covid-19

Na evolução dos fatos, o professor Edmund Chada Baracat se torna o primeiro presidente reeleito da história da Febrasgo, em 2001, graças a uma mudança estatutária feita na gestão anterior à dele, de Hildoberto Carneiro de Oliveira (1993-1997). Baracat seria quem sucederia, por concurso, o professor José Aristodemo Pinotti⁵ na titularidade da Disciplina de Ginecologia da FMUSP, em 2005, no mesmo ano que entrega a presidência da Febrasgo para Nilson Roberto de Melo, outro que foi lapidado dentro da FMUSP.

Depois de dois mandatos, Nilson Roberto de Melo passa o bastão para o mineiro radicado no Distrito Federal, Etelvino de Souza Trindade. À frente da entidade, ele profissionalizou a administração, organizou a tesouraria e deu ênfase aos programas científicos. Neste período à frente da Febrasgo, assiste ao Supremo Tribunal Federal (STF) decidir, por 8 votos a 2, a interrupção da gestação com assistência médica, em caso de anencefalia.

Doutor Etelvino entrega uma casa arrumada a César Eduardo Fernandes, o quinto paulista a ocupar a presidência da entidade. Diferentemente de todos

5 Antes do Dr. José Aristodemo Pinotti, o posto de professor titular de Ginecologia da Faculdade de Medicina da USP era ocupado pelo professor Carlos Alberto Pastore, que assumiu em 1970, por concurso e seis meses após a aposentadoria do professor José Bonifácio Medina, até então chefe do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da instituição.



Diretoria da Febrasgo
(Gestão 2024-2027)

os seus antecessores, ele fez sua formação na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e, desde 17 de outubro de 2011, havia se tornado o professor titular de Ginecologia da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC). Na sua gestão, o Rio de Janeiro recebe, pela segunda vez, o Congresso Mundial da Figo, espaço nobre que serviu para o lançamento do *Tratado de Ginecologia Febrasgo* e *Tratado de Obstetrícia Febrasgo*.

E assim a Febrasgo seguiu seu passo, em ritmo acelerado, para poder acompanhar todas as mudanças que a especialidade vem sofrendo desde a fundação. Depois de o mineiro Agnaldo Lopes da Silva Filho ocupar a cadeira presidencial, chegou finalmente a vez de uma mulher, a gaúcha Maria Celeste Osório Wender, sentar-se na cadeira da entidade, cuja razão de ser é zelar e defender os interesses dos médicos que atuam em Ginecologia e Obstetrícia no Brasil. Com isso, a Dra. Maria Celeste se junta a um grupo de mulheres que tão bem fizeram, e fazem, à especialidade. E ao longo destes mais de 70 anos de atividade, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia foi testemunha de uma série de eventos que marcaram em definitivo o desenvolvimento da especialidade, cujas histórias merecem ser resgatadas, contadas e contextualizadas.

9

Um salto evolutivo na história da contracepção

A partir dos anos 1960, a Ginecologia e a Obstetrícia no Brasil se aproveitaram de técnicas, produtos e equipamentos que estavam sendo criados no exterior. Aos poucos, as novidades surgiam em solo brasileiro e uma delas se deu no campo com o advento dos contraceptivos orais combinados. As populares “pílulas”, como desde o início passaram a ser chamadas, foram lançadas no País em 1962, cinco anos após terem chegado aos Estados Unidos. E seu reflexo sobre a taxa de fecundidade nacional (que corresponde ao número de filhos vivos nascidos por mulher na idade reprodutiva) foi imediato.

Ao final daquela década, esse indicador caiu pela primeira vez desde que começou a ser mensurado pelo censo demográfico, na década de 1940, e não parou de decrescer desde então. Nesse período, as brasileiras tinham, em média, seis filhos, número que diminuiu para 4 em 1980; 2,2 em 2000; e 1,65 em 2020. Fatos que comprovam que a previsão que se fazia na época de que o mundo, então com 3 bilhões de habitantes, passaria a ter 9 bilhões no limiar do século 20, não se cumpriu. “A pílula anticoncepcional foi um marco decisivo para a mudança do papel da mulher na sociedade”, pontua Sílvia Pimentel, coordenadora nacional do Comitê Latino-Americano e do Caribe para o Direito de Defesa da Mulher (*Anticoncepcional...*, 2000, p. 11).

Contar essa história, lembra Rosires Pereira de Andrade, exige voltar ao menos até a década de 1930, quando houve importante avanço no conhecimento em torno da fisiologia reprodutiva e da endocrinologia. Foi nesse período, inclusive, que se conseguiu isolar e identificar os hormônios sexuais e constatar que altas doses de esteroides inibiam a ovulação. “Sobre a pílula anticoncepcional, é digno de nota que o componente estrogênico, o etinilestradiol, foi sintetizado nos anos 1930 por um processo de etinilação, em Berlim, por químicos ligados à Schering. E ele continua até hoje como o componente estrogênico de



quase totalidade das pílulas combinadas”, diz o professor titular da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e ocupante da cadeira 19 da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago).

Nesse percurso, um novo elemento entrou no jogo: o químico mexicano Luís Miramontes. Com a ajuda de dois colegas, ele descobriu, em 1951, como extrair progesterona sintética de plantas, permitindo que a substância pudesse ser produzida pela indústria farmacêutica. Era a peça que faltava no tabuleiro dos pesquisadores americanos John Rock (1890-1984) e Gregory Pincus (1903-1967), pertencentes à Universidade de Harvard. Há muito tempo, a dupla vinha se dedicando ao desenvolvimento de um medicamento capaz de impedir a gravidez de mulheres saudáveis. O trabalho foi viabilizado pelos esforços da enfermeira e ativista do controle de natalidade, Margaret Sanger (1879-1966), que teria convencido a milionária Katherine McCormick (1875-1965) a financiar o projeto. Em 1954, os pesquisadores já tinham conseguido o seu intento e desenvolvido um comprimido promissor, que evitava a ovulação, combinando dois hormônios sintéticos: estrogênio e progestogênio.

Em Boston, onde trabalhavam, não atingiram o número suficiente de voluntárias para testar o novo medicamento. Além disso, muitas mulheres aban-



O trabalho da enfermeira Margareth Sanger ajudou a mudar o conceito de planejamento familiar em todo o mundo e ela é tida como “a mãe do controle de natalidade”

donavam os testes clínicos em consequência dos severos efeitos colaterais, que incluíam náuseas, dores, coágulos sanguíneos e hemorragias. “Ansiosos para lançar o produto, os médicos recorreram então a práticas pouco éticas: testaram a pílula em mulheres com doenças mentais, pacientes de um hospital associado a Harvard” (O papel..., 2018, *online*).

No entanto, precisando fazer testes em larga escala, acabaram encontrando em Porto Rico o lugar ideal, com uma legislação mais frouxa em relação aos contraceptivos do que os Estados Unidos, e onde as autoridades locais buscavam meios para desacelerar o crescimento populacional. Assim, John Rock e Gregory Pincus se fixaram, no ano de 1956, em um bairro humilde da capital San Juan, chamado de Rio Piedras. Estima-se que lá recrutaram cerca de 1,5 mil mulheres para se submeterem ao papel de cobaias. Tudo foi feito às pressas, em ritmo industrial. “Aceitamos rapidamente, sem parar para pensar sobre o assunto. Nos disseram que se tratava de um medicamento que evitaria que as mulheres tivessem filhos que sabiam que não conseguiriam criar”, contou em 2004, Delia Mestre, uma das mulheres porto-riquenhas que participaram daquela experiência (O papel..., 2018, *online*). O mesmo se repetiu com as mulheres do Haiti e do Brooklyn.

Um pecado mortal

Havia pressa naquela corrida e buscou-se imediatamente a aprovação da *Food and Drug Administration* (FDA), antes mesmo que todas as perguntas tivessem sido respondidas, especialmente sobre efeitos colaterais. Em 1957, chegava ao mercado americano o Enovid 10 mg (9,85 mg norethynodrel e 150 μ g mestranol),¹ produzido pelo laboratório G.D. Searle e recomendado para tratamento de irregularidades menstruais. Até então, a anticoncepção era indicada apenas como um dos efeitos colaterais do medicamento, e não sua função principal. No entanto, o laboratório conseguiu posteriormente a aprovação do seu produto para o real fim ao qual foi desenvolvido e, em 18 de agosto de 1960, passou a ser comercializado nos Estados Unidos como contraceptivo. Apesar das polêmicas alimentadas especialmente por grupos religiosos, outros países começaram a adotar o anticoncepcional hormonal oral. Entre eles, o Brasil, que também entrou na fila e aguardou sua vez.

Aqui, uma figura anônima cumprirá papel importante. Não se trata de um pesquisador, médico ou ginecologista, mas de um vendedor. Seu nome é Caio Mário Guerra Barreiros. Nascido na cidade de Formiga (MG), era supervisor de Vendas da Searle no Brasil, e a ele foi dada a missão de pesquisar o mercado e obter pareceres de cientistas locais conceituados. “As primeiras reações nos meios médicos e religiosos – lembra ele – foram amplamente desfavoráveis.

¹ O produto recebeu, conforme o mercado e sua formulação, nomes diferentes, como e Conovid. A primeira marca – Conovid 10 mg – foi lançada na Inglaterra pelo laboratório G.D. Searle, sendo introduzido em seguida no mercado americano o Enovid, usado nas experiências de Porto Rico.



Laboratório da G.D. Searle: primeiras pílulas tinham uma alta dosagem hormonal, concentração que foi sendo reduzida com o investimento em pesquisa

A própria imprensa, na época, pouco esclarecida sobre o assunto, influenciou a opinião, que se estarcia com a novidade, indecisa entre tantas contradições. Era uma luta difícil. Só depois do Congresso de Infertilidade, realizado no Copacabana Palace em agosto de 1962, a ideia passou a ser mais bem aceita, com a defesa feita pelo Dr. Arthur Campos da Paz Filho, presidente da Associação Mundial de Fertilidade da Mulher” (Miranda; Fonseca, 1974, p. 52), afirmou o mineiro. Por conta desse trabalho, Barreiros progrediu de vendedor propagandista a gerente daquele laboratório no Brasil.

Na esteira do Enovid, logo chegaram outros, lançados pelos laboratórios Organon e Johnson. Outros começaram a aproveitar aquele filão de mercado e a pílula tornou-se um sucesso global. Nos Estados Unidos, era matéria de capa da prestigiada *Time*; já no Brasil, a revista *Realidade*, na sua edição número 10, de 1967, destacava na reportagem “A mulher brasileira hoje”, uma pesquisa em que 87% das entrevistadas consideravam importante evitar filhos e que 46% delas adotavam alguma forma de contraceção. Neste quesito, 19% usavam as

À venda nas farmácias outro produto condenado FAC-5

A base de anoretinodrela, é proibido em vários países

O remédio, segundo aquela autoridade médica, nos Estados Unidos e na Noruega, te-americanas, núcleo de 17 de corrente, e fabricado à base de anoretinodrela, e é anti-concepção vendida no Brasil e outros países. Na Enovid é indicado para amenorréia, dismenorréia, temo pre-menstrual, leva em novas vezes, até o momento, tomado cinco de 10, não obstante os comentários «fina» atribuídos ao «abuso» Mc-Union leva 9,5 mg. Este é apontado como contraceção de «microbolitas».

AS FORMULAS
 É a seguinte a fórmula do remédio nos Estados Unidos: Enovid 5 mg; Enovid 17 mg; Enovid 35 mg; Enovid 52 mg; Enovid 68 mg.
 No Brasil, com o nome Enovid, são outras indicações, atribuído por «Abbott Laboratório» de Boston, sob autorização do Dr. G.D. Searle & Cia., o produto tem a seguinte composição: Enovid 5 mg; Enovid 17 mg; Enovid 35 mg; Enovid 52 mg; Enovid 68 mg.
 Expresso o S.N.M. segundo dados, a mesma reportagem o Dr. Fernando, chefe de Seção de Microbiologia, nos subtergidos, «fina», após o laboratório responsável pela produção e distribuição, Enovid 5 mg; Enovid 17 mg; Enovid 35 mg; Enovid 52 mg; Enovid 68 mg. para este ou outros e a intenção para este problema são maiores.

NO MEU MULHERES
 «Este remédio apresenta um «efeito» contraceptivo... «Ele» «toma» a droga e o seu efeito «é» «obstrução» «células» «de» «proteção» «qualquer» «anoretinodrela». O «Governo» de Washington «apresenta» «os» «casos» de «transmissão» «acertada», «mas» «isto» «que» «está» «do» «há» «motivo» «para» «além», «mas» «para» «precaução».
 «Mulheres» de «nome» de «11» «ano» «que» «tomam» «Enovid» «nos» «Estados» «Unidos» «têm» «ataques» de «tremor» «bólcio». «É» «concluído» de «vez» em «vez» «na» «realidade» «pública» «que» «as» «pílulas» «chegam» «aos» «jornais»

CA PROIBIDA

ENOVID — Vendo três vidros. Tel. 36-0499.

ÓCULOS SPORT — Para sol, frances, último modelo. Vendo dois pares. Tel. 36-0499.

PROJETOR vendo Bellwoel 16 mm

vendo 60.000,00. Rua Gustavo Sam-
 pado 158 apt. 104. Leme.

No Brasil, o Enovid era vendido inicialmente como Enavid e fabricado pela Abbott, sob autorização da G. D. Searle. De tão popular e procurado, o medicamento era anunciado para venda em classificados dos jornais

pílulas (Matos; Soihet, 2003). O assunto, aparentemente, ainda era um tabu na época, visto que a publicação foi apreendida pela censura imposta pela ditadura militar em vigor.

Enquanto isso, um silêncio oficial imperava na Igreja Católica, apesar dos murmúrios e reações de figuras e entidades ligadas à instituição. Havia, inclusive, a esperança por parte de alguns de que a Sé Romana aprovaria os métodos anticoncepcionais. Mas essas esperanças ruíram na manhã de 25 de julho de 1968, quando o Vaticano convocou a imprensa para se pronunciar sobre a questão, conforme narram os autores do livro *História da Anticoncepção*, que tem como um dos seus editores Edmund Chada Baracat. “Na encíclica papal intitulada *Humanae Vitae*, o papa Paulo VI terminou com as especulações sobre os contraceptivos. Ele reafirmou os ensinamentos tradicionais da Igreja e classificou a pílula como um método não natural de contracepção. Considerou, assim, a utilização de pílula ou de qualquer outro método artificial de controle da natalidade, pecado mortal” (Arie *et al.*, 2009, p. 28).

Outro golpe contra as pílulas foi dado em 1970, quando vieram a público pesquisas ressaltando seus efeitos adversos. Mas o que seria ruim se converteu em algo positivo, uma vez que os laboratórios foram levados a investir em produtos mais seguros. Com isso, alguns anticoncepcionais pioneiros foram sendo retirados do mercado para voltar com fórmulas aperfeiçoadas e nomes diferentes. Foram os casos da Sequens (Eli Lilly), Ovex (Mead Johnson) e do próprio Enovid (Searle).

O papa Paulo VI condenou o uso da pílula e todos os outros meios artificiais de controle de natalidade



Após seis décadas de existência e contínuo desenvolvimento, a família de anticoncepcionais só cresceu e se destacou cada vez mais pela sua efetividade, segurança e quase nenhum efeito adverso. Os riscos demonstrados inicialmente, como de trombose e mesmo de ataques cardíacos, ficaram em um passado distante, por conta do investimento dos laboratórios farmacêuticos no desenvolvimento de novas gerações de pílulas. E o principal avanço está relacionado à redução dos níveis de estrogênio, conforme defende o professor Edmund Chada Baracat, titular de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. “Na área de anticoncepção, os avanços foram muitos, sobretudo a partir dos anos 1970, e especialmente no que diz respeito às altas doses de estrogênio, que estavam relacionadas ao maior risco de trombose e tromboembolismo. Então começou um processo de redução das doses de estrogênio. Hoje temos

produtos com doses mínimas deste hormônio, com 30, 20 microgramas ou que nem têm estrogênio”, afirma. De acordo com Baracat, os progestagênios, que fazem parte da pílula anticoncepcional, também se modernizaram, com o advento das segunda, terceira e quarta gerações.

Nesse longo percurso, as pílulas foram muito além de sua função básica. Atualmente, são usadas não só com o fim anticoncepcional, mas ainda para tratar algumas condições ginecológicas, como nos casos da síndrome de ovários policísticos, para melhorar quadros de distúrbios menstruais, acne e hirsutismo (excesso de pelo), além endometriose, amenorreia (ausência da menstruação em fase que ela deveria acontecer), dismenorreia (cólica menstrual) e menorragia (aumento excessivo da quantidade do fluxo menstrual).

A década de 1990 trouxe junto com ela o chamado contraceptivo de emergência, usado em algumas situações específicas para evitar uma gravidez indesejada. O método foi desenvolvido por Albert Yuzpe, médico canadense que concluiu que seria possível prevenir a gravidez mesmo após a relação sexual, por meio de “uma superdosagem de pílulas anticoncepcionais orais comuns” (Matos, [s.d.], *online*).



Apesar da popularização dos métodos contraceptivos, a maioria das mulheres ainda experimenta situação de gravidez não planejada

“Já na década de 1970 profissionais brasileiros faziam a prescrição em consultórios, mas o uso ainda não era público. Na década de 90, há uma redescoberta do contraceptivo, tendo em vista as alterações proporcionadas nos anos 1980 marcadas pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, principalmente no que diz respeito ao aborto [...]. A primeira experiência pública no Brasil de uso do método foi realizada em 1994, quando um grupo feminista Transas do Corpo passa a coordenar a secretaria municipal, em Goiânia, e coloca à disposição da população feminina o método Yuzpe, criado pelo médico Albert Yuzpe. Então em 1996, o Ministério da Saúde, procurando ampliar as ações do Programa de Atendimento à Saúde da Mulher (PAISM) como resposta às situações de risco, como violência sexual, falhas de métodos contraceptivos e não uso do contraceptivo, passa a orientar o uso do método. Posteriormente, a indústria farmacêutica passa a produzir as pílulas do dia seguinte, que à semelhança do método criado pelo médico possuem doses concentradas de hormônios sintéticos.” (Matos, [s.d.], *online*)

Ainda assim, mesmo com tanta evolução no campo da contracepção, gravidezes não planejadas continuam a ser a regra e não a exceção. Um estudo publi-

cado em 2022 e liderado por Maria Celeste Osório Wender, Professora Titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, aponta que 62% das mulheres entrevistadas disseram ter tido ao menos uma gestação não planejada. O número é ligeiramente superior entre aquelas que usam o sistema público de saúde (65%), mas não é muito diferente entre as usuárias do sistema privado (55%). “Entre as que referiram ao menos uma gestação não planejada, 46% usavam algum método contraceptivo na ocasião. O uso atual de métodos contraceptivos atingiu 81% das entrevistadas, sendo os contraceptivos orais utilizados por 31%, seguidos dos preservativos (20%), laqueadura tubária (10%) e métodos de longa ação (LARC, 9%)”,² apontaram os autores (Wender; Machado; Politano, 2022, p. 135).

Para Edmund Chada Baracat, atualmente existe uma série de contraceptivos, que vão de métodos de barreira (como diafragma e dispositivo intrauterino) a tipos hormonais (como injetáveis, anéis vaginais e adesivos cutâneos) e as mulheres precisam ser apresentadas a todos. “Elas precisam ter esse conhecimento porque na Medicina, sobretudo em Ginecologia e Obstetrícia, a decisão deve ser compartilhada. No mundo moderno não cabe mais o médico que dita a norma. Se não tiver decisão compartilhada com a nossa paciente, ela não vai seguir o que foi recomendado”, diz.

Mais mulheres climatéricas e menos gestantes nos consultórios

Os hormônios progesterona e estrogênio – que tiveram papel importante para o desenvolvimento das pílulas anticoncepcionais – voltaram a receber atenção quando o assunto climatérico e menopausa veio à tona junto a comunidade médica e científica.³ Justifica-se: nesta fase, o corpo da mulher passa a produzi-los em menor quantidade, originando desse déficit hormonal uma série de transformações e incômodos. Em longo prazo, há inclusive mais propensão à osteoporose e também a doenças cardiovasculares, uma vez que o estrogênio cumpre também a função de proteger o coração e os vasos sanguíneos da mulher (Climatérico ou menopausa, [s.d.]).

Vale lembrar que, de acordo com os resultados do Censo 2022, dos mais de 203 milhões de brasileiros, 51,5% são mulheres, o que significa dizer que existem 6 milhões de pessoas a mais no grupo feminino do que no masculino. E, nestes novos tempos, lembra Marcos Felipe Silva de Sá, às climatéricas estão

² LARC é a sigla em inglês para *Long-Acting Reversible Contraceptives* (Métodos Contraceptivos Reversíveis de Longa Duração). Incluem: Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre; Sistema Intrauterino (SIU) medicado com hormônio (progesterona); e Implante Hormonal Subdérmico (também de progesterona).

³ O conceito de climatérico é definido como sendo a fase de transição do período reprodutivo para o não reprodutivo. Já a menopausa é definida como a última menstruação da vida.



Com o avanço da expectativa de vida, as mulheres climatéricas têm ganhado o lugar das gestantes nos consultórios tocoginecológicos

ganhando o lugar das gestantes nos consultórios. “As pacientes de climatério correspondem hoje a um terço da clientela nos consultórios. Elas estão substituindo as gestantes porque a taxa de natalidade no Brasil, de 1,2 filho por família, é cada vez menor. Quando eu nasci, era por volta de seis”, explica. Ele destaca ainda a elevação da expectativa de vida, que, para as mulheres, está beirando os 80 anos. “Com o climatério sendo atingido por volta dos 50, dá para dizer que a mulher passa quase 40% da vida em um regime de climatério”, diz o editor-chefe das revistas *Femina* e *RBGO*.

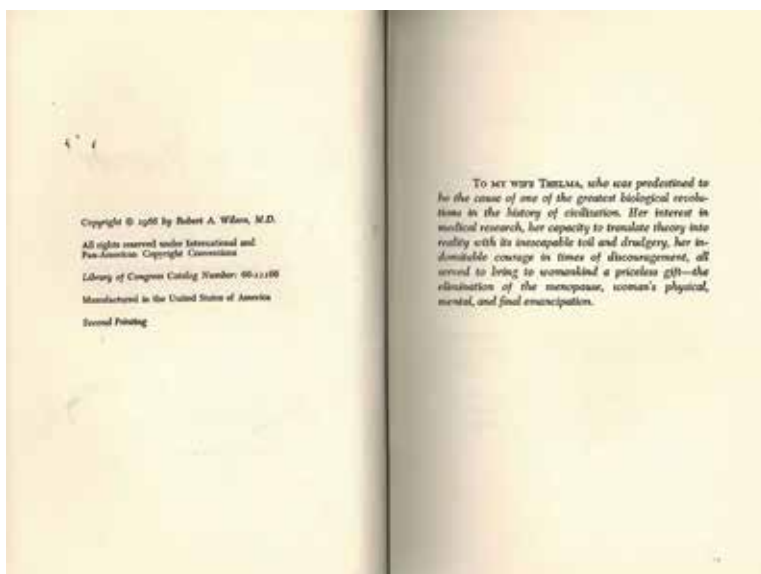
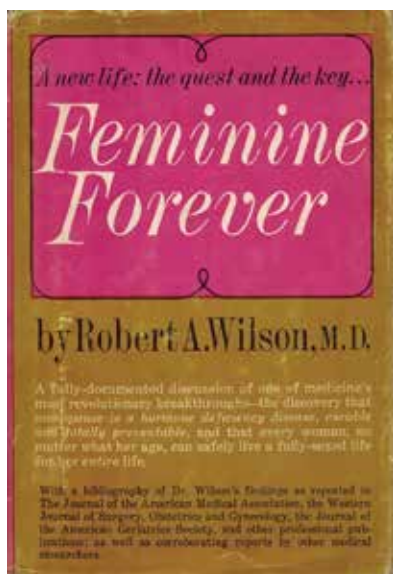
Essa preocupação com a assistência à mulher com vistas a ir além de sua fertilidade e reprodução começou a se consolidar somente a partir dos anos 1980. Por essa ocasião, foi lançado um documento basilar intitulado *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática*, que serviu de referência e suporte para o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado pelo Ministério da Saúde em 1983 e publicado no ano seguinte.

O PAISM inovou por enfatizar aspectos da saúde reprodutiva, mas com propostas de ações voltadas à atenção integral da população feminina, nas suas necessidades prioritárias. Isso representava uma quebra de paradigma, rompendo em definitivo com o modelo de atenção materno-infantil até então em vigor. “Nas prioridades estava incluída a atenção ao climatério, já que contemplava uma abordagem geracional da mulher em todas as fases da vida, da adolescente à idosa” (Ministério da Saúde, 2008, p. 9).

Dar mais qualidade à mulher em sua integridade não era uma ideia nova. Já nos anos 1960, um estudo liderado por Robert A. Wilson apontava pioneiramente que a diminuição da função ovariana estava relacionada a uma série de processos degenerativos na mulher e que havia uma correlação entre a administração de estrógenos com a prevenção no climatério. Intitulado *Specific procedures for the elimination of the menopause*, o artigo foi publicado em 1963, em coautoria com sua esposa, Thelma Wilson, e R. E. Brevetti, fazendo com que Robert Wilson fosse reconhecido como o precursor da Terapêutica de Reposição Hormonal no mundo. Mas o que popularizou esse médico e o seu conceito foi a obra *Feminine Forever*, voltada para o público leigo, que chegou às livrarias em 1966.

O livro se tornou um *best-seller* nos Estados Unidos e na Europa e ajudou a cristalizar a ideia de climatério e, especialmente, menopausa como uma doença, cujo tratamento seria a prescrição de TH (Freitas, 2008, p. 113). Nas palavras do autor, era preciso “salvar as mulheres da tragédia da menopausa”. Vieram as críticas em seguida e o alerta para maior risco de endometriose na década de 1970, mas os conceitos estabelecidos pelo Dr. Wilson têm prevalecido e impulsionado as vendas dos hormônios de reposição.

Hoje, sabe-se que a terapêutica hormonal do climatério não é a panaceia ou o elixir da juventude que outrora quiseram transformá-la. Entretanto, seus benefícios são conhecidos e reconhecidos, tendo indicação de uso, desde que individualizando-se cada caso e optando-se pelo esquema mais adequado, com



a menor dose efetiva e pelo período necessário. É nessa direção que trilha a Dra. Hilka Flávia Barra do Espírito Santo, vice-presidente da Região Norte da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

“Assim como a anticoncepção evoluiu assustadoramente desde o seu advento, o mesmo vale dizer para a terapêutica hormonal na fase do climatério. E isso teve uma repercussão direta e um impacto positivo na vida das mulheres, que ganharam em qualidade de vida e vivem mais felizes”, afirma a médica, que é professora adjunta da disciplina de Saúde da Mulher da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

Entre os anos que precederam o início do século 20, prevaleceu o entendimento de que a terapêutica hormonal era fundamental e que toda mulher tinha de fazer uso dela. No entanto, em 2002, foi apresentado o estudo *Women's Health Initiative* (WHI), patrocinado pelo *National Institutes of Health* (NIH) dos Estados Unidos, e muitas dúvidas foram lançadas contra a técnica. Trata-se de um dos maiores trabalhos já feitos relacionando o uso da terapêutica hormonal durante o climatério.

Naquele ano, foi vazada a informação de que 16 mil mulheres que participavam do estudo sobre TRH foram abruptamente orientadas a interromper o uso da medicação, uma vez que aumentavam significativamente o risco de câncer de mama, ataque cardíaco, acidente vascular cerebral e coágulos sanguíneos (Burkeman, 2022). Àquela altura, milhões de mulheres em todo o mundo já tomavam estrogênio e progesterona para combater os sintomas decorrentes da menopausa.

No entanto, o estudo, que deveria durar oito anos, foi cancelado depois de cinco anos e tinha como centro das atenções o medicamento Prempro, o prin-

Robert A. Wilson, autor do best-seller *Feminine Forever*, apontou pioneiramente a relação entre a diminuição da função ovariana com uma série de processos degenerativos vividos pela mulher no climatério

cipal de TH à venda nos Estados Unidos e que continha estrogênios equinos conjugados e parente sintético do hormônio progesterona. Aquela notícia inesperada correu o mundo, pegou médicos e pacientes de surpresa e teve enormes implicações de lá para cá.

Maria Celeste Osório Wender, presidente da Febrasgo, tem críticas sobre a forma como foram alcançados e comunicados os resultados do trabalho que, segundo ela, salientaram muito mais os riscos e faziam com que os benefícios praticamente não aparecessem. Mas não só. “Em vez de esse trabalho ter sido entregue para pessoas da Ciência antes de sua publicação, para que fossem feitas as análises críticas, foi apresentado em uma conferência de imprensa nos Estados Unidos e ali foram despejados os resultados de um jeito criminoso”, ressalta a médica, que atua principalmente com temas como ginecologia endócrina, climatério e menopausa.

“Esses riscos não foram inventados – complementa a Dra. Maria Celeste –, mas a maneira como eles foram colocados e, especialmente, a falta de análise crítica provocaram um estrago generalizado”. As inconsistências do estudo foram aparecendo com o tempo, mas somente depois que o estrago já estava feito, em termos de desinformação sobre o assunto. “Para o médico que não é da área e que recebeu aqueles resultados, estabeleceu-se uma desilusão. ‘Hormônio nem pensar’, dizem. Mas, depois de 20 anos, começa-se a reorganizar o caos provocado pelo WHI e as questões em torno da TH, devagarinho, começam a ser mais bem recebidas, com maior complacência e mais senso crítico”, ressalta a médica.

Os danos decorrentes do estudo WHI ainda estão para serem mensurados. Na prática, uma geração inteira de mulheres sofreu porque teve de interromper o uso do hormônio sob orientação médica, ficando sujeitas às consequências dessa negligência. Há ainda outro grupo grande que começou a apresentar os sintomas típicos do climatério e os médicos optaram, com base naquele estudo, por não recomendar a Terapêutica Hormonal. “O prejuízo foi grande para esta população”, lamenta a Dra. Maria Celeste.

Marta Curado Carvalho Franco Finotti também vê um movimento pendular, que vai de um extremo ao outro, quando o assunto é o uso de TH no climatério. Para ela, o debate em torno das vantagens e desvantagens dos hormônios ainda vai longe. “Na realidade, eles não são os heróis, nem os vilões. De uma maneira geral, o que temos é indicação precisa. A desinformação em relação à reposição hormonal, muitas vezes, deixa as mulheres confusas”, afirma a ginecologista, que é professora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG) e coordenadora do Ambulatório de Climatério desta instituição. Ela defende que os hormônios são extremamente seguros desde que feita uma reposição individualizada, respeitando sempre as indicações, contraindicações e as comorbidades de cada paciente.

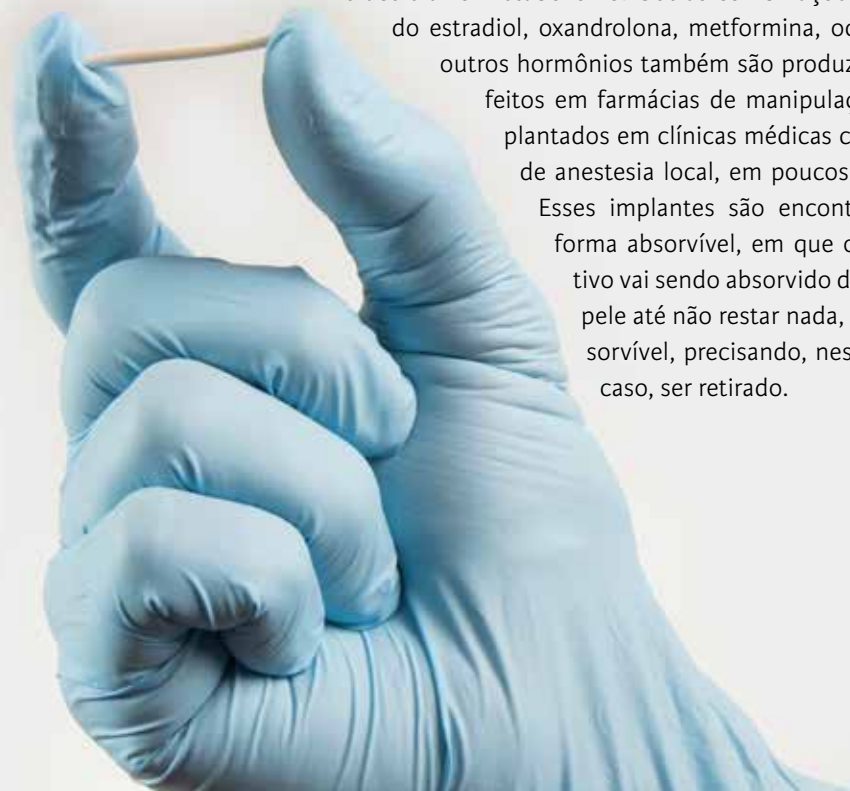
Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existem no País, aproximadamente, 29 milhões de mulheres entre climatério

Modismo perigoso

Em 2023, ganhou destaque um procedimento batizado de “*chip* da beleza”, um tipo de implante subcutâneo, colocado principalmente sob a pele do abdome e dos glúteos, para perda de peso, combate ao envelhecimento e aumento da libido e da massa muscular. No Google, a busca pelo termo começou em 2016, com pico de procura entre dezembro de 2023 e janeiro de 2024. Para os interessados, a curiosidade principal consiste em saber como funciona, quanto custa e se o *chip* da beleza é anticoncepcional.

Esses implantes nada têm a ver com a Terapêutica Hormonal e têm sido motivo de preocupação de especialistas em Endocrinologia, Cardiologia e Ginecologia. “A Sociedade de Especialidade e a Associação Médica Brasileira discutiram muito o assunto e já se posicionaram contra esse *chip* da beleza, que são implantes com doses supra fisiológicas de hormônio, que trazem muito mais prejuízo do que benefício. Isso nada se assemelha com a reposição hormonal, que tem uma indicação precisa, para quem tem uma Insuficiência Ovariana Prematura (IOP) ou falência ovariana pós-menopausa”, afirma Marta Curado Carvalho Franco Finotti, coordenadora do Núcleo Feminino da Febrasgo. “Todo o hormônio tem uma quantidade para determinada fase da vida da mulher. O que não pode é o que estão fazendo com estes *chips* da beleza, algo que não tem fundamentação científica e pode fazer mal, isso sou contra. Agora, reposição hormonal na menopausa, natural, isso faz parte da mulher”, completa Sebastião Freitas de Medeiros, Professor Titular da Universidade Federal de Mato Grosso e Diretor do Instituto Tropical de Medicina Reprodutiva em Cuiabá.

Os chamados *chips* da beleza podem conter diversas substâncias, incluindo hormônios como a testosterona ou gestrinona, anabolizantes e compostos para inibir o apetite e acelerar o metabolismo. Outras combinações contendo estradiol, oxandrolona, metformina, ocitocina e outros hormônios também são produzidas. São feitos em farmácias de manipulação e implantados em clínicas médicas com o uso de anestesia local, em poucos minutos. Esses implantes são encontrados na forma absorvível, em que o dispositivo vai sendo absorvido debaixo da pele até não restar nada, e não absorvível, precisando, neste último caso, ser retirado.



e menopausa, o que totaliza 27,9% da população feminina brasileira. Das que estão na menopausa, apenas 50% fazem o uso de algum tratamento dos sintomas característicos desse período, que podem trazer muitos incômodos e afetar de maneira significativa a saúde mental e física da paciente.

Para aliviar esse problema, tramita no congresso um projeto que prevê tratamento do climatério e da menopausa pelo Sistema Único de Saúde (SUS), além da instituição da Semana Nacional de Conscientização para Mulheres na Menopausa ou em Climatério. O PL 3.933/2023 foi apresentado pelo senador Mecias de Jesus (Republicanos-RR) e determina que caberá ao SUS, por meio de sua rede de unidades públicas ou conveniadas, prestar serviços de saúde específicos para mulheres na menopausa ou no período do climatério, fornecendo todos os meios e técnicas necessárias. Este rol de ações inclui a disponibilidade de medicamentos hormonais e não hormonais, a realização de exames diagnósticos, a capacitação dos médicos e o acompanhamento psicológico e multidisciplinar especializado das mulheres, desde o diagnóstico. No Brasil de 2024, a terapêutica de reposição hormonal, principal tratamento para amenizar os sintomas, não é oferecida no sistema público de saúde. “Das várias opções disponíveis no mercado, que incluem hormônios injetáveis, em adesivo e gel, entre outros, o SUS tem um único medicamento, que não atende a todas as mulheres”, destaca o senador Mecias de Jesus.

Um memorial para a contracepção

Ao longo de vida profissional, Rosires Pereira de Andrade, cuja trajetória está ligada à Universidade Federal do Paraná, colecionou materiais relacionados à anticoncepção, especialmente diversos tipos de Dispositivos Intrauterinos (DIUs). Deste hábito nasceria o Memorial da Contracepção, criado por ele e proposto para uso de pesquisadores de todo o planeta.

Sua relação com o DIU começou em Paris. Recém-formado pela UFPR, partiu para a Cidade Luz em 1975, para se especializar no Hôpital Broca, que agora fica dentro do Hôpital de la Salpêtrière. Lá acompanhou as laparoscopias de Raoul Palmer, foi aceito pelo Collège de Médecine de Paris como *Résident Étranger*, na Maternidade Baudelocque da Universidade René Descartes, e aprendeu sobre o *stérilet* (DIU), com Jean Cohen. “Na França, comecei a guardar o que encontrava de contraceptivos, especialmente DIUs. Na década de 1980 teve um congresso em Bordeaux, em que havia apresentação de diferentes modelos de DIU, e lá eu consegui alguns deles e os guardei. Com o passar do tempo, recebi ainda várias doações de dispositivos que foram extraídos de úteros das pacientes de vários médicos”, conta o Dr. Rosires. Em 2024, esse precioso acervo compreende 28 caixas com tampas de vidro e faz parte do Memorial de Contracepção.

Um dos últimos que recebeu, entregue por uma ex-residente no Complexo do Hospital de Clínicas da UFPR/EBSERH, foi extraído por histeroscopia de



uma mulher de 77 anos, que usou o dispositivo por 52 anos. Trata-se, segundo o Dr. Rosires, de um DIU Antigon. Mas a coleção é muito mais ampla. “Ainda neste ano de 2024, a minha filha, Carolina, que é ginecologista e obstetra, trouxe-me dois implantes retirados de uma mulher venezuelana e que, outra colega, achava ser fruto de duas inserções do mesmo implante. Mas não era. Tratava-se do Norplant II, contendo levonorgestrel, que eu tenho no Memorial e que é conhecido de longa data.” E ele fala com propriedade. Afinal, participou de um estudo multicêntrico, sob a orientação do professor chileno Anibal Faúndes, em que foram usados o Norplant (seis cápsulas de levonorgestrel) e o Norplant II (dois bastões de levonorgestrel). “Os dados da pesquisa nacional eu usei tanto para a dissertação de mestrado quanto para a tese de doutorado e para o concurso de Professor Titular”, ressalta.

O Memorial da Contracepção, criado pelo Dr. Rosires Pereira de Andrade, oferece um rico acervo voltado para pesquisadores do tema

10

O feto como centro das atenções

Durante muito tempo, o fim da Obstetrícia era oferecer assistência à mulher durante o parto. Com a evolução da especialidade, outros elementos foram incorporados, e, ao longo do século 20, o cuidado com o pré-natal passou também a fazer parte dessa equação. O objetivo era reduzir os riscos inerentes ao parto e salvaguardar tanto a vida da mãe quanto a da criança. E nisso muito contribuiu o advento dos antibióticos, que demonstrou sua eficácia nos quadros de febre puerperal,¹ conduzindo a uma redução admirável no número de mortes entre os nascidos vivos de mães vítimas dessa condição febril no pós-parto.

As atenções começaram a se voltar também para o feto por volta da década de 1960. De acordo com Antonio Fernandes Moron, coordenador do Departamento de Medicina Fetal no Hospital e Maternidade Santa Joana, o conceito de morte pré-natal e a máxima “salvem a mãe, não importa a criança” ficaram diferentes desde então.

Com a detecção da incompatibilidade sanguínea entre mãe e feto, pelo RH negativo, surgem as primeiras tentativas de tratar o feto dentro do útero. A perinatologia consistia em ações para proteger a mãe e a criança um pouco antes, durante e logo após o parto. Na década de 70, a grande tônica passou a ser garantir as condições de maturidade do feto. A prematuridade era, e ainda é, um problema sério, com várias consequências, entre elas o maior risco de morte. Nos anos 80, surgiu o estudo do cariótipo fetal, que possibilitou fazer o mapa cromossômico e detectar síndromes genéticas, malformações, problemas cardíacos ou cerebrais.

¹ A febre puerperal é uma condição causada por uma infecção no útero, que pode se espalhar para outros órgãos, tornando-se generalizada. Pode ser causada pela bactéria *Streptococcus pyogenes* e seus sintomas iniciais incluem febre, delírios e dores abdominais intensas.



Paralelamente, o ultrassom estava sendo aprimorado. (A tecnologia) começou a ser usada na ginecologia-obstetrícia em 1958, mas as imagens eram péssimas. Nos anos 80, ele entrou realmente na rotina obstétrica, tornando-se uma ferramenta poderosa, que permitiu acompanhar todo o desenvolvimento do feto. (Moron, 2004, *online*)

Realmente, o aparato voltado à assistência ao feto deu um gigantesco salto em algumas décadas. Atualmente, além de se identificar alterações no bebê em ambiente intrauterino, é possível, se preciso, tratá-lo lá mesmo, no útero, como nas situações que podem levar prematuramente ao parto, gerar sequelas ou mesmo, tragicamente, à morte. Para isso, são utilizadas técnicas endoscópicas percutâneas, com as quais delicados instrumentos de videocirurgia são introduzidos no útero (sem necessidade de abertura do abdome materno) para diferentes tipos de tratamento, como nos casos de cardiopatias congênitas e síndrome de transfusão feto-fetal.² Com isso, não só a mãe, mas também a vida que carrega no ventre, tornam-se pacientes. Esse ramo da Medicina tem crescido tanto que se tornou uma subespecialidade da Ginecologia e Obstetrícia, sendo legitimamente batizada de Medicina Fetal.

No entanto, para chegar até aqui um longo caminho teve de ser percorrido. E quem estava lá no início, quando tudo era novo, era o Dr. Antonio Carlos Vieira Lopes, professor aposentado da Faculdade de Medicina da Bahia e Membro Titular da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago). Segundo ele, antigamente, uma analogia comum era aquela que dizia que o obstetra enxerga pelos dedos. E não há exagero nisso, pois não havia nenhuma outra metodologia para se poder fazer o diagnóstico. Os profissionais daquela geração, anteriores especialmente às tecnologias de imagem, dispunham das mãos para fazer a propedêutica e o exame obstétrico; e os dedos, para acompanhar a dilatação do mecanismo de parto. “Continuamos a contar com nossos dedos, mas agora nossos olhos são a ultrassonografia. Um olho muito desenvolvido. Este foi um marco extraordinário, sobretudo no que diz respeito ao estudo do feto”, afirma.

Graduado na Faculdade de Medicina da Bahia, com *fellowship* realizado em 1969 no New York Hospital/Cornell Medical Center, é um dos precursores da Medicina Fetal no País que, como faz questão de lembrar, é algo que antecede ao advento da própria ultrassonografia. “Eu bem sei as dificuldades que tínhamos, por ter de trabalhar com raios X e fluoroscopia para poder dar os diagnósticos fetais. Mas hoje o feto é um compartimento totalmente atingível, ou alcançado pela ultrassonografia”, ressalta.

A ida do Dr. Antonio Carlos para os Estados Unidos tem a ver com o investimento feito nele pelo professor Elsimar Coutinho, que foi um dos pioneiros e referência em anticoncepção no Brasil e no mundo. Durante sua passagem pelo

² Situação em que a placenta é compartilhada pelos fetos em gestações gemelares. Nestes casos, pode haver um desequilíbrio entre os volumes de sangue na circulação dos bebês, aumentando muito o risco de parto prematuro e de óbito de um ou ambos os fetos. O tratamento intraútero é feito no segundo trimestre da gestação, com a cauterização dos vasos que comunicam os dois bebês, com o uso do *laser*, por via endoscópica percutânea.

John Queenan e Erich Saling: referências em anticoncepção e medicina fetal



Rockefeller Institute, para trabalhar com inibição de trabalho de parto, o Dr. Antonio se encontrou com o argentino Enrique Gadot, que era residente do New York Hospital (localizado em frente ao Rockefeller). Conversando com o colega, foi convidado para assistir a uma sessão científica no hospital, onde conheceu o professor John Queenan, que trabalhava com doença hemolítica perinatal. “Eu me entusiasmei, porque eram coisas que eu nunca tinha visto ou ouvido falar. A partir dali, decidi pela Medicina Fetal, quando esta somente engatinhava”, diz o obstetra baiano.

Por ocasião daquele primeiro contato com a doença hemolítica perinatal, ainda se utilizavam raios X para visualizar o feto. Já o líquido amniótico era estudado por meio de punção de amniocentese, enquanto a transfusão intrauterina era intraperitoneal. Ainda não se tinha transfusão intravascular, que só surgiria depois do advento da ultrassonografia. À época, também se fazia estudo do equilíbrio hidroeletrolítico fetal a partir de punção do couro cabeludo do feto. De volta ao Brasil e tendo acumulado a experiência em manusear registros de contração uterina, foi fácil para ele ajudar na introdução desse método, trazido da Alemanha.

De acordo com o Dr. Antonio Carlos, a primeira pessoa que fez uma punção de couro cabeludo em Nova York foi ele, para coletar o sangue e entender e obter mais informações sobre o feto. A análise do sangue fetal foi usada pioneiramente pelo professor alemão Erich Saling, considerado por muitos como o “pai da Medicina Perinatal”, cujo trabalho foi importante para o desenvolvimento da Medicina Materno-Fetal. Buscando compreender a fisiologia fetal, Saling apresentou um método para colher amostra de sangue fetal durante o trabalho de parto com um instrumento que ele inventou, o amnioscópico, um tipo de endoscópio que permitia localizar o couro

cabeludo do feto através da vagina. Durante o procedimento – que atualmente não é mais utilizado na rotina obstétrica, por ser invasivo e, frequentemente, não ser possível a sua realização –, o médico fazia uma pequena incisão para a realização da coleta da amostra de sangue. Esta era usada para avaliação do pH e dos gases sanguíneos, permitindo, enfim, a detecção de acidemia.³

“Estes foram os passos iniciais da Medicina Fetal, com a investigação e tratamento da doença hemolítica perinatal e a amnioscopia, para diagnóstico de sofrimento fetal crônico. Depois do aparecimento da ultrassonografia, houve o aprimoramento das transfusões e surgiram as cirurgias fetais, até chegarmos ao ponto em que nos encontramos atualmente”, relata o Dr. Antônio Carlos. E foi exatamente durante sua formação nos Estados Unidos que descobriu o ultrassom. Mas, como rememora, apesar da disrupção que significa a chegada desses aparelhos ao Brasil, o começo não era muito promissor. “Foi algo que me fascinou. Mas, olhando hoje para trás, não dava para ver nada. Era, absolutamente, um bocado de traços e de rabiscos. Porém as coisas foram evoluindo, até chegar ao que temos hoje, que basicamente mostra tudo, de maneira muito clara”, diz.

E o baiano não foi o único a ter essa percepção. O Dr. César Eduardo Fernandes, presidente da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia, lembra do tempo em que era segundo-anista da Residência Médica na Santa Casa de São Paulo, em 1977. À época, eram escassos os lugares na capital paulista que contavam com aparelho de ultrassom, e um deles ficava na Avenida Brigadeiro Luiz Antônio, 1.234. No local encontrava-se o consultório do Dr. Gil Vicente Sodré. “O endereço dele ficava pregado na nossa sala de exame obstétrico e, quando necessário, recorriamos a ele, que generosamente atendia as pacientes que encaminhávamos, sem custo para a nossa instituição. Não era uma imagem nítida. Era toda chuviscada, como aqueles aparelhos de TV antigos. Precisava de um grande esforço do médico para poder entender o que estava diante dos olhos. Mas era o melhor que tínhamos e achávamos tudo aquilo fascinante”, afirma Dr. César, reiterando que em nada lembra a tecnologia atual de Ultrassom 3D ou 4D, em que se vê, com perfeição, toda a conformação orgânica.

O custo também era um impeditivo para a popularização da tecnologia. Já em um período mais recente, comprar um desses equipamentos demandava um grande esforço financeiro aos interessados, sendo necessário, muitas vezes, formar uma sociedade para viabilizar o negócio. “Tive um consultório em Osasco, na década de 1990, e foi preciso reunir um grupo de 20 médicos para comprarmos um aparelho de ultrassom, com prestações a perder de vista. Hoje, embora não tenha se tornado um equipamento barato, se tornou muito mais acessível”, destaca Dr. César.

3 Estado caracterizado pelo aumento da concentração do hidrogênio iônico e queda do potencial de hidrogênio no sangue.



Os primeiros equipamentos de ultrassom do Brasil

De acordo com o Dr. Francisco Mauad Filho, idealizador da Escola de Ultrassonografia e Reciclagem Médica de Ribeirão Preto (hoje Faculdade de Tecnologia em Saúde – Fatesa), a primeira vez que o tema ultrassom foi abordado no Brasil foi em 1972. O mensageiro desta boa nova foi o professor espanhol Fernando María Bonilla-Musoles, que foi um grande mentor e missionário da ultrassonografia na América Latina, especialmente no Brasil (Mauad Filho, 2012).

Os primeiros aparelhos começaram a chegar em 1973. Em junho daquele ano, por exemplo, já estava em operação o Vidoson 635, fabricado pela Siemens, no Centro de Monitoragem de Parto da Maternidade São Paulo, que tinha como responsável o obstetra Roberto Takeo Yamashiro. Contando com 27 anos àquela altura, ele havia se formado em Manaus e feito estágio na Faculdade Nacional de Medicina. À reportagem do jornal *Cidade de Santos*, publicação que apresenta aquele como o primeiro equipamento do gênero da América do Sul, o especialista apresenta o potencial daquela novidade:

[A ultrassonografia] indica o desenvolvimento da gestação a partir da quinta semana; fornece a medida do diâmetro parietal, desde a 12^a semana; revela a morte fetal, 48 horas após o óbito (geralmente, só é verificada clinicamente uma semana depois) e aborto retido; permite localizar e examinar a placenta, revelando qualquer deficiência, pelo retardo do crescimento do feto; mostra os movimentos fetais, inclusive da massa cardíaca. Além disso, através do aparelho, é possível medir uma desproporção céfalo-pélvica, que possa dificultar o trabalho de parto, evitando tratamentos errôneos. (Centro..., 1973, p. 2)



Reprodução da reportagem do jornal *Cidade de Santos*, de 1973, que destaca a chegada do primeiro equipamento de ultrassonografia na Maternidade São Paulo. Ao lado, o Dr. Fernando María Bonilla-Musoles

Outros equipamentos começaram a chegar aqui, como o do Dr. Paulo Gonçalves Costa, do Recife. Entre eles estava o da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), cuja equipe contava com os doutores Sérgio Simões, Carlos Montenegro, Jorge de Resende (pai) e Jorge Rodrigues Lima; e, no ano seguinte, o do Dr. Domingos Machado e Luiz Eduardo Machado, no Iperba, na Bahia. Em 1974, entraram para este seleto grupo os doutores José Aristodemo Pinotti e Marco Aurélio Pavani, em Campinas (SP), e o Dr. Hamilton Júlio, em Curitiba (PR). Já em 1975 foi a vez da Casa de Saúde de Santos receber o seu Vidoson 635-ST, tornando-se o primeiro hospital particular da América do Sul a adquirir o equipamento.

Em 1978, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) reconheceu o ultrassom como ferramenta para o tocoginecologista, o que coincidiu com uma jornada de popularização dessa tecnologia no Brasil. E a família foi aumentando. Em 1982, foi lançado o ultrassom endovaginal; em 1987, o ultrassom com Doppler; dez anos depois, o ultrassom 3D; e, um pouco depois (2003), o 4D.

Conforme mais aparelhos chegavam e com mais qualidade, mais se beneficiava o campo da Medicina Fetal, que engloba não só a ultrassonografia, mas outros exames, como perfis sorológicos, bioquímicos e genéticos. Estes auxiliam no diagnóstico de doenças congênitas. Já o ultrassom morfológico, por exemplo, permite acompanhar a morfologia do embrião, seu crescimento, visualizar possíveis malformações e se antecipar a elas. Por conta de tantos benefícios, a Dra. Roseli Mieko Yamamoto Nomura coloca a Medicina Fetal como um dos principais marcos da Obstetrícia. Ela é diretora administrativa da Febrasgo, professora Adjunta da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo e professora associada livre-docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. “É impressionante o quanto esta subárea da Ginecologia e Obstetrícia avançou, especialmente a partir dos anos 2000, tanto no diagnóstico das patologias fetais quanto no seu respectivo tratamento”, diz a médica, que também é membro titular da Anago.

Um olhar para o câncer ginecológico

A preocupação em torno dos tumores ginecológicos não é algo recente, conforme já narrado em oportunidade anterior (vide Capítulo 6). Falar do assunto significa ir além do câncer de colo de útero, incluindo na pauta os cânceres de ovário, endométrio, vagina e vulva. No entanto, o câncer uterino, também chamado de câncer cervical, é o terceiro mais frequente entre as mulheres e o quarto colocado no *ranking* daqueles que mais matam essa população. Para cada ano do triênio 2023-2025, por exemplo, foram estimados pelo Instituto Nacional de Câncer (Inca) 17.010 casos novos, uma taxa bruta de incidência de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres (Incidência, 2022).

Números tão avantajados se justificam no caso do Brasil. O câncer de colo do útero é mais frequente em países com menos recursos ou com assistência à

saúde que fica a desejar. Em nações mais ricas, onde se faz o adequado rastreio com o teste de Papanicolaou, em que se testa para o Papilomavírus Humano (HPV) com mais abrangência e a vacinação contra este mesmo HPV é mais disponível, a incidência é menor. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) jogam um pouco de luz sobre esse complexo problema. Segundo essa entidade, somente a vacina anti-HPV poderia eliminar o câncer do colo uterino em 90%, se a cobertura de duas doses for efetivada nas crianças na faixa etária adequada. Além disso, recomenda-se a rotina de exames preventivos. A pesquisa da persistência do papilomavírus humano no colo do útero se tornou uma arma importante, mesmo para mulheres já vacinadas.

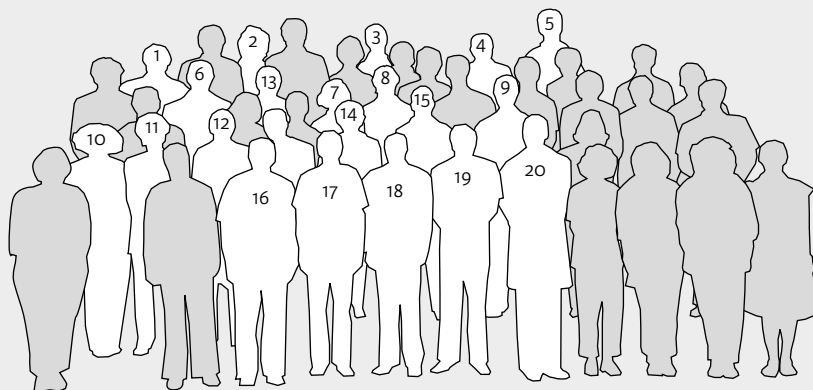
Só para efeito de comparação, nos Estados Unidos, em vez do tumor cervical, é mais prevalente o câncer de endométrio. Esta doença está mais associada a alguns hábitos que caracterizam a contemporaneidade, como dieta rica em colesterol, obesidade, sedentarismo, menor número de filhos e menor tempo de amamentação.

De acordo com o ginecologista oncológico Jesus Paula Carvalho, professor associado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e chefe de Equipe de Ginecologia no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp), outra característica do câncer de colo do útero é que ele incide majoritariamente em mulheres jovens, com idade que varia dos 30 aos 40 anos.

Doutor Jesus milita há muito tempo no combate aos tumores ginecológicos. Começou atuando no pronto-socorro do Hospital das Clínicas, atendendo algumas pacientes na Ginecologia, até se tornar assistente na equipe de Ginecologia Oncológica, quando o Dr. Carlos Alberto Salvatore ainda era professor titular de Ginecologia na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Sobre o Dr. Salvatore, o antigo mestre se aposentou compulsoriamente em 1987 e morreu em 17 de fevereiro de 2022. Ele fez parte da quinta turma da Escola Paulista de Medicina, onde ingressou em 1937. No Hospital São Paulo, impressionou-se com as habilidades dos professores Sylla Mattos (1905-1969) e José Bonifácio Medina (1900-1993), sendo assim atraído para a especialidade. E seria Medina que lhe faria o convite para ir trabalhar na Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da FMUSP. Lá foi, inclusive, o responsável por criar a Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia, que ficou sob sua responsabilidade.

“Por ocasião da aposentadoria compulsória do professor Salvatore, ele foi sucedido por outra figura igualmente brilhante, o professor José Aristodemo Pinotti. Ele era formado na FMUSP, mas construiu uma carreira exitosa na Universidade de Campinas (Unicamp), antes de retornar à antiga casa”, narra o Dr. Jesus. Na Unicamp, o Dr. Pinotti foi professor titular de Ginecologia e reitor, além de ocupar, posteriormente, o cargo de secretário de Estado da Educação (1986-1987) e da Saúde (1987-1991) de São Paulo, e secretário de Saúde do Município de São Paulo (2000).

“Ele veio como candidato único, porque todos os outros possíveis candidatos abriram mão de concorrer. Quanto a mim, estava terminando meu doutorado, muito jovem e cheio de vontade de trabalhar”, ressalta o Dr. Jesus. Com a nova



Integrantes da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da USP, em 1982: **1.** Paulo Levy Schivartche; **2.** Elsa Aida Gay de Pereyra; **3.** Vicente Renato Bagnoli; **4.** Ceci Mendes Carvalho Lopes; **5.** Jesus Paula Carvalho; **6.** Nelson Augusto Pedral Sampaio; **7.** Haruco Okumura; **8.** Domingos Auricchio Petti; **9.** Nilson Roberto de Melo; **10.** Angela Maggio da Fonseca; **11.** Jorge Saad Souen; **12.** Laudelino de Oliveira Ramos; **13.** Shoju Tojo; **14.** Maria Aparecida Ferraz Paal; **15.** Vicente Mario Izzo; **16.** Armando Bozzini; **17.** Alvaro da Cunha Bastos; **18.** Carlos Alberto Salvatore; **19.** Aurelio Zecchi de Souza; **20.** Hans Wolfgang Halbe.

chefia, o Dr. Jesus foi convidado para participar de um projeto que ainda estava no campo das ideias: o Instituto da Mulher. “O Dr. Pinotti era um indivíduo visionário e ousado, para quem não tinha obstáculos.”

O jovem médico Jesus Paula Carvalho foi nomeado como Assessor Técnico da Secretaria da Saúde nível III, e teve acesso a um pacote de 23 plantas do que seria o futuro edifício a ser erguido na Avenida Dr. Arnaldo, com 23 pavimentos e três subsolos, e mais de 2 mil metros quadrados por andar. Na equipe, com cerca de 30 pessoas e que era coordenada por um iraniano-canadense, tinha também o Dr. Luiz Carlos Zeferino, que, desde 2009, é professor titular de Ginecologia no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Enquanto a obra da Avenida Dr. Arnaldo estava em curso, aquele grupo de médicos passou por treinamento no Hospital Cruzada da Infância. Foi feita uma parceria com aquela instituição, e do prédio que ocupava na Avenida Brigadeiro Luís Antônio, só ficaria o esqueleto, para dar lugar ao Hospital Pérola Byington. Ele foi inaugurado em sistema de urgência, com pedreiros trabalhando freneticamente, e coube ao Dr. Jesus fazer a primeira cirurgia em suas novas dependências. Hoje o hospital mudou de nome e se chama Hospital da Mulher.

Por outro lado, por entraves políticos, o projeto do Instituto da Mulher não avançava, ficando o esqueleto do grande prédio abandonado por quase duas décadas. Foi tempo suficiente para o Dr. Jesus fazer livre-docência, prestar concurso para a FMUSP e se tornar professor da instituição. “Para aquele esqueleto, que eu conhecia desde os primórdios, teve várias tentativas de solução: virou o Instituto do Fígado, Instituto do Transplante, Instituto disso, instituto daquilo. Mas a questão nunca foi resolvida, sempre era motivo de grandes discussões. Entretanto, no governo de José Serra, com a ação extremamente empreendedora do professor Giovanni Guido Cerri, que era professor titular da Oncologia, decidiram que o ponto de convergência de todas as especialidades seria o câncer. Tem câncer em todas as especialidades. Então, em vez de ser o instituto disso ou daquilo, vai ser o Instituto do Câncer. E foi algo fantástico, porque realmente uniu todo mundo”, afirma.

Em 2008, por ocasião da inauguração daquela nova unidade hospitalar, um grupo de 11 médicos ocupou ali o espaço reservado ao Setor de Ginecologia Oncológica. Eram até pouco tempo antes liderados pelo professor Jorge Saad Souen, que se aposentou compulsoriamente. Esse momento coincidiu com a chegada de Edmund Chada Baracat como professor titular de Ginecologia, sucedendo ao professor Pinotti. E foi Baracat que estendeu a Jesus Paula Carvalho o convite para ser o novo chefe do setor, em substituição a Souen. Coincidiu também com uma virada importante na Ginecologia, em que as cirurgias abertas davam cada vez mais lugar aos procedimentos minimamente invasivos. “Fui chamando e conversando com as pessoas e ressaltando: ‘É tudo novo, então vamos investir nisso. Não vamos pensar em como era há dez anos atrás, mas, sim, em como será dez anos à frente’”, ressaltou o ginecologista oncológico.

A Era das Cirurgias Minimamente Invasivas

Para o Dr. Etelvino de Souza Trindade, vice-presidente da Região Centro-Oeste da Associação Médica Brasileira (AMB), um dos grandes avanços da Medicina foi no campo da cirurgia. Ele destaca que, especialmente no que dizia respeito ao câncer, as cirurgias eram muito agressivas. “Então se retirava muito. Começamos a assistir avanços, como no caso de câncer de mama, por exemplo. Há descrição de cirurgias realizadas em que se retiravam os ossos do tórax para eliminar a cadeia linfática, que fica atrás (dos ossos). Era um procedimento extremamente agressivo. Mas, enfim, chegaram os primeiros trabalhos originários da Itália, com a chamada quadrantectomia, com os quais ficaram comprovados que se podia tirar segmentos de mama com resultados similares, o que resultou em maior adesão das mulheres”, afirma.

A quadrantectomia de mama surgiu na década de 1970 e logo se tornou uma alternativa viável para tratamento de câncer na região em estágio inicial. Também é conhecida como cirurgia conservadora de mama, segmento de mama ou ressecção segmentar e, com ela, somente a parte que foi afetada pela doença é retirada, sendo preservado o restante da glândula mamária.

A quadrantectomia representou um importante avanço em relação à mastectomia, que consiste na retirada integral da mama. A mastectomia radical foi o primeiro tratamento cirúrgico voltado ao tratamento do câncer de mama e foi descrita, em 1894, pelo cirurgião nova-iorquino William Halsted (1852-1922). Originalmente, era um procedimento bem amplo, que resultava na retirada de toda a glândula mamária (com pele, aréola e papila mamária) e linfonodos (axilares) e músculos peitorais. Com sua evolução, foi ficando mais econômica, permitindo a preservação dos músculos, passando a ser chamada de mastectomia radical modificada. Esta ainda tem a sua indicação, como em doença localmente avançada (tumores extensos) ou multicêntrica (vários focos de doença). No mais, tirando tais situações, o caminho é a cirurgia conservadora.

“Vivemos hoje uma quebra de estigma. Quando eu era estudante, o câncer era praticamente uma sentença de morte. O médico tinha, inclusive, dificuldade em falar para os familiares, gerando muita compaixão entre os amigos e familiares. Agora, felizmente, todos nós conhecemos muitas pessoas que conviveram com o problema e estão vivendo tranquilamente. Então, quando diagnosticado em momento favorável, é basicamente uma doença crônica e curável”, afirma Dr. Etelvino.

O que os olhos não veem, a endoscopia revela

A era da endoscopia foi inaugurada, em 1806, pelo alemão Philipp Bozzini (1773-1809), que desenvolveu um dispositivo com iluminação interna voltado a observar o interior do corpo humano. Ele chamou o equipamento pioneiro de “Lichtleiter”, que, em tradução livre para o português, significa “condutor

de luz” ou “luz guia”. Foi construído a partir de um tubo com vários acessórios, para ser inserido em uma cavidade corporal. Internamente, dispunha de uma fonte de iluminação e espelhos angulares, que permitiam ao médico ver o interior da cavidade (The Bozzini Endoscope, [s.d.]). Foi originalmente pensado para, especificamente, ajudar no exame da laringe, mas o *design* original ganhou ajustes e novas aplicações, inclusive ginecológicas, fazendo o *Lichtleiter* o pai de todos os endoscópios. Com ele, ficaram estabelecidas as bases da cirurgia minimamente invasiva contemporânea.

Mais de 100 anos depois de Bozzini, em 1910, o sueco Hans-Christian Jacobaeus estabeleceu a toracosopia, procedimento em que um endoscópio é introduzido pela parede do tórax para permitir a visualização do espaço intratórax, mas fora dos pulmões. Ao longo das décadas de 1950 e 1960, a toracoplastia se tornou popular, por conta da tuberculose endêmica que varria os Estados Unidos.

Por essa mesma ocasião, o cirurgião húngaro George Berci, nascido em março de 1921, começou a desenvolver instrumentos para a cirurgia laparoscópica, que seriam incorporados às técnicas de cirurgia minimamente invasivas usadas atualmente. No ano de 1962, Berci – que viria posteriormente a se juntar à equipe do Cedars-Sinai Medical Center, de Los Angeles, EUA – apresentou a primeira câmera em miniatura para uso com endoscópio, fato que contribuiu para o desenvolvimento da videoendoscopia. Também são de sua autoria os primeiros colangiogramas fluoroscópicos⁴ do mundo.

Nesta linha evolutiva, nunca é demais lembrar que os endoscópios dos bravadores eram rígidos e muito difíceis de usar. Daí a importância do trabalho do alemão Rudolf Schindler (1888-1968), cujo foco estava nas questões de diagnóstico gástrico e, respectivamente, no desenvolvimento da gastroscopia. Esse interesse foi despertado depois de ter encontrado um esofagoscópio, não utilizado anteriormente, do desenvolvedor de instrumentos e especialista em otorrinolaringologia Wilhelm Brünings, na Clínica Schwabing. Schindler, que já tinha experiência com o gastroscópio rígido, modificou o modelo de Hans Elsner para atender às suas necessidades. Em 1922, publicou um extenso artigo sobre a técnica e os problemas da gastroscopia rígida no *Arquivo de Doenças Digestivas*. No ano seguinte, saiu da gráfica o pioneiro *Livro e Atlas de Gastroscopia*, publicado por ele, que despertou interesse imediato da comunidade médica mundial.

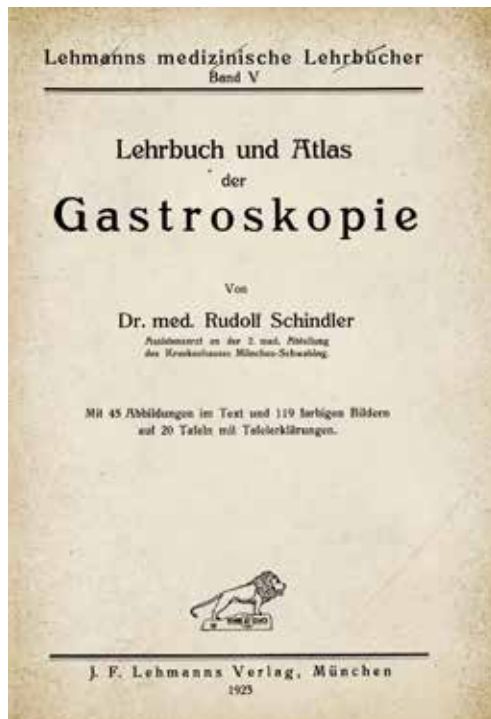
O “Lichtleiter”, de Philipp Bozzini, é o pai de todos os endoscópios



4 Colangiograma é o resultado da colangiografia, que é um exame de raios X que serve para avaliar as vias biliares, e que permite visualizar o trajeto da bile desde o fígado até ao duodeno.



O alemão Rudolf Schindler desenvolveu o gastroscópio semiflexível e publicou o pioneiro *Livro e Atlas de Gastroscoopia*



Schindler seguiu pesquisando e, em 6 de julho de 1932, apresentou na Associação Médica de Munique o gastroscópio semiflexível, desenvolvido em parceria com o fabricante de instrumentos de Berlim, Georg Wolf (gastroscópio Wolf-Schindler). Ao mesmo tempo, seguiu apoiando as experiências do ainda estudante de Medicina Heinrich Lamm, que pesquisava feixes de fibra de vidro para transmissão de luz e geração de imagens para endoscópios, enquanto se concentrava no seu próprio sistema óptico com múltiplas lentes ligadas em série. O dispositivo semiflexível tornou-se o instrumento padrão para gastroscopia até o final da década de 1950.

A revolução da fibra óptica

O salto seguinte foi a introdução da tecnologia de fibra óptica, nos anos 1960, por Basil Hirschowitz. Até então os materiais eram rígidos e difíceis de usar. Portanto, não ofereciam boa visualização, como nos casos do estômago proximal e do bulbo duodenal, regiões importantes para a patologia. A partir de Hirschowitz, a tecnologia começava a tornar real o sonho dos intervencionistas e a endoscopia começou a se espalhar para as demais especialidades, sobretudo a cirurgia.

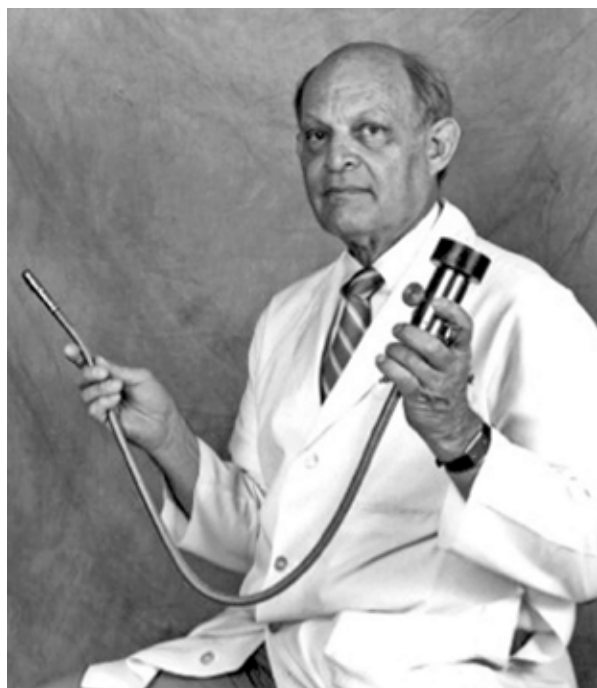
Curiosamente, quando Hirschowitz apresentou e demonstrou o sucesso do protótipo do seu aparelho, em encontro realizado

em 1957 pela Sociedade Americana de Gastrosco-
pia, na plateia estava Rudolf Schindler. O alemão
lembrou da experiência de 1928 com Heinrich
Lamm em torno dos bastões de fibra de vidro, que
não conseguiram avançar com a ideia. Àquela al-
tura, ele tinha perdido o contato com Lamm, que
tinha fugido da Alemanha nazista e agora atuava no
Texas, como clínico geral e perdido o interesse em
aperfeiçoar o *design* da endoscopia (Sircus, 2003). Fe-
lizmente, Hirschowitz, não. Graças ao seu trabalho
a endoscopia por fibra óptica se tornou um aconte-
cimento transformador para toda a Medicina.

*Um grande avanço tecnológico dos modelos de
segunda geração, inicialmente disponíveis em
1963, foi a capacidade de visualização final, em
vez da capacidade de visualização lateral, que foi
a chave para examinar estruturas tubulares como
o esôfago. Um instrumento de visualização final
também facilitou o desenvolvimento de um canal
aberto que poderia ser usado não apenas para as-
piração, mas também para a passagem de instru-
mentos como pinças de biópsia. Outros avanços
incluíram um feixe de luz separado com uma fonte
de luz externa para melhorar a iluminação, bem
como um dispositivo de lavagem para limpar as
lentes. (Wilcox, 2014, online)*

Outras melhorias foram sendo incorporadas e,
dessa forma, os endoscópios foram se tornando
menores, mais flexíveis, muito mais funcionais e
com facilidade de manuseio. O passo seguinte foi
a integração dos sistemas de vídeo na década de
1980, que ampliou e aperfeiçoou a visão do cam-
po operatório. Esse conjunto de fatores permitiu
que outro alemão, Erich Mühe, em 1985, realizasse sua famosa colecistectomia
laparoscópica, que é um verdadeiro divisor de águas em termos de populariza-
ção e aceitação das técnicas minimamente invasivas. Aqui, conforme Wilcox, a
terapia, que era antes apenas um sonho, se converteu no padrão de tratamento,
que é o objetivo final da endoscopia.

Cinco anos depois de Mühe, aquele mesmo procedimento seria realizado pio-
neiramente no Brasil. Era 17 de julho, uma terça-feira. O fato aconteceu nas depen-
dências do Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, e a equipe era liderada
pelo Dr. Thomas Szego, que tinha aprendido a técnica nas Universidades de Mary-



Basil Hirschowitz
introduziu a
tecnologia de
fibra óptica

land e Johns Hopkins, nos Estados Unidos. Na sala cirúrgica também estavam Caio Parente Barbosa, Sergio Roll, Eduardo Webe e o anestesista Juan Miguez. Além de superar a questão técnica, o grupo também teve de lidar com a deficiência da tecnologia da época. Na ocasião, o equipamento dispunha de uma microcâmera que esquentava muito e que apagava durante as cirurgias. Portanto, a equipe tinha de esperar o dispositivo esfriar para retomar o procedimento. Para acelerar o processo, usava-se gelo. Mas nem isso foi obstáculo para que, naquele dia, cada um deles escrevesse seus respectivos nomes na história da Medicina brasileira.

Detectar mais cedo para intervir precocemente

A Obstetrícia e a Ginecologia avançaram muito com o advento das cirurgias minimamente invasivas. A partir delas, mulheres de diferentes faixas etárias puderam se beneficiar de procedimentos como laparoscopias ou histeroscopias, que utilizam pequenos instrumentos e câmeras acopladas. Este aparato amplia a capacidade do cirurgião, ao possibilitar a visualização detalhada das estruturas pélvicas e uterinas, tanto para diagnóstico quanto para intervenção terapêutica.

Na histeroscopia, o endoscópio é introduzido através da vagina até dentro do útero, permitindo a avaliação da saúde ginecológica da paciente. Junto com o tubo óptico, que possui um sistema de iluminação e câmera, seguem também os instrumentos cirúrgicos em miniatura. Já na laparoscopia, são realizadas pequenas incisões, sendo uma obrigatoriamente pelo umbigo e outras três ou quatro na região abdominal. Em ambos os casos, a câmera instalada na extremidade transmite a imagem para um monitor, para que o médico possa fazer sua avaliação e agir visando ao diagnóstico ou ao tratamento.

Um dos que acompanhou de perto essa revolução foi o Dr. Sergio Podgaec, que assistiu à chegada de técnicas como a videolaparoscopia ao Brasil, quando estava terminando sua graduação na FMUSP. Segundo ele, bem no começo, havia dúvidas sobre o potencial e os resultados dos procedimentos minimamente invasivos em relação às cirurgias abertas (convencionais), que logo se dissiparam. “Rapidamente se percebeu que, praticamente todas as cirurgias são possíveis de se fazer com técnicas minimamente invasivas, que oferecem uma agressão muito menor e uma recuperação muito melhor. A paciente volta à sua rotina muito mais rápido. Enfim, é tudo melhor, com o mesmo resultado terapêutico e de uma forma muito menos agressiva”, afirma o ginecologista e obstetra, que é professor livre-docente de Ginecologia da FMUSP e vice-presidente do Hospital Israelita Albert Einstein.

Outro especialista que se orgulha de ter acompanhado de perto esse progresso revolucionário é o Dr. Marco Aurélio Pinho de Oliveira, ainda nos princípios da década de 1990. Ele viu a entrada na sala de cirurgia das câmeras e dos monitores de televisão até, contemporaneamente, dos robôs. “Antes, a câmera era escura, os equipamentos eram um pouco rústicos e o cirurgião sofria por não



Os principais exames da Medicina Fetal

Ultrassonografia Obstétrica: mostra o desenvolvimento do bebê dentro do útero. Através deste exame também é possível verificar placenta e o líquido amniótico.

Ultrassonografia Transvaginal de 1º trimestre: com este exame o especialista consegue verificar onde está localizado o saco gestacional, bem como dar a estimativa de tempo de gestação e quantos bebês estão sendo gerados. Geralmente é feito entre a 5ª e a 11ª semana.

Ultrassonografia Morfológica: exame pedido no 1º e no 2º trimestre. Na primeira vez que é realizado (entre 11ª e 14ª semana), analisa a anatomia do feto e a possibilidade da existência de síndromes genéticas. Na segunda vez que é solicitado (entre a 20ª e 24ª semana) avalia a estrutura corporal do bebê, com intuito de verificar problemas genéticos ou malformações.

Ultrassonografias 3D e 4D: por este exame é possível visualizar com precisão o bebê, como um todo. Costuma ser realizado entre a 28ª e 32ª semana.

Perfil Biofísico Fetal: o foco é analisar a vitalidade de bebê através de movimentos, líquido amniótico, cardiocografia fetal, tônus. Realizado mais ao final da gestação, da 30ª semana para adiante.

Dopplerfluxometria: os fluxos sanguíneos do bebê são avaliados neste exame, que busca verificar a vitalidade do feto e a placenta.

Cardiotocografia Fetal: acompanha os batimentos cardíacos e as contrações do útero.

Ecocardiografia Fetal: mostra, por meio de um exame de imagem, como está o funcionamento do coração do bebê.

Biópsia de Vilo Corial: feito entre a 11ª e 14ª semana de gestação, é indicado em caso de suspeita de síndrome genética ou quando a gravidez é de alto risco. Neste procedimento, é retirado um fragmento da placenta para análise dos cromossomos. Com isso, é possível detectar síndromes e doenças genéticas.

Amniocentese: analisa a parte genética do feto. Pedido geralmente entre a 15ª e 22ª semana de gestação, só entra em cena quando se há algum tipo de desconfiança relacionada a síndrome genética. Para realizá-lo, é necessária a coleta do líquido amniótico.



A videolaparoscopia representou um novo salto evolutivo nos procedimentos minimamente invasivos

ter reproduzido adequadamente aquilo que se via com a barriga aberta. No entanto, foram surgindo meios de energia de melhor qualidade, imagens em full HD, monitores maiores e fontes de luz muito boas”, afirma. Segundo ele, tudo foi se aperfeiçoando de forma muito rápida e o desafio inicial de se obter uma visualização adequada, como nas heroicas cirurgias que se faziam a céu aberto, foi superado. “Digo que, em algumas situações, o resultado com a cirurgia minimamente invasiva é melhor. No caso de endometriose isso é claro”, enfatiza.

Esse também foi o caminho escolhido pelo Dr. José Geraldo Lopes Ramos, hoje professor titular de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Ele se formou em 1983 na mesma UFRGS e, no ano seguinte, começou a trabalhar com um médico que tinha um laparoscópio. Era peça única em Porto Alegre, nem mesmo os hospitais gaúchos maiores dispunham daquela tecnologia. “Levávamos o equipamento em uma mala aos hospitais, juntamente com um tubo de gás carbônico, para usá-lo. Acabei me apaixonando por essa área”, revela. Em 1987, publicou o primeiro trabalho sobre o tratamento da gravidez ectópica por meio da cirurgia laparoscópica, com o Dr. Eduardo Passos. Continuou se atualizando quando vieram a videolaparoscopia e a cirurgia robótica. “Em 2012, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre se tornou o primeiro hospital público a comprar um robô, e eu acabei sendo o primeiro ginecologista a fazer uma cirurgia robótica no Rio Grande do Sul”, orgulha-se, lembrando ainda que, naquele dia, foi uma histerectomia (retirada do útero).

Por essas e outras que o Dr. Rui Ferriani, que é coordenador do Centro de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), inclui a cirurgia minimamente invasiva como um dos marcos da especialidade. Ele acredita que a tendência vai ser cada vez mais a realização de procedimentos complexos em Ginecologia e Obstetrícia. “Essa combinação de diagnóstico precoce e aprimoramento das técnicas mudou a especialidade de patamar. Hoje, diagnosticamos mais cedo e, com isso, não têm casos avançados, principalmente oncológicos. E depois, pelo acesso cirúrgico de endoscopia, conseguimos minimizar bastante os efeitos de problemas que causariam grande estrago até pouco tempo atrás. A ideia que predomina atualmente é detectar mais cedo para intervir mais cedo”, diz.

A invasão dos robôs

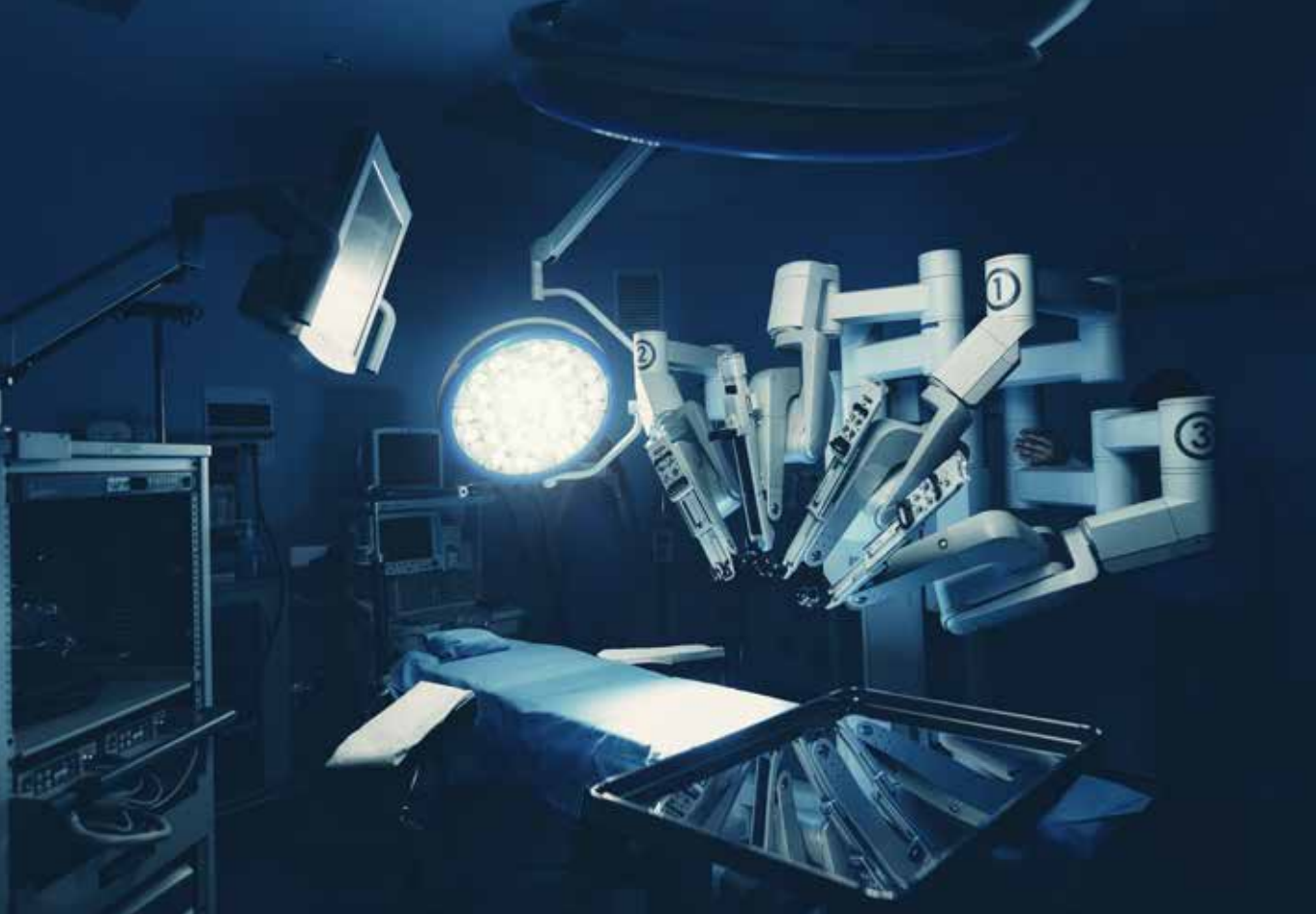
Mais recentemente, a cirurgia robótica também tem ganhado espaço. A introdução dessa tecnologia aconteceu no início dos anos 2000, oferecendo visualização 3D e expandindo ainda mais a precisão e o controle do cirurgião. Trata-se de uma evolução da videolaparoscopia. Enquanto neste método o profissional manuseia diretamente os instrumentos cirúrgicos junto à paciente, nos procedimentos robóticos o controle do instrumental cirúrgico é feito a partir de um console, distante da paciente.

A história evolutiva dos procedimentos assistidos por robôs tem seu marco em 1985, com a plataforma PUMA 200,⁵ destinada à realização de biópsias neurocirúrgicas. Em 1992, foi lançado o Robodoc, um sistema guiado por imagem para uso em cirurgia de prótese total do quadril. Depois, em 1994, foi a vez do AESOP 1000,⁶ primeiro modelo de braço robótico aprovado, ainda controlado por pedais. Na geração seguinte (AESOP 2000), um sistema de voz substituiu os pedais, oferecendo o controle do endoscópio por parte do cirurgião e proporcionando ao profissional uma “terceira mão”. Antes que fosse encerrada a década de 1990, veio à luz o sistema Zeus, com braços e instrumentos cirúrgicos controlados pelo cirurgião. Aqui foi introduzido o conceito de telepresença, em que o mestre (cirurgião) comanda o servo (robô). O Zeus foi o protagonista da Operação Lindbergh,⁷ que aconteceu em 11 de setembro de 2001. Na ocasião, o cirurgião Jacques Marescaux, baseado em Nova York (Estados Unidos), realizou uma colecistectomia em paciente que se encontrava em Estrasburgo (França), em apenas 54 minutos. Mais recentemente, o sistema de cirurgia robótica predominante é o Da Vinci.

5 PUMA é um acrônimo para *Programmable Universal Machine for Assembly*, ou Máquina Universal Programável para Montagem.

6 AESOP é um acrônimo para *Automated Endoscopic System for Optimal Positioning*, ou Sistema Endoscópico Automatizado para Posicionamento Ideal.

7 O nome é uma alusão ao aviator americano Charles Lindbergh, que, em 21 de maio de 1927, completou o primeiro voo transatlântico da história, sem escalas. Ele partiu dos Estados Unidos em seu avião Spirit of St. Louis com destino à França, em uma viagem que durou 33 horas, 30 minutos e 30 segundos.



A tecnologia atravessa mais uma fronteira com o advento da cirurgia robótica

Apesar dos inequívocos benefícios trazidos pelos procedimentos minimamente invasivos, ainda há problemas importantes a serem resolvidos no Brasil, no que diz respeito ao amplo uso dessa tecnologia, especialmente no que tange ao acesso a ela por grande parte da população e a formação adequada dos profissionais que farão uso dela. Essa é a opinião do Dr. Podgaec. “Infelizmente, o acesso a esse tipo de tecnologia ainda não é, de forma geral, uma realidade no País, nem mesmo no ensino da Ginecologia nas Residências Médicas, uma vez que os programas têm pecado quando se trata de ensinar adequadamente cirurgia minimamente invasiva”, diz.

O Dr. Marco Aurélio Pinho de Oliveira, professor adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (FCM-UERJ), acredita que, no campo da cirurgia ginecológica, os procedimentos minimamente invasivos, seja por videolaparoscopia ou por cirurgia robótica, poderiam atender até 90% das situações. No entanto, essa ainda é uma realidade distante. “Hoje, em apenas cerca de 10% das situações haveria uma dificuldade maior de se fazer por vídeo, e ter de abrir a barriga. Mas nos serviços de ponta, entre 70% e 90% dos procedimentos já são realizados com endoscopia ginecológica, que é um braço da cirurgia”, estima.

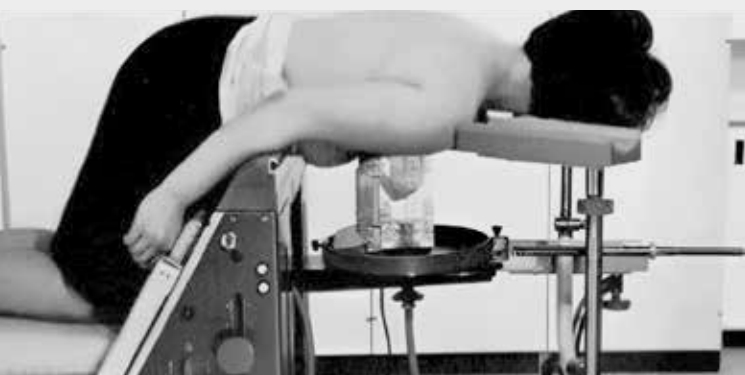
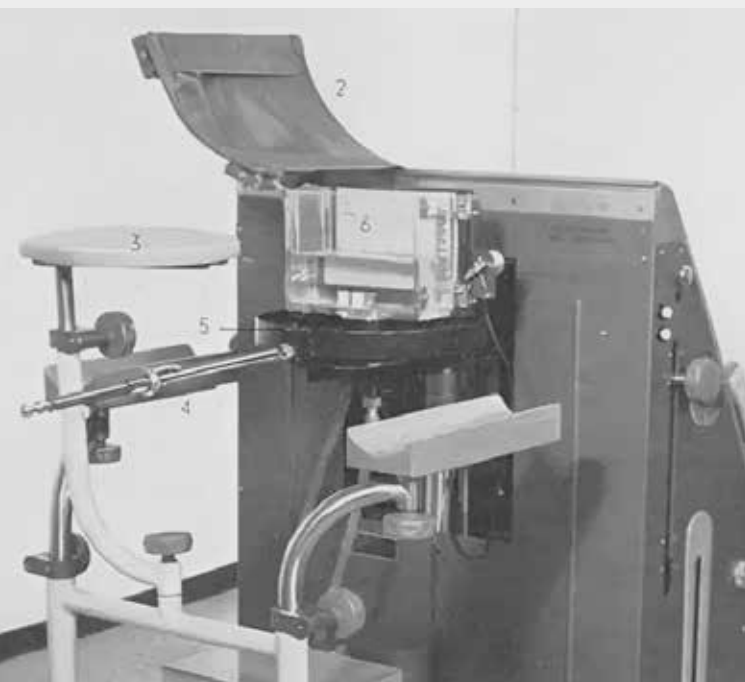
Outro problema apontado pelo Dr. Podgaec é que boa parte dos médicos que são responsáveis pelos programas de Residência não tem certificação para fazer cirurgias minimamente invasivas. “Já começamos com uma questão séria, pois boa parte de quem deveria ensinar também não sabe fazer. Então precisamos

de um grande esforço para disseminar o ensino dessas técnicas. E para democratizar essa tecnologia é preciso que os serviços de assistência disponham dos equipamentos, para que possam atender a grande parte da população que se aproveitaria deles, mas que está alijada dos seus benefícios”, destaca. Dessa forma, apesar de a tecnologia já estar disponível faz algumas décadas, na prática, o número de cirurgias minimamente invasivas na saúde de forma geral é muito pequeno, prevalecendo ainda as cirurgias abertas.

Esse, de fato, é um problema a ser resolvido. A cada ano, cerca de 750 residentes de Ginecologia e Obstetrícia são formados e ainda faltam locais para formação em cirurgia minimamente invasiva no País, para os que têm interesse em se especializar nessa área de atuação. Para o Dr. Paulo Ayrosa Ribeiro, professor adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), é importante ter cursos e centros de treinamento sólidos para ajudar a formar esses médicos, que vão atuar na área de endoscopia ginecológica. Nesse sentido, é bem-vindo o Centro de Treinamento e Simulação da Febrasgo, que será inaugurado em breve. “O momento atual é de sedimentar a formação dos jovens médicos. Aqueles que buscam o título de especialista em procedimentos minimamente invasivos precisam demonstrar que adquiriram as capacidades e competências práticas. E isso a Febrasgo está se preparando para oferecer, com o projeto do Centro de Treinamento, onde terá ferramentas de treinamentos em endoscopia ginecológica. Lá será possível treinar os residentes para que eles comecem a adquirir a destreza e as habilidades necessárias em cirurgia minimamente invasiva”, destaca o professor.

O projeto é bem-vindo, uma vez que, de acordo com o Dr. Luciano Gibran, diretor do Núcleo de Endoscopia Ginecológica do Hospital Pérola Byington, a grande maioria dos residentes, “talvez 98%”, não recebe treinamento em cirurgia minimamente invasiva durante os três anos que passam nesta modalidade de pós-graduação. Segundo ele, como se trata de uma área que está sempre se inovando, é preciso estar sempre em treinamento para se lapidar, mas que dá a vantagem de que o profissional assista à sua própria cirurgia depois de feita, para se aprimorar. “Como a cirurgia fica gravada em uma mídia digital, é possível depois, com mais calma, assistir para ver como foi o desempenho e corrigir alguns vícios sobre situações que poderiam ser feitas de maneira diferente, melhor, mais rápida ou por outro caminho”, destaca.

Esse discurso é parecido com o do Dr. José Geraldo, que foi aprender cirurgia robótica já em uma fase madura de sua trajetória. “A profissão médica é uma profissão de longo tempo. Tu não te formas nunca. Eu fui aprender cirurgia robótica quando tinha 50 anos de idade e tenho que me renovar todo ano. Então têm coisas que, provavelmente, daqui a dois ou três anos vão ser possíveis, situações que nem imaginamos agora. *Vide* inteligência artificial: temos de aprender a trabalhar com ela”, finaliza o médico gaúcho, titular da cadeira 24 da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia, indicando de onde virá a próxima ruptura na especialidade.



Mamografia: um aliado da mulher contra o câncer de mama

Em 2021, o câncer de mama matou 18.139 mulheres brasileiras, sendo o tipo mais letal no País. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (Inca), a cada ano surgem 74 mil novos casos, sendo 17% evitáveis. De tão comum, o câncer de mama não poupa nem aquelas que foram preparadas para oferecer assistência às demais mulheres vítimas da doença.

Foi o caso da Dra. Hilka do Espírito Santo, ginecologista obstetra e mastologista, que, há cerca de dez anos, passou de médica a paciente. “Eu me vi do outro lado e, verdadeiramente, é complicado. Tive que ter serenidade e, ciente do que estava acontecendo comigo, tive de acalmar todos que estavam no meu entorno”, disse. Isso incluiu os profissionais que iriam operá-la. “No dia da minha operação, o cirurgião que ia me operar, o anestesista que ia me anestesiá-la, o cirurgião plástico que ia fazer a minha reconstrução mamária estavam todos muito angustiados. Mas eu encarei isso de modo positivo”, afirma Dra. Hilka. No entanto, a experiência ser-

viu para aproximar ainda mais a especialista de suas pacientes, que hoje a têm como referência. Isso porque ela conhece profundamente as dores e as dúvidas de quem teve câncer de mama e superou o desafio.

O principal aliado para o diagnóstico precoce do câncer de mama é a mamografia – realizada por equipamento que utiliza raios X para a obtenção de imagens das mamas –, que é capaz de revelar tumores malignos em estágios ainda assintomáticos, o que agiliza o início do tratamento e melhora o prognóstico. Essa história começa em 1913, com o cirurgião judeu-alemão Albert Solomon¹ que realizou a primeira mamografia, examinando uma mama removida após mastectomia. Naquele ano, Salomon fez um estudo sobre 3.000 mastectomias, no qual comparou as radiografias das mamas com o tecido real removido, atentando-se especialmente à microcalcificações. A partir disso, ele foi capaz de distinguir os tumores que eram cancerosos e não cancerosos.

Com a alta incidência de câncer de mama em mulheres, a indústria passou a investir em equipamentos à base de raios X para a

realização de imagens, avançando inclusive na obtenção de melhores posições para a compressão da mama durante a radiografia. A alemã Siemens lançou em 1964 seu Fluidograph. O método, desenvolvido por Walter Dobretsberger, em Linz, Áustria, tentava realizar a mamografia sem compressão. Na fluidografia, a mama era imersa em álcool. Como o tecido mamário e o álcool têm quase a mesma absorção, isso acaba compensando as partes mais finas da mama, que, de outra forma, ficariam superexpostas.

No ano seguinte, Charles Gross, de Strasburgo, na França, criou a primeira unidade dedicada à mamografia. Depois da Siemens, foi a vez da General Electric lançar, em 1966, seu primeiro equipamento especializado em mamografia. Este registrava as imagens em um filme que, em seguida, era revelado. Nos anos 1990, a antiga fita cassete foi substituída por armazenamento digital e, em 2000, foi lançada a primeira mamografia digital, o Senographe 2000 D. Mais adiante, foi incorporada ao equipamento a tecnologia de imagem de mama 3D.

¹ Albert Salomon foi demitido da Universidade de Berlim em 1933, depois que Adolf Hitler chegou ao poder. Mais tarde, ele foi preso no campo de concentração de Sachsenhausen. Ele foi libertado em 1939 e partiu para a Holanda, onde voltou a ser preso no Campo Westerbork. Escapou em 1943 e conseguiu viver escondido na Holanda até o final da Segunda Guerra Mundial.

11

Reprodução assistida e a revolução do sonho da maternidade

O ano era de 1990. A Rede Globo, maior emissora de televisão do Brasil, traz à tona em uma de suas novelas um tema até então polêmico, que refletia a esteira de avanços científicos no campo de Reprodução Assistida: a gestação por substituição ou cessão temporária de útero. Exibida entre agosto de 1990 e junho de 1991, a trama *Barriga de Aluguel*, de Glória Perez, contava a história de Ana (Cássia Kis) e Zeca (Victor Fasano), que, ao descobrirem que não poderiam ter filhos, contratam Clara (Cláudia Abreu), que aceita emprestar o seu útero para gestar o primeiro filho do casal. O assunto ganhou o debate público e dividiu opiniões, voltando à pauta novamente 35 anos depois, em 2019, na novela *Amor de Mãe*, de Manuela Dias, gerando novamente comentários acerca da questão.

Ficção à parte, o fato é que o desejo e a esperança de ter filhos fazem parte da existência humana desde o início dos tempos. Por sorte, as conquistas neste campo da Medicina, principalmente a partir dos anos de 1970, foram extraordinárias em todo o mundo. E o Brasil não ficou à margem dos avanços e realizações.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) sinaliza que a infertilidade afeta cerca de 48 milhões de casais e 186 milhões de pessoas no planeta, o que representa aproximadamente 15% da população total da Terra (Malavé, 2022). Outro dado alarmante vem da Organização das Nações Unidas (ONU), por meio do relatório produzido pelo Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais (Desa). Segundo essa pesquisa, em 2019, a média de nascimentos por mulher chegou a 2,5 filhos, um indicador bem menor se comparado aos 3,2 de 1990. Diante dessa constatação, estima-se que esse número diminua ainda mais, chegando a 2,1 em 2050.

A Reprodução Assistida abarca os tipos de tratamento que incluem a manipulação *in vitro* (em laboratório), em alguma fase do processo, dos gametas



masculinos (os espermatozoides), dos gametas femininos (ovócitos), ou embriões propriamente constituídos, a fim de serem implantados em um útero para se alcançar uma gravidez. O aperfeiçoamento dos métodos trouxe maior segurança, rapidez e percentual de sucesso.

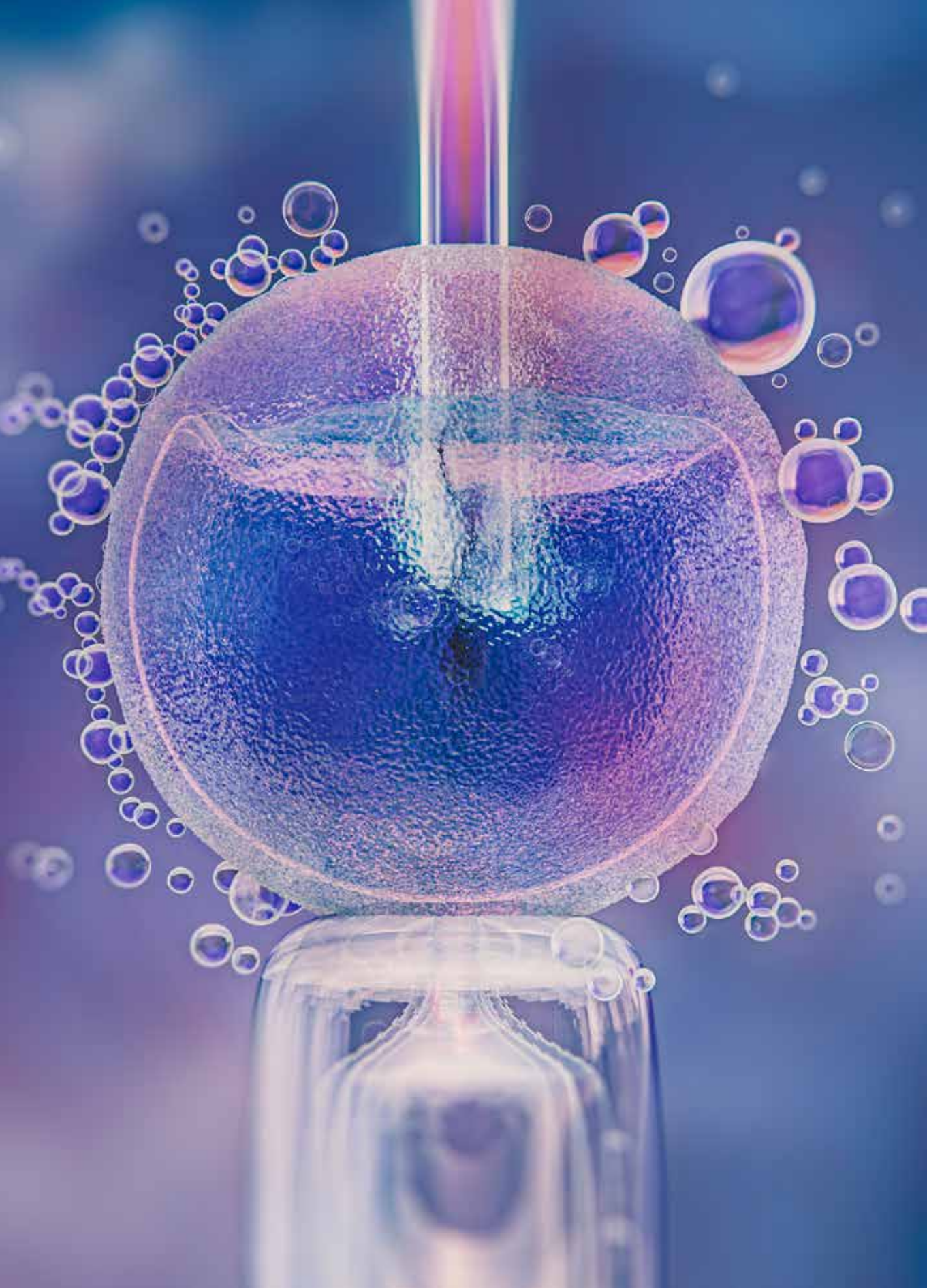
Nos dias atuais, segundo dados da Associação Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), na Fertilização *in Vitro* (FIV), a taxa de sucesso pode chegar a 50%, dependendo bastante de fatores como estilo de vida e idade da mulher, pois cada caso é um caso (Stariolo, 2023). E com o uso de tecnologias em ascensão – como a Inteligência Artificial – a expectativa é alavancar em muito esse número. Já existem pesquisas promissoras, como a dos brasileiros Marcelo Fabio Gouveia Nogueira e José Celso Rocha, ligados ao Departamento de Ciências Biológicas da Universidade Estadual Paulista (Unesp), que há 11 anos se debruçam em torno do tema.

Em artigo publicado no jornal Fertility & Sterility, juntamente com outros colaboradores, os pesquisadores relatam os bons resultados obtidos pelo treinamento de dois sistemas de inteligência artificial, ambos pertencentes à categoria das redes neurais artificiais, na identificação dos blastocistos humanos com melhores chances de promover a gestação e o nascimento. (...) O objetivo da pesquisa é capacitar sistemas de inteligência artificial para procederem à análise com mais eficácia, mirando um aumento na taxa de gestações. Para isso, os pesquisadores treinaram diferentes tipos de redes neurais artificiais com fotos de 415 blastocistos. (...) Além das redes neurais artificiais, os pesquisadores também utilizam outra técnica de inteligência artificial, chamada de algoritmo genético. (...) isso permitiu alcançar uma taxa de sucesso nas previsões de 75% com um dos sistemas e de 73,8% com o outro. Estes percentuais representam um ganho de mais de 20% em comparação às análises oculares tradicionais conduzidas pelos embriologistas. (Stariolo, 2023, online)

Sebastião Freitas de Medeiros: a taxa de implantação precisa ser melhorada

De acordo com Sebastião Freitas de Medeiros, professor titular da Universidade Federal de Mato Grosso e diretor do Instituto Tropical de Medicina Reprodutiva em Cuiabá, o percentual de implantação do embrião na cavidade do útero lista entre os principais desafios da área. “A taxa de implantação é pequena e se faz necessário melhorá-la. Enquanto isso não acontecer, vamos ter, no máximo, 50% de sucesso. E isso levando em conta um embrião bom e uma mulher jovem. E mesmo que eu tenha todas as condições favoráveis, se colocar duas mulheres exatamente com a mesma condição e com bons embriões, é provável que uma fique grávida e a outra não. No custo Brasil, isso é muito ruim, porque os gastos ficam todos para o casal. Não há auxílio do Estado”, adverte.





O total de embriões que podem ser implantados também sofreu alteração nas últimas décadas. A recente atualização da *Resolução 2.320/2022* do Conselho Federal de Medicina (CFM) estipula que a quantidade de embriões a serem transferidos varia de acordo com a idade da mulher. Até 37 anos, dois embriões; acima desta idade, até três. Nos primeiros anos, as transferências oscilavam entre quatro e seis embriões, mas já houve casos de serem até 12 implantações. Uma delas foi noticiada, inclusive, pela revista *Manchete*, em meados de 1990. Com isso, a possibilidade de uma gravidez multifetal era bem grande. Contudo, o risco era muito elevado tanto para a mãe quanto para os bebês, que, ao começarem a crescer, ficariam sem espaço dentro do útero para se desenvolverem. Caso uma gestação generosamente múltipla ocorresse, uma das opções era recorrer aos poucos especialistas que atuavam na redução seletiva de embriões. Um deles, na época, era Khalil Tabsh, chefe do Setor de Obstetrícia da Universidade da Califórnia.

Em um dos trabalhos apresentados na década de 1990, Tabsh revelou os resultados do método após aplicação em 40 pacientes, que passaram por tratamentos para engravidar e, com cerca de 12 semanas de gestação, se submeteram à redução de gravidez transabdominal. “Concluímos que a interrupção seletiva é um procedimento seguro, que pode melhorar o resultado da gravidez multifetal” (Tabsh, 1990, *online*), ponderou. A *Resolução 2.320/2022* do Conselho Federal de Medicina também aborda esse tema, e ressalta que “em caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de reprodução assistida, é proibida a utilização de procedimentos que visem à redução embrionária” (Conselho Federal de Medicina, 2022, *online*).

Os primeiros experimentos

A busca de técnicas para garantir um método bem-sucedido nesta área de fertilidade remonta a milênios, sendo as primeiras experimentações feitas em animais. Há casos consagrados no memorialístico popular de vários países que se referem às tentativas de desenvolver técnicas que seriam as predecessoras da inseminação artificial. É reconhecida por historiadores, por exemplo, o caso de uma tribo árabe, em meados do século 14, que realizou uma tentativa de conseguir rebanhos mais robustos utilizando sêmen dos garanhões mais saudáveis. No ano de 1332, o chefe da tribo introduziu algodão no trato reprodutivo de uma égua e conseguiu obter parte do ejaculado de um garanhão de uma tribo rival, depositando-o posteriormente na vagina de uma égua que estava no cio. A fecundação resultou em um potro que lembrava muito o garanhão original.

Centenas de anos depois, em algum momento do século 17, o naturalista holandês Anton Van Leeuwenhoek, para alguns considerado o inventor do microscópio, por meio do uso de lentes especiais que permitiam o aumento das imagens, identificou e descreveu espermatozoides caninos e também de humanos a partir de sêmen recolhido. Já no final do século 18, é atribuído ao naturalista,

fisiologista italiano e professor da Universidade de Pavia, na Itália, Lazzaro Spallanzani, o ineditismo de executar uma inseminação artificial em mamíferos, a partir da introdução de sêmen coletado de um cão em uma fêmea da mesma espécie, conseguindo o nascimento de três filhotes saudáveis e normais.

A experiência seria repetida anos mais tarde por Pietro Rossi, outro cientista que desenvolveu trabalhos na área. Ainda nesse mesmo século aconteceria a primeira tentativa em humanos. Em Londres, possivelmente no ano de 1785, o cirurgião escocês John Hunter tentou promover o processo de inseminação artificial para um casal. Na esposa, foi inserido o líquido seminal do marido, que apresentava uma deformidade na uretra, impedindo a procriação. Para o feito, foi usado tecido de linho.

Saltando para o final do século 19, próximo ao ano de 1890, coube ao professor Walter Heape, da Universidade de Cambridge, na Inglaterra, destacar sobre os primeiros casos de transferência de embriões (TE) em coelhas, também conseguindo uma prole saudável por intermédio das técnicas relatadas. Cerca de 40 anos depois, pesquisadores das universidades de Cambridge e Harvard, nos Estados Unidos, descreveram a manipulação de óvulos e espermatozoides de coelhos em laboratório em “um vidro de relógio”, e a partir daí a técnica passou a ser conhecida como fertilização *in vitro*, que consiste nessa manipulação extrauterina, com posterior transferência para o útero materno.

Já na década de 1950, a pesquisadora Anne McLaren, mais tarde considerada a mãe da fertilização *in vitro*, e o também pesquisador John Biggers, ambos na Inglaterra, publicaram um artigo na respeitada revista *Nature*, no qual descreviam o bem-sucedido cultivo de embriões de ratas em um recipiente de vidro, os quais haviam sido transferidos para o útero de ratas, dando origem a uma ninhada saudável. Foi esse pioneiro experimento que mostrou que era possível a manipulação de espermatozoides e óvulos fora do corpo da mãe, permitindo a criação de embrião saudável, que poderia ser gestado.

Um nascimento histórico: a chegada de Louise Joy Brown

Em 25 de julho de 1978, na cidade de Bristol, nasceu no Hospital Geral de Oldham, no Norte da Inglaterra, a pequena Louise Joy Brown, considerada oficialmente o primeiro bebê humano obtido com os avanços da fertilização *in vitro*. Ela, que chegou ao mundo com pouco mais de 2,6 quilos, após uma cesariana eletiva, ficou conhecida como o primeiro “bebê de profeta”, ou seja, o primeiro ser humano fecundado e gestado após fertilização fora do útero. O sucesso se deu graças ao trabalho do biólogo e pesquisador britânico Robert Geoffrey Edwards, Prêmio Nobel em 2010 (e falecido em abril de 2013), e do médico Patrick Christopher Steptoe, obstetra e ginecologista inglês, pioneiro no tratamento de fertilidade, falecido em março de 1988.

Juntos, anos mais tarde, fundaram a Bourn Hall, primeira clínica de fertilização *in vitro* do mundo, situada em Cambridge, Inglaterra, no ano de 1980.

Até a morte de Edwards, e passados pouco mais de 40 anos do nascimento de Louise, estimava-se que, graças à técnica, mais de 5 milhões de fertilizações bem-sucedidas haviam sido concluídas em todo o planeta. A própria Louise Brown considerava Edwards como seu avô.

Além do trabalho dos cientistas Edwards e Steptoe, é reconhecida também a importante contribuição da enfermeira britânica e embriologista Jean Purdy,

Daily Mail THURSDAY, JULY 21, 1978 **WORLD EXCLUSIVE**

And here she is...

THE LOVELY LOUISE



LOUISE BROWN, bright-eyed at 18 hours old: The test tube baby in hospital yesterday
Daily Mail World Exclusive Picture by Bill Cross © World Copyright Associated Newspapers Group Ltd., 1978. Full story and more pictures inside

Reprodução da capa do jornal *Daily Mail*, que traz na manchete a imagem da primeira bebê de proveta do mundo, Louise Joy Brown, nascida em 25 de julho de 1978

que à época havia sido encarregada de transferir o embrião em estado de clivagem, com cerca de oito blastômeros, para o útero da mãe. Inclusive Purdy, que infelizmente morreu de câncer aos 39 anos, em 1985, foi coautora de mais de 20 artigos científicos com a dupla de cientistas.

Louise Joy Brown foi um marco, pois dirimiu definitivamente as dúvidas que se tinham sobre se o tipo de fecundação *in vitro* poderia gerar problemas posteriores. Mas não só ela. Sua irmã, Natalie, nascida quatro anos depois, também por FIV, ajudou a colocar por terra eventuais questionamentos negativos. Louise teve dois filhos, que foram resultado de fecundação espontânea e natural com o marido. Já Natalie teve quatro filhos, todos naturais. A irmã mais nova, aliás, foi a primeira mãe que havia nascido como bebê de proveta a dar à luz de parto normal após fecundação natural. Assim, ambas, Louise e Natalie, entraram definitivamente para a história como filhas de John e Lesley Brown, falecidos respectivamente em 2006 e 2012, os primeiros pais a conseguirem tamanha conquista: ter filhas tão esperadas contando com uma mãozinha da Ciência.

A partir da fertilização *in vitro* de Louise, milhões de outras se seguiram. Foram também desenvolvidas novas técnicas que aprimoraram, e muito, o processo de fecundação, como a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI), com a qual um óvulo, previamente selecionado, é fecundado por um espermatozoide, sendo empregado para isso uma agulha extremamente fina, guiada pelo embriologista, com auxílio de um microscópio, que introduz o gameta masculino no meio intracelular do gameta feminino. O procedimento foi desenvolvido na Bélgica, em 1992, e seria um suporte importante para driblar questões relacionadas à infertilidade masculina, como a Oligoastenoteratospermia Severa (OTA) e Azoospermia Secretora e Obstrutiva.

Além dessa inovação, surgiram ainda a maturação de óvulos *in vitro*, a própria clonagem de células (já no século XXI), doações de óvulos e esperma, o transplante de útero, inclusive quando a doadora é uma pessoa morta, entre outras tecnologias. Vale lembrar que, quando Louise nasceu, as chances de sucesso da tentativa de se ter uma criança a partir das técnicas disponíveis não passavam de 5% do total de investidas. Trinta anos depois, já superavam a casa de 30%. Assim, a reprodução assistida se consolidava como uma porta por onde podiam passar os casais inférteis, inclusive de pessoas do mesmo sexo, que buscavam realizar o sonho de ter um filho biológico e geneticamente seu.

Brasil na vanguarda

A manchete de todos os jornais e as chamadas nos noticiários televisivos anunciavam: “7 de outubro de 1984: nasceu em São José dos Pinhais, Paraná, Anna Paula Caldeira, a primeira ‘bebê de proveta’ brasileira, também primeira em toda a América Latina”. Contudo, a situação era bem diferente do caso de Louise e Lesley Brown. Sua mãe, Ilza Maria, já tinha cinco filhos, mas não podia

Na página oposta, seis anos após o nascimento de Louise Joy Brown, o Brasil comemora a chegada do primeiro bebê de proveta do País, em 7 de outubro de 1984. Na reprodução da capa do *Jornal da Tarde*, Anna Paula Caldeira aparece nos braços da mãe, Ilza Maria



jornal da tarde

Cr\$ 700

O ESTADO DE S. PAULO

Sexta-feira, 12 de outubro de 1984. Número 3.789. Ano 17

Eis o nosso bebê de proveta



Anna Pitágoas Caidreira, que nasceu no Paraná, representa a primeira experiência bem-sucedida de fertilização em laboratório feita no Brasil e, talvez, na América Latina. Página 11.

Uma poderosa bomba atômica está madurando no laboratório esta semana e o primeiro-ministro britânico Margaret Thatcher e vários de seus ministros. O Grande Natal, na cidade balneária de Brighton, está servindo de cenário para a comemoração anual dos conservadores. São andares de prédios foram danificados e várias pessoas se feriram feridas, mas as agências de notícias não sabem informar se Thatcher se encontrará no hotel na hora da explosão.



Um teste para o Nobel. Na 12

O Pentágono monta um "pool" noticioso para o caso de guerra. E compra briga com a imprensa.

Página 12

ABASTECIMENTO



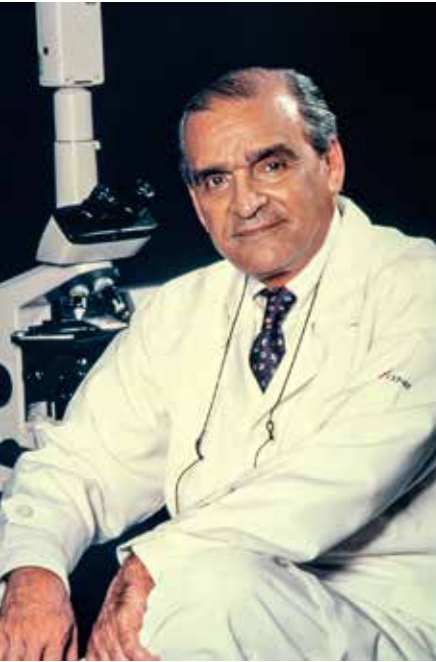
Trigo, farinha e legumes: preço em alta. Mas a feição está batendo. Página 8

Cal o presidente do BNDES. (Mais uma vítima do mafiosismo.)

Página 3



Com uma bela jogada, Arturzinho fez o gol da vitória do Corinthians (2 a 0) sobre o Juventus, ontem à noite no Pacembu, deixando a tina a quatro pontos da líder Palmeiras. Pág. 24



Elsimar Coutinho, um dos pesquisadores ativos da área de Reprodução Humana

mais dar à luz, por ter sido submetida ao processo de laqueadura. No entanto, ao se casar pela segunda vez, Ilza e o marido decidiram ter filhos.

O casal procurou, em São Paulo, a ajuda do médico especialista Milton Shim Ithi Nakamura (falecido em 1998)¹ e resolveu se submeter ao tratamento em fase experimental desenvolvido pelo médico. “Assim que ele olhou para mim, demonstrou que eu não era a melhor candidata para os experimentos. Fui embora, mas voltei um mês depois e disse: ‘Você tem a tecnologia, seus estudos, tempo de pesquisa, mas eu tenho um Deus e eu vou sair grávida daqui’. E foi o que aconteceu”, lembra Ilza Maria (Matos, 2021). À época funcionária pública da Santa Casa de Misericórdia, Ilza foi atendida pela equipe médica integrada pelo obstetra Eldo Ern e seu colega Ivan L. H. Santinho; os anestesistas Ilmar Gomes Espínola e Herbert Knelsen; e os pediatras João Carlos de Souza Brito, Paulo César e Adolfo Biev (Paranaense..., 1984).

Nascido em Marília, interior de São Paulo, Nakamura tinha uma história profissional muito ligada às pesquisas na área. Formado pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), com doutorado pela Faculdade de Medicina da USP, seus estudos em Reprodução Assistida tinham se iniciado, de forma mais intensa, ainda em 1979, na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Dois anos depois disso, ele foi dispensado do quadro de professores da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, onde lecionava, em razão da instituição, extremamente católica, não concordar com sua linha de investigação científica.

Mas nem tudo foram flores na sua trajetória. Antes do êxito do nascimento de Anna Paula Caldeira, Nakamura realizou uma experiência junto a 12 mulheres, considerada a primeira de fertilização *in vitro* do Brasil. Nesta ação, ocorrida no Hospital Santa Catarina, em São Paulo, uma das mulheres, Zenaide Maria Bernardo Sakai, de 39 anos, acabou falecendo vítima de anoxia cerebral, após sofrer um acidente anestésico, durante a operação para retirada dos óvulos que seriam posteriormente fertilizados (Choque..., 1982).

A ascensão de sociedades e laboratórios

A busca incessante de técnicas e tratamentos contra a infertilidade remonta a décadas bem anteriores ao nascimento de Anna Paula Caldeira. Criada em 1947, a Sociedade Brasileira de Esterilidade (SBE) já trazia em seu estatuto, em 1948, como um dos propósitos da instituição, o estudo da esterilidade e o incentivo de criação de clínicas especializadas no tema em unidades hospitalares de todo o País. No início da década de 1970, uma das principais entidades de

¹ Milton Shim Ithi Nakamura faleceu aos 63 anos, em 31 de dezembro de 1998.

referência era o Centro de Planejamento Familiar de São Paulo, especializado em diagnóstico e tratamento de esterilidade conjugal, que utilizava técnicas desenvolvidas na Keio University do Japão. À época, eram pouquíssimas as faculdades de Medicina que ofereciam um conhecimento mais aprofundado na área de Reprodução Humana, sendo exceções as Universidades Federais da Bahia, Juiz de Fora e Paraná. Muitos pesquisadores acabavam por desenvolver seus trabalhos individualmente, buscando publicá-los em revistas importantes. Estas serviram como referência, posteriormente, ao desenvolvimento de técnicas e de outros estudos, tais como aqueles desenvolvidos por Elsimar Coutinho e Hugo da Silva Maia, ambos baianos nascidos em Salvador.

O professor Hugo Maia atuou como docente na Faculdade de Medicina da Bahia (UFBA), de 1951 até 1989, quando se aposentou. Foi responsável por importantes pesquisas na área de reprodução humana, ainda na década de 1970. Ele se destacou notadamente na área de fisiologia tubária e uterina, trabalhando no Centro de Pesquisas em Reprodução Humana da Organização Mundial da Saúde (OMS), que funcionou na Maternidade Climério de Oliveira. Ele morreu em 2 de maio de 2020.

Já o Dr. Elsimar graduou-se em Medicina em 1957 na mesma UFBA, tendo antes feito Farmácia. Sua pós-graduação em Endocrinologia foi realizada, por meio de uma bolsa de estudo, na Universidade de Sorbonne, em Paris (França) e no Instituto Rockefeller, em Nova York (EUA). De volta ao Brasil, vinculou-se em definitivo à UFBA, como professor e pesquisador da Universidade Federal da Bahia. Em conjunto com o professor José Adeodato Filho, criou o Programa de Pesquisa em Reprodução Humana naquela instituição pioneira. Em função de suas boas relações, recebeu o professor Arpad Csapo,² da Escola de Medicina da Universidade de Washington, com a intenção de criar um instituto de reprodução humana. Isso de fato seria concretizado tempos depois, com a fundação do Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (CEPARH).

Ao longo de sua trajetória, o Dr. Elsimar Coutinho desenvolveu um currículo invejável, legando contribuições nas áreas de sexualidade, reprodução humana assistida e reposição hormonal. Exerceu o cargo de diretor de Pesquisas Clínicas da Maternidade Climério de Oliveira e, a partir dos estudos, desenvolveu os primeiros anticoncepcionais injetáveis e pílulas vaginais. Realizou também diversas pesquisas sobre dispositivos intrauterinos, implantes hormonais subcutâneos, tratamento da infertilidade conjugal, endometriose e miomatose uterina (Anjos, 2022), assegurando daí projeção internacional.

2 Arpad I. Csapo foi um obstetra e ginecologista nascido na Hungria, em 1918. Na década de 1940, mudou-se para os Estados Unidos. Lecionou na Universidade Johns Hopkins; em 1956, se transferiu para a Rockefeller University; e, finalmente, em 1963, tornou-se professor de Ginecologia e Obstetrícia da Escola de Medicina da Universidade de Washington, onde ficou até sua morte, em 1981. Csapo é mais conhecido por suas pesquisas sobre o hormônio progesterona na fisiologia da função uterina. Ele desenvolveu uma série de experimentos testando a teoria de que o hormônio serve para bloquear a contração dos músculos do útero grávido. Seu trabalho também identificou que, após as primeiras semanas de gravidez no ser humano, a ação bloqueadora do hormônio progesterona muda dos ovários para a placenta. Provou ainda que a progesterona placentária exerce sua ação no útero por meio de um mecanismo local, explicando assim por que gêmeos podem nascer com várias semanas de intervalo.



O Dr. Milton Nakamura foi responsável pelo procedimento que culminou com o nascimento do primeiro bebê de proveta brasileiro

Ele foi docente do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana (DEGORH) da FMB-UFBA até os anos 2000, quando se aposentou como professor titular de Reprodução Humana. Exerceu o papel como conselheiro da Organização Mundial de Saúde, tendo publicado mais de uma dezena de livros (entre eles *Menstruação, a sangria inútil*, em 1996). Doutor Elsimar viveu até os 90 anos, vindo a falecer em 17 de agosto de 2020, em decorrência da Covid-19. Seu vasto currículo inclui ainda a participação como membro de mais de 30 sociedades médicas nacionais e internacionais, sendo uma delas a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), que, até 1974, era Sociedade Brasileira de Esterilidade (SBE).

Foi exatamente a partir daquele ano de 1974 que a área ganhou novo impulso. A data marca o momento em que a então

SBE realizou um amplo congresso sobre reprodução humana, no Rio de Janeiro, reunindo os 50 maiores especialistas do mundo na área, que vieram da Europa, Ásia, América do Norte e América Latina. Nesse mesmo evento, além da mudança de nome, foi anunciado que a nova entidade, a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), deixaria de ter representatividade regional para se converter em nacional, e haveria também a transferência da sua sede para São Paulo. Para presidente, os associados escolheram o nome do Dr. Milton Nakamura.

Ainda fazendo referência ao nome do merecidamente respeitado Dr. Nakamura, vale mencionar que o pioneirismo em torno do primeiro bebê de proveta brasileiro é uma questão discutida nos bastidores da Medicina do País. O mérito e a paternidade do primeiro êxito são reivindicados pelo Dr. Nilson Donadio, que teria conseguido, na Santa Casa de São Paulo, o nascimento de um bebê de proveta meses antes de ter vindo à luz a pequena Anna e do sucesso do Dr. Nakamura. Entretanto, esse fato fora guardado em segredo por questões éticas impostas pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (O sabor..., 2005).

Em 1982, surgiram no País os primeiros laboratórios especializados em Reprodução Humana da América do Sul, um deles exatamente na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e, o outro, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Já na década de 1990, os centros de reprodução assistida chegaram a outras capitais brasileiras, como



Os doutores Marcos Felipe Silva de Sá e Rui Ferriani: trajetória ligada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Curitiba, Salvador, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Recife. Em 1999, a estimativa era de haver 60 deles espalhados pelo País (Eli, 1999).

Um dos laboratórios que surgiram neste período está ligado ao Serviço de Reprodução Humana que funciona dentro do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. O local atua na área de infertilidade desde a década de 1960, com a fundação do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia (Histórico, [s.d.]). A montagem do laboratório de Reprodução Assistida, em 1991, contou com a atuação dos doutores Marcos Felipe Silva de Sá, Rui Alberto Ferriani, Marcos Dias de Moura e Maria Matheus de Sala. “Foram pelo menos uns quatro ou cinco anos, da ideia à concretização. Neste período, eu fui fazer o pós-doutorado na Universidade de Cambridge, na Inglaterra, onde aconteceu o nascimento da Louise Joy Brown, o primeiro bebê de proveta do mundo. Quando retornei, em 1992, o novo setor já estava atuante”, recorda Dr. Rui Ferriani, professor titular da Universidade de São Paulo (USP) e chefe do Setor de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

Segundo o especialista, um dos grandes desafios da área é que a infertilidade nunca foi valorizada como uma doença, apesar de acometer uma a cada seis mulheres. “Essa foi uma luta constante da minha vida. Mesmo porque eu sempre

atuei nessa área no sentido de valorizar, para os próprios colegas e para os serviços, a importância do aconselhamento conceitual, porque nos anticoncepcionais avançamos bastante. Na minha visão, houve duas grandes evoluções na reprodução: a primeira com o surgimento da pílula, na década de 1960; e a segunda quando a fertilização *in vitro* surgiu”, avalia.

Quem também levou sua experiência nesta área para dentro do laboratório de Reprodução Assistida foi o Dr. Marcos Felipe Silva de Sá. Com grande parte da trajetória ligada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, após fazer o pós-doutorado no Departamento de Medicina Reprodutiva da Universidade da Califórnia, em San Diego (EUA), passou uma temporada em Valência, na Espanha, para aprender mais sobre as técnicas de reprodução assistida. E, como professor titular da USP desde 1990 e chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da (FMRP-USP), de 1991 a 1993, comemorou junto com a equipe o nascimento do primeiro bebê de proveta nascido por meio da fertilização *in vitro* no Sistema Único de Saúde (SUS). O hoje advogado Walisson Igor Velloso Euzébio Abadia nasceu em 26 de março de 1993, prematuro de sete meses, com 2,5 quilogramas e 47 centímetros (Alves, 2022). Era a primeira grande vitória, que impulsionaria outras que viriam a seguir.

Em 1997, mais um avanço, com a compra do micromanipulador de gametas. A partir de então, o laboratório iniciou a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides. “Durante muitos anos, fomos o único laboratório público a fazer os procedimentos de reprodução assistida para o SUS. Atualmente recebemos residentes de todo o Brasil, que vêm especificamente para as áreas de Reprodução Assistida, Gestação de Alto Risco, Medicina Fetal, Oncologia e Mastologia. São programas adicionais à residência médica habitual e temos nota sete na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), a nota máxima”, comemora o Dr. Marcos Felipe.

O Brasil como referência da reprodução assistida

E assim foi nascendo, em solo brasileiro, a primeira geração de bebês de proveta. Além de Anna Paula Caldeira e Walisson Igor Velloso Euzébio, entrou para a lista Vitória

Primeira bebê de proveta da região Norte-Nordeste, que nasceu acompanhada pelos médicos José Weydson de Barros Leal, Cláudio Leal Ribeiro e pela bióloga Maria Antonieta Oliveira



Caron Reis, a primeira de Brasília, filha de José Reis e Mariângela Caron, nascida em 5 de julho de 1991, no Hospital Regional da Asa Norte (Hran); e, em 15 de janeiro de 1992, com a liderança dos trabalhos dos médicos José Weydson de Barros Leal e Cláudio Leal Ribeiro, além de Maria Antonieta Oliveira, bióloga e esposa do Dr. Weydson, chegou ao mundo a primeira bebê de proveta da região Norte-Nordeste. Em seguida, pelas mãos da Dra. Bela Zausner, veio o primeiro da Bahia, em outubro daquele mesmo ano, o agora Dr. Ronaldo Lima Júnior, formado em 2019 como parte da primeira turma do curso de Medicina da Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB).

Apesar dos obstáculos como equipamentos caros e falta de biólogos treinados, os resultados seguiram animadores e o País se tornou referência científica na área, utilizando-se das mais avançadas técnicas desenvolvidas em nível mundial, como a injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI). Esta, aliás, foi introduzida aqui pela embriologista Soraya Ghilardi, após estágio em Bruxelas, no ano de 1993. Outras evoluções se seguiram no Brasil, como o aperfeiçoamento do congelamento de embriões, a partir da técnica de vitrificação.

Nesta sequência, em 1995, ocorreu a criação da Rede Latino-Americana de Reprodução Assistida (Redlara) e o Brasil foi reconhecido como o primeiro em um *ranking* de quantidade de procedimentos na área. Isso consagrou a credibilidade do País nessa especialidade, que nunca para de evoluir.

Enquanto, em 2014, na Suécia, houve o primeiro transplante de útero entre doadoras vivas, no Brasil, em setembro de 2016, as atenções se voltavam para o primeiro nascimento de uma criança gestada a partir de um útero transplantado de uma doadora falecida. Esse relato foi, posteriormente, publicado em 2018 no *Lancet Journal*, a mais renomada revista de Medicina do mundo. Esse transplante ocorreu no Hospital das Clínicas

As técnicas no combate à infertilidade do passado

Para transformar o sonho de ser mãe em realidade, muitas mulheres passaram por diversos e, muitas vezes, complexos rituais, no decorrer dos séculos. Os mais bizarros são encontrados em manuscritos das Idades Antiga e Média. Na Roma Antiga, por exemplo, “um dos métodos para melhorar a fertilidade acontecia em um festival, em que um dos rituais praticados incluía padres correndo pelas ruas carregando chicotes feitos de pele de cabra, que eram usados para bater na barriga de mulheres que não conseguiam engravidar” (Freitas, 2023, *online*). Já no Império Asteca, o sacrifício de uma virgem e a dissecação de sua pele eram a alternativa para tratar a questão.

Entre os homens, a preocupação também se fazia presente. Na Idade Média, além das beberagens com os mais diferentes tipos de ervas, também havia receitas inusitadas, como uma em que eram misturados vinho e pó de testículos de porco ou cervo moídos. “Quando você estuda a forma como as crônicas falam de reis e rainhas, vê-se que tendem a assumir que o problema é das mulheres. Mas é diferente nos textos médicos. (...) O que me surpreendeu foi descobrir que havia tanta discussão sobre os homens que podiam ter relações sexuais, mas não conseguiam engravidar”, conta Catherine Rider, professora de história da Universidade de Exeter, no Reino Unido (Plitt, 2017, *online*). A Bíblia também traz relato de curas atribuídas à intervenção divina, como no caso da personagem Sara (Gênesis, 17:17, 21:2), que engravidou aos 90 anos; de Ana (I Samuel, 1, 1-20), que, em prece, foi ouvida e concebeu a Samuel; ou ainda do pedido a Deus para “que a mulher estéril viva em família e seja alegre mãe de filhos”, descrito no Livro dos Salmos (113:9”).

da Universidade de São Paulo, e a receptora do órgão, com idade à época de 32 anos, era uma mulher saudável, mas que tinha nascido sem o útero. Sete meses após o transplante, foi feita a transferência de embrião. O procedimento foi muito bem-sucedido, levando a uma gestação plena e ao nascimento de um bebê do sexo feminino saudável, em 15 de dezembro de 2017, de parto cesariana, oportunidade em que o útero transplantado também foi retirado.

Apenas para se ter ideia dos atendimentos do Brasil na área, estimativas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) mostram que, de 2011 até 2017, a procura por fertilização *in vitro* no País tinha apresentado crescimento de 150%. A quantidade de pessoas que haviam se submetido ao tratamento mostrava um salto de 13 mil para mais de 33 mil.

Em entrevista ao portal da Associação Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), em 2021, a primeira bebê de proveta do Brasil, na companhia de sua mãe, lembrou da importância de seu nascimento para a Medicina e a Ciência no Brasil. “Sei o quanto o meu nascimento é especial e importante para a Medicina, para as mulheres que não podem ter filhos e para os casais que não podem construir uma família” (Matos, 2021, *online*), disse Anna, que também seguiu carreira na área de saúde, formando-se em Nutrição, com pós-graduação em Marketing. Na data da entrevista concedida para a equipe da SBRA, Anna estava fora do País, morando há cinco nos Estados Unidos. “Na época da minha mãe, ela tinha que se submeter a cirurgia toda vez que ia fazer a coleta dos óvulos. Hoje já está diferente. Então, acredito que a evolução da Medicina possa dar mais facilidade ao tratamento e espero que todas as conquistas advindas do progresso humano sejam celebradas e as pessoas possam evoluir nesta reflexão. Que o mundo melhore no sentido dessa busca” (Matos, 2021, *online*), acrescentou Anna, que, em 2008, se encontrou com Louise Brown, a primeira bebê de proveta do mundo, em um evento no Brasil, em comemoração ao aniversário de 30 anos da britânica.

O Dr. Rui Ferriani compartilha do mesmo desejo de Anna. Ele explica que, com as inovações tecnológicas, é possível fazer o diagnóstico genético de uma doença de um embrião antes que ele seja transferido. No entanto, tais benesses ainda esbarram em questões delicadas quando se pensa em atender grande parcela da população. “As dificuldades em reconhecer a infertilidade dentro de um hospital público são um grande desafio, porque existe uma série de outras demandas de saúde importantes. Com isso, a reprodução acaba sendo colocada como um artigo de luxo, diante do atendimento de contenção de gastos ou de distribuição de recursos financeiros”, adverte.

De acordo com esse professor titular da USP e chefe do Setor de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, são poucos os serviços do ciclo de reprodução assistida no Brasil e só cerca de 5% dos procedimentos são feitos por serviços públicos. Por isso, empenha-se junto a órgãos – como Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina e Febrasgo – para mudar esse quadro. “Quando começamos, atendíamos essencialmente casais inférteis.

Mas, depois, esse leque foi se ampliando na constituição de novas famílias, com produções independentes, casais homoafetivos, masculinos e femininos e os transgêneros. Todos têm desejos reprodutivos, pois este é o mais natural do ser humano. E o que eu venho acompanhando, ao longo da minha vida, é exatamente essas adaptações, para tentar satisfazer demandas que a sociedade vem apresentando”, completa.



Futura fábrica com úteros artificiais?

Em 2022, um vídeo conceitual do biotecnólogo alemão Hashem Al-Ghaili anunciou a possibilidade do futuro desenvolvimento de um útero artificial, chamando a atenção de internautas comuns a especialistas pelo mundo. No vídeo, o pesquisador destaca seu projeto chamado de EctoLife, que é um conjunto de instalações pensadas para se tornar a primeira instalação de útero artificial do mundo, que poderia produzir até 30 mil bebês por ano e oferecia ainda o serviço de edição de genes. O assunto ainda gera interesse restrito da comunidade científica e, por enquanto, esbarra em uma série de questionamentos, permanecendo, por ora, no campo teórico.

12

As mulheres na especialidade

“Durante muitos anos, as mulheres não tiveram voz nesse País, não tiveram presença, ou a presença delas foi esquecida ou alijada da nossa história. Mas, finalmente, hoje em dia estamos começando a reconhecer aquelas que fizeram a história do Brasil.” A declaração é de Rita Buzzar, umas das roteiristas e produtora do filme *Madame Durocher*, em fase de produção em 2024. Baseada em uma história real, a obra narra a trajetória da personagem-título, que passou grande parte da vida no Rio de Janeiro do século 19 e foi a primeira mulher a ser convidada a fazer parte da Academia Imperial de Medicina (hoje Academia Nacional de Medicina). Mas esse não é o seu único feito, como veremos mais adiante. Sua perspicácia e competência diante dos temas científicos marcam a resistência da presença feminina frente à medicalização masculina que se seguiria nos anos subsequentes.

Durocher não estaria sozinha nessa empreitada e não é exemplo único. Certo é que sua história vigorosa é fonte de inspiração para outras mulheres, mesmo mais de um século após a sua morte. Décadas depois de Madame Durocher, seria a vez de a carioca Maria Augusta Generoso Estrella ser lembrada como a primeira mulher brasileira a obter o diploma de Medicina, expedido em Nova York, em 1881. Sua iniciativa foi fundamental para a abertura de vagas para mulheres nas instituições de ensino brasileiras. E a primeira a aproveitar essa oportunidade e se formar em Medicina no Brasil foi a gaúcha Rita Lobato Velho. Ela obteve o diploma pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), em 1887, aos 21 anos, e especializou-se em Obstetrícia.

Nos dias atuais, em números, o percentual feminino quase se equipara aos dos homens no universo da Medicina. De acordo com a última versão da *Demografia Médica*, divulgada em 8 de abril de 2024 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), do total de 575.930 profissionais existentes no País, 287.457



Maria Josephina
Mathildes Durocher

1861/1862

(49,91%) são mulheres. Uma porcentagem que reflete não só a quantidade, mas o esforço de cada uma em se consolidar em um espaço que deve ser plural e ambivalente. Contudo, antes de chegarmos a este ponto da narrativa e falarmos sobre os principais desafios do presente e do futuro, é importante conhecer a trajetória daquelas que, com coragem e resiliência, enfrentaram as dificuldades impostas em suas respectivas épocas para firmar seus nomes na história.

A coragem de Madame Durocher

Antes de ser conhecida no campo da Medicina, Madame Durocher era a caixeira Maria Josephina Mathildes Durocher,¹ que mantinha uma loja na Rua dos Ourives, nº 109, no centro comercial do Rio de Janeiro. O local tinha sido montado pela mãe, a francesa Anne Durocher, vendia tecidos, miudezas, manufaturas e objetos de moda, e se somava a outros tantos de origem francesa que se instalavam no Brasil colonial.

A expansão do comércio de produtos franceses em terras brasileiras tinha um motivo: o retorno dos Bourbons ao poder após a queda de Napoleão Bonaparte, na França. Muitos que ali estavam resolveram deixar o país e tentar a sorte em outro lugar. Foi o caso de Anne e de sua filha, a pequena Maria Josephina, então com sete anos. A chegada ao Brasil ocorreu em 1814, em uma viagem de navio bastante difícil. Um texto do jornal *A Notícia*, de 1895, chega a citar que, durante o trajeto, a embarcação sofreu uma avaria grave por conta de uma precipitação e o fato obrigou os passageiros a deixarem o navio e descerem para os botes. Neste processo, Maria teria caído no mar, sendo salva por um dos marinheiros (Notas..., 1895).

Já em terras brasileiras, Anne obteve crédito e conseguiu abrir um pequeno estabelecimento, que, inicialmente, teve bastante êxito. No entanto, após alguns anos os negócios foram entrando em declínio. O primeiro golpe ocorreu em 1821, com o retorno de D. João VI e sua corte a Portugal, pois muitos portugueses simplesmente partiram sem quitar os seus débitos. Os prejuízos só foram aumentando; Anna adoeceu e, em 1829, faleceu. Caberia agora à jovem Maria Josephina assumir o legado da mãe, o que fez durante dois anos, sem nunca ter conseguido recuperar a nostalgia de outrora.

As dificuldades financeiras, contudo, seriam somente um dos problemas que enfrentaria naquele período. Vivendo com o comerciante Pedro David, e mãe de dois filhos – Vicente João Francisco Fernandes Ricardo Durocher (nascido em 19 de julho de 1830) e Pedro Humberto Amado David (nascido em 23 de dezembro de 1831) –, ela foi surpreendida com o assassinato do companheiro, e se viu, de uma hora para outra, sozinha e com dois filhos pequenos para criar. E foi neste momento-limite da vida que decidiu mudar de profissão e se tornar parteira profissional. Mesmo diante de algumas dificuldades físicas (tinha problemas de visão em um dos olhos), inscreveu-se no Curso de Partos da

1 Grafia do nome conforme consta na certidão de óbito. *Family Search*. Disponível em: <https://www.familysearch.org/ark:/61903/1:1:WYF1-L52M>. Acesso em: 26 mar. 2024.

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1833. E como visava oferecer um serviço de excelência, também fez questão de ter contato com renomados médicos da corte, fazendo com eles diversas aulas particulares. Concomitantemente aos estudos, foi atrás das documentações para naturalizar-se brasileira. E, após todo esse movimento, tornou-se a primeira mulher a obter o título de parteira diplomada (Durocher, [s.d.]), iniciando assim as atividades.

A decisão por se tornar parteira levou em conta conversas que teve com as madames Pipar e Berthou, também parteiras, sendo a última atuante na Santa Casa de Misericórdia. Ela também se recordou das palavras da mãe, que ressaltava o quanto o papel de uma parteira havia sido importante no processo do seu próprio nascimento, visto que nasceu prematura, aos sete meses.

Assim que finalizou a parte de formação, passou a divulgar os seus serviços nos jornais do Rio de Janeiro. E, para atender a clientela, adotou a alcunha de Madame Durocher e escolheu um visual diferente do que estava acostumada a usar. Em vez de vestidos, usava casaco de corte masculino, gravata, cartola, chapéu e uma saia. Também costumava carregar uma caixa de rapé e um grande guarda-chuva. “Como primeira brasileira formada parteira, aos vinte e quatro anos, decidi que estava autorizada, ou melhor, obrigada a servir como modelo para aquelas que viriam depois de mim. Eu usava um vestuário, que não só era mais confortável, mas que também foi digno e característico daquilo que deveria ser uma parteira. Eu determinava que o meu exterior deveria inspirar uma moral aos meus pacientes do sexo feminino, dando-lhes confiança e distinguindo a parteira das mulheres comuns, e eu não estava enganada”, chegou a comentar em uma publicação de 1871 (Durocher, [s.d.], *online*).

Inicialmente, o jeito de Durocher chegou a causar estranhamento na corte. Entretanto, com o desenrolar dos acontecimentos, a jovem parteira foi ganhando a confiança das pessoas, diante do profissionalismo e precisão com que realizava o trabalho. No primeiro ano após o Curso de Partos, chegou a realizar 50 procedimentos, número que quase dobrou no ano seguinte (Mott, 1994). Atendia a todos que precisavam dos seus serviços. Também era chamada para dar seu parecer em casos como defloramento, infanticídio e auxiliava nos cuidados aos recém-nascidos e na escolha das amas de leite. Além disso, fazia atendimentos clínicos relacionados a questões ginecológicas.

“Vale ressaltar que a prática da Ginecologia estava proibida a quem não fosse médico. Madame Durocher justificava-se falando que muitas mulheres preferiam morrer a serem examinadas por homens, e por isso ela se viu obrigada a estudar as moléstias uterinas. Não para parecer médico como os antagonistas espalhavam, mas para justificar a confiança que alguns colegas depositavam nela mandando clientes ainda refratários ao “progresso civilizador”. (Mott, 1994, *online*)

Em 1848, chegou a publicar no *Archivo Medico Brasileiro – Gazeta Mensal de Medicina, Cirurgia e Sciencias Assessorias*, do Rio de Janeiro – o *Resumo*

estatístico da clínica de partos Madame Durocher desde o mês de novembro de 1834 até novembro de 1848. Ali traz o saldo do seu trabalho ao longo de 14 anos, usando como parâmetro a classificação moderna de partos. “O único fim que levo em mira é concorrer com o meu fraco contingente para tirar do olvido em que tem jazido no paiz [*mantida a grafia original*], que tão benignamente me acolheu, o importante ramo da arte a que me dedico, e para que não se diga que as parteiras do Rio de Janeiro são meras rotineiras, que só se ocupando com os mysteres da sua profissão, desprezam a sciencia, e deixam passar despercebidos os mais importantes casos que observam na sua prática”, (Arquivo Medico Brasileiro, 1847, p. 270) escreveu à época.

Nesse levantamento, feito com base em 1553 partos, é possível averiguar quais as situações mais recorrentes do período, que tipo de equipamentos eram utilizados, quais as principais dificuldades e quando houve intervenções. Sua contribuição ao campo da Ciência a diferenciava das demais. Tanto que, em 1866, foi alçada a parteira da Casa Imperial, sendo a protagonista do parto da princesa Leopoldina, filha da imperatriz Tereza Cristina com Dom Pedro II. Em 1871, é chamada para integrar o corpo de membros da Academia Imperial de Medicina, sendo a primeira mulher a fazer parte do *pool* de especialistas. Sua morte se deu no Rio de Janeiro, em 25 de dezembro de 1893, por conta de uma cirrose no fígado.

Até o fim de sua vida, Madame Durocher computava mais de 5 mil partos. Na parte científica, desde que entrou para a Academia Imperial de Medicina, escreveu mais de 20 artigos, sendo o mais conhecido o intitulado *Considerações sobre a Clínica Obstétrica*, texto que dá um panorama bem detalhado das práticas obstétricas realizadas entre os anos de 1834 e 1893.

O pioneirismo de Maria Augusta Generoso Estrella

Precoce e extremamente inteligente, Maria Augusta Generoso Estrella é lembrada até hoje por ser a primeira mulher brasileira a obter o diploma de Medicina. Mas seu nome também foi, no decorrer da vida, exaltado por conta de outras situações importantes. Uma delas ocorreu em 1873, quando ainda tinha 13 anos. Após passar uma temporada em Portugal, estudando no Colégio Villa Real, retornou ao Brasil na embarcação a vapor Flamsteed que, no meio do trajeto, se chocou com um couraçado inglês, sofrendo graves avarias. O capitão, contudo, continuou a viagem apesar do estado deplorável do Flamsteed, que começava a naufragar. E só foi após intensos protestos dos passageiros, em especial de Maria Augusta, que o capitão sinalizou que precisava de ajuda ao couraçado inglês, evitando assim que o pior acontecesse. Vista como heroína por brasileiros e portugueses, despontava, pela primeira vez, com o seu protagonismo, que a acompanharia durante toda a sua vida.

Natural do Rio de Janeiro, nascida em 10 de abril de 1860, tinha ascendência portuguesa proveniente dos pais, Maria Luiza e Albino Augusto Generoso Estrella.



Maria Augusta
Generoso Estrella:
primeira mulher
brasileira a se diplomar
em Medicina

O pai era um rico comerciante em terras brasileiras, que não media esforços para oferecer à filha a melhor educação possível. No Brasil estudou no internato do Colégio Brasileiro, e ali teve despertado o gosto pela Medicina, por volta dos 14 anos. Confidenciou ao pai a sua vontade e, em 1875, partiu rumo a Nova York em busca de realizar este sonho. Mas a instituição – New York Medical College and Hospital for Women – só aceitava estudantes acima de 18 anos. Sem se deixar abater, ao ver o seu pedido indeferido, escreveu uma petição e solicitou uma audiência com os responsáveis, o que foi aceito dias depois. Ao ser indagada sobre a pouca idade, simplesmente declarou: “Que importa a idade à inteligência de uma criatura? Se me acho pronta para responder aos exames preparatórios que exigem, por que razão recusa que eu seja examinada? Não podia ter dito em meu requerimento que tinha 18 anos, no lugar de dizer que tinha 16 incompletos, como disse? Porém, não quis dizer senão a verdade, mesmo porque julgava e esperava que fosse mais apreciado pela distinta academia que eu me matriculasse com 16 anos, uma vez que fosse aprovada nos exames” (Gazeta de Notícias, 1877, p. 3), argumentou, ressaltando que era a primeira brasileira que iria estudar Medicina. Autorizada a participar do exame oral, foi aprovada diante de uma grande plateia composta de homens e mulheres.

“Às 8 horas da noite, debaixo de grandes ovações e eloquentes discursos, matriculou-se a Exma. Sra. D. Maria Generoso Estrella na academia de medicina de senhoras, perante toda a congregação e grande número de alunas e convidados. Ao lado da jovem e talentosa aluna, sentava-se o seu pai, em cuja alma ia um não sei quê de orgulho, que pena alguma ousaria escrever”. (Gazeta de Notícias, 1877, p. 3)

Decidida e focada, Maria Augusta concluiu o curso em 1879, aos 19 anos, mas só obteve o diploma nas mãos em 1881, ao completar a maioridade. Toda a sua graduação foi noticiada em jornais brasileiros, e era vista com motivo de orgulho. “Ela é, no Brasil, o primeiro canto do poema da emancipação feminina. Não era possível que o Brasil contemplates mudo a passagem do imponente cortejo das mulheres, levadas pela inteligência, que pulula-lhes no errâneo, à conquista de glórias imortais”, noticiava o jornal *Diário do Rio de Janeiro* de 1877 (Diário do Rio de Janeiro, 1877, p. 3). No mesmo ano, o soteropolitano *A Lei* também deixava registrado no papel as suas impressões: “A mulher deve e há de acompanhar as revoluções que enchem de luz a história e engrandecem uma nação” (*A Lei*, 1877, p. 3).

Dom Pedro II teve uma participação importante nesse processo. Isso porque, após o primeiro ano de estudos, Albino, pai de Maria Augusta, passou por grandes dificuldades financeiras, ficando impossibilitado de pagar as mensalidades da instituição estrangeira. O imperador então instituiu um decreto, em 1877, com o qual concedeu uma bolsa com valor suficiente para quitar as mensalidades e pagar os gastos extras, como comida e hospedagem, por exemplo.

Nos dois anos em que passou à espera do tão almejado diploma, a jovem médica realizou cursos e estágios. Também fez parte do corpo editorial do jornal *A*

Mulher, escrito junto com a colega de classe Josefa Agueda Felisbela Mercedes de Oliveira, com foco na mulher brasileira. No dia da formatura, a surpresa: a medalha de ouro por conta do melhor desempenho durante o curso e por sua magnífica tese: *Moléstias da Pele*. A felicidade da oradora da turma só não foi maior devido ao luto por conta do falecimento do pai, ocorrido em agosto de 1880.

Ao retornar ao Brasil, em 1882, encontrou um País bem diferente. Devido à sua iniciativa pioneira, comemorou ao ver com os próprios olhos o que havia sido permitido desde 1879: a entrada de mulheres nas faculdades de medicina brasileiras. E foi em uma delas, a do Rio de Janeiro, que realizou os exames para validação do diploma. Antes disso, esteve pessoalmente com D. Pedro II e saiu de lá convencida a usar os seus conhecimentos junto às mulheres. Também recebeu diversas homenagens durante muitas semanas.

“Acha-se entre nós a primeira médica brasileira, a Exma Sra. D. Maria Augusta Generoso Estrella, doutora em medicina. O nome desta compatriota é dos nossos leitores conhecido, pois muitas vezes o temos repetido, durante o seu brilhante curso na Universidade de Nova York. (...) Formou-se com a máxima distinção e deu às senhoras brasileiras o mais edificante exemplo: mostrou que a mulher tendo por missão especial os labores do lar doméstico, não impede essa missão que cultive as letras e ciências, que ela vá beber nas mesmas fontes em que bebe o homem. (...) No Brasil é uma alta novidade; e por isso é que saudamos com o maior entusiasmo aquela que afrontando os preconceitos da nossa educação, e vencendo mil dificuldades, apresenta-se entre suas patrícias coroada com o laurel de doutora, habilitada para uma profissão, que agora supunha-se, entre nós, defesa à mulher.” (Diário do Brasil, 1882, p. 3)

Ao iniciar os trabalhos em solo brasileiro, inspirou diversas mulheres a buscarem a profissão, e passou a atender não só o público feminino, como também crianças das mais diversas classes sociais. Casou-se em 1884 com o farmacêutico Antonio Costa Moraes, com quem teve cinco filhos, e, após o matrimônio, mudou o consultório para o mesmo endereço onde estava instalada a farmácia do esposo. Após o falecimento do marido, em 1908, alterou a rotina intensa de trabalho, mas manteve-se ativa, estudando e trabalhando até o final da vida. Faleceu de arteriosclerose, aos 86 anos, em 18 de abril de 1846 e é uma das patronas da Academia de Medicina de São Paulo.

A determinação de Rita Lobato Velho

Foi após uma tragédia ocorrida no seio familiar que Rita Lobato Velho decidiu fazer Medicina. E ela não apenas conseguiu realizar seu sonho, como se tornou a primeira brasileira a se formar nesta área dentro de uma universidade instituída em território nacional.

Da mãe, trouxe o conselho: “Minha filha, se fores médica algum dia, pratica sempre a caridade!” A matriarca, Rita Carolina, morreu após um problemático

trabalho de parto, e foi quando a gaúcha de São Pedro do Rio Grande não teve mais dúvidas sobre o que queria fazer. No leito de morte da mãe, fez um juramento: que ninguém morreria de parto em suas mãos. E ao externar os seus planos para o pai, Francisco, este não só a apoiou como partiu com toda a família de Rio Pardo (RS) para a cidade do Rio de Janeiro (RJ).

Em 31 de março de 1884, dois anos após o retorno da pioneira Maria Augusta Generoso Estrella ao Brasil, Rita matriculou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Ali permaneceu por somente um ano, não devido ao seu desempenho, que sempre ficou entre os melhores, mas por conta de uma questão política envolvendo um dos irmãos, que estudava na mesma instituição, e o Decreto 9.311, que atingia o Estatuto das Faculdades. Para evitar transtornos futuros, a família mudou-se novamente, em 14 de maio de 1885. Dessa vez o destino foi a cidade de Salvador, onde a jovem se matriculou na Faculdade de Medicina da Bahia.

Nascida em 7 de junho de 1866, Rita Lobato tinha 19 anos quando iniciou a nova fase de estudos. Nessa época, tinha ciência de que poderia se tornar a primeira mulher a se diplomar em Medicina dentro de uma faculdade brasileira. E se aplicou com afinco nos estudos para tanto. Ela sabia que, assim como ela, outras duas gaúchas também tinham possibilidade de atingir este posto: Ermelinda Lopes de Vasconcelos e Antonieta César Dias, ambas estudantes da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

“O Decreto nº 9.311 possibilitava aos estudantes a antecipação dos exames, e Rita, ávida em formar-se para poder casar e ser a primeira mulher médica formada no Brasil estudava intensamente para alcançar seus objetivos. (...) Após 48 dias de aulas, requereu exames da maior parte das disciplinas da segunda série médica, sendo aprovada com nota plena. E assim continuou se dedicando de corpo e alma, sem descanso, ao estudo da Medicina. (...) A vida acadêmica era estafante, porém ela queria concluir o curso com brevidade. Entre 1885 e 1887 gozava apenas de um descanso de fim de ano. Com sua determinação, realizou em pouco mais de três anos um curso que exigia seis. Sempre foi assídua e dificilmente faltava às aulas.” (Trindade; Trindade, 2011, p. 32)

Foram anos de esforços intensos, e em 24 de outubro de 1887, após apresentar a tese: *Paralelo entre os métodos preconizados na operação cesariana*, foi aprovada. Suas conterrâneas, Ermelinda e Antonieta, também conseguiram o diploma, mas em 1888 e 1899, respectivamente. A conquista de Rita Lobato tomou conta das páginas dos jornais e foi documentada com grande júbilo em diversos pontos do Brasil. “Concluiu o curso na Academia de Medicina da Bahia a exma. sra. Dra. Rita Lobato Velho Lopes. É a primeira senhora que conquista um título em academia brasileira”, noticiou a *Gazeta do Norte* de Fortaleza, em 15 de dezembro de 1887 (*Gazeta do Norte*, 1887). Na mesma data, o *Jornal do Recife* trazia um longo texto frisando a importância dessa conquista, que teve como palco mais uma vez a pioneira Faculdade de Medicina da Bahia.



Rita Lobato Velho é lembrada por ser a primeira mulher a obter o diploma em Medicina dentro de uma faculdade brasileira

“Cabe à Faculdade de Medicina da Bahia a grande glória de conferir o primeiro diploma de médica a uma brasileira, rompendo desta sorte com o que disse o médico legista Paulo Zacchin - A Mulher nasceu só para ter filhos. (...) A mulher não nasceu somente para a vida íntima. As duas aspirações podem ir muito mais longe, sem que o seu coração amorável perca um só centavo do papel que deve representar na sociedade. (...) Que a jovem Rita Lobato Velho Lopes, a primeira médica diplomada no Brasil, receba de todos nós os sinceros parabéns e os ardentes votos para que, a missão que em boa hora aceitou, mostre toda a grandeza do seu coração e do seu talento em favor dos que sofrem, em favor dos que choram!”

(Jornal do Recife, 1887)

Devidamente diplomada, a agora médica gaúcha passou a clinicar. De volta ao Rio Grande do Sul, instalou-se em Rio Pardo e locomovia-se a Porto Alegre para realizar o trabalho. Em 18 de julho de 1889, casou-se com Antônio Maria Amaro de Freitas,² tendo a filha, Ísis, um ano depois, em 26 de outubro de 1890. Entre os anos de 1891 e 1910, aproveitou para mudar de ares e agregar novos conhecimentos: morou um tempo na Europa, regressou ao Brasil e fez uma temporada em Buenos Aires, na Argentina. Após esse período, retornou ao Estado Natal, se reciclou por meio de estágios, cursos e vivências e realizou inúmeros atendimentos até 1925, quando encerrou as atividades. Após a morte do marido, em 20 de setembro de 1926, a parte ativista falou mais forte e a médica Rita Lobato deu lugar à militante Rita Lobato. Tornou-se a primeira vereadora da cidade de Rio Pardo em 1934 e só não conseguiu terminar o mandato por conta do Golpe do Estado Novo, de Getúlio Vargas. Mas o fato não esmoreceu o entusiasmo desta pioneira, que continuou produzindo e expondo a sua voz até a morte, em 6 de janeiro de 1954.

Os desafios da atualidade

Se entre o total de médicos as mulheres quase se equiparam aos homens, dentro da Ginecologia e Obstetrícia, quarta maior especialidade do Brasil, este fato já é uma realidade. De acordo com o levantamento *Demografia Médica no Brasil 2023*, feito pela Associação Médica Brasileira (AMB) e a Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), as mulheres já são maioria na especialidade e, em 2002, somavam 20.137 profissionais (60,9%). “Esse maior número talvez se deve à identificação do foco da assistência à mulher. Como desafio, importante é colocar-se como profissional essencial na assistência médica e social, atentando à educação sexual, anticoncepção, pré-natal e prevenção de doenças e câncer”, pontua Suzana Arenhart Pessini, professora adjunta de Ginecologia e Obstetrícia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA).

2 Após o casamento, Rita Lobato Velho Lopes passou a se chamar Rita Lobato Freitas.

Formada pela Escola Paulista de Medicina, em um momento em que ainda havia poucas mulheres na graduação de Medicina, Rosiane Mattar era uma das 19 mulheres que compunham a lista de formandos de 1976. Na residência, era a única, entre os 16 residentes. “Eu entrei na faculdade aos 17 anos e me formei com 23. Em alguns lugares foi difícil, mas o tempo vai passando, você vai estudando e também se posicionando”, afirma a hoje Professora Livre-docente pela Escola Paulista de Medicina (Unifesp) e Professora Titular do Departamento de Obstetrícia da EPM.

Se pelo lado quantitativo a ascendência feminina chama a atenção, por outro, as diferenças no que se refere a cargos e salários também se fazem perceber. Na área acadêmica, se antes eram poucas as que ocupavam o cargo de professoras titulares, hoje o corpo diretivo é bem balanceado. No entanto, Roseli Mieko Yamamoto Nomura, professora associada da FMUSP, do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia e também professora adjunta do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina, na Universidade Federal de São Paulo, acredita que falta às mulheres se integrarem de temas voltados a tecnologia e inovação, tais como Inteligência Artificial e Robótica. “Quando se envereda para a área da tecnologia, parece que isso escapa das mãos das mulheres. Vejo que, em alguns campos, as mulheres precisam se aprimorar para ampliarem o campo de atuação. Ainda existe uma barreira, um degrau que precisa ser transposto nestas áreas de ponta, que são melhor remuneradas”, reflete.

Primeira mulher a ser eleita como presidente da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp), Rossana Pulcineli Vieira Francisco ocupou o cargo entre os anos de 2018 e 2021, isto é, 29 anos após a fundação da entidade, em 1º de agosto de 1989. O fato é considerado um marco dentro da especialidade, pois abriu caminho para a chegada de outras mulheres a posições relevantes como esta. “É uma surpresa incrível pensar que eu fui a primeira presidente mulher da Sogesp em 2018; e que a Febrasgo elegeu a primeira presidente mulher em 2023. Isso dentro de um ecossistema onde as mulheres são maioria entre o número de associados e a nossa especialidade cuida da saúde da mulher. Então, vemos uma questão muito clara, que inclusive nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável é bem pontuado, que é a equidade de gênero”, afirma.

Segundo ela, não existe esse tipo de questão quando se fala na vida acadêmica junto a Mestrado e Doutorado, onde os percentuais são bem divididos. A maior dificuldade está na ocupação dos principais cargos de comando. “Para as mulheres é possível conseguir caminhar até um certo ponto e acho que isso é um desafio”, sinaliza. Um dos caminhos para driblar essa questão estaria na iniciativa de mulheres criarem oportunidades para outras mulheres. “É preciso entender que, por exemplo, eu tenho dois filhos e eles não me atrapalharam em nada. Hoje entidades como Fapesp e USP, em suas avaliações, perguntam se você teve licença maternidade ou precisou se afastar para cuidar de alguém da família. Isso é equidade. É entender que a pessoa pode ter um caminho diferente e isso não faz com que ela se qualifique de uma forma pior. Esse entendimento é importante para que todos tenham oportunidades”, adverte.



Apesar de não ter sofrido durante a carreira nenhum tipo de preconceito relacionado a gênero, Marta Curado Carvalho Franco Finotti, professora adjunta de Ginecologia e Obstetrícia na Universidade, Federal de Goiás (UFG) e Doutora em Medicina pela mesma Universidade, ressalta que a desigualdade de gênero existe e, infelizmente, ainda persiste. Para lutar pelo direito de igualdade, diversidade e qualidade de vida das tocoginecologistas, ela se uniu a um grupo composto de 12 mulheres, representantes de todas as regiões do País, para fazer parte do Núcleo Feminino. Iniciativa da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), o núcleo surgiu em 8 de março de 2023 (Dia Internacional da Mulher) e busca incentivar, valorizar e defender os direitos das mulheres.

Entre as missões, está incentivar a discussão de temas relacionados aos desafios da carreira, mercado de trabalho, empreendedorismo e saúde física e mental; buscar apoios e financiamentos de projetos de pesquisa relacionados à saúde das mulheres; e facilitar o contato e a colaboração entre mulheres ginecologistas e obstetras profissionais, pesquisadoras e defensoras dos direitos das mulheres para compartilhar conhecimento e recursos, bem como promover a pesquisa e a inovação da saúde das mulheres. “As mulheres acabam enfrentando mais dificuldades justamente pela jornada dupla ou tripla. Elas geralmente têm mais responsabilidades no lar, com a família ou com os pais, que muitas vezes são idosos. E isso faz com que seja preciso haver um empenho maior para ser reconhecida, como os homens”, afirma.

Além da doutora Marta Curado Franco Finotti, que é Coordenadora do Núcleo Feminino, compõem a equipe as doutoras Maria Celeste Osório Wender; Lia Cruz Vaz; Roseli Mieko Yamamoto Nomura; Joice Lins de Lima Pereira; Hilka Espírito Santo; Valeria Barbosa Pontes; Maria Auxiliadora Budib; Ida

Rosiane Mattar (à esquerda): desbravando caminhos como única mulher entre os 16 residentes.

Acima, Rossana Pulcineli Vieira Francisco, primeira presidente eleita na Sogesp em 2018



Maria Celeste Osório Wender (acima): marco na história da especialidade como primeira mulher a ocupar a presidência da Febrasgo a partir de 2024

Marta Curado Carvalho Franco Finotti (à direita): coordenadora do Núcleo Feminino da Febrasgo e do Feito para Ela

Perea Monteiro; Marcia Cunha Machado; Silvana Maria Quintana e Rossana Pulcineli Vieira Francisco.

Outro marco igualmente importante ocorreu no final de 2023, quando a gaúcha Maria Celeste Osório Wender se consagrou como a primeira mulher a ocupar o principal posto da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Ligada há muito nas áreas acadêmica e associativista, ela vislumbrava a possibilidade de formar uma chapa para constituir a diretoria da Febrasgo dos anos 2024-2027. Visando a este objetivo, em 2022, quando era diretora de Defesa e Valorização Profissional da entidade, ela constituiu um grupo para concorrer ao cargo. “Como não houve a inscrição de uma chapa concorrente fomos eleitos por aclamação. E este fato foi muito certificador, por entender que as pessoas estavam em um momento de confiança de que poderíamos levar à frente a sociedade”, recorda a Dra. Maria Celeste. Ela enxerga o avanço das mulheres e a sua ascensão em novas categorias como uma evolução natural da sociedade, mas também pontua que a faixa de distribuição de cargos e salários, por exemplo, ainda é menor. “Ainda continuamos vendo uma predominância masculina. Mas existe também um componente bilateral. O fato é que hoje me deparo com mulheres que têm este desejo de poder contribuir e ajudar outras mulheres e isso é muito bom, pois a ambivalência é mais interessante”, declara.

Como a história mostra, os desafios foram e continuam sendo grandes. Mas nada que não possa ser superado por mulheres desbravadoras, corajosas e à frente de seu tempo. No passado, elas abriram caminhos até então impossíveis; no presente, ampliam seu papel e buscam se consolidar em um espaço que até algumas décadas era majoritariamente masculino. E, olhando adiante, é possível que no futuro transponham barreiras ainda maiores para novos e inexplorados horizontes.

Adriana Melo e a descoberta da relação entre microcefalia e gestação

Especialista em Medicina Fetal e, na época, presidenta do Instituto de Pesquisa Prof. Joaquim Amorim Neto (Ipesq), sediado em Campina Grande, Paraíba, Adriana Suely de Oliveira Melo foi a primeira pesquisadora a comprovar laboratorialmente que o líquido amniótico de uma gestante que teve o filho com microcefalia estava infectado pelo vírus Zika.

Transmitido por um mosquito já bem conhecido dos brasileiros, o *Aedes aegypti*, o vírus Zika começou a circular no Brasil em 2014, mas teve os primeiros registros feitos pelo Ministério da Saúde em maio de 2015. O que se sabia sobre a doença até então era que sua evolução costumava ser benigna e os sintomas (geralmente erupção cutânea, fadiga, dores nas articulações e conjuntivite, além de febre baixa) eram mais leves do que os da dengue e da febre chikungunya, também transmitidas pelo mesmo mosquito.

Porém, em outubro de 2015, exame feito por Adriana Melo revelou a presença do vírus no líquido amniótico de um bebê com microcefalia. Em 28 de novembro do mesmo ano, o Ministério da Saúde confirmou que, quando gestantes são infectadas pelo vírus, podem gerar crianças com microcefalia, uma malformação irreversível do cérebro que pode vir associada a danos mentais, visuais e auditivos. Pesquisadores confirmaram que a Síndrome de Guillain-Barré também pode ser ocasionada pelo Zika.

“Usar só microcefalia dá uma ideia à população de que a cabeça sempre vai ser menor do que o normal. A microcefalia é quando o cérebro é menor, mas a cabeça pode ser menor ou não. O termo também dá a ideia de que esse é o único problema, e não é. Tem bebês com problemas auditivos graves, problemas visuais, convulsões, com dificuldade de deglutição”, detalhou a especialista. Segundo ela, o ideal é que o diagnóstico da síndrome seja feito ainda na gestação, para que o parto ocorra em um hospital de referência, já que algumas das consequências da infecção pelo vírus são os riscos para a gestante e para o bebê na hora do nascimento. Natural de Pocinhos, interior da Paraíba, Adriana Melo ganhou, em 2021, o Prêmio Espírito Público, na categoria eixo setorial Assistência Social.





FEITO PARA ELA

A plataforma de saúde
integral da mulher.

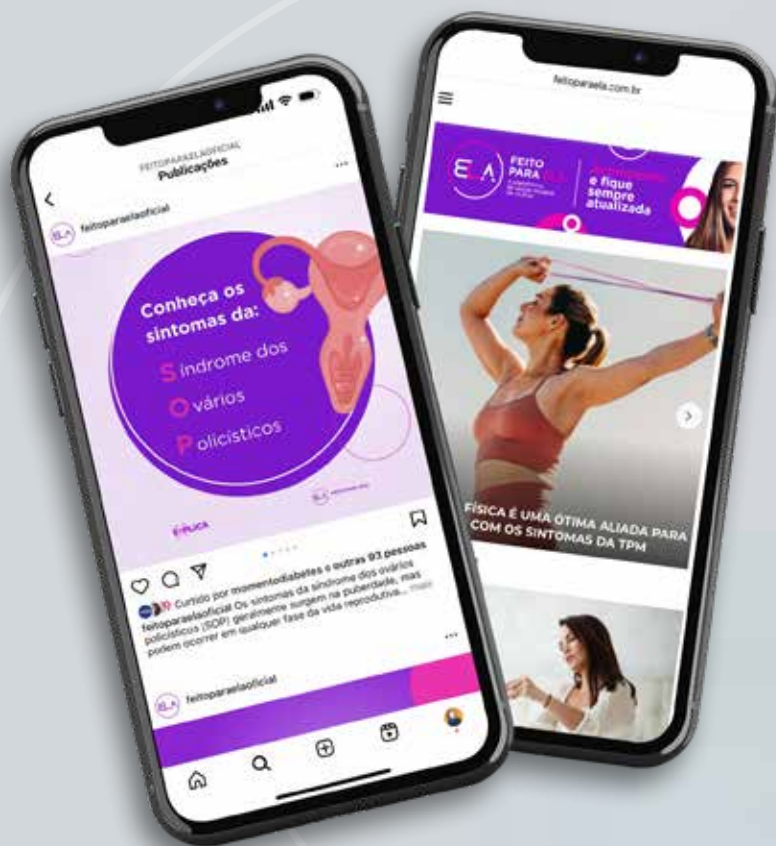
Uma plataforma para falar com a mulher

As dúvidas envolvendo a saúde da mulher são diversas, mas a internet é um espaço aberto para a divulgação de todo tipo de conteúdo, inclusive de qualidade referenciada. Pensando nisso, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) criou, em 12 de fevereiro de 2019, o Projeto Feito para Ela (Projeto Ela), apresentado na rede mundial de computadores como uma plataforma focada para falar com as mulheres.

O Projeto Ela (disponível em www.feitoparaela.com.br) traz temas que envolvem a saúde feminina, bem-estar, carreira, maternidade, empreendedorismo e comportamento. O portal busca levar a este público informações de qualidade, com opiniões de renomados especialistas, visando ser o canal de comunicação da Febrasgo com a população feminina.

Contando com um *design* moderno e arrojado, também oferece uma revista digital, *podcasts* – chamado Ela Talks – e dicas e orientações sobre os mais diferentes assuntos relacionados ao universo feminino. “Existem situações a respeito de condutas médicas que são divulgadas e tidas como verdade, mas que não passam de *fake news*. O objetivo é falar com as mulheres. Nosso objetivo é transformar o Projeto Ela em um canal de informação e educação mais crível e acessado por mulheres do nosso País”, afirma o Dr. César Eduardo Fernandes, presidente da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago). E para chegar ao maior número possível de mulheres, o conteúdo produzido para a plataforma também é direcionado para suas redes sociais oficiais, como Facebook, Instagram e YouTube.

E as informações compartilhadas em todos estes meios de comunicação têm despertado o interesse cada vez maior dos internautas. A última avaliação de desempenho demonstrou que de 2021 a junho de 2024, o site contou com 595.949 visualizações. Já as redes sociais, até julho de 2024, seguem em intensa atividade, com mais de 800 publicações e um número superior a 2 milhões de visualizações de vídeos curtos.



13

Anago: A memória viva da Ginecologia e Obstetrícia brasileira

A movimentação de funcionários começou cedo dentro e fora do centro de eventos da rede de hotéis Hilton, no Rio de Janeiro. O vaivém de diferentes profissionais organizando cada detalhe do espaço sinalizava que tudo deveria estar na mais perfeita ordem para a solenidade que se seguiria ali nas próximas horas. Era 16 de novembro de 2023, e enquanto centenas de ginecologistas e obstetras provenientes de diferentes pontos do País participavam no Rio Centro do 61º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO), aquele espaço era preparado para a recepção dos ilustres convidados e para a cerimônia de posse dos acadêmicos da novíssima Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago), fundada apenas cinco meses antes, em junho de 2023.

O lampejo de criar uma instituição voltada a resgatar e preservar a memória da Ginecologia e da Obstetrícia brasileiras surgiu em meados de 2021. A ideia partiu do mineiro Agnaldo Lopes da Silva Filho, que, na época, ocupava a cadeira de presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Ele assumiu a liderança da entidade em 2020, período que entrou para a história por conta do começo da pandemia de Covid-19, que, nos anos seguintes, mataria mais de 7 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo mais de 700 mil somente no Brasil.

Em meio ao cenário caótico gerado por conta da doença, com reflexos econômicos, políticos e sociais, muitos buscaram, em seus respectivos isolamentos, ressignificar e até mesmo reescrever as suas histórias. Neste anseio particular, coube ao Dr. Agnaldo não só pensar em medidas para resguardar a vida de tocoginecologistas e pacientes naquele momento desafiador, como também compartilhar com seus pares uma ideia que há muito vinha amadurecendo consigo: criar uma entidade que pudesse preservar a história da Ginecologia



César Eduardo Fernandes:
“Como obstetras e ginecologistas, acalentamos ter uma instituição que pudesse acolher a belíssima história da nossa especialidade no Brasil”

e Obstetrícia Brasileira. “É preciso referenciar os grandes ícones do passado e do presente, para manter este alto nível no futuro, e isso deve ser feito dentro de uma academia, para preservar os valores éticos e científicos. Se faz necessário valorizar o passado para que tenhamos um presente melhor e um futuro próspero para os nossos residentes e alunos”, comenta.

Ao dividir aquele sonho com os demais membros da diretoria executiva da Febrasgo, a recepção foi de identificação e houve o consenso de que esta instituição embrionária – que posteriormente passaria a ser chamada de Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago) – deveria não só se ater à preservação da memória e à publicação da história da tocoginecologia brasileira, mas também promover o estudo, a divulgação e o reconhecimento de pessoas, entidades e instituições, que em seus respectivos momentos ajudaram, e ajudam, a destacar a promoção na saúde da mulher. “A Anago tem o propósito de incentivar a ética médica e os princípios da bioética, bem como propor, criar e editar publicações e organizar eventos dentro da sua área de atuação. Ela desempenha um papel fundamental ao fornecer suporte técnico e filosófico, aconselhamento e assessoramento à Diretoria da Febrasgo”, explica o Dr. Agnaldo.

A Academia Nacional de Medicina (ANM)¹, que surgiu em 30 de

¹ A Academia Nacional de Medicina mudou de nome duas vezes.

junho de 1829, serviu de inspiração para a composição da Anago. A instituição bicentenária nasceu durante o reinado do imperador D. Pedro I e, desde então, busca contribuir para o estudo, a discussão e o desenvolvimento das práticas da medicina, cirurgia, saúde pública e ciências afins. Tradicionalmente, a ANM também serve como órgão de consulta do Governo brasileiro sobre questões de saúde e de educação médica (Academia Nacional de Medicina, [s.d.]), mantendo uma rotina inabalável de atividades para garantir que esses objetivos sejam cumpridos. E na vetusta Academia, uma tradição que se repete desde 1829 são as tertúlias, reuniões que ocorrem às quintas-feiras, às 18h, que têm como foco abordar temas diversos do universo médico. Conduzidos pelos membros da academia, esses encontros podem ser acompanhados de perto por todos aqueles que se interessarem. Além disso, estão entre as atividades daquela casa a promoção de congressos, cursos de extensão e de atualização e, anualmente, a distribuição de prêmios para médicos e pesquisadores não pertencentes aos seus quadros (Academia Nacional de Medicina, [s.d.]). Todo esse arcabouço de possibilidades inspira a academia recém-nascida, mostrando que há muito trabalho a ser feito.

“Como obstetras e ginecologistas, acalentamos ter uma instituição que pudesse acolher a belíssima história da nossa especialidade no Brasil. Ela é muito



Agnaldo Lopes da Silva Filho:
“A Anago tem o propósito de incentivar a ética médica e os princípios da bioética”

antiga, certamente uma das primeiras, surgida em uma época em que ainda não tínhamos especialidade, mas sim pessoas que dedicaram grande parte do seu tempo ao atendimento de mulheres, particularmente na assistência pré-natal, especialmente ao parto. É uma trajetória composta de notáveis médicos, e, infelizmente, parte desta história se perdeu no tempo. Então nos ocorreu de que a instituição possa ser a guardiã da história, das tradições e de toda a vivência dentro da especialidade de Obstetrícia e Ginecologia”, explica César Eduardo Fernandes, ex-diretor científico e ex-presidente da Febrasgo e presidente em segundo mandato da Associação Médica Brasileira (AMB). Com esse estofado e com um genuíno interesse em contribuir para que aquele projeto fosse bem-sucedido, ele foi o escolhido para ter a honra de ser o primeiro a ocupar o cargo de presidente da Anago. E seria ele, juntamente com os doutores Agnaldo Lopes da Silva Filho e Maria Celeste Osório Wender (presidente da Febrasgo na gestão 2024-2027), que faria o lançamento e chamamento dos componentes da Anago, na solenidade oficial que se realizou naquela festiva noite de 16 de novembro de 2023.

Os acadêmicos

A difícil escolha dos patronos e titulares que ocupam as 30 cadeiras da Anago coube à diretoria da Febrasgo (gestão 2020-2023). Para patronos da nova academia foram nomeados primeiramente os 18 ex-presidentes da Febrasgo, personalidades que tiveram – e muitos continuam tendo –, uma importante participação na edificação da história da Ginecologia e Obstetrícia brasileiras. Como estes não preenchiam as 30 cadeiras estabelecidas inicialmente, foram selecionados, após intensa pesquisa, nomes de médicos de alta relevância para os assentos restantes. O mesmo trabalho foi destinado para a eleição dos titulares. “Quero confessar que não foi uma tarefa fácil. Nós temos tantos médicos notáveis na nossa especialidade que 30 cadeiras não comportam o espaço para homenagearmos todas as pessoas que gostaríamos. Tanto é verdade que tenho a impressão de que, para os próximos anos, vamos ter que aumentar o número de cadeiras. Após a consolidação da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia nos foi lembrado nomes relevantes que não poderiam deixar de estar aqui, e concordamos com essas colocações. Então, é muito provável que, nos próximos anos, sejam abertas vagas para novos candidatos”, afirma o presidente da Anago.

Quem também acompanhou de perto cada fase da consolidação da academia foi Maria Celeste Osório Wender, na época Diretora de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo. Ela participou das discussões e possibilidades de como a Anago seria formatada e composta. Agora, na condição de primeira mulher a ocupar a presidência da Febrasgo, reflete como a entidade que presidirá até 2027 poderá trabalhar em sinergia com a academia. “A Anago nasceu dentro da Febrasgo, com foco na preservação da memória e na reflexão crítica sobre

a história da especialidade. A Febrasgo, por sua vez, concentra-se na educação médica continuada, na defesa da classe médica e na representatividade da Ginecologia e Obstetrícia no cenário nacional. Portanto, ambas desempenham papéis importantes e complementares”, diz.

O suporte de manutenção das atividades da Anago será feito pela Febrasgo, que será a sua mantenedora. Entretanto, a academia terá autonomia jurídica e administrativa para, sem qualquer interferência externa, levar adiante o propósito de ser a guardiã da história e da tradição da especialidade, bem como estar atenta às políticas de saúde. Apesar de a Febrasgo já estar focada neste tipo de questão, este é um papel que pode ser dividido, porque as academias, em sua essência, têm o importante papel de oferecer posições e análise crítica sobre o que pensa em termos de política de saúde.

Já reconhecidos pela classe médica e pela comunidade em que atuam, os titulares, que residem em diversos Estados do Brasil, trazem consigo saberes de diferentes especialidades, e todo este conhecimento irá complementar o acervo de informações da Anago, que será alimentado dia após dia. Devidamente paramentados, eles foram apresentados formalmente à sociedade médica na solenidade de 16 de novembro de 2023. Na ocasião, cada um recebeu um quadro e uma medalha, símbolos da posição que passaram a ocupar na academia (Martins, 2023). Ali também ficaram sabendo os nomes dos patronos das cadeiras que passariam a ocupar. “Tomar posse como titular da Anago é algo que engrandece a minha biografia, e ocupar a cadeira número 30, que homenageia um grande amigo meu, o goiano Vardeli Alves de Moraes, me deixa ainda mais honrada. Nós tivemos uma extensa trajetória profissional na Sociedade Goiana de Ginecologia e Obstetrícia”, explica Marta Curado Carvalho Franco Finotti. Para ela, a Anago tem muito a contribuir, ao fazer o resgate histórico e, a partir dele, realizar inúmeras ações, que beneficiarão não só os ginecologistas e obstetras, mas a sociedade como um todo. “Acredito que a fusão destes conhecimentos vai trazer um desenvolvimento muito grande para a especialidade”, destaca a especialista.

Este também é o anseio de Roseli Mieko Yamamoto Nomura, titular da cadeira número 6. Ela ressalta que a Anago tem um papel muito importante de manter a história da Ginecologia e Obstetrícia brasileira, e mostrar a evolução da especialidade no País. “Eu acho que esse é o principal foco, e as pessoas que compõem a academia precisam estar atentas a isso e trazer essas informações para que estas fiquem registradas, e se tenha uma memória da especialidade no Brasil”, comenta.

Mais do que registrar o que já foi feito, Edmund Chada Baracat, patrono e titular da cadeira nº 14, analisa que a Anago também apoiará e estará ao lado dos novos avanços tecnológicos. “Atualmente, a inteligência artificial e a inovação tecnológica têm sido incorporadas à Ginecologia, trazendo benefícios no tratamento de diversas doenças ginecológicas. No entanto, essas ferramentas nunca substituirão o cuidado e o nosso relacionamento com a paciente”, ressaltou (Martins, 2004, p. 140).

Comemoração de Posse dos
Acadêmicos da ANAGO

febrasgo anago

an

Acad
Ginecol



magô

Academia Nacional de
Ginecologia e Obstetrícia



Cerimônia
Acadêmica
febre



E como atrair as novas gerações a caminhar nesta direção, unindo o moderno ao humano? O especialista Sebastião Freitas de Vasconcelos, que ocupa a Cadeira nº 7, discorre que a Anago tem a tarefa de estimular e provocar os jovens ginecologistas. “A história é o ponto de referência para sinalizar os mentores, para que o jovem tenha referências. A academia tem de trabalhar em cima do que a gente produz hoje e do que será produzido amanhã. É preciso estimular a Ciência!”, defende.

O mesmo anseio para que a Ciência seja propagada de uma forma mais abrangente e tendo como norte a solução dos graves problemas sociais parte de Rossana Pulcineli Vieira Francisco, titular da Cadeira nº 2. “Desejo que a Anago se coloque como uma instituição responsável na divulgação da Ciência e que possamos contribuir para, especialmente na área da Obstetrícia, reduzir a mortalidade materna no Brasil. Este fato tem de ser encarado como um problema social. Espero que a academia traga este e outros temas mais sensíveis para a discussão e que, juntos, possamos contribuir para um País melhor.”

Sim, os desafios dos patronos e titulares da Anago são de diversas ordens. Mas a vontade de trabalhar em prol do coletivo, na busca pela boa prática da Ginecologia e Obstetrícia, é maior do que qualquer obstáculo. Juntos e de forma coesa, este grupo pioneiro, que começa a escrever a história da Anago, cumprirá sua complexa missão de atuar para resguardar o passado, escrever o presente e planejar o futuro.

Por dentro da Anago

	PATRONOS	TITULARES
CADEIRA Nº 1	Alberto Francia Gomes Martins	Marcos Felipe Silva de Sá
CADEIRA Nº 2	Arnaldo de Moraes	Rossana Pulcineli Vieira Francisco
CADEIRA Nº 3	João Carlos Gomes da Silveira	Maria Celeste Osório Wender
CADEIRA Nº 4	Martiniano José Fernandes	Rosiane Mattar
CADEIRA Nº 5	José Bonifácio Medina	Francisco Eduardo Prota
CADEIRA Nº 6	Domício Pereira da Costa	Roseli Mieko Yamamoto Nomura
CADEIRA Nº 7	Paulo Belfort de Aguiar	Sebastião Freitas de Medeiros
CADEIRA Nº 8	Domingos Ferreira Machado	Marcelo Zugaib
CADEIRA Nº 9	Laurival Antonio de Luca	Rui Alberto Ferriani
CADEIRA Nº 10	José Weydson Carvalho de Barros Leal	Olímpio Barbosa de Moraes Filho
CADEIRA Nº 11	Hans Wolfgang Halbe	Hans Wolfgang Halbe
CADEIRA Nº 12	José de Souza Costa	Antonio Carlos Vieira Lopes
CADEIRA Nº 13	Hildoberto Carneiro de Oliveira	Marco Aurélio Pinho de Oliveira
CADEIRA Nº 14	Edmund Chada Baracat	Edmund Chada Baracat
CADEIRA Nº 15	Nilson Roberto de Melo	Nilson Roberto de Melo
CADEIRA Nº 16	Etelvino de Souza Trindade	Etelvino de Souza Trindade
CADEIRA Nº 17	César Eduardo Fernandes	César Eduardo Fernandes
CADEIRA Nº 18	Agnaldo Lopes da Silva Filho	Agnaldo Lopes da Silva Filho
CADEIRA Nº 19	Almir Antonio Urbanetz	Rosires Pereira de Andrade
CADEIRA Nº 20	Aurea Beirão de Almeida	Antonio Rodrigues Braga Neto
CADEIRA Nº 21	Cícero Ferreira Fernandes Costa	Sérgio Podgaec
CADEIRA Nº 22	Clóvis Salgado Faria	Gerson Pereira Lopes
CADEIRA Nº 23	José Aristodemo Pinotti	Jesus Paula Carvalho
CADEIRA Nº 24	Gustavo Py Gomes da Silveira	José Geraldo Lopes Ramos
CADEIRA Nº 25	Jorge Fonte de Rezende	Jorge Rezende Filho
CADEIRA Nº 26	José Galba de Araújo	Suzana Arenhart Pessini
CADEIRA Nº 27	Lucas Monteiro Machado	Lucas Vianna Machado
CADEIRA Nº 28	Luciane Maria Oliveira Brito	Hilka Flávia Barra Alves do Espírito Santo Pereira
CADEIRA Nº 29	Manoel João Batista Castello Girão	Geraldo Rodrigues de Lima
CADEIRA Nº 30	Vardeli Alves de Moraes	Marta Curado Carvalho Franco Finotti

14

Patronos e titulares da Anago



Alberto Francia Gomes Martins

Foi nas dependências da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1928, que o carioca Alberto Francia Gomes Martins começou sua jornada na área da saúde. O fato marcava o retorno dele à terra natal, visto que deixou a cidade ainda pequeno, fixando-se em São Paulo até a adolescência.

Filho do engenheiro Egydio José Ferreira Martins e de Maria Emília Gomes Martins, nasceu em 4 de janeiro de 1909 e iniciou os estudos no Colégio Stafford (onde hoje funciona o Museu da Energia, no centro de São Paulo). Tempos depois, migrou para o Colégio Oswaldo Cruz, onde cursou o Ensino Científico.

Ao optar por Medicina, Francia seguiu os passos do irmão, o também médico Carlos Toussaint. Formou-se em 1931 e permaneceu na capital fluminense até 1934, quando passou a trabalhar como bacteriologista na Inspetoria de Fiscalização do Leite e Laticínios do Estado de São Paulo.

Mas naquele momento esse não era o seu único ofício. Dono de uma rotina atribulada, também era o segundo-assistente da Maternidade São Paulo e assistente efetivo da clínica de Ginecologia e Obstetrícia da Policlínica de São Paulo. O dia a dia intenso de atividades era uma de suas marcas registradas, e permaneceu assim durante as décadas subsequentes.

Ao longo do tempo, o Dr. Alberto Francia atuou nos ramos de Ginecologia, Obstetrícia, Oncologia e Bacteriologia. Entre os anos de 1940 e 1949, trabalhou no Instituto Bacteriológico do Serviço de Laboratórios da Saúde Pública e no Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Já no final da década de 1950, foi alçado a primeiro presidente, de modo interino, da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Fundada em 30 de outubro de 1959, a entidade foi liderada por Francia Martins durante um ano, período em que o médico elaborou o anteprojeto dos estatutos. Ele retornaria ao comando daquela casa entre os meses de abril e outubro de 1961, mais uma vez de forma interina, por conta do falecimento do colega Arnaldo de Moraes.

Dono de uma mentalidade muito além do seu tempo, o especialista deixou sua marca em locais como o Hospital A.C. Camargo, a Fundação Antônio Prudente e o Instituto Adolfo Lutz. Faleceu em julho de 1980 e foi homenageado em 31 outubro daquele ano com o Projeto de Lei nº 491, que deu o nome Alberto Francia Gomes Martins a uma escola estadual localizada no Jardim Santo Amaro, em Santo André (SP).



Marcos Felipe Silva de Sá

Mineiro da cidade de Guaxupé, o Dr. Marcos Felipe Silva de Sá nasceu em 1947 e, ainda na juventude, se mudou para Ribeirão Preto para concluir os estudos. Lá, fez o colegial no Instituto Otoniel Mota, que era uma escola de referência para toda a região do interior de São Paulo e do sul de Minas Gerais. O grande objetivo era conseguir uma das vagas da recém-criada Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Graduou-se em Medicina pela FMRP em 1970, e, em seguida, fez Residência no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. Esse foi um caminho natural, uma vez que, durante o quarto, o quinto e o sexto anos, exercia a função de monitor no departamento.

“Eu trabalhei junto ao Departamento, me envolvi muito com ele e isso me motivou a fazer Ginecologia e Obstetrícia. Eu já estava bem entrosado ali, no departamento. E aí fiz a Residência por dois anos, que era o tempo do programa na época”, rememorou.

No início dos anos 1970, surgiu o curso de Pós-graduação *stricto sensu*, criado para preparar futuros professores para as funções acadêmicas universitárias. “Eu fui do primeiro grupo de pós-graduação que se matriculou nessa instituição. Eu defendi o Mestrado, em 1974, e, imediatamente após, o Doutorado. Lembro-me de que, ainda durante o curso de Mestrado, em 1973, fui nomeado docente do departamento, que, na época, era chamado de auxiliar de ensino”, disse. Em 1978, fez o concurso de livre-docência e seguiu para os Estados Unidos, para realizar o pós-doutorado (entre os anos de 1979 e 1980), na área de Endocrinologia Ginecológica do Departamento de Medicina da Reprodução da Universidade da Califórnia, em San Diego.

Essa bagagem lhe permitiu exercer praticamente todas as funções dentro do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP. Foi vice-chefe e chefe do departamento e coordenador do Programa de Pós-graduação, ajudando a melhorar sua avaliação na Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Foi diretor da faculdade, superintendente do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e cofundador da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Faepa). Mas, nesses quase 50 anos de docência, não se limitou à USP, trabalhando também com professores expoentes da Ginecologia Endócrina e de Reprodução Humana de fora do País e atuando na política associativa e em comissões editoriais, como na *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* (RBGO), na qual é editor-chefe.



Arnaldo de Moraes

A busca pelo conhecimento fez parte de toda a trajetória de vida do Dr. Arnaldo de Moraes. Tendo como pais a professora Adelaide Cruz de Moraes e o farmacêutico Arnaldo Augusto de Moraes, herdou da mãe a vontade constante de aprender e ensinar, e do pai, o desejo de enveredar definitivamente para a área da saúde. Munido dessas características, fez história e se tornou um dos especialistas mais respeitados do Brasil.

Natural do Rio de Janeiro, nasceu em 28 de agosto de 1893. Estudou Ciências e Letras no Externato Pedro II e, em 1915, foi o destaque da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ao apresentar à banca da universidade a tese *Apresentações Transversas*. Bem-sucedido, formou-se em Medicina e iniciou a jornada que marcaria seu nome na área de Ginecologia e Obstetrícia.

Nos primeiros anos, atuou ativamente na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, onde, após prestar concurso, se tornou livre-docente na Clínica Obstétrica. Posteriormente, em 1927, investiu em capacitação internacional. Graças à conquista de uma bolsa pela Fundação Rockfeller, iniciou os estudos na Universidade Johns Hopkins, nos Estados Unidos. Após terminar essa especialização, rumou para a Alemanha e ali teve contato próximo com Hans Hinselmann (1884-1959), o criador do colposcópio. Entusiasmado com o equipamento, veio com um a tiracolo quando retornou ao Brasil. O aparelho ajudava a detectar tumores cervicais em mulheres, e Moraes aliou o uso dele ao de outras técnicas com as quais tinha tido contato no exterior para potencializar a detecção do diagnóstico precoce dessa patologia. Concursado na cátedra de Ginecologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1936, iniciou o uso do artefato no ano seguinte, após abrir a nova clínica obstétrica no local.

Mas não foi só na parte clínica que o Dr. Arnaldo de Moraes deixou a sua marca. Ativo nas áreas acadêmica e associativa, fundou em 1936 os *Annaes Brasileiros de Gynecologia* e a revista *Arquivos de Clínica Ginecológica*. No ano seguinte, houve mais movimento, com a inauguração da Casa de Saúde e Maternidade Arnaldo de Moraes¹, localizada em Copacabana.

Associativamente, esteve ativo no processo que culminou com a fundação da Sociedade Brasileira de Ginecologia e foi presidente do I Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, em 1940. Foi o segundo presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), quando assumiu o posto em outubro de 1960. No entanto, acabou falecendo em 6 de abril de 1961, aos 67 anos, por conta de um tumor cerebral, deixando para trás um vasto legado para a Medicina brasileira.

1 Hoje o local se chama Hospital São Lucas.



Rossana Pulcineli Vieira Francisco

Na pequena cidade de Muzambinho, Minas Gerais, uma menina leva calmamente suas pelúcias do quarto para a garagem. Ali, a criança se transforma em médica e os bichinhos, em pacientes. Muitos deles, aliás, até ficam azuis após receberem injeções de anilina, uma das brincadeiras prediletas da hoje médica Rossana Pulcineli Vieira Francisco. Inspirada na forma como o médico da cidade cuidava das pessoas, cresceu consigo a vontade de seguir o mesmo caminho. E assim o fez.

No final do Ensino Médio, ainda estava em dúvida se cursava Medicina ou Química Industrial, mas a primeira opção falou mais alto. Partiu para Campinas, fez um curso pré-vestibular intensivo e foi aprovada na Pontifícia Universidade Católica de Campinas, onde se graduou em 1992.

A Residência Médica foi realizada na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1993-1995), assim como o Mestrado (1996-1999), o doutorado (1999-2002) e a livre-docência, em 2011. Após a residência, tornou-se preceptora e foi contratada como médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Prestou concurso para professora da Faculdade de Medicina da USP em 2003. Lá é onde trabalha, desde 2006, em dedicação exclusiva ao Ensino e à Pesquisa. “A decisão de que esse seria o caminho que eu seguiria foi tomada já nos primeiros anos, quando era médica assistente no Hospital das Clínicas. Mas o meu relacionamento com a pesquisa vem de muito antes. No oitavo ano do Ensino Fundamental, por exemplo, fiz um projeto na escola que foi aprovado para a Feira de Ciências do Estado de Minas Gerais. Já durante toda a graduação fiz trabalhos experimentais que hoje seriam considerados de iniciação científica, por conta de sua intensidade”, recorda.

Primeira mulher a se tornar presidente da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp), entre os anos de 2018 e 2021, sua eleição foi um marco dentro de especialidade. “É importante que ocupemos espaço e posições na sociedade, para que possamos demonstrar nossa competência e qualidade”, disse na ocasião.

Junto com a doutora em Estatística Agatha Sacramento Rodrigues, professora da Universidade Federal do Espírito Santo, criou o Observatório Obstétrico Brasileiro, que une dados de sistemas oficiais e apresenta e analisa os números relacionados à saúde materna e infantil. Em 6 de abril de 2022, por conta do trabalho que realiza relacionado à questão de gênero e violência contra a mulher, recebeu do Conselho Estadual da Condição Feminina, em São Paulo, a Medalha Ruth Cardoso.



João Carlos Gomes da Silveira

O desejo inicial de João Carlos Gomes da Silveira era ser advogado, tanto que aos 16 anos chegou a sair de Cruz Alta (RS), onde nascera, em 16 de abril de 1913, com o intuito de estudar Direito no Rio de Janeiro. Os planos, no entanto, não saíram como o esperado. Durante o trajeto, uma tuberculose o fez mudar não só de rota, mas também de projeto. Instalado em Santa Maria (RS), o filho de Dario e Candida Gomes da Silveira escolheu a Faculdade de Medicina de Porto Alegre¹ para dar início a esse novo período acadêmico, que culminou em 20 de setembro de 1935.

Unindo conhecimento e prática, atuou ativamente durante a graduação em duas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia: a de Cirurgia de Homens e a de Ginecologia e Cirurgia de Mulheres. Além dessas atividades, trabalhou também como repórter e revisor do jornal *Diário de Notícias*, trazendo à tona a paixão antiga pela escrita. Manteve a atribulada rotina até finalizar o curso, quando investiu em uma viagem ao Rio de Janeiro para se especializar no Serviço de Cirurgia Geral de Mulheres e Ginecologia “Barata Ribeiro”. Naquele momento, o local era comandado pelo renomado cirurgião Jayme Poggi, seu padrinho de Batismo.

Em 1936, retornou ao Rio Grande do Sul e empenhou-se em desbravar novos horizontes. Sua primeira parada foi Caxias do Sul, mais precisamente o distrito de Ana Rech. Posteriormente, foi alçado a livre-docente da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, ficando ali entre 1939 e 1955. A partir de 1951, a docência passou a ser dividida com a que começou a desempenhar no Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes (IAPC), após ser aprovado em concurso.

Entre os anos de 1961 e 1963, tornou-se presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e ficou responsável por tirar do campo das ideias o Congresso de Ginecologia e Obstetrícia. Cumpriu a tarefa com êxito, contando, para a concretização da função, com a energia dos jovens Jean Claude Nahoum, Paulo Belfort e José Maria Barcellos, da 33ª Enfermaria da Santa Casa do Rio de Janeiro. Assim, finalizou o mandato com a sensação de missão cumprida e retornou o foco ao campo do ensino. Foi o primeiro professor titular de Ginecologia da Faculdade Católica de Medicina² e também deixou sua marca como professor da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. E como sempre trouxe consigo o gosto pelas letras e leitura, foi autor e tradutor de 18 romances do francês Honoré de Balzac, da coleção *A Comédia Humana* (Morgado; Oliveira, 2020, p. 185). Faleceu aos 76 anos, em 10 de maio de 1989, vítima de um acidente vascular cerebral, marcando seu nome na contribuição para a propagação do conhecimento da Ginecologia e Obstetrícia brasileira.

1 Atual Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

2 Atual Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.



Maria Celeste Osório Wender

A decisão de trabalhar pelas mulheres e com as mulheres ficou muito clara para Maria Celeste Osório Wender quando ela começou a estudar a disciplina de Ginecologia e Obstetrícia, durante o curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Tocada pela especialidade, ao terminar a graduação, em 1985, fez três anos de residência no Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA), entre os anos de 1986 e 1988, e, na sequência, foi aprimorar os conhecimentos em estágios feitos na Espanha e Inglaterra. Nesse período, encantou-se pela área de Ginecologia Endócrina e Climatério, um campo vasto, que ainda tinha muito a ser esmiuçado.

De volta ao Brasil, cursou o Mestrado (1991-1993) e o Doutorado (1994-1997), ambos na UFRGS, e iniciou as atividades dentro do Hospital Universitário. Posteriormente, prestou concurso para a universidade, onde atuou como docente e viveu, ano após ano, em contínua progressão. Em 2024, a Dra. Maria Celeste é Professora Titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFRGS; Professora e Membro da Comissão Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde em Ginecologia e Obstetrícia; e Chefe do serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas, cargo que ocupa pela segunda vez, totalizando seis anos de atuação.

Em paralelo a tudo isso, ela ainda realiza duas atividades que considera muito prazerosas: os atendimentos em consultório e a atuação dentro da área associativista. Da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Rio Grande do Sul (Sogirgs), foi Diretora Científica por duas gestões (2007-2010 e 2014-2016) e também diretora administrativa (2011-2013). Na Associação Brasileira de Climatério (Sobrac), foi vice-presidente e presidente (2012-2016).

Após essa extensa caminhada, veio o grande salto: a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), onde se tornou a primeira mulher da história a presidir a instituição. Isso não foi algo que aconteceu por acaso. Nessa entidade, ela já vinha galgando posições. Foi vice-diretora da Região Sul e presidente da Comissão Nacional Especializada de Climatério (2016-2019) e também diretora de Defesa e Valorização Profissional (2020-2023). “A atividade associativa me traz muito retorno, tanto por poder ter um contato maior com os colegas quanto por conseguir levar a especialidade a uma amplitude maior de possibilidades de atuação, ao compartilhar a evolução científica. Acredito que todos na vida têm um papel e que temos de exercer as nossas funções de um jeito satisfatório do ponto de vista pessoal, mas sempre levando em consideração as pessoas que nos cercam. É assim que tenho levado a minha vida e hoje tenho a alegria de poder estar onde estou”, afirma.



Martiniano José Fernandes

O Estado de Pernambuco foi palco de grande parte da carreira de Martiniano José Fernandes. Filho de Victor José e Júlia de Oliveira Fernandes, passou a infância e a adolescência na cidade do Recife, onde nasceu, quando partiu para o Estado do Rio de Janeiro para fazer Medicina na Praia Vermelha, como era conhecida a conceituada Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (atual Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro). Ali, realizou a sua graduação e formou-se em meados da década de 1920, aos 24 anos, após apresentar à banca a tese *Contração Uterina e suas Anomalias no Trabalho de Parto*.

Tempos depois, retornou a Pernambuco e conseguiu a vaga de livre-docente em Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal daquele Estado. Na mesma instituição, concorreu ao posto de professor titular e foi bem-sucedido após a apresentação do trabalho *Modificações Epiteliais do Colo do Útero na Gravidez*. Em 1950, era um dos docentes da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM-UFE) e foi escolhido como paraninfo da primeira turma de médicos, de 1956.

O amor pelo Estado natal sempre esteve presente na vida de Martiniano. E, apesar de ter passado uma temporada no Rio de Janeiro, foi em Pernambuco que optou por fincar raízes, onde foi diretor da Maternidade da Encruzilhada, no Recife; e em 1948, após passar uma temporada nos Estados Unidos, tornou-se um dos diretores da Casa de Saúde São João, no Recife, complexo que unia maternidade, pronto-socorro, banco de sangue e as especialidades de Ortopedia e Fisioterapia. Uma das publicações da época chegou a noticiar a reinauguração do local, ressaltando a competência dos gestores, dizendo que os médicos “dispensavam qualquer referência que não lhes fosse merecida e que desfrutavam, merecidamente, o melhor conceito nos artigos científicos da capital, com a experiência que sempre é exigida” (Jornal Pequeno, 1948, p. 6). Havia, contudo, aqueles que conheceram um Martiniano fora do consultório, em outra atividade bem diferente: jogador de futebol. No passado, ele havia sido atleta pelos times do Fluminense, Botafogo e Santa Cruz.

Sempre disposto a propagar o conhecimento da Medicina, foi o primeiro secretário-geral da Associação dos Ginecologistas e Obstetras de Pernambuco (Sogope), em 28 de julho de 1948; Senador da República na década de 1950; e presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) entre os anos de 1963 e 1966. Seu falecimento ocorreu em 5 de agosto de 1988, aos 88 anos, em Pernambuco.



Rosiane Mattar

A admiração por ver o pai, o libanês Rames Mattar, exercer a Medicina de forma exemplar despertou na jovem Rosiane a vontade de seguir o mesmo ofício, que também era praticado por outros membros da família. Graduada pela Escola Paulista de Medicina em 1976, nasceu na capital paulista, em 1º de maio de 1953, mas morou por muitos anos em Cambará, pequena cidade localizada no norte do Paraná.

A opção pela especialidade deu-se quando, ainda estudante, vivenciou o dia a dia de uma maternidade. Posteriormente, mais uma importante escolha: a docência, vontade despertada quando ainda era chefe de plantão no Departamento de Obstetrícia do Hospital São Paulo e da Casa Maternal Leonor Mendes de Barros. Em 1986, concluiu o Mestrado na Universidade Federal de São Paulo, mesmo local onde, em 1992, fez o Doutorado, ambos em Obstetrícia.

A jornada docente teve início em 1987, após prestar concurso para professora do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina. Após a finalização do Doutorado, tornou-se professora adjunta e, em 2004, após concurso para livre-docente, passou com o trabalho: *Polimorfismo de genes de citocinas na interrupção precoce espontânea da gravidez*. Permaneceu no cargo até 2017, quando foi alçada ao cargo de professora titular.

Acompanhando de perto questões relacionadas à gravidez de alto risco, ajudou centenas de mulheres a conquistarem o sonho de serem mães, e se recorda com carinho de um caso marcante, que ocorreu ainda na época da residência. Na ocasião, o serviço era coordenado pelo Dr. Abes Mahmed Amed e a paciente era uma mulher de 39 anos que sofria de insuficiência istmocervical, doença que provoca ou abortamento tardio ou parto prematuro. Após 13 gravidezes interrompidas por conta dessa questão, a futura mãe, sentindo-se grata pela forma que estava sendo atendida, fez uma promessa: se engravidasse pela 14ª vez e a criança nascesse, ela se chamaria Rosiane (se fosse menina) ou Abes (se fosse menino). Foi a primeira homenagem que a doutora Rosiane Mattar recebeu por conta da profissão. “Sinto que fui muito feliz nas minhas escolhas. A Obstetrícia é uma especialidade que me encanta. Sempre que vou fazer um parto, fico emocionada. Por outro lado, ser professora e trilhar a carreira acadêmica me deixa superfeliz. Me considero uma pessoa tímida e quieta, mas, quando dou aula, me transformo”, revela.



José Bonifácio Medina

O professor José Bonifácio Medina nasceu na cidade de São Paulo em 20 de abril de 1900 e se diplomou em 1923 na Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, apresentando a tese *Levantar precoce das laparotomizadas*.

Na sua trajetória, tornou-se interno da Clínica Ginecológica dessa instituição em 1922, sendo depois assistente extranumerário (não concursado), segundo e primeiro-assistente e chefe da cadeira de Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina, função que ocuparia por dez anos.

Nessa ocasião, conquistou a livre-docência na Faculdade Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, em 1938. Com a aposentadoria compulsória por limite de idade do professor Nicolau de Moraes Barros, seu grande mestre, foi nomeado professor interino. Finalmente, em maio do ano seguinte, após ser aprovado em concurso, tornou-se professor catedrático da cadeira de Ginecologia.

Medina também é figura importante para a Escola Paulista de Medicina (EPM), sendo um dos seus fundadores, no ano de 1933. Cinco anos depois (1938), iniciou ali o curso de Ginecologia, sendo o primeiro catedrático do Departamento de Tocoginecologia da instituição. Na época, contava com o suporte dos doutores José Gallucci e Sylla Orlandini Mattos, respectivamente assistente e chefe de Clínica. Ele permaneceria vinculado a EPM até 1966, quando também teve de se aposentar compulsoriamente. Naquele ano, foi escolhido presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), permanecendo no cargo até 1969.

Já na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), foi ao Dr. Medina que coube, em 1948, tirar finalmente a Clínica Ginecológica das dependências da Santa Casa e instalá-la no 10º andar do prédio recém-construído do Hospital das Clínicas, onde até hoje se encontra. Fez também um memorável trabalho em favor da mulher, ao introduzir campanhas de prevenção ao câncer do colo do útero pela colposcopia e citologia vaginal oncótica. Com seu assistente Paulo Gorga, deu início à laparoscopia em território paulistano; e com José Galucci, agora chefe de Clínica na FMUSP, montou os setores de Endocrinologia, Infanto-Puberal, Patologia Mamária, Urologia e Ginecologia. Em 1961, quando foi criado o Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, a direção foi confiada a ele. Em 1970, se aposentou por idade, também na USP.

O Dr. Medina publicou mais de 180 trabalhos científicos e outros oito livros. Faleceu em 31 de março de 1993, em São Paulo, com quase 93 anos. No ano seguinte, a Lei nº 11.637 homenageou esse importante ginecologista, ao dar o nome dele a uma rua no bairro paulistano de Cidade Ademar.



Francisco Eduardo Prota

Foi no dia 12 de abril de 1952 que nasceu o Dr. Francisco Eduardo Prota, na cidade de Campinas (SP). A sua graduação foi feita na Faculdade de Medicina de Jundiaí, em 1978, com a Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), entre 1978 e 1981. “Tenho duas irmãs médicas, mas não acredito que tenha escolhido a Medicina por influência delas. A decisão foi por gostar da profissão mesmo, me fazer sentir-me útil à sociedade, ajudar o próximo. E especificamente a Ginecologia e Obstetrícia, por ser uma especialidade resolutiva que tem tanto procedimentos clínicos quanto procedimentos cirúrgicos”, afirma.

Finalizada a residência, foi admitido para atuar no Hospital Universitário da USP. Entretanto, um convite o atraiu de volta à cidade natal: ser docente na Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Dessa forma, ali firmou seus pés e começou a edificar uma sólida carreira acadêmica. Em 2001, foi bem-sucedido na defesa da dissertação de Mestrado em Tocoginecologia na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e, cinco anos depois, foi a vez do Doutorado.

Doutor Prota é filiado da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp), desde a fundação, em 1989, e acabou rumando para a vida associativa atendendo aos conselhos do Dr. Nilson Roberto de Melo, que conheceu ainda nos tempos da Residência, nas dependências do Hospital das Clínicas. Conquistou o primeiro cargo associativo em 1994, como representante credenciado de Campinas. E assim, nesse itinerário, acabou sendo eleito presidente da própria Sogesp, entre 2001 e 2005, substituindo no cargo o próprio amigo, Dr. Nilson.

Dentro da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) suas atividades tiveram início em 1996, quando se fez membro da Comissão Especializada de Histeroscopia. De 2005 a 2012, tornou-se secretário executivo e, na sequência, atuou como diretor financeiro.

Atualmente é professor adjunto de Ginecologia da PUC-Campinas, com atuação em Endoscopia Ginecológica e Uroginecologia, além da Farmacoeconomia, e há quase 45 anos mantém sua atividade no consultório particular. Além disso, é assessor médico de Gestão e Valor em Saúde e Conselheiro de Administração na Unimed Campinas.



Domício Pereira da Costa

A história de Domício Pereira da Costa teve como cenário principal Curitiba, no Paraná. Nascido nessa capital, em 9 de dezembro de 1918, ali passou grande parte da vida, mas isso não significa que tenha se restringido a essa região. Graduado em 1940 pela Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná, fez questão de realizar estágio no exterior, com o intuito de unir todo conhecimento que pudesse para atuar em três frentes: ginecológica, obstétrica e cirúrgica.

Quarto filho de Taurico da Costa e Maria Carolina Pereira da Costa, casou-se aos 27 anos com Maria de Lourdes Baptista, com quem teve três filhas. E, tendo como aliado o suporte familiar, construiu uma trajetória muito bem-sucedida. Foi assistente dos doutores José Isaacson (professor catedrático da Clínica Ginecológica) e João Vieira de Alencar (professor da 2ª Clínica Cirúrgica). Ali, acompanhando de perto o dia a dia dos mestres, foi consolidando a prática da Medicina em todas as suas nuances.

Já mais experiente, em abril de 1951 apresentou o trabalho *Contribuição à Roentgenterapia Antiflogística nos Processos Pelvianos Agudos da Mulher*, e com essa obra conquistou a livre-docência em Ginecologia.

Atento aos movimentos da profissão, esteve presente em Belo Horizonte, Minas Gerais, quando, em 1959, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) foi criada, sendo o único paranaense entre os fundadores. Dez anos depois, seria alçado ao cargo de presidente dessa entidade, o primeiro, aliás, a representar o Paraná. E, para coroar esse acontecimento, escolheu a cidade natal como sede do congresso brasileiro da especialidade, que uniu cerca de 2 mil pessoas e teve, entre os destaques, a presença do suíço Hubert de Watteville, “pai-fundador da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo)”.

Academicamente, em 1963, ocupou o lugar do professor José Isaacson, após o falecimento desse pioneiro, no ensino da clínica ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná. E, oito anos depois, em 1971, tornou-se professor titular da disciplina de Ginecologia. Em 1975, mais uma conquista: a vitória para o cargo de chefe do Departamento de Tocoginecologia da instituição. Faleceu em 31 de julho de 1991, aos 72 anos, após sofrer um infarto agudo do miocárdio.



Roseli Mieko Yamamoto Nomura

A Medicina entrou na vida de Roseli Mieko Yamamoto Nomura muito cedo, aos 16 anos. Durante o ensino médio, fez estágio no banco de sangue do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e ali se interessou pela área médica. Iniciou os estudos na FMUSP em 1982.

Graduada em 1987, hoje é professora adjunta do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp) e professora associada livre-docente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMUSP. Na carreira acadêmica, fez Mestrado (1991-1995), Doutorado (1999-2000) e Livre-docência (2002). Mas não parou por aí. Em 2001, decidiu cursar Direito, realizou estágio no Ministério Público de São Paulo e, na sequência, especializou-se em Direito Médico e em Direito Administrativo e Constitucional. “É um curso estimulante, porque os médicos não recebem, ao longo da formação, muitas informações sobre questões jurídicas, legislação ou direitos. Temos de ter esse conhecimento para dispor de uma atuação profissional mais assertiva e, com isso, atender melhor os nossos pacientes”, declara.

A atividade na área de Obstetrícia começou no quarto ano, como acadêmica no Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros, quando iniciou contato intenso com a Obstetrícia normal e patológica, e com a tocurgia. “Ali realmente passei a entender o que era e como se dava a assistência ao parto. Tive um aprendizado muito intenso nessa fase”, rememora.

Foi médica assistente da Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da FMUSP, iniciando as atividades em 1990; em 1991 realizou estágio no Japão, na Universidade de Tóquio e na Universidade de Hamamatsu. Em 2012 foi professora visitante no *King's College Hospital*, Universidade de Londres, onde acompanhou o Prof. Kypros Nicolaidis na *Fetal Medicine Foundation*. Na Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), presidiu a Comissão Nacional Especializada de Medicina Fetal no período de 2020 a 2022.

Presidente da Comissão Nacional do TEGO (Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia), entre os anos de 2016 e 2023, a Dra. Roseli liderou o desafio de reformular a prova do título emitido pela Febrasgo, entidade na qual é diretora administrativa (gestão 2024-2027). “A nossa especialidade, em particular, tem grande diversidade que permite ao profissional a escolha de se especializar na subárea que mais lhe interessa”, aconselha a médica, que já tem 36 anos de dedicação à profissão.



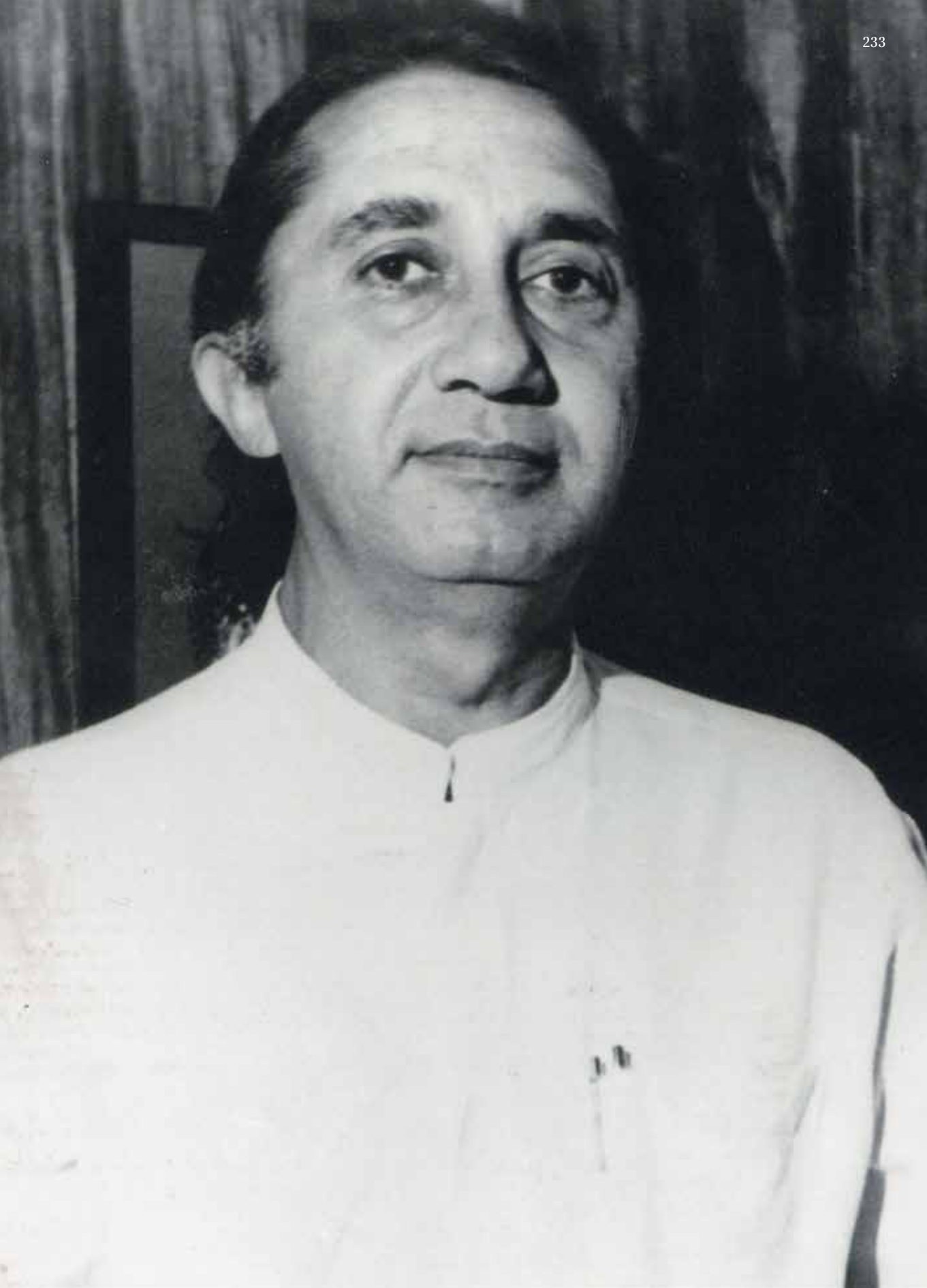
Paulo Belfort de Aguiar

Os primeiros anos de vida do Dr. Paulo Belfort de Aguiar foram marcados por inúmeras mudanças. Natural de Manaus (AM), nasceu em 25 de dezembro de 1929, mas passou poucos anos na terra natal. O Ensino Primário teve início no Colégio do Carmo, em São Paulo e a conclusão foi no Colégio Santo Antônio Maria Zacarias, no Rio de Janeiro. Já o Ginásio marcou o retorno de Belfort a Manaus, de onde saiu somente quando iniciou o curso Secundário no Colégio Arquidiocesano, em São Paulo. De lá seguiu para o Rio de Janeiro, onde se fixou definitivamente e fez a Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil (atual Universidade Federal do Rio de Janeiro), que concluiu em 1954.

Ainda na faculdade, foi admitido, em março de 1951, como estagiário na Maternidade Clara Basbaum, estando sob a orientação do professor Francisco Carlos Grelle. Lá também conheceu os amigos Jean Claude Nahoum e José Maria Barcellos, com quem publicaria os primeiros trabalhos científicos. Em 1956 iniciou a vida de docente, como professor assistente do curso equiparado de Clínica Obstétrica da Faculdade Nacional, que era lecionado pelo professor Grelle.

A rotina de professor assistente seguiu em 1954, mas agora vinculado à Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e sob a orientação do professor Jorge de Rezende, com quem editaria, ao lado de José Maria Barcellos, o livro *Neoplasias Trofoblásticas Gestacionais*. Em 1961, o Dr. Paulo Belfort conquistou por concurso a livre-docência da Clínica Obstétrica da Faculdade Nacional de Medicina e, nesse mesmo ano, foi contemplado com uma bolsa de estudo oferecida pelo governo francês. Isso lhe permitiu passar oito meses frequentando os principais hospitais de especialidades de Paris, como o Broca e o Clinique Baudelocque.

O Dr. Paulo Belfort também foi professor titular da Clínica Obstétrica da Escola Médica do Rio de Janeiro da Universidade Gama Filho (de 1968 a 1986); da Faculdade de Medicina de Campos (a partir de 1970, sendo o chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia entre 1971 e 1974); e da Faculdade de Medicina de Valença, onde iniciou em fevereiro de 1997 e permaneceu até seu falecimento, em 9 de setembro de 2012. Na jornada associativa, foi ainda presidente da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Estado do Rio de Janeiro (1970 a 1973) e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (1972 a 1975), quando fundou a revista *Femina*.



Sebastião Freitas de Medeiros

O Dr. Sebastião Freitas de Medeiros nasceu na cidade de Três Lagoas, no Mato Grosso do Sul, na divisa com o Estado de São Paulo. Foi criado em uma fazenda até os 7 anos e, aos 12 anos, mudou-se com a família para Cuiabá (MT), onde continuou os estudos. Desde criança, seu sonho seguia o mesmo: ser médico.

Realizou esse sonho na Faculdade de Medicina de Teresópolis (FMT), no Rio de Janeiro, e voltou para Cuiabá em 1978. Na época, a capital mato-grossense era uma cidade com cerca de 200 mil habitantes, poucos ginecologistas e obstetras e apenas dois com o Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO) chancelado pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). O Dr. Sebastião seria o terceiro. Com um trio, foi possível até fundar, em 1980, a Associação Mato-Grossense de Ginecologia e Obstetrícia (Somago), uma vez que três era o número mínimo necessário para fazer essa composição. Ao Dr. Sebastião, ficou reservado o cargo de secretário da nova entidade.

Por essa ocasião, ele também foi convidado para ser professor de Ginecologia da recém-instituída Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT). “Eu aproveitei essa oportunidade e fui fazer o Mestrado na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que comecei em 1981. Em 1983, iniciei de fato a minha história como docente”, destaca. Entretanto, só conseguiu apresentar a dissertação de Mestrado em 1985, quando já estava envolvido com a Febrasgo e fazia parte do Conselho Editorial da revista *Femina*. Em 1988, deu continuidade à formação acadêmica, indo fazer o Doutorado na Austrália, com o foco da pesquisa em Reprodução Humana. Ao retornar ao Brasil, em 1992, criou o Instituto Tropical de Medicina Reprodutiva, a primeira clínica do Estado a oferecer estrutura para a realização de fertilização *in vitro* e de injeção intracitoplasmática de espermatozoides. “Eu me considero um endocrinologista da mulher. Estudo e publico muito nessa área”, afirma.

Atualmente, o Dr. Sebastião segue suas atividades de docente na Faculdade de Medicina da UFMT, mantém sua rotina de trabalho na sua clínica e divide com o Dr. Marcos Felipe Silva de Sá a responsabilidade editorial da *Femina*. Vindo de uma família humilde, ele trabalhou desde criança e foi engraxate e vendedor de perfumes, e até conseguiu um emprego em uma rádio, apaixonando-se por esse meio de comunicação. Chegou a vir para São Paulo para fazer um teste na Rádio Bandeirantes, sem obter sucesso. Isso foi bom para que focasse no que julgava impossível realizar. “Abandonei o Jornalismo e fui para a Medicina. Mas, como professor e cuidando da *Femina*, escrevo e comunico. Portanto, consigo preencher essa lacuna, que representou uma frustração para mim lá atrás”, diz.



Domingos Ferreira Machado

O ano de 1938 marca a formação do Dr. Domingos Ferreira Machado como médico na Faculdade de Medicina da Bahia, a mais antiga do País. Ele nasceu 23 anos antes, em 11 de setembro de 1915, em Salvador, e foi lapidado dentro da Clínica Obstétrica Climério de Oliveira, quando o serviço estava sob a responsabilidade do professor Almir de Sá Cardoso de Oliveira (1887-1949).

Já na ativa, foi um dos pioneiros da tocoginecologia brasileira que esteve presente no I Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, iniciativa liderada pelo Dr. Arnaldo de Moraes, realizada em 1940, na cidade do Rio de Janeiro. E, para complementar a formação, embarcou em 1945 para os Estados Unidos. Nessa oportunidade, esteve em Chicago, onde acompanhou de perto os serviços dos professores Arthur H. Curtis (no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade de Northwestern) e J. P. Greenhill (no *Michael Reese Hospital*). Além disso, esteve também em Nova York, no *Marine Hospital* e no *New York Hospital*.

Foi pelos esforços do Dr. Domingos Ferreira Machado que a Bahia conquistou seu primeiro equipamento de ultrassom (o quarto a chegar no Brasil). O modelo Picker-Echoview 6 foi posto para funcionar em junho de 1974 e instalado no Instituto de Perinatologia da Bahia (Iperba). Por sinal, esse instituto – destinado a atender a população mais carente e prestes a completar 50 anos de atividade – também é fruto de um movimento liderado por Machado e contou com doações do governo e de grupos suíços.

Em 1975, o médico soteropolitano foi eleito presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e coube a ele, entre outras atividades, fechar a compra da primeira sede da entidade que presidia, uma sala de 42 metros quadrados no bairro do Botafogo. O Dr. Domingos Ferreira Machado morreu em 5 de fevereiro de 1989.



Marcelo Zugaib

Em 18 de junho de 2024, o professor Marcelo Zugaib subiu mais um degrau na sua luminosa trajetória, quando tomou posse como Membro Titular para ocupar a Cadeira nº 32 da Seção de Cirurgia da secular Academia Nacional de Medicina (ANM). Era simplesmente o coroamento de uma jornada lapidada com tal esmero que fez dele um dos nomes mais respeitados da Ginecologia e Obstetrícia contemporâneas. Também é Membro Titular da Academia de Medicina de São Paulo, ocupante da Cadeira nº 10, e Membro Honorário da Academia de Medicina do Piauí.

Nascido na cidade de Marília, em 26 de abril de 1948, fez o curso médico na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), entre os anos de 1967 e 1972. Ali conheceu o primeiro grande mestre: Domingos Delásio. Entretanto, foi dentro da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) que trilhou toda a caminhada acadêmica e atuou por 45 anos como docente e por 38 anos como líder e professor titular da disciplina de Obstetrícia.

Na “Casa de Arnaldo” fez Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia (1973-1974), Preceptoria de Residentes (1975-1976), Mestrado (1977-1980), Doutorado (1980-1982) e Livre-docência (1982). Na sequência, foi professor adjunto (1983-1986) até atingir o patamar mais alto da carreira universitária, ao assumir, por concurso, a titularidade de Obstetrícia. O posto até então era ocupado por outra grande referência: Bussâmara Neme, figura já conhecida por Zugaib desde os tempos em que era acadêmico-estagiário na Casa Maternal e da Infância da Legião Brasileira de Assistência.

Enquanto mestrando, na condição de Médico Assistente, fez *fellowship* na Universidade da Califórnia em Los Angeles (UCLA), com o professor Nicholas Salim Assali, que, além de mestre, se tornou um grande amigo.

O nome do Dr. Zugaib também está escrito com tinta indelével nos capítulos que contam a história da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp). Em 1989, como presidente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Associação Paulista de Medicina (APM), desvinculou aquele apêndice e o converteu em uma sociedade autônoma, fundando-a e sendo seu primeiro presidente. “A Sogesp é algo que me honra demais. Muitos me disseram que era um sonho impossível, mas não desisti dele”, ressalta. Outra conquista sua foi a profunda reforma e revitalização da Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, finalizada em 2012. Na condição de professor titular e chefe da Clínica Obstétrica, coube a ele liderar todo o processo. “Este trabalho foi um marco da minha gestão. Orgulha-me ter liderado uma grande equipe, que envolveu profissionais dos setores de Arquitetura, de Engenharia Hospitalar, médicos entre outros”. Zugaib publicou mais de 800 artigos completos em periódicos e 32 livros, entre eles *Protocolos Assistenciais: Clínica Obstétrica FMUSP e Zugaib Obstetrícia*.



Laurival Antonio de Luca

Dono de uma personalidade forte e muito à frente do seu tempo, Laurival Antonio de Luca era um idealista. Sempre muito sincero, falava o que sentia sem rodeios e buscou, durante toda a vida, compartilhar da melhor forma os conhecimentos que foi adquirindo no decorrer dos anos. Natural de São Paulo, nasceu em 8 de janeiro de 1934, e aos 27 anos, já casado e pai do primeiro dos seus cinco filhos, passou dois anos nos Estados Unidos, onde fez a Residência Médica.

Em julho de 1963, retornou ao solo brasileiro. E com o desejo de colocar em prática o aprendizado que trazia na bagagem, passou a ter uma rotina intensa de trabalho, desdobrando-se entre a Escola Paulista de Medicina (onde atuava como médico assistente), o Hospital e Maternidade Matarazzo (onde era plantonista), as dependências da Casa Maternal Leonor Mendes de Barros e no Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (Seconci, prestando serviços como ginecologista) e no próprio consultório, situado na rua Cincinato Braga, em São Paulo. O dia a dia dinâmico na capital paulista se fez presente por quase dez anos. Até que, em 1971, se mudou para a cidade de Botucatu, interior de São Paulo. Convidado para implantar o serviço de Ginecologia e Obstetrícia na Faculdade de Medicina da cidade, aceitou o desafio e não mediu esforços para tornar real aquela ideia. E mais do que instalar o serviço, aprimorou-o continuamente, com o surgimento da Residência Médica de três anos, a criação do centro obstétrico e do laboratório de pesquisa em Ginecologia e o início da pós-graduação em Ginecologia.

Mas não foi só na parte acadêmica que Laurival Antonio de Luca deixou a sua marca. Em 1978, tornou-se presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e encampou um movimento para aproximar o Brasil de instituições internacionais, caso da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo). Também se fez presente no Instituto Brasileiro de Controle de Câncer (IBCC) e foi eleito presidente de entidades como a Sociedade Brasileira de Climatério (Sobrac) e a Sociedade Brasileira de Mastologia. Nesta última especialidade, aliás, se destacou ao implantar, dentro do Hospital das Clínicas de Botucatu, o Centro de Avaliação em Mastologia, espaço que hoje leva o seu nome, e ao criar o Encontro Paulista de Atualização em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia (Epagom). “Esse se transformou em um dos maiores eventos de formação e encontro de ginecologistas e obstetras na área dentro da região Sudeste e atraiu especialistas de todo o Brasil”, relata a viúva Maria Cecília Melo de Luca. Faleceu em 8 de setembro de 2008.



Rui Alberto Ferriani

“O grande papel do ginecologista é estar preparado para encarar o atendimento à mulher, da infância até a senescência, sempre olhando os aspectos preventivos e os aspectos curativos terapêuticos.” Com esse olhar atento e multifacetado, Rui Alberto Ferriani vem se conduzindo dentro da profissão de forma exemplar. Professor titular da Universidade de São Paulo e chefe do Setor de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, nessa cidade do interior paulista desenvolveu grande parte da carreira, integrando o grupo que formou o Serviço de Reprodução do Hospital das Clínicas local, o primeiro a oferecer a fertilização *in vitro* via Sistema Único de Saúde (SUS).

Ribeirão Preto, aliás, foi o lugar do seu nascimento, em 12 de agosto de 1956, e onde foi criado pelos pais, Alberto e Maria Cardoso Ferriani. A jornada acadêmica teve início na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (1979), onde também realizou o Mestrado em Tocoginecologia (1984), o Doutorado em Ginecologia e Obstetrícia (1988) e a Livre-docência (1993). O Pós-doutorado foi feito entre os anos de 1991 e 1992, na Universidade de Cambridge, na Inglaterra, mesmo local onde nasceu Louise Brown, a primeira bebê de proveta do mundo.

Associativamente, Rui Alberto Ferriani tem o nome ligado a importantes entidades de classe, como a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), a Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp), a Sociedade Brasileira de Ginecologia Endócrina (Sobrage), a Sociedade Brasileira de Endometriose e a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH).

Quando ele tinha por volta dos 45 anos, resolveu focar a atuação em Ginecologia Geral e Reprodutiva. E hoje, dentro da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), faz parte de um departamento que tem uma das melhores residências do País. “A atividade de ensinar é uma das mais gratificantes que existe. Hoje temos pessoas formadas dentro do nosso serviço não só atuando aqui, no Brasil, mas também em vários outros países. Posso dizer com tranquilidade que são egressos muito bem-sucedidos nos seus locais de atuação. Não só tecnicamente, mas como pessoas idôneas, em termos de fazer a diferença e ter cuidados éticos. Essa é uma linha muito importante que prezamos: formar bons cidadãos”, finaliza.



José Weydson Carvalho de Barros Leal

O Dr. José Weydson Carvalho de Barros Leal fez parte da primeira turma da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM-UPE), cujo exame vestibular foi realizado em 19 de abril de 1951. Foi o terceiro colocado entre os 49 ingressantes e, ao final, foi escolhido para ser o orador da turma, que colou grau em dezembro de 1956. Essa teve como paraninfo o ilustre Dr. Martiniano José Fernandes, quarto presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), cargo que o próprio Weydson viria a ocupar quase duas décadas depois.

Cearense, o Dr. José Weydson nasceu na cidade de Quixeramobim, em 25 de fevereiro de 1931, filho de Antenor Gomes de Barros Leal e de Francisca Amélia Carvalho de Barros Leal. Ele viveu a infância na vizinha Boa Viagem, mudando em seguida para Colatina (ES), onde fez o ginásio; Fortaleza (CE) e Salvador (BA), onde fez o científico; e Recife (PE), onde cursou a Faculdade de Medicina e se fixou em definitivo.

Já formado, tornou-se professor do Departamento Materno-Infantil da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em 1967, conquistando em seguida o posto de professor titular de Ginecologia dessa mesma instituição, vindo a se aposentar em 2001. O Dr. José Weydson é um dos pioneiros da área de reprodução humana no Brasil e foi responsável pelo primeiro bebê de proveta de Pernambuco e de toda a região Norte-Nordeste, feito alcançado em 15 de fevereiro de 1992. Ele também foi autor de livros científicos e de memórias e desempenhou os mais diversos cargos em sociedades médicas nacionais e internacionais, sempre se destacando por sua atuação. Além da Febrasgo, foi presidente da Associação dos Ginecologistas e Obstetras de Pernambuco (Sogope). O Dr. Weydson morreu em 19 de janeiro de 2017, vítima de um problema respiratório.



Olímpio Barbosa de Moraes Filho

Primogênito de quatro filhos, Olímpio Barbosa de Moraes Filho é de Recife (PE), onde nasceu em 10 de novembro de 1961. Filho do médico generalista Olímpio Barbosa Moraes e de Darcy Araújo de Moraes, nunca teve dúvidas sobre qual carreira seguiria. E no quarto ano da graduação, após passar por um delicado trabalho de parto, teve certeza de que enveredaria pela Obstetrícia. “Trago comigo a história de vida da minha avó, que, em 1930, com menos de 30 anos, se desquitou e foi discriminada pela família, tendo de unir forças para criar o único filho em uma cidade do interior do Nordeste, e também a história da minha mãe, que deixou de lado a carreira em Direito para se dedicar ao casamento e aos filhos”, declara.

Segundo o Dr. Olímpio, ainda como estudante de Medicina, incomodava-o muito a forma como as mulheres, principalmente as mais pobres, eram tratadas nas maternidades, principalmente quando internadas por conta de abortamentos. Levou essa inquietação até o Mestrado (1994-1996), quando discorreu, dentro da Universidade de Pernambuco, sobre o tema: *Conhecimento e Uso de Métodos Anticoncepcionais para Mulheres com Aborto Provocado ou Espontâneo*. “Ali comecei a estudar e a entender que aquelas mulheres que abortavam não tinham tido acesso a métodos contraceptivos e nem à educação. Elas não queriam abortar”, afirma.

Entre o final da década de 1980 e o início da década de 1990, o hospital em que atuava foi escolhido para ser o primeiro centro de referência do Nordeste – e o terceiro do Brasil – focado em atender mulheres vítimas de violência. “Essa era uma área que era pouco divulgada. Mas, para a minha alegria, nos últimos anos esse tema vem sendo prestigiado”, avalia.

Dentro desse nicho, entre os diversos cargos que já ocupou, está o de presidente da Comissão de Abortamento, Parto e Puerpério da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), onde também foi vice-presidente da região Nordeste. Foi também coordenador da Saúde da Mulher da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, membro do Comitê de Morte Materna do Estado de Pernambuco e coordenador do módulo Atenção Global ao Doente II do curso da Faculdade de Medicina da Universidade de Pernambuco (UPE). Além desses, ocupou ainda o cargo de presidente da Associação dos Ginecologistas e Obstetras de Pernambuco (Sogope) e conselheiro do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (Cremepe) entre 2008 e 2023.

“É preciso construir uma sociedade que seja verdadeira, que as pessoas reconheçam a sexualidade sem ser doença. Por isso, acredito tanto no humanismo dentro da especialidade e acho tão importante o aluno de Medicina não estudar só as doenças, pois os que se sobressairão serão os que se comportarem como humanos, e não como máquinas”, declara.



Hans Wolfgang Halbe

A história do alemão Hans Wolfgang Halbe na saúde tem início em 1950, quando iniciou os estudos na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Mas, apesar de ter conseguido a disputada vaga na instituição, esteve perto de perder a oportunidade de se graduar. Devido a questões financeiras, não podia abandonar o trabalho que tinha, como monitor no Colégio São Bento, em São Paulo. A rotina de trabalho acabava o atrapalhando nos estudos, dificultando sua frequência no *campus* assiduamente, como os outros alunos.

Ciente disso, Dom Teodoro Kok, monge beneditino do mosteiro, resolveu agir. Ele compartilhou a história de Hans com o empresário Sebastião Camargo, da Construtora Camargo Corrêa, e esse deu ao jovem estudante uma bolsa de estudos. “Por intermédio dessa ação, consegui fazer a faculdade”, relembra.

Natural de Berlim, o Dr. Hans Wolfgang Halbe nasceu em 6 de novembro de 1933 e é filho de Flora Marie Luise Halbe e do engenheiro Hans Halbe. Assim que terminou a graduação, em 1958, fez a Residência em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital das Clínicas da FMUSP, mesmo local onde cursou o Doutorado (1965) e, posteriormente, iniciou o trabalho como professor livre-docente (1968). Nesse período, além da sala de aula, usava parte do tempo para trabalhar como redator de uma revista de artigos científicos e também na maternidade do Hospital Beneficência Portuguesa, onde ficou por oito anos.

Somado a essas atividades, o médico trilhou uma jornada no campo associativo, que iniciou, em grande parte, por conta da insistência do Dr. José Weydson de Barros Leal. Foi dele a ideia de Hans concorrer à presidência da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), chegando ao posto em 1986. Desse período, o destaque ficou por conta da elaboração do *Tratado de Ginecologia*, que recentemente foi atualizado pela entidade.

Além da Febrasgo, foi presidente do antigo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia (DGO) na Associação Paulista de Medicina (APM) e responsável pela criação do curso de pós-graduação de Ginecologia e Obstetrícia da FMUSP. Atualmente, mantém a clínica particular na Zona Sul de São Paulo e, academicamente, é professor de pós-graduação na FMUSP, atuando na área de Ginecologia Endócrina, e professor *honoris causa* no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina de Marília (SP).



José de Souza Costa

Dos 91 anos do Dr. José de Souza Costa, 70 foram vividos dentro da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB). Ali, ele começou os estudos em 1953, aos 21 anos, escrevendo desde então uma história de bastante sucesso. Sua turma, formada em 1958, é conhecida como a do sesquicentenário da criação da FMB, por Dom João VI, em 1808.

Como docente, atuou na FMB da Universidade Federal da Bahia (UFBA) durante 40 anos (1962-2002), tendo ali alcançado a titularidade. Foi chefe do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana e do Serviço de Ginecologia do Hospital Universitário Prof. Edgard Santos (Hupes), contribuindo como pesquisador. O respeito amealhado ao longo de anos de atuação profissional o credenciou para uma caminhada associativa, sendo escolhido presidente do Conselho Regional de Medicina da Bahia (Cremeb), membro do Conselho Superior da Associação de Obstetrícia e Ginecologia da Bahia (Sogiba) e presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), além de membro da Academia de Medicina da Bahia.

O Dr. José de Souza Costa nasceu em 14 de abril de 1932 na cidade de Juazeiro, na Bahia, localizada na margem direita do Rio São Francisco. É o quarto filho de sete do casal Ludgero e Firmina de Souza Costa, vindo a realizar os anos iniciais de estudo na cidade de Salvador. Depois de ingressar na Faculdade de Medicina, escolheu a Ginecologia e Obstetrícia, depois de concluir a pós-graduação na Universidade da Pensilvânia, nos Estados Unidos, e passar um tempo trabalhando no *Jefferson Hospital College*. Nesse período, teve contato com um assunto que o colocaria em destaque no futuro: reprodução humana.

De volta ao Brasil, foi admitido na UFBA como professor substituto e, depois, foi nomeado para a cadeira de Ginecologia, posto que ocupou até a aposentadoria. Na década de 1960, abriu um consultório próprio e passou a ficar conhecido pelos atendimentos voltados a mulheres com infertilidade. A Obstetrícia veio como consequência. “Eu trabalhei muito em Obstetrícia. Sempre dizia que não sabia o que ia acontecer com a minha vida, mas uma certeza eu tinha: sabia fazer parto muito bem”, ressaltou o médico em depoimento colhido em 2020 para a produção do livro *Memórias da Febrasgo*, entidade que ele presidiu entre 1989 e 1993. O Dr. José de Souza Costa faleceu em 6 de março de 2023.



Antonio Carlos Vieira Lopes

Mais do que vocação, a Medicina chegou à vida de Antônio Carlos Vieira Lopes por um chamado. Nascido em 31 de maio de 1938, na cidade de Salvador (BA), passou a infância e a adolescência morando com os pais, Helena e João, na casa dos avós maternos. Foi um período com muitas limitações, é verdade, mas muito feliz, com direito a praia, mar, futebol, remo, regatas e brincadeiras típicas daquela infância, como pipas e bolas de gude. Apesar das dificuldades do dia a dia, a família trazia consigo um grande orgulho: José Júlio, tio materno de Antonio Carlos, o único da família que havia conseguido chegar à universidade e estudar na Faculdade de Medicina da Bahia.

No entanto, por uma fatalidade do destino, pouco antes de terminar o curso, José Júlio acabou falecendo, vítima de uma febre reumática. O fato abalou por demais a família. Ao assistir ao sofrimento, principalmente, do avô, Antonio Martins, a criança Antônio Carlos se sentiu tocada e compelida a continuar a missão do tio e dar aquele presente ao patriarca. “Ele não chegou a me ver formado, mas morreu em meus braços, aos 83 anos, por conta de complicações de diabetes, dentro da enfermaria do Hospital das Clínicas, onde eu fazia o internato. Naquele dia, estabeleci o compromisso de que usaria a profissão só para fazer o bem, em respeito a tudo aquilo que ele professava”, recorda de forma bastante emocionada.

Após a graduação (1960-1965) e a Residência (1966-1967) na Universidade Federal da Bahia, fez o *fellowship* na *Cornell University Medical College*, nos Estados Unidos, onde permaneceu por dois anos. É considerado um dos precursores da Medicina Fetal no Brasil, aprofundando-se no estudo da doença hemolítica perinatal e no estudo do equilíbrio hidroeletrólítico fetal, por meio de punção de couro cabeludo do feto. “A primeira pessoa que fez uma punção de couro cabeludo lá em Nova York para poder colher sangue e entender o feto fui eu”, declara com orgulho.

Professor associado II aposentado da Faculdade de Medicina da Bahia e professor emérito da Universidade Federal da Bahia (UFBA), também foi ex-presidente da Associação de Obstetrícia e Ginecologia da Bahia (Sogiba), entre os anos de 1994 e 1997. O momento mais marcante que viveu dentro da área acadêmica ocorreu enquanto estava ministrando a última aula na UFBA. “Dez minutos antes de encerrar, entram sala adentro todos os professores junto com um grupo grande de alunos. E, depois de o chefe do departamento proferir um breve discurso, o presidente do Diretório Acadêmico me entregou uma placa de prata, que tenho comigo até hoje, me dando o título de Professor Eterno. Pouco tempo depois, eles também deram o meu nome à Associação Atlética Acadêmica da faculdade. E todo esse reconhecimento vindo por parte dos alunos me preencheu de alegria e comprovou que todo o trabalho ao longo destes anos valeu muito a pena”, conclui.



Hildoberto Carneiro de Oliveira

Seringal da Redenção, município de Boca do Acre, no Estado do Amazonas. Foi nesse lugar, posto na confluência dos Rios Purus e Acre, escondido nas profundezas da floresta e muito mais próximo da cidade de Rio Branco (40 quilômetros distante) do que de Manaus (mais de mil quilômetros), que nasceu Hildoberto Carneiro de Oliveira, em 15 de outubro de 1940. Foi o filho mais velho de Augusto Ventura de Oliveira, cearense que foi para o Acre trabalhar na extração da borracha, e de Elvira Carneiro de Oliveira, acreana da cidade de Porto Acre.

Apesar da dura realidade que a família enfrentava, conseguiu começar seu processo de alfabetização, isso somente aos dez anos de idade e tendo que caminhar por longos trechos para chegar à escola mais próxima. Sua dedicação impressionava os professores, e impressionou mais ainda quando o “garoto dos seringais” foi escolhido como sendo o melhor aluno do Acre. Como prêmio, ganhou uma bolsa de estudos para fazer o antigo Científico (atual Ensino Médio) no Instituto Lafayette, na cidade do Rio de Janeiro.

Ele aproveitou a oportunidade e, ao fim daquela fase escolar, se inscreveu no vestibular e foi aprovado na Escola de Medicina e Cirurgia da Federação das Escolas Federais Isoladas do Estado do Rio de Janeiro (Fefierj), que, mais tarde, se transformaria na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio). Graduou-se em 1966, conquistando em seguida os títulos de mestre (1975) e doutor (1992), no Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), além da livre-docência na própria Unirio, naquele mesmo ano de 1992.

Na sua trajetória, foi professor adjunto de Ginecologia da UFRJ e professor titular (também de Ginecologia) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fez parte ainda de importantes entidades, como a Academia Nacional de Medicina, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo) e a *American Fertility Society* (AFS).

Foi diretor técnico do Hospital Municipal Pedro II e do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla e, na caminhada associativa, vice-presidente da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (Somerj), presidente da Associação Médica de Nova Iguaçu (AMNI), da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Estado do Rio de Janeiro (Sgorj) e da Febrasgo, de 1994 a 1997. Conquistou ainda o título de bacharel em Direito pela Universidade Estácio de Sá, do Rio de Janeiro. O Dr. Hildoberto morreu em 8 de junho de 2020, aos 79 anos, em decorrência da Covid-19.



Marco Aurélio Pinho de Oliveira

Quando estavam cursando o sexto ano de Medicina, Marlene Martins de Pinho e Hildoberto Carneiro de Oliveira descobriram que seriam pais. E, dessa união, nasceu Marco Aurélio Pinho de Oliveira, em 25 de agosto de 1966. Filho de pais médicos e ginecologistas, quando criança estava sempre atento às conversas e à carreira de ambos: ela, com a rotina intensa no consultório; ele, mais ligado às áreas acadêmica e associativa. Nessa época, também teve contato com vários mestres do Instituto de Ginecologia Moncorvo Filho, aonde chegou a ir algumas vezes.

O resultado de toda essa imersão foi a graduação em Medicina, na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em 1989, especializando-se na mesma opção dos pais: finalizou a residência médica em Ginecologia e Obstetrícia em 1992, na UFRJ. Com preferência pela área cirúrgica, focou os aprendizados na área de cirurgia ginecológica e, já formado, participava, junto com o pai, considerado um exímio cirurgião, de diversos procedimentos. “Tínhamos uma clínica na Baixada Fluminense, onde o movimento era grande e tínhamos um volume considerável de pacientes. E esse fato me trouxe a experiência com relação à cirurgia, algo muito enriquecedor”, relembra. Logo após o término da residência, estava à procura de uma área de habilitação e descobriu sua afinidade com endoscopia ginecológica. “Me envolvi com a cirurgia endoscópica desde quando começou a Endoscopia Ginecológica no Brasil”, revela.

Na UFRJ também cursou o Mestrado em Cirurgia Geral, entre os anos de 1993 e 1996. Prestou, então, concurso na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e entrou, inicialmente como médico, em 1995, e dois anos depois como professor assistente, logo após a defesa de dissertação do Mestrado. Naquele ano, aliás, montou o primeiro ambulatório de endometriose do estado do Rio de Janeiro, na Universidade do Estado, local que funciona até hoje sob sua coordenação.

Já o Doutorado teve como tema Saúde Coletiva e foi feito na UERJ, entre os anos de 2000 e 2004, instituição onde atua como professor titular de Ginecologia. “Escolhi esse tema porque queria um embasamento científico, estatístico e epidemiológico, para poder conduzir os trabalhos científicos de forma mais completa. Em 2011, foi eleito internacionalmente como representante da América Latina para o *Board* da AAGL (Sociedade Americana de Cirurgia Ginecológica Minimamente Invasiva), atuando por dois anos, e desde 2013 é membro do *board* editorial do *Journal of Minimally Invasive Gynecology*.”

Atualmente o Dr. Marco Aurélio é chefe do Setor de Endometriose e da Cirurgia Robótica Ginecológica do Hospital Universitário Pedro Ernesto e coordenador de Pesquisa do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas (FCM/UERJ) desde 2016. Na Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago), é titular da cadeira de número 13, a mesma que tem como patrono o pai, Hildoberto Carneiro de Oliveira, que também foi professor titular da UERJ e membro da Academia Nacional de Medicina.



Edmund Chada Baracat

Ao longo da história, apenas duas figuras de proa tiveram o orgulho de liderar simultaneamente a Disciplina de Ginecologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp) e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A primeira foi o Prof. Dr. José Bonifácio Medina, que fez a transição das cátedras para a era dos departamentos, e a outra, o Prof. Dr. Edmund Chada Baracat.

Natural de Tupã (SP), nasceu em 22 de outubro de 1952 e se graduou em 1976 na EPM, que havia sido federalizada 20 anos antes. A Residência Médica foi feita no Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe) e concluída em janeiro de 1980, no mesmo dia em que se casou com Gláucia, sua esposa. Na EPM, fez o Mestrado (1984), o Doutorado (1985) e a Livre-docência (1991). E assim foi galgando postos no Departamento de Tocoginecologia da EPM-Unifesp, tornando-se professor assistente (1984), professor adjunto (1985), chefe do departamento (1992) e professor titular (1994), mantendo esse vínculo até 2015, quando se aposentou nessa universidade. Foi também Pró-reitor de Graduação da Unifesp, no período de 2003 a 2005.

Paralelamente à Unifesp, conquistou, por concurso, a vaga de professor titular da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), em 2005, cuja responsabilidade se mantém até os dias de hoje. No período de 2018 a 2022, exerceu o cargo de Pró-reitor de Graduação da USP. É membro do Conselho Deliberativo do Hospital das Clínicas da FMUSP e do Conselho Diretor do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp).

No aspecto associativo, é um dos fundadores da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp), entidade que presidiu entre 1993 e 1997. Em seguida, foi eleito presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) por duas gestões consecutivas, entre os anos de 1997 e 2005, além de ter ocupado cargos na Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Brasileira de Climatério (Sobrac) e Sociedade Brasileira de Ginecologia Endócrina (Sobrage). Ao longo da bem-sucedida trajetória, vem se dedicando às pesquisas mais voltadas às questões do climatério e ao campo da ginecologia endocrinológica. Tem aproximadamente 900 artigos e 30 livros publicados.



Nilson Roberto de Melo

Nascido em Martinópolis, interior paulista, interessou-se pela Medicina, pois os poucos médicos que lá exerciam a profissão, em geral, eram resolutivos na melhora da saúde das pessoas e eram úteis à sociedade. Entrou na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), em 1972, graduando-se em 1977. A seguir fez a Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia durante três anos no Hospital das Clínicas da FMUSP, tendo escolhido essa especialidade por motivo de ter várias subespecialidades, que possibilitavam intervenções clínicas, cirúrgicas de pequeno, médio, grande porte, além de cirurgia laparoscópica, com resultados muito satisfatórios. A seguir foi preceptor da Disciplina de Ginecologia na mesma instituição, no período de 1981 a 1982.

Em decorrência de ter feito o Curso Normal, para formação de professor primário e Curso Científico, o que possibilitaria fazer o Curso de Medicina, se interessou em fazer a carreira universitária, o que permitiria exercer o ensino, pesquisa e atendimento médico.

Tornou-se médico assistente da Divisão de Clínica Ginecológica do HC-FMUSP, a partir de 18 de dezembro de 1984, por onde frequentou várias áreas da especialidade, o que permitiu ter uma visão mais holística da mulher. Concluiu o Doutorado em Obstetrícia e Ginecologia em 1989 e a Livre-Docência no ano 2000 pela mesma instituição. Atualmente, é professor associado e livre-docente em Ginecologia da FMUSP e ocupou vários cargos nesta instituição.

Doutor Nilson também tem uma bem-sucedida trajetória na política associativa. Foi fundador da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp), da qual foi presidente por duas gestões (1977 a 2001). Foi fundador e presidente da *Federación Latinoamericana de Climaterio y Menopausia* (Flascym) no período de 1996 a 1998. Presidente da Sociedade de Reprodução Humana (SBRH) de 2003 a 2004. Presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), por duas gestões, entre 2005 e 2011. Presidente da *Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecologia* (Flasog) entre os anos de 2008 a 2011. Presidente da *Sociedad Iberoamericana de Osteologia y Metabolismo Mineral* (SIBOMM) de 2019 a 2021. Foi um dos sócios-fundadores da Sociedade Brasileira de Ginecologia Endócrina (Sobrage), da qual é presidente de 2019 até o presente. Também foi sócio-fundador e atual presidente da *Federación Latina de Endocrinología Ginecológica* (FLEG) e ajudou também na fundação de outras entidades, como é o caso da Sociedade Paulista de Endoscopia em Ginecologia e Obstetrícia (Sopegi) e Sociedade Brasileira de Ginecologia Oncológica (Sobragon).



Etelvino de Souza Trindade

Foi em Alterosa, pequena cidade do Sul de Minas Gerais, às margens do Lago de Furnas, que Etelvino de Souza Trindade despertou em si o sonho de ser médico. O desejo surgiu a partir da admiração que tinha pelo padrinho de batismo, o Dr. Jorge Simão, único médico da cidade.

Nascido em 9 de agosto de 1944, graduou-se pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 1967, e no ano seguinte fez a Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Vera Cruz, de Belo Horizonte. A formação continuou nos anos seguintes, agora na Clínica de Prevenção de Câncer Ginecológico do Hospital de Guarnição da Vila Militar (em convênio com o Instituto Moncorvo Filho), onde, no ano de 1970, estagiou em Clínica, Colposcopia e Colpocitologia.

Depois disso, seguiu para a nova Capital Federal (1971) e começou a trabalhar no Hospital da Guarnição de Brasília. Posteriormente, atuou no Hospital das Forças Armadas (HFA), de 1981 a 1982, e no Hospital de Base do Distrito Federal, de 1985 a 2008.

Atuando em Brasília, voltou as atenções para o câncer, sendo um dos pioneiros no Distrito Federal a se dedicar à questão. Disso nasceu sua pesquisa mais relevante, intitulada *O Médico Frente ao Diagnóstico e Prognóstico do Câncer Avançado*, publicada na *Revista da Associação Médica Brasileira*, em 2007.

Na Capital Federal, também começou, em 1991, a frequentar as reuniões da Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília (Sgob), contribuindo nesse período com a organização do 44º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, realizado em Brasília no ano de 1993. Depois disso, foi integrado à Comissão de Oncologia Ginecológica da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), entidade que viria a presidir, entre 2011 e 2015.

Com relação à literatura médica, é autor de numerosos capítulos em obras de Ginecologia e Obstetrícia, e autor de alguns livros, como é o caso de *Manual de Ginecologia Oncológica* (2004), e outros três da Coleção Febrasgo, sobre endometriose, vacinação na mulher e doenças do trato genital inferior.

Professor aposentado da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal, preside, em 2024, a Academia de Medicina de Brasília e também atua como ginecologista oncológico no Instituto Verhum e como membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Conselho Federal de Medicina (CFM), entre outras atribuições.



César Eduardo Fernandes

O associativismo médico compreende uma parte significativa da história do Dr. César Eduardo Fernandes. O começo dessa jornada foi dentro da Associação Brasileira de Climatério (Sobrac), na qual, entre 1991 e 2020, foi secretário-geral (por duas gestões), presidente (duas gestões) e presidente do Conselho Científico (cinco gestões). Nesse intervalo de tempo em que esteve estreitamente vinculado à Sobrac, também ocupou os cargos de delegado do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), entre 1994 e 1998; secretário-geral e presidente por dois mandatos da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp), de 2008 a 2013; presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), entre 2016 e 2019, e diretor científico, de 2021 a 2023; e, finalmente, presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), desde 2021.

Nesse papel, foi figura central na virada de chave da AMB no enfrentamento da Covid-19, sendo o mentor do Comitê Extraordinário de Monitoramento Covid-19 (CEM COVID_AMB). Esse grupo, que reunia representantes de 27 Federadas da AMB e 54 Sociedades de Especialidades Médicas, tornou-se um canal de informações confiáveis e pautadas na Ciência em plena pandemia.

O Dr. César nasceu em Araçatuba, interior paulista, em 1º de outubro de 1950, mas ainda criança se mudou para Martinópolis, onde viveu até a juventude. Aos 19 anos, foi para a cidade de São Paulo, onde se preparou para o vestibular de Medicina. Aprovado na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (FCMSCSP), fez parte da turma graduada em 1975. Ainda como estudante, fez estágio na Maternidade Pérola Byington e, já formado, iniciou a residência médica no Departamento de Cirurgia da FCMSCSP. Nos dois últimos anos, atuou no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, sob a atenção do professor Salim Wehba, o qual tem como grande mestre e referência. “Ele me influenciou demais, pela sua grande inteligência e perspicácia. Foi meu orientador no Mestrado (1994) e Doutorado (1996), e chegamos a construir juntos o Instituto de Saúde e Bem-Estar da Mulher (Isbem)”, destaca.

O Dr. César foi professor assistente na Santa Casa até o início de 2001, desligando-se da instituição depois de 22 anos. Em 2004, foi aprovado em concurso como docente-livre em Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana na Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia. Um pouco antes, em setembro de 2023, iniciou a atividade de docente de Ginecologia da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), em Santo André (SP), onde, desde 2011, é professor titular de Ginecologia. Em novembro de 2023, foi empossado como primeiro presidente da recém-criada Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago). “Essa academia nasce para ser a guardiã da nossa história, das tradições e da memória na área. A missão fundamental da Anago é promover o estudo, a divulgação e a publicação da história da Ginecologia Obstétrica em nosso País”, resume.



Agnaldo Lopes da Silva Filho

A chegada ao mundo do Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho ocorreu um mês antes do tempo esperado, em 5 de dezembro de 1972. E essa precocidade tem acompanhado ele em suas iniciativas desde então. Iniciou o Ensino Fundamental aos seis anos de idade; foi o mais jovem da turma de Medicina, curso feito na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) entre os anos de 1990-1995; conquistou o primeiro lugar em nível de Brasil na prova do Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (Tego), em 2000; e se tornou o médico mais jovem a presidir a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), ocupando a posição entre os anos de 2020 e 2023.

Nascido em Teófilo Otoni (MG), é filho da bancária Maria Thereza Martins da Costa Lopes e do otorrinolaringologista Agnaldo Lopes da Silva, que foi o primeiro entre os nascidos na cidade de Caraiá a se tornar médico. “Meu pai era um entusiasta e foi, sem dúvida alguma, o principal responsável pelo direcionamento da minha carreira profissional”, recorda.

Assim que terminou a graduação, fez Residência Médica em Cirurgia Geral e do Trauma, na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG (1996-1998), e em Ginecologia e Obstetrícia, no Hospital das Clínicas da UFMG (1999-2000). A escolha por Ginecologia, aliás, teve a influência de Aroldo Fernando Camargos.

Com o sonho de se tornar professor universitário da UFMG, inscreveu-se no Mestrado em fevereiro de 2002, na Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp). E, como o trabalho que apresentou superou as expectativas, conseguiu a transferência diretamente para o Doutorado, contando com o apoio dos doutores Paulo Traiman e Laurival Antonio de Luca. Posteriormente, entre 2007 e 2009, cursou o Pós-Doutorado na Universidade do Porto, em Portugal; e, em 2012, conquistou o posto de professor titular. Mais uma vez a precocidade foi sua marca. Ao ser aprovado em primeiro lugar, entrou para o rol dos titulares mais jovens a ocupar o posto, aos 39 anos.

Além dos mais de 60 prêmios médicos e científicos, associativamente seu nome está vinculado a instituições como a Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (Sogimig), onde foi presidente de 2015 a 2016, a Associação Médica Brasileira (AMB), atuando como vice-presidente da região Sudeste de 2021 a 2023, a Sociedade Brasileira de Videocirurgia (Sobracil), a Sociedade Brasileira de Endometriose (SBE), a Febrasgo, onde de 2024 a 2027 atua como Diretor Científico e, anteriormente, ocupou o cargo de vice-presidente da região Sudeste e presidente da entidade, nos anos de 2020 a 2023. Nessa posição, atuou ativamente durante toda a pandemia de Covid-19 e foi o idealizador da criação da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia, onde hoje é patrono e titular da cadeira 18. Ele também é titular da cadeira 52 da Academia Mineira de Medicina.



Almir Antonio Urbanetz

Ao longo de mais de quatro décadas de efetivo exercício da profissão, o Dr. Almir Antonio Urbanetz contribuiu de forma irretocável para a formação de uma grande quantidade de jovens tocoginecologistas e também para o desenvolvimento da especialidade, tanto no Estado do Paraná, onde nasceu, quanto no Brasil.

Natural de Curitiba, é de 16 de maio de 1950 e formou-se em 1977 pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), especializando-se em seguida (1979-1981) em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), com Mestrado e Doutorado (de 1981 a 1986) pela Universidade de São Paulo (USP). Nesse ano de 1986, tornou-se professor adjunto do Departamento de Tocoginecologia do Setor de Ciências da Saúde da UFPR e, em 1994, seu professor titular. Nesse departamento, foi ainda coordenador do Programa de Residência Médica por dois períodos e também coordenador da Comissão de Residência Médica do Hospital de Clínicas da UFPR.

Na sua história de vida, o Dr. Almir Urbanetz foi casado com a Dra. Lorena Adelaida Guillermina Lara Teran Urbanetz, cardiologista, com quem teve dois filhos: Lorena Ana Mercedes Lara Urbanetz e Almir Antonio Lara Urbanetz, que são, respectivamente, gineco-obstetra e radiologista.

Já na trajetória associativa, foi presidente por dois mandatos da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná (Sogipa), além de ter exercido diversos outros papéis nessa instituição. Na Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), passou a ocupar uma cadeira na diretoria em 2005, como vice-presidente da região Sul, coincidentemente, o mesmo cargo que ocupava em 28 de julho de 2020, quando veio a falecer. Foi autor de centenas de artigos científicos e de alguns livros. A obra *Ginecologia e Obstetrícia Febrasgo para o Médico Residente* (publicada pela Editora Manole) foi coordenada e organizada por ele.



Rosires Pereira de Andrade

A busca pelo conhecimento por intermédio da pesquisa sempre fez parte da vida de Rosires Pereira de Andrade. Esse apreço pelo saber se refletiu ainda mais em cada ação que tomou quando decidiu pela Medicina, que cursou na Universidade Federal do Paraná (UFPR), concluindo em 1973. No segundo ano de curso, após conhecer o Dr. Nélio Ribas Centa, diretor-presidente do Hospital São Lucas, de Curitiba, foi convidado para morar na instituição e vivenciar, de corpo e alma, a Medicina em toda a sua essência. Ali permaneceu por sete anos, tempo suficiente para participar de cirurgias, aprender a fazer radiografias e realizar centenas de atendimentos. Deixou o local em maio de 1975, quando se casou, e, em dezembro daquele ano, partiu para Paris (França) para atuar como Assistente Estrangeiro no *Hôpital Broca* e outros hospitais e fazer a Residência Médica no *Hôpitaux de Paris – Maternité Baudelocque – Université René Descartes*.

Prestes a voltar para o Brasil, foi escolhido pelo Dr. Claude Sureau, diretor da *Maternité Baudelocque*, para fazer uma pesquisa sobre indução ao parto por meio de medicação oral, em troca de uma bolsa. Aceitou o desafio e, assim, realizou sua primeira pesquisa clínica, trazendo à tona um assunto inédito em toda a Europa. Era o começo da sua vertente de pesquisador, que resplandecia e abria passagem para outros importantes trabalhos que realizaria. Esses foram voltados ao ramo da Ginecologia e Obstetrícia, envolvendo especialmente assuntos do universo da contracepção e também temas como vacina HPV, novos medicamentos e saúde sexual e reprodutiva.

De volta ao Brasil, cursou Mestrado em Clínica Cirúrgica na Universidade Federal do Paraná, em 1994; Doutorado em Princípios da Cirurgia na Faculdade Evangélica do Paraná, em 1995; e, no ano seguinte, conquistou a cadeira de Professor Titular de Reprodução Humana da UFPR, onde permaneceu até 2022. Paralelamente a essa atividade, é diretor do Centro de Estudos e Pesquisas Médicas (Cepeme-CERHFAC), atuando com pesquisas voltadas a novos medicamentos. Em 1997, fundou o Serviço de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual no Complexo do Hospital de Clínicas da UFPR/Ebserh.¹

Em 2012, criou o Memorial da Contracepção – Uma história baseada em imagens de DIUs, e em 2023 lançou a plataforma Estúdio EBS – Em Busca do Saber, onde ministra cursos e divulga os livros que escreveu sobre contracepção e violência sexual.

¹ A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) é uma empresa pública de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação. É a maior rede de hospitais públicos do Brasil, reunindo atualmente 41 hospitais universitários federais.



Áurea Beirão de Almeida

A ginecologista Áurea Conceição Baptista Beirão mudou o nome após o casamento com o também médico José Rosalino Kruel de Almeida, em 16 de fevereiro de 1962. A partir de então, passou a assinar como Áurea Conceição Beirão de Almeida, apesar de academicamente ser conhecida simplesmente como Áurea Beirão de Almeida.

Nascida em 10 de abril de 1936, na cidade de Rio Grande (município localizado no extremo sul do Rio Grande do Sul), é filha de Antônio Baptista e Helena dos Santos Beirão. Em sua trajetória, atuou como professora adjunta e chefe do Departamento de Ginecologia da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA), e como chefe do Ambulatório de Climatério do Serviço de Ginecologia da Irmandade Santa Casa de Porto Alegre (ISCMPA). Além dessas atividades, focou nos estudos relacionados ao climatério e reposição hormonal, buscando informações confiáveis e inovações que pudessem oferecer uma melhor qualidade de vida à mulher na menopausa.

Pioneira, foi a primeira mulher a ocupar a presidência da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Rio Grande do Sul (Sogirgs), entre os anos de 1983 e 1984. Tal foi a sua importância que a entidade, anos depois, criou um prêmio em seu nome. Também atuou de forma ativa como presidente e vice-presidente em uma série de jornadas ocorridas pelo Brasil, e foi vice-presidente do 46º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, realizado entre os dias 4 e 8 de novembro de 1995, na cidade de Porto Alegre.

Em 1989, lançou o livro *Climatério*, que em 2003 ganhou uma nova versão. Para ganhar forma, a obra contou com o apoio de vários colaboradores e foi rebatizada de *Reavaliando o Climatério: Enfoque Atual e Multidisciplinar*. Entre os agradecimentos, enaltece a mãe, Helena, “exemplo de garra e bom humor”, e cita as filhas, Kátia, Suzane e Luciana, que lhe “permitiram entender o profundo significado da palavra maternidade”. Sobre essa publicação, a médica resume bem o intuito de todo o seu legado: “O atendimento à mulher climatérica, focalizado de forma multidisciplinar, atualizada e abrangente, respeitando as características individuais, dentro do contexto sociocultural vigente, traduz a filosofia deste livro, que pretende corroborar um envelhecimento feliz e pleno” (Almeida, 2003). A Dra. Áurea faleceu em 29 de agosto de 2009, na cidade de Porto Alegre.



Antonio Rodrigues Braga Neto

Sagrado médico pela Faculdade de Medicina de Valença, em 2004, o Dr. Antonio Rodrigues Braga Neto foi plasmado obstetra por Jorge de Rezende, Paulo Belfort e Carlos Antonio Barbosa Montenegro na 33ª Enfermaria (Maternidade) da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Foi, contudo, na Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista (Unesp), que fez toda sua formação de pós-graduação. Foi na Unesp que conquistou seu Mestrado em Obstetrícia (2007), o doutorado em Obstetrícia (2009) e dois Pós-Doutorados. O primeiro foi pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, entre 2010-2012, e o segundo pelo Programa de Pós-graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia, entre 2012-2015, além de sua Livre-Docência em Obstetrícia pela Unesp (em 2016). Conquistou ainda uma segunda Livre-Docência em Obstetrícia pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (em 2022).

Mas sua formação não parou por aí. Outros dois Pós-Doutorados foram realizados no exterior. Em 2010, embarcou para os Estados Unidos, onde estudou na *Harvard Medical School*. Lá esteve sob a supervisão do professor Ross Berkowitz e do professor Donald Goldstein. Dois anos depois, o destino foi Londres, mais precisamente o *Imperial College School of Medicine*, agora sob a supervisão do professor Michael Seckl, então presidente da *International Society for the Study of Trophoblastic Disease*.

O Dr. Antonio Braga nasceu em Rezende (RJ), e atualmente é professor de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Universidade Federal Fluminense (UFF), além de exercer a titularidade na Universidade de Vassouras. Coordena a Linha de Cuidado da Mulher com Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) na Maternidade Escola da UFRJ e no Hospital Universitário Antonio Pedro, da UFF. Nessas instituições, dedica-se ao ensino médico na graduação, residência em Ginecologia e Obstetrícia, sendo professor credenciado em Programas de Pós-graduação *stricto sensu* (Mestrado e Doutorado) na UFRJ e na UFF, além de supervisionar projetos de Pós-Doutorado. Atuando como ginecologista e obstetra, é uma distinta referência nacional pelo tratamento de mulheres com DTG (grupo de tumores relacionados à gestação) e tem intensa atividade associativa tanto na Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) quanto na Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Estado do Rio de Janeiro (Sgorj). Atua também há mais de uma década na Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj), onde foi eleito conselheiro titular. É ainda membro da Academia Brasileira de Médicos Escritores, da Academia Brasileira de Medicina Militar, da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, sendo também Acadêmico Honorário da Academia de Medicina de São Paulo e da Academia de Medicina do Maranhão.

Pelo conjunto de sua biografia, foi agraciado com a Comenda da Ordem do Mérito Médico pela Presidência da República Federativa do Brasil.



Cícero Ferreira Fernandes Costa

O potiguar Cícero Ferreira Fernandes Costa fez parte da terceira turma de médicos formados na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (UPE). Ele começou o curso em 1953 e terminou em 1958. Finalizada essa etapa, abriu mão de um grande centro e foi para a cidade de Campos Sales, no sertão do Cariri cearense, onde exerceu a profissão por 12 anos, como generalista. Esse tempo também foi o suficiente para encontrar uma esposa, Nívea, e ter sete filhos.

O Dr. Cícero nasceu em 1932, em Pau dos Ferros, cidade que herdou o nome de uma árvore frondosa típica da caatinga (a oiticica). Após a estadia em Campos Sales, ele voltou, no início da década de 1970, para o Recife (PE), passando a se dedicar exclusivamente à Obstetrícia e Ginecologia. Enfim, em 1975, iniciou uma nova fase profissional, agora como professor universitário da mesma Faculdade de Ciências Médicas onde se formou e encontrou um grande amigo: José Weydson Carvalho de Barros Leal, que viria a ser presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

Em seguida, o Dr. Cícero defendeu sua tese de livre-docência em Obstetrícia, na Universidade Federal da Bahia, e assim conquistou a regência da disciplina na Faculdade de Ciências Médicas. Mas não parou por aí. Em 1981, atingiu o topo da carreira ao se tornar, por concurso, o primeiro professor titular de sua faculdade, defendendo a tese *Primiparidade Precoce na Maternidade Monteiro de Morais*.

Ao longo de sua jornada, fez especializações na Alemanha, Estados Unidos e Uruguai, e publicou 238 artigos científicos e 19 capítulos de livros e teve 671 participações em eventos da Febrasgo e de suas Federadas. Ele trabalhou no Hospital Barão de Lucena e, por 25 anos, na Maternidade da Encruzilhada do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (Cisam-UPE). Foi também membro da Academia Pernambucana de Médicos Escritores, sendo de sua autoria as obras *A Luz da Pintura* e *Envelhecendo*. Trabalhador devotado, ainda teve tempo para dedicar-se à criação de uma Residência Médica e fundar o primeiro Mestrado em Tocoginecologia do Norte-Nordeste do País. O Dr. Cícero morreu em 23 de agosto de 2018.



Sérgio Podgaec

Ser médico era uma vontade que acompanhava o paulista Sérgio Podgaec desde criança. Determinado, empenhou-se nos estudos e, aos 17 anos, após concluir o Ensino Médio no Colégio Bandeirantes, assegurou uma das vagas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Ali, iniciou sua jornada acadêmica, passando por Graduação (1986-1991), Residência (1992-1995), Mestrado (1998-2000) e Doutorado (2003-2006). Em 2011, conquistou o título de Professor Livre-docente da Disciplina de Ginecologia da FMUSP e, desde então, vem compartilhando seus conhecimentos com centenas de alunos.

Mas a missão de educar não ficou restrita aos muros da universidade. Atualmente, como vice-presidente do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), é responsável pela área de Ensino e Educação em Saúde. Nesse complexo, onde está desde 1994, agregou sua *expertise* em várias ações voltadas à educação, atuando em ações estratégicas da instituição, envolvendo ensino médio técnico, diversos cursos de graduação e pós-graduação *lato* e *strictu sensu*, assim como programas de residência médica e multiprofissional. Especificamente em Ginecologia e Obstetrícia, as principais atividades implementadas no HIAE foram o programa de pesquisa em saúde da mulher e a criação da Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia, do aprimoramento em Cirurgia Minimamente Invasiva e de três programas de pós-graduação *lato sensu*.

Na área associativa, foi presidente da Comissão Especializada de Endometriose da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), onde desenvolveu atividades relativas a essa comissão por mais de dez anos. Dentro da entidade, também exerceu os cargos de presidente da Comissão de Comunicação Digital (2016-19) e diretor administrativo (2020-2023), e foi um dos idealizadores da Escola Febrasgo de Ginecologia e Obstetrícia, que tem como intuito disponibilizar atualização médica de qualidade aos ginecologistas e obstetras. “Sempre lembro muito da minha família, diante de cada vitória. Tenho certeza de que consigo chegar a esses momentos porque tenho um ambiente familiar saudável e harmonioso. Cada conquista alcançada, do ponto de vista pessoal, não é um trabalho que é feito sozinho, ele precisa de apoio, e ter essa harmonia é a base de tudo”, declara.



Clóvis Salgado

A cidade de Leopoldina, em Minas Gerais, tem o seu nome em homenagem à princesa Leopoldina de Bragança e Bourbon, segunda filha do imperador Dom Pedro II com a imperatriz consorte Teresa Cristina. Foi lá que nasceu Clóvis Salgado, em 20 de janeiro de 1906, filho de Luiz Salgado Lima e de Virgínia da Gama Salgado. Ele se formou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1929.

De 1930 a 1936, atuou como assistente do Serviço de Ginecologia e Cirurgia do professor José Alves Maurity Santos, no Hospital da Gamboa (Hospital Nossa Senhora da Saúde), que foi criado em 1853, pela Santa Casa de Misericórdia, para reforçar o combate à epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro. Nesse ínterim, defendeu sua tese de livre-docência (1935), na mesma faculdade em que se formou, e, por concurso público, conquistou a cátedra de Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais, ocupada anteriormente pelo professor Hugo Werneck.

Em Belo Horizonte, organizou e instalou o Hospital de Ginecologia, anexo ao Hospital São Vicente. Desse último, foi diretor de 1941 a 1955. O Dr. Clóvis Salgado também cumpriu um papel importante no estudo e combate do câncer ginecológico. Além da criação do Hospital de Ginecologia, coube a ele introduzir em Minas Gerais o emprego da colposcopia para o diagnóstico precoce do câncer do colo uterino e desenvolver em sua clínica universitária a difusão e o ensino do método colposcópico. Ele mesmo ministrou diversos cursos de especialização a médicos e estudantes de Medicina, contribuindo para popularizar a técnica no País. Dono de uma energia invejável, o médico leopoldinense ainda se esforçou e conseguiu fundar a filial mineira da Cruz Vermelha Brasileira e publicou uma série de livros e trabalhos científicos em revistas especializadas.

Empreendeu também uma bem-sucedida carreira política. Candidatou-se às eleições para a Assembleia Nacional Constituinte realizadas em maio de 1933, obtendo uma suplência. Em 1950, foi eleito vice-governador do Estado de Minas Gerais, na chapa com Juscelino Kubitschek. Com a renúncia de JK para concorrer à Presidência da República, assumiu o governo de Minas. Com JK na Presidência, o ginecologista tomaria posse como ministro da Educação e Cultura. Durante a Ditadura Militar, à qual apoiou, foi membro do Conselho Federal de Educação (1964-1968) e, em abril de 1967, assumiu a Secretaria de Saúde de Minas Gerais. Em 1973, tornou-se diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), cargo que exerceu até 1976. Clóvis Salgado foi casado com a cantora lírica Lia Portocarrero de Albuquerque Salgado, com quem teve três filhos, e morreu em 25 de junho de 1978.



Gerson Pereira Lopes

Nos corredores da Maternidade Odete Valadares, em Belo Horizonte (MG), o então residente Gerson Pereira Lopes resolveu: iria focar os aprendizados em gravidez de alto risco e adolescência. A decisão tornou-se clara após participar da 25ª Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, quando conheceu de perto o professor Domingos Delásio. “Eu já estava inclinado a seguir por esse caminho, mas, quando me deparei com seus ensinamentos, tive certeza!”, recorda.

Com a especialização em Ginecologia e Obstetrícia em 1981, foi convidado, logo depois, a criar e gerenciar a residência do Hospital Mater Dei. Dessa época, há dois fatos marcantes: as notas elevadas que os residentes tiravam quando prestavam a prova de Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (Tego) para obter a certificação profissional e o primeiro livro de cardiocografia basal anteparto, elaborado junto com um grupo de residentes.

Como monitor, acompanhava os plantões e fazia centenas de partos, sempre com a orientação de um obstetra. E, após vivenciar duas situações-limite envolvendo gestações de alto risco, decidiu direcionar a formação para o campo da Sexologia, que trata do comportamento sexual e do tratamento sexológico, em que o processo médico e/ou psicoterápico tem como objetivo a correção dos distúrbios sexuais¹.

Continuou na residência ainda ajudando na formação de muitos profissionais e iniciou uma peregrinação em vários pontos do País, participando de congressos e oferecendo aos profissionais a abordagem da sexualidade nas intercorrências ginecológicas. “Fiz uma coisa que quase ninguém teve coragem: abri mão no consultório privado de atendimento como ginecologista padrão e passei a atender só queixas sexuais”, afirma. E em pouco tempo, tornou-se conhecido não só entre os colegas da Ginecologia e Obstetrícia, como também em jornais e revistas, onde escrevia colunas e dava inúmeras entrevistas.

A jornada dentro desse campo contou com a Especialização em Sexologia Clínica na *Federación Latino Americana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual* (Flassés), em 1992, e também com a participação como membro em diversas sociedades e comissões. Até 2024, já havia ministrado mais de 300 conferências científicas no Brasil e no exterior, além de palestras em congressos e jornadas.

Graduado pela Universidade Federal de Juiz de Fora em 1979, dessa instituição chegou a receber a Medalha Juscelino Kubitschek de Oliveira, que homenageia ex-alunos com trajetórias relevantes nacionalmente.

¹ Nota de esclarecimento sobre o campo de atuação do ginecologista e obstetra com título de área de atuação em Sexologia. Febrasgo. Disponível em: <https://bit.ly/sexologiadefinicao>. Acesso em: 4 abr. 2024.



José Aristodemo Pinotti

O Dr. José Aristodemo Pinotti faz parte daqueles raros casos de médicos que conseguiram desempenhar uma bem-sucedida carreira como acadêmico e político. Nascido em 20 de dezembro de 1934, na cidade de São Paulo, graduou-se em 1958 pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Sua Residência Médica foi feita no Hospital Pérola Byington, vindo a se especializar em câncer ginecológico e mamário na *Università Di Firenze* (Itália), no *Istituto Nazionale dei Tumori* de Milão, com o professor Veronesi, e no *Institut Gustave Roussy* de Paris, com o professor Pierre Denoix, que dirigiu a instituição entre 1956 e 1982.

Na vida acadêmica, o Dr. Pinotti obteve grande destaque, tendo ingressado na Universidade de Campinas (Unicamp) em 1966, contratado como instrutor da cadeira de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas. Na sequência, obteve os títulos de doutor (1968), livre-docente (1970), professor adjunto (1975) e professor titular (1980). Na Unicamp, foi chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia (1972-1982) e diretor da Faculdade de Ciências Médicas em duas gestões (1970-1971 e 1976-1980). Foi ainda diretor executivo do Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Unicamp (1985-1986), onde também foi reitor (1982-1986), nomeado pelo então governador Paulo Maluf. No ano de 1988, ele retorna à sua alma *mater*, quando, por concurso, assume o cargo de professor titular da Disciplina de Ginecologia da FMUSP, em substituição ao professor Carlos Alberto Pastore.

O Dr. Pinotti foi deputado federal por três mandatos, tendo como pauta principal a defesa da mulher. Ocupou também cargos no Executivo do governo do Estado de São Paulo, como secretário da Educação (1986 e 1987), da Saúde (1987 a 1991) e do Ensino Superior (2007). Na Prefeitura de São Paulo, foi secretário de Saúde (2000) e de Educação (2005 e 2006). Vencido por um câncer de pulmão, em 1º de julho de 2009, quando tinha 74 anos, ele deixou um legado de mais de 1,3 mil publicações, entre elas 37 livros científicos e mais de 450 artigos em revistas e jornais especializados do Brasil e do exterior. Foi ainda autor de dois livros de poemas e de colunas sobre saúde em jornais de grande circulação.



Jesus Paula Carvalho

Não foram poucas as pessoas que tentaram demover Jesus Paula Carvalho da ideia de vir para São Paulo estudar Medicina. Filho de lavradores, perdeu o pai ainda criança, aos 4 anos, e, ao lado da mãe e dos outros cinco irmãos, teve de enfrentar, a partir de então, uma nova realidade. Natural de Turiúba, pequena cidade do interior paulista, fez parte do Ensino Fundamental em Birigui (SP), onde, além de estudar, começou a trabalhar aos 10 anos como auxiliar em uma alfaiataria. Desde então, não parou mais. Atuou em diversos empregos até o final do Ensino Médio, que foi feito em Mirassol (SP), de datilógrafo de um advogado criminalista a auxiliar de contabilidade de uma metalúrgica.

Em 1973, partiu rumo a São Paulo focado em cumprir seu objetivo. Junto com o irmão mais velho, que era operário da construção civil, alugou uma quitinete, arranjou um emprego e se inscreveu em um cursinho pré-vestibular. Ao final de um ano, fez prova em quatro grandes universidades públicas e escolheu aquela que é a sua casa até hoje: a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Devidamente matriculado, iniciou os estudos em período integral, mas, como precisava trabalhar para se manter, passou também a procurar atividades que pudesse executar dentro do horário irregular que mantinha naquele momento. Acabou conseguindo uma vaga dentro da própria universidade, onde transcrevia todos os diplomas em livros próprios da instituição. Mas ser escolhido para essa atividade não foi algo fácil. “Primeiro fui com um colega de turma tentar fazer o teste, mas, ao descobrir que fazíamos Medicina, Dona Julieta, a responsável pela seleção, lembrou-se das letras dos médicos que conhecia e nos mandou embora. Saí de lá desapontado, mas não desisti de pronto. Voltei no mesmo dia sozinho e disse que ela tinha sido injusta comigo, pois nem havia avaliado minha grafia. Dona Julieta, então, pegou uma caneta tinteiro e pediu que eu escrevesse. Caprichei e fui contratado, trabalhando do primeiro ao quarto ano”, recorda.

O Dr. Jesus casou-se com Filomena, que também fazia Medicina, e juntos passaram a dividir a vida e os desafios. Na FMUSP, fez o Doutorado (1986-1990) e a Livre-docência (2001). Seu nome está diretamente ligado aos primórdios do antigo Instituto da Mulher (hoje Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – Icesp) e também ao Hospital Pérola Byington. Em ambos, participou do projeto inicial, liderado pelo professor José Aristodemo Pinotti. Atualmente é professor associado no Departamento de Obstetrícia da FMUSP, coordenador do Serviço de Ginecologia Oncológica do Icesp e membro do Corpo Clínico do Hospital Sírio-Libanês, em São Paulo, e mantém atendimentos em sua clínica particular, também em São Paulo, focando seus conhecimentos em Ginecologia Oncológica.



Gustavo Py Gomes da Silveira

Neto de Aurélio de Lima Py e filho de João Carlos Gomes da Silveira, ambos médicos com ampla representatividade na região Sul do País, Gustavo Py Gomes da Silveira nunca se sentiu pressionado a exercer a mesma profissão dos seus antepassados. Mas logo enxergou na Medicina a carreira que queria desenvolver ao longo de sua vida. E essa vontade ficou ainda mais latente quando, na época em que cursava o Científico, no período da tarde, usava as manhãs para secretariar o pai. Nesse momento, ajudava-o com a procura de trabalhos científicos e também o auxiliava como instrumentador, durante as cirurgias.

Natural da cidade de Porto Alegre (RS), nasceu em 28 de novembro de 1941. Em 1963, prestou vestibular para a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e para a Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA).¹ Nesta última garantiu o primeiro lugar e iniciou a jornada acadêmica. A partir do segundo ano, passou a atuar na Enfermaria 10, voltada à Cirurgia Geral de Mulheres e Ginecologia. “A partir do segundo ano, já operava como cirurgião principal em algumas cirurgias, como apendicectomia”, lembrou.²

Assim que finalizou a graduação, em 1968, fez o Doutorado. Na sequência, foi agraciado com uma bolsa de estudos do Ministério das Relações Exteriores da Itália e fez a Especialização em Ginecologia pela Universidade La Sapienza, em Roma. De volta ao Brasil, passou a atuar no consultório do pai e também na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, como instrutor voluntário. Um ano depois, foi efetivado e trabalhou como professor auxiliar. Ali, compartilhava o conhecimento adquirido com os estudantes da graduação e pós-graduação e, décadas depois, exerceria a função de chefe do Serviço de Ginecologia.

Em 1973, acompanhou o pai, como professor assistente, na Pontifícia Universidade Católica (PUC), onde permaneceu por 25 anos. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (1972) e também em Mastologia (1984), foi professor titular de Ginecologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Ali, foi professor-orientador do Programa de Pós-graduação em Patologia e coordenador do Curso de Especialização em Ginecologia Oncológica. Na esfera associativa, foi presidente da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Rio Grande do Sul (Sogirgs) e da Sociedade Brasileira de Endoscopia Ginecológica e Endometriose (Sobenge) e vice-presidente da Sociedade Brasileira de Ginecologia Oncológica (Sobragon). Somado a essas atividades, tornou-se membro titular da Academia Sul-Rio-Grandense de Medicina, onde também exerceu a presidência entre os anos de 2011 e 2013. Faleceu dormindo, em 5 de abril de 2017, aos 75 anos.

1 Hoje a Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA) é intitulada Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA).

2 Em depoimento coletado por integrantes do Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul (MUHM) para o projeto “História Oral da Medicina”, iniciativa da instituição com o Sindicato Médico do RS (Simers). Entrevista concedida em 23 de agosto de 2016.



José Geraldo Lopes Ramos

A trajetória de José Geraldo Lopes Ramos começa a ser lapidada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), onde se graduou em 1983. Em dúvida entre as áreas de Cirurgia ou Ginecologia e Obstetrícia, optou pela segunda e fez a sua formação no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Naquele momento, os programas de residência médica eram de dois anos. Mas, para intensificar o aprendizado, investiu mais um ano nos estudos, ficando mais integrado à área de pesquisa.

Posteriormente, prestou concurso para médico plantonista dentro do Hospital de Clínicas e acabou ficando em primeiro lugar. “De uma maneira geral, o hospital está muito ligado à universidade. Então, quem trabalha lá dentro acaba tendo mais contato com a própria universidade. E foi isso que aconteceu. Ao ficar sabendo que havia uma vaga para professor, prestei concurso, passei e comecei a jornada no Departamento de Ginecologia Obstetrícia da UFRGS”, recorda.

A partir de então, a carreira teve uma progressão gradual, passando de professor auxiliar para professor assistente. Na sequência, tornou-se professor associado, professor adjunto e, por fim, professor titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. Nesse meio tempo, acabou desenvolvendo duas áreas de pesquisa: uma focada em Ginecologia; e outra em Obstetrícia. “Eu me interessei muito em estudar sobre hipertensão arterial na gravidez. Nós formamos um grupo e acabamos fazendo uma série de pesquisas e publicações, com as quais desenvolvemos um laço muito grande com a Sociedade Internacional de Hipertensão na Gravidez, entidade reconhecida mundialmente devido aos estudos da hipertensão nessa fase”, comenta o especialista, frisando que hoje o grupo faz parte da Rede Brasileira de Estudos da Hipertensão na Gravidez.

Esse grupo, aliás, também é responsável pela Comissão Nacional Especializada (CNE) em Hipertensão na Gestação da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). “Nesse momento eu estou na vice-presidência dessa CNE e nosso intuito é aumentar as ações visando diminuir a mortalidade materna. Isso porque a hipertensão arterial é a principal causa de morte materna no país”, reflete, ressaltando que também conta, em 2024, com uma linha de pesquisa na área de incontinência urinária feminina. Nesse nicho, trabalha em parceria com a Escola de Fisioterapia da UFRGS.

No sentido associativo, foi convidado – na década de 1990 – para participar da diretoria científica da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Rio Grande do Sul (Sogirgs), entidade na qual se tornou presidente por dois mandatos, entre os anos de 1997 e 2000. Ali, desenvolveu atividades importantes e inovadoras, como a Comissão de Residência Médica. “Nós reunimos grupos de Residência Médica do Hospital do Estado do Rio Grande do Sul para fazer ações conjuntas. E essa iniciativa serviu de modelo para a Comissão Nacional de Residência Médica da Ginecologia e Obstetrícia da Febrasgo”, pontua o Dr. Ramos, que também foi vice-presidente da região Sul da Febrasgo de 2001 a 2004.



Jorge Fonte de Rezende

Referência da Obstetrícia nacional, o Dr. Jorge Fonte de Rezende nasceu em 1911, no Amazonas, e mudou-se para a cidade do Rio de Janeiro para cursar Medicina na então Faculdade Nacional de Medicina (hoje Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ). Durante a graduação, tornou-se interno da Maternidade-Escola de Laranjeiras, onde se aproximou do professor Octávio Rodrigues Lima. Graduou-se em 1931 e, dois anos depois, publicou o primeiro artigo científico, intitulado *Icterícia e Gravidez*.

Depois de conseguir o posto de assistente de Clínica Obstétrica da Faculdade Nacional de Medicina, transferiu-se em 1933, juntamente com o professor Rodrigues Lima, para a Clínica Obstétrica da Escola de Medicina e Cirurgia do Instituto Hahnemanniano (atual Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro). Em seguida, entre 1938 e 1939, fez uma viagem para especialização em Paris, onde foi assistente na Maternidade Baudelocque, na época dirigida por Alexandre Couvelaire, discípulo do grande Adolphe Pinard.

No retorno ao Brasil, publicou, em 1941, a *Contribuição ao Estudo da Operação Cesariana Abdominal: Sobre uma Experiência Pessoal de 114 Casos*, e recebeu da Academia Nacional de Medicina o prêmio Madame Durocher. Com a ida do professor Rodrigues Lima para a Maternidade-Escola de Laranjeiras, Rezende sucedeu o mestre na cátedra de Clínica Obstétrica da Escola de Medicina e Cirurgia, em 1944. Ele foi o introdutor no Brasil da incisão de Pfannenstiel, que simplificou a operação cesariana. Dedicou-se ainda ao estudo das anomalias do líquido amniótico, à fonocardiografia fetal, à doença trofoblástica gestacional, à tocurgia vaginal e às infecções maternas e perinatais.

Em 1957, foi eleito membro titular da Academia Nacional de Medicina. Dois anos depois, com a fundação da 33ª Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, esta foi entregue ao seu comando. Enfim, sua escola obstétrica foi sistematizada em 1962, com o lançamento do tratado *Rezende Obstetrícia*, de sucesso imediato e cuja perenidade permanece, a partir do trabalho do Dr. Jorge Fonte de Rezende Filho.

Com a aposentadoria do professor Rodrigues Lima, o Dr. Jorge Rezende assumiu, em 1971, a cátedra de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFRJ, deixando a Escola de Medicina e Cirurgia depois de 38 anos. Mas bastou uma década à frente da disciplina na UFRJ, e logo veio a aposentadoria, quando esbanjava sua capacidade criativa. Assim, seguiu ativo na maternidade da Santa Casa do Rio de Janeiro. O Dr. Jorge Rezende morreu em 2 de maio de 2006, prestes a completar 95 anos. Partiu coroado de glórias, fruto de uma abundante atividade intelectual e de uma trajetória brilhante.



Jorge Fonte de Rezende Filho

Um dia, alguém perguntou para o Dr. Jorge Fonte de Rezende Filho onde ele se via profissionalmente no futuro. Sem titubear, ele respondeu: “Me vejo como professor titular da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e membro da Academia Nacional de Medicina”. E o que parecia um sonho distante viria de fato a se concretizar. “Não foram dois feitos que foram simples de se realizar, ainda mais porque fiz essas escolhas muito jovem”, diz.

Natural da cidade do Rio de Janeiro, o Dr. Jorge Fonte de Rezende Filho nasceu em 21 de maio de 1966. Começou o curso de Medicina na UFRJ em 1984, mesmo ano em que iniciou o estágio na 33ª Enfermaria do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia. Concluída a graduação, em 1989, fez concurso para Residente do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, na área de Ginecologia e Obstetrícia, onde permaneceu por três anos (de 1990 a 1993).

O Dr. Rezende Filho estagiou no *King's College Hospital*, no serviço do professor Stuart Campbell, em Londres, lá tendo iniciado as suas idas a partir de 1989, retornando por muitos anos consecutivos. Foi também médico-visitante do Serviço de Medicina e Biologia Fetal no Instituto de Puericultura de Paris, com o Prof. Daffos; médico-visitante do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Presbiteriano da Cidade de Nova York, com o Prof. Timor-Tritsch; e médico-visitante no Hospital Mount Sinai, também em NY, com o Prof. Berkowitz.

No Brasil, conquistou o Mestrado (1994) e o Doutorado (1998), ambos na UFRJ. Em 2002, fez sua livre-docência na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob a chefia do Prof. Marcelo Zugaib. Assim, pavimentou seu caminho para, em 2011, alcançar o tão sonhado posto de professor titular da UFRJ. Além dessa, ele também leciona na Faculdade Souza Marques, instituição de ensino privada que é uma das mais antigas do Rio de Janeiro; na pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio); e no Centro Universitário Serra dos Órgãos, que fica em Teresópolis. Em 2017, realizou seu segundo grande sonho, ao tomar posse, como Membro Titular, da Cadeira 67 da Academia Nacional de Medicina.

Atualmente, divide suas atividades entre a prática acadêmica e a vida de consultório, dedicando-se especialmente a Obstetrícia e Medicina Fetal. Além disso, coordena os trabalhos de edição e publicação das consagradas obras *Rezende Obstetrícia*, destinada ao profissional especialista, e *Rezende Obstetrícia Fundamental*, voltada ao estudante de Medicina. “Ambos os livros são adotados por muitas universidades e, realmente, norteiam a boa prática da especialidade Brasil afora”, resume o Dr. Rezende Filho.



José Galba de Araújo

O Dr. José Galba de Araújo é reconhecido como o pioneiro da humanização obstétrica no Brasil. Nascido em 31 de março de 1917 em Sobral, no Ceará, graduou-se em 1941 na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Terminado o curso médico, foi para os Estados Unidos fazer a Residência Médica e Especialização em Ginecologia e Obstetrícia. Lá, ficaria por cerca de três anos, primeiramente no *Illinois Central Hospital*, de Chicago (1942), e posteriormente no *Lake Forest Hospital* (1943) e no *American Legion Hospital* (1944), ambos em Battle Creek, cidade do Estado do Michigan.

Finalizado esse período de formação, retornou para Fortaleza em 1945, e logo ganhou notoriedade por conta de seus métodos sofisticados e modernos. Ele foi um fervoroso defensor do parto natural e se dedicou a melhorar a qualidade do parto domiciliar e a identificação das gestantes de alto risco. Também valorizou a simplicidade e respeitou os costumes e as tradições da população mais carente. Ao perceber a importância e o respeito que as parteiras ainda mantinham no Ceará da segunda metade do século XX, passou a oferecer orientação e treinamento para essas mulheres, ensinando-as a como usar a tesoura e o antisséptico (Merthiolate) para cortar e tratar o cordão umbilical.

Pela grandeza de sua obra, o Ministério da Saúde instituiu, em 1999, o Prêmio Galba de Araújo, visando reconhecer os esforços desenvolvidos por profissionais da saúde em âmbito privado e público na luta pelo desenvolvimento de práticas inovadoras destinadas à humanização da atenção à mulher e ao recém-nascido. Casou-se com a nutricionista americana Alice Lorene Wilkinson Dailey, que contribuiu com sua obra e com quem teve seis filhos. Ele faleceu em 7 de abril de 1985, vítima de enfisema pulmonar.



Suzana Arenhart Pessini

O ambiente hospitalar era familiar na infância de Suzana Arenhart Pessini. Afinal, desde criança, ela frequentava o consultório do pai, o médico Raymundo Pessini, e também o laboratório da mãe, a farmacêutica-bioquímica Suely Maria Arenhart Pessini. Natural de Porto Alegre (RS), nasceu em 30 de novembro de 1955 e passou a infância e a adolescência em São Marcos, na Serra Gaúcha, município onde fez o Ensino Fundamental na Escola Dom João Becker. Já o antigo Científico foi cursado na Escola Estadual Cristóvão de Mendonça, em Caxias do Sul (RS). Ao final do terceiro ano, já decidida sobre qual caminho seguiria, prestou vestibular e foi aprovada em Medicina na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), graduando-se em 1974.

Apesar de ter se interessado por várias áreas durante a faculdade, decidiu-se por Ginecologia e Obstetrícia, sob inspiração de dois grandes profissionais de Porto Alegre: Áurea Beirão de Almeida e Eugenio Rache. Certa da sua decisão, partiu para a Residência Médica, que foi feita no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde permaneceu como médica contratada e preceptora da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia por dez anos.

Internacionalmente, realizou treinamento em Histeroscopia com o professor Jacques Hamou, em Paris, e também na *Università degli Studi di Firenze* (Unifi), na Itália. Também se aperfeiçoou em cirurgia laparoscópica-vaginal na França, nos Hospitais Jeanne de Flandre (Lille) e Edouard Herriot (Lyon), e incrementou seus conhecimentos nos Estados Unidos, na *University Southern California* (LA).

Em terras brasileiras, prestou concurso para professora na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), em 1994, instituição onde permaneceu por 22 anos, e concluiu o Mestrado (2005) e o Doutorado (2011). Em 2016, iniciou uma nova trajetória, dessa vez como professora concursada na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, atuando na área de Ginecologia Oncológica. “Como integrante da Anago, acredito que podemos estimular e sensibilizar os tocoginecologistas à assistência baseada em Ciência e resolutividade, bem como na atenção à arte, à cultura, à história e a perspectivas futuras”, prevê.



Lucas Monteiro Machado

O América, tradicional clube de futebol de Minas Gerais, perdeu na década de 1920 um habilidoso meio-campista para a Medicina. Tratava-se de Lucas Monteiro Machado, que, aos 23 anos e já no quinto ano da Escola Médica de Belo Horizonte, fez a sua escolha definitiva entre a bola e o bisturi.

Filho de Virgílio Cristiano Machado e Marieta Monteiro Machado, nasceu na cidade de Sabará (MG), em 11 de novembro de 1901, e iniciou o curso em 1919. Entre 1921 e 1924, foi interno do Serviço de Ginecologia da Santa Casa de Misericórdia e teve como mestre o professor Hugo Werneck. Lá, tornou-se assistente da Clínica Ginecológica (função que exerceu até 1933) e, de 1925 a 1935, chefiou a II Enfermaria de Obstetrícia da mesma irmandade. Em 1929, quando a Faculdade de Medicina já fazia parte da Universidade de Minas Gerais, conquistou por concurso, e com nota máxima, o título de Docente-Livre de Ginecologia da Faculdade de Medicina, apresentando a tese *Sobre a etiologia e a terapêutica cirúrgica do prolapso uterino*. Foi indicado pelo próprio Hugo Werneck, em carta dirigida ao diretor da Faculdade de Medicina, para substituí-lo na cátedra de Ginecologia. Posteriormente, um novo desafio: assumir a chefia de Ginecologia da Santa Casa de Belo Horizonte, onde também foi diretor clínico.

Mas o gol de placa foi marcado em 11 de novembro de 1950, quando realizou seu grande sonho, ao inaugurar a segunda escola de Medicina do seu Estado natal, a Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. O credenciamento da escola veio no ano seguinte e as atividades formativas foram iniciadas em 28 de abril de 1955. Exerceu o cargo de professor titular e diretor dessa nova instituição por duas décadas, sem qualquer contrapartida de proventos ou de gratificação.

O Dr. Lucas Machado também foi presidente da Associação Médica de Minas Gerais (AMMG) e da Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (Sogimig), sendo um dos fundadores desta última. Ele teve uma produção científica abundante e participou de numerosos congressos, jornadas, mesas-redondas e simpósios médicos, realizados no Brasil e no exterior. Entre as diversas condecorações recebidas, destaque para a “Medalha de Ordem do Mérito Nacional”, a “Das Grosse Verdienstkreuz” (A Grande Cruz do Mérito), da República Federal da Alemanha; e a “Medalha de Honra das Palmas Acadêmicas”, do Ministério da Educação Nacional da França. O professor Lucas Monteiro Machado morreu em 11 de agosto de 1970.



Lucas Vianna Machado

O Dr. Lucas Vianna Machado poderia ter sido um bem-sucedido esportista. Na adolescência adorava jogar basquete. Mas não só. Praticava também vôlei, saltos ornamentais e atletismo. Na corrida, fez os 100 metros rasos em 10,9 segundos, recorde mineiro na época; e, no salto em distância, atingiu a marca de 6,5 metros. Na hora da faculdade, pensou até em Engenharia e inclusive começou a fazer um cursinho preparatório com esse fim. Mas desistiu no meio do caminho e optou por Medicina.

Decisão diferente dessa seria bem difícil a julgar pelas suas origens. É filho do renomado Lucas Monteiro Machado, uma das principais referências da Medicina nacional, professor titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e herdeiro direto das tradições estabelecidas naquele Estado pelo professor Hugo Werneck.

Lucas Vianna nasceu em Belo Horizonte, em 12 de março de 1936. Começou sua formação na Escola de Aperfeiçoamento (estadual), seguiu para o Colégio 12 de Dezembro até a “admissão”¹ e finalizou esse ciclo no tradicional Colégio Marconi. Assim, pôde dar o próximo passo rumo ao ensino superior, em 1956, quando começou o curso da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG), fundada pelo seu próprio pai, anos antes, sob os auspícios da Santa Casa de Belo Horizonte e, posteriormente, vinculada por certo tempo à Universidade Católica de Minas Gerais (hoje PUC Minas). “Desde o primeiro ano da faculdade, passei a frequentar a enfermaria da Santa Casa, chefiada pelo meu pai. Comecei como fotógrafo dos casos. Eram impressionantes, de câncer de mama avançadíssimos, fístulas vesicovaginais. Aliás, de manhã, quando chegávamos à Enfermaria, tinha aquele cheiro característico de urina, porque eram várias mulheres (com fístulas vesicovaginais) que não tinham retenção. A urina que era formada e ia direto para os colchões”, lembrou o Dr. Lucas Vianna, em depoimento para a série “Memória e Poder”, da Assembleia Legislativa de Minas Gerais.

Graduado em dezembro de 1961, tornou-se assistente da Clínica Ginecológica I da Santa Casa, de 1962 a 1975; preceptor do Curso de Residência 1 e Residência 2 da Clínica Ginecológica da Santa Casa (Serviço do Professor Lucas Monteiro Machado), de 1965 a 1975; professor assistente da Cadeira de Ginecologia da FCM-MG, de 1963 a 1970; professor interino da Cadeira de Ginecologia da FCM-MG, de 1971 a 1975; e, finalmente, em 1975, conquistou a vaga de professor titular da Cadeira de Ginecologia da FCM-MG. O Dr. Lucas Vianna foi ainda presidente da Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (Sogimig). Dentre suas publicações, destaca-se o livro *Endocrinologia Ginecológica*, publicado no ano 2000.

1 Os exames de admissão ao ginásio vigoraram no Brasil de 1931 a 1971. Nesse período, os alunos do Ensino Primário (até a quarta série) que desejassem seguir para o Ensino Ginásial (da quinta à oitava série) tinham de se submeter a provas escritas e orais em quatro áreas de conhecimento.



Luciane Maria Oliveira Brito

Natural de Cururupu (MA), a Dra. Luciane Maria Oliveira Brito nasceu em 14 de abril de 1949 e se graduou pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), em 1973. Decidiu-se pela Ginecologia depois de assistir a uma palestra sobre a importância da colposcopia para o diagnóstico do câncer de colo uterino, realizada em um evento em Salvador (BA). Após o término da conferência, ela procurou o professor que abordou o tema – o Dr. João Paulo Riepler – e quis saber onde ela poderia fazer a Residência Médica e se especializar naquele tema.

Riepler orientou que procurasse o Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. E foi o que ela fez. Na instituição, cursou a Residência e o Mestrado, retornando em seguida para São Luís (MA), onde prestou concurso e foi aprovada como docente da UFMA. Um ano e meio depois, voltou para o Rio de Janeiro para o Doutorado, tornando-se a primeira pessoa do Estado com essa titulação em Ginecologia.

Sua dificuldade para buscar formação, tendo de se deslocar por mais de 3 mil quilômetros, serviu de inspiração para vislumbrar um novo projeto, que favoreceria os médicos locais: o programa de pós-graduação na UFMA. A ideia concebida em 1990 só recebeu a aprovação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) em 2003. O motivo da longa espera? Para se ter um programa como aquele, era necessária a participação de dez doutores, e o Maranhão não tinha essa quantidade de profissionais com essa titulação na especialidade.

“A oportunidade surgiu quando a Capes abriu um programa ‘guarda-chuva’, com o qual podia montar uma pós-graduação com professores de várias especialidades. Assim, corremos atrás e juntamos docentes de endocrinologia, clínica médica e fisioterapia, e conseguimos a aprovação”, lembrou a Dra. Luciane, em depoimento concedido em 2019, quando foi uma das ganhadoras do Prêmio FAPEMA Terezinha Rêgo, concedido pela Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão.

Exerceu com um fervor apostólico sua vida de docente e de pesquisadora. Ajudou a fundar e a coordenar o Biobanco de Tumores e DNA do Maranhão, inaugurado em 2008, onde desenvolveu um importante trabalho voltado a coleta, armazenamento e processamento de amostras teciduais (benignas e malignas), de sangue e de células para investigação de biotecnologia voltada à saúde humana. Além disso, tornou-se coordenadora do Programa de Pós-graduação em Rede em Saúde da Família (Mestrado Profissional) da UFMA, que ajudou a montar.

A Dra. Luciane atuou com Ginecologia e Mastologia, na investigação das patologias ginecológicas associadas ao envelhecimento, bem como no estudo do câncer, em particular nas neoplasias induzidas pelo HPV. Ela morreu em 11 de fevereiro de 2021, aos 72 anos, sendo uma das vítimas que perdeu a vida para a Covid-19.



Hilka Flávia Barra do Espírito Santo

Após acompanhar de perto o tratamento cardíaco recebido pela mãe, Hilka Flávia Barra do Espírito Santo tomou uma decisão: faria da Medicina a sua profissão. “Eu achava lindo o fato de os médicos virem até a nossa casa para cuidar dela e concluí que queria fazer o mesmo quando crescesse”, recorda.

Natural do Rio de Janeiro, ainda criança mudou-se para Manaus (AM), e ali se fixou desde então. Formada pela Universidade Federal do Amazonas em 1988, deixou o Estado por breves intervalos para focar na formação. Entre os anos de 1989 e 1990, por exemplo, foi para o Rio de Janeiro, onde fez a Residência em Ginecologia e Obstetrícia na Santa Casa de Misericórdia; e de 1991 e 1993, se especializou em Mastologia no Instituto Nacional de Câncer. O Mestrado e o Doutorado viriam anos depois e seriam feitos no Amazonas e em São Paulo, respectivamente, e complementariam a missão de Hilka de elevar os rumos da especialidade em uma região do País que ainda carece de profissionais de ponta.

Além dos desafios estruturais, a médica teve de encarar dois grandes obstáculos. O primeiro, há cerca de dez anos, quando foi diagnosticada com câncer de mama. “É complicado estar do outro lado. Eu mesma fiz o meu diagnóstico! Naquele momento tive de ter serenidade para acalmar os que estavam perto de mim. Trouxe tudo o que vivi para a vida profissional. E hoje, quando minhas pacientes recebem o diagnóstico e conhecem a minha história, me têm como referência”, afirma.

Mais recente, o outro momento-limite aconteceu em 2021, durante a pandemia de Covid-19. Após retornar ao trabalho depois de passar vários dias no CTI por conta da doença, Hilka, ainda bastante debilitada, se deparou com o pior dos cenários: a crise de falta de oxigênio em Manaus. O alto número de casos graves e mortes exigiu que os hospitais disponibilizassem quase todos os leitos para atendimentos voltados à Covid-19. Com isso, os pacientes que precisavam fazer cirurgia foram obrigados a esperar, algo ainda mais delicado quando se fala em Oncologia. “Após a quimioterapia, você tem, no máximo, 30 dias para realizar a cirurgia. Se passar desse prazo, o paciente tem de voltar a fazer a quimioterapia, porque senão o tumor volta a crescer”, explica.

Sem perspectiva de que isso fosse ocorrer, Hilka, como coordenadora da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON), teve a ideia de enviar as pacientes para serem operadas no Instituto Nacional de Câncer (Inca). Uma força-tarefa foi montada para que isso ocorresse. Ao final do processo, 22 mulheres foram beneficiadas e hoje, com a saúde restabelecida, levam uma vida normal. Além da alegria de rever as pacientes, a iniciativa rendeu o Prêmio Mulheres Inspiradoras 2021, na categoria Inovação em Câncer de Mama, uma parceria da plataforma Universia, do UOL, com o Instituto Avon.



Manoel João Batista Castello Girão

Dos 61 anos do Dr. Manoel João Castello Batista Girão, 42 deles foram dedicados à Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp). Ali, ele fez a graduação (1979-1984), a Residência Médica (1985-1987), o Doutorado (1990-1992) e a livre-docência. Também foi preceptor de alunos durante a Residência e começou a ministrar as aulas de Ginecologia em 1989. Na trajetória dentro da instituição, conquistou ainda o posto de professor titular de Ginecologia, em 2006; coordenou o Programa de Pós-graduação em Medicina do Departamento; orientou um grande número de teses; e, em 2019, tornou-se diretor da Escola Paulista. Nessa ocasião, sentenciou: “A EPM-Unifesp é a minha segunda casa, onde espero estar até os meus últimos dias. Devemos ter orgulho dos brasões que ostentamos em nossos crachás e aventais”.

De origem humilde, ele nasceu no bairro do Belenzinho, Zona Leste da cidade de São Paulo, em 11 de março de 1961, e era filho único de Mário Castello Girão (funcionário público) e de Catarina Batista Girão. O futuro médico contou com o esforço próprio e da família para se formar. Estudante de escola pública, o Dr. Manoel Girão conseguiu a desejada vaga na EPM e se destacou como acadêmico. “Sempre sonhei ter a capacidade de curar”, afirmou, ao justificar a escolha pela profissão.

O Dr. Manoel Girão teve papel fundamental no desenvolvimento da especialidade e na formação de novos ginecologistas. Com experiência clínica e cirúrgica na especialidade que abraçou, com ênfase em uroginecologia, dedicou-se principalmente à pesquisa sobre biologia celular e molecular das estruturas do assoalho pélvico, uretra e bexiga urinária. Pelo seu trabalho, recebeu diversos prêmios e homenagens dos alunos da casa. “Com uma visão acadêmica e empresarial excepcional, ele revolucionou nesses dois anos a gestão da Escola Paulista. Ele fez uma administração muito mais empática e humanizada com relação a todas as questões envolvendo tanto a academia quanto a população em geral”, destacou o Dr. Fulvio Alexandre Scorza, chefe da Disciplina de Neurologia Experimental da EPM-Unifesp, em entrevista à *Folha de S.Paulo*.

O Dr. Girão foi ainda diretor científico da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp) e, durante a pandemia de Covid-19, mobilizou-se e criou um grupo de voluntariado da EPM, cuja ação permitiu oferecer apoio aos profissionais de Saúde do Hospital São Paulo e também às comunidades carentes do entorno da Unifesp. Mas ele acabaria sendo mais uma das vítimas da doença que lutava para combater. Contaminado pelo coronavírus, foi internado no Hospital Israelita Albert Einstein no dia 19 de agosto de 2021, vindo a falecer em 30 de outubro, data em que se celebra o Dia do Ginecologista.



Geraldo Rodrigues de Lima

Os primeiros anos de vida de Geraldo Rodrigues de Lima foram vivenciados no interior do Estado de São Paulo. Nascido em 25 de abril de 1933, na cidade de Casa Branca, migrou para Sertãozinho ainda criança, por conta do serviço do pai, Armando Joaquim de Lima, que era diretor zootecnista e engenheiro agrônomo. Ali, ele ficou até a adolescência. “Em 1950, resolvi tomar um trem e vir para São Paulo. Sozinho, desci na Estação da Luz e fui morar em uma pensão no bairro de Pinheiros. Logo entrei no Cursinho Oswaldo Cruz, pois era necessário me preparar para entrar na Escola Paulista. Nunca fiz nada além do que Medicina. Desde a infância, minha cabeça é preocupada com Medicina”, afirma (Lima, 2019, *online*).

Ao optar por Medicina, escolheu a Ginecologia e Obstetrícia, cuja especialização foi feita na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp). Nessa instituição, fez carreira e escreveu sua história. Entre 1961 e 1963, obteve o Doutorado; em 1969, a Livre-docência em Obstetrícia; e, em 1974, a Livre-docência em Ginecologia. Os estudos também foram enriquecidos com o Pós-doutorado, feito na Universidade de Londres, focado em Ginecologia e Obstetrícia.

O trabalho na área acadêmica dentro da EPM-Unifesp, passou por várias etapas. Foi professor da Disciplina de Oncologia Genital e Mamária e, a partir de 1995, chefe de Disciplina do Departamento de Ginecologia. Seus conhecimentos também chegaram ao Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo, onde foi diretor do Serviço de Ginecologia.

Preocupado em oferecer aos colegas de profissão um conhecimento abrangente e de qualidade, tornou-se diretor científico da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp) entre os anos de 2016-2017. Mas, apesar de atuar em diferentes vertentes, o Dr. Geraldo Rodrigues de Lima não esconde a sua preferência pela EPM. “Olhando para trás, vejo que a Escola Paulista foi 75% da minha vida. Os outros 25% sobraram para o resto... e o mais importante é que a única coisa que eu queria, além do que já consegui, era viver para sempre, para continuar por aqui. Sempre que entro numa sala de aula, digo aos alunos que a Escola nos dá tudo. Só precisamos ter persistência e determinação, porque a Medicina exige isso”, aconselha (Lima, 2019, *online*).



Vardeli Alves de Moraes

O Dr. Vardeli Alves de Moraes formou-se em Medicina em 1974 pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Optou pela Ginecologia e Obstetrícia, concluindo Residência Médica em 1977, realizada no Hospital Geral de Goiânia (HGG). Conquistou os títulos de Mestrado (1995) e Doutorado (1998) em Obstetrícia na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Ao longo de sua extensa trajetória, foi professor, educador, pesquisador, gestor, presidente da Sociedade Goiana de Ginecologia e Obstetrícia (SGGO) e da Academia Goiana de Medicina (AGM), além de diretor da Faculdade de Medicina onde se graduou. Ingressou na UFG como professor da Faculdade de Medicina em 10 de outubro de 1985, ministrando aulas na disciplina de Obstetrícia.

Órfão de pai aos 7 anos, o Dr. Vardeli nasceu em Itumbiara (GO) e passou a juventude em Ituiutaba (MG). Retornou ao seu estado natal para, com muita luta e persistência, cursar a graduação. “Entrei na UFG como aluno no dia 20 de janeiro de 1969. Esse foi o dia em que saiu o resultado do vestibular”, lembrou o médico por ocasião do recebimento do título de Professor Emérito.

Como pesquisador, o Dr. Vardeli atuou nas áreas de Avaliação da Vitalidade Fetal, Hipertensão na Gestação, Ruptura Prematura das Membranas e Ultrassonografia. Aposentou-se em 7 de maio de 2014 como professor associado da Faculdade de Medicina da UFG, mas continuou na ativa como voluntário da graduação, lecionando as disciplinas de História da Medicina e Bioética. “Durante a minha vida adulta, tive duas honrosas profissões: a de professor e a de médico. Mas não tenho dúvida em afirmar que a que me deu mais prazer em exercê-la foi a de professor”, disse. Em 30 de junho de 2021, foi agraciado com o título de Professor Emérito pela sua contribuição à UFG, sendo o primeiro docente do Departamento de Ginecologia a receber tal honraria. Como empresário, foi um dos fundadores da Ela Maternidade, uma das maiores do estado.

O Dr. Vardeli tinha experiência na área de Medicina, com ênfase em Ginecologia e Obstetrícia, atuando principalmente nos seguintes temas: Bioética, História da Medicina e Ultrassonografia. Na área de Educação Médica, foi participante do Programa de Educadores Médicos promovido pela FAIMER – Brasil. Além disso, era professor voluntário do Mestrado profissional em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da UFG, ministrando a disciplina de Bioética e, na graduação, a disciplina de História da Medicina.

O Dr. Vardeli faleceu em 13 de novembro de 2021, aos 71 anos, deixando um legado duradouro na medicina e na educação, marcando a história da obstetrícia em Goiás.



Marta Curado Carvalho Franco Finotti

O momento mais marcante da trajetória de Marta Curado Carvalho Franco Finotti foi quando, aos 17 anos, passou no vestibular de Medicina na Universidade Federal de Goiás (UFG), em 1974. Semanas depois, ela se depararia com mais uma surpresa do destino – iniciaria o namoro, na festa de confraternização dos novos ingressantes –, em 9 de janeiro de 1975, com o também calouro Hélio Augusto Finotti, com quem se casou seis anos depois.

Graduada em 1980, nasceu em 11 de outubro de 1957 e é a primeira dos oito filhos de Terezinha Curado e Luiz Carlos Carvalho Franco. A residência em Ginecologia e Obstetrícia ocorreu no Hospital Geral do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, entre 1981 e 1983. Nesse período, engravidou das primeiras filhas: Ana Carolina e Ana Paula. Nesse momento também enfrentou um momento desafiador: conciliar a alta carga de trabalho com os cuidados com as crianças. O terceiro filho, Tiago, viria dez anos depois, quando, na época, já atuava como professora da Universidade Federal de Goiás (UFG). A atividade de docência se iniciou em 1987. Na UFG, cursou o doutorado, em 2011, e foi chefe do setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica do Hospital das Clínicas local, entre 2015 e 2021. Atualmente, é parte integrante do corpo clínico da Humana Medicina Reprodutiva e do Centro Avançado de Endoscopia Ginecológica.

Atuante em várias vertentes da especialidade, a Dra. Marta segue a rotina de atendimento em consultório e na docência. Ela atuou por 35 anos na Secretaria da Saúde do Estado de Goiás e, associativamente, ocupou vários postos no decorrer dos anos. Foi presidente da Sociedade Goiana de Ginecologia, entre 1992 e 1996; diretora executiva da Fundação de Apoio ao Hospital das Clínicas (2001-2003) e da Fundação de Apoio à Pesquisa (2003-2006), ligadas à UFG; diretora-geral do Hospital e Maternidade Dona Íris, durante a pandemia; primeira mulher a presidir o Congresso Brasileiro promovido pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), em 1999, quando o evento aconteceu em Goiás; e de 2020-2024 atuou como vice-presidente da região Centro-Oeste da entidade.

A versatilidade dentro da especialidade foi reconhecida em 2020, ao ser escolhida para integrar a Academia Goiana de Medicina como titular da cadeira 14 da entidade. Em 2023, recebeu uma nova honraria, com o convite para ser titular da cadeira nº 30 da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago). “Ser reconhecida junto aos pares, depois de 44 anos de formada, foi uma grande emoção para mim. Considero que é algo similar à sensação que tive ao passar no vestibular. A Medicina sempre foi uma inspiração, uma missão que quis trazer e trouxe para a minha vida”, conclui.



Posfácio

Com quantos conhecimentos se faz um bom profissional de Ginecologia e Obstetrícia? A julgar pela quantidade de assuntos que são tratados dentro dos consultórios, dá para mensurar o quanto esses médicos são exigidos. De aborto a vaginose, de amenorreia a miomas uterinos, passando por cistos (nos ovários ou nas mamas), cânceres dos mais diversos tipos, cólicas menstruais, disfunções genitais, concepção, anticoncepção, endometriose, infertilidade, infecções sexualmente transmissíveis, climatério, menopausa, pré-natal e tantos outros mais. Nesta nova especialidade, com tantas atribuições, foi preciso que os profissionais se adaptassem para sobreviver. Fizeram isso ampliando seus conhecimentos para um nível nunca antes visto até então, investindo em contínua capacitação. O resultado foi a evolução rápida das técnicas e terapêuticas, fato que se converteu em benefício para as mulheres.

A Ginecologia e a Obstetrícia é uma especialidade grande demais para caber em uma só, que, de tão complexa, foi ao longo do tempo se dividindo em diversas áreas do conhecimento, nascendo daí especialistas em cirurgia laparoscópica avançada, ginecologia pediátrica, medicina

materno-fetal, medicina pélvica-feminina, oncologia ginecológica, entre outras. Como demonstrado ao longo desta obra, essa especialidade mudou muito desde James Marion Sims. E seguirá evoluindo nesta era em que procedimentos robóticos são uma realidade e que a inteligência artificial se descortina, mostrando um novo horizonte e um novo futuro.

Ginecologia e Obstetrícia são irmãs bem diferentes, é verdade, mas que seguem unidas indefinidamente, desde as primeiras décadas do século 20, enlaçadas pelo mesmo fio condutor desta história: a mulher, em toda a sua complexidade. E haja profissionais! São quase 40 mil registros de médicos especialistas, o que faz da G&O a quarta maior prática médica do Brasil, atrás apenas de Clínica Médica, Pediatria e Cirurgia Geral. Seu rosto é cada vez mais feminino – mais de 60% são mulheres.

A divisão geográfica dos profissionais, contudo, ainda é mal distribuída. Enquanto se encontram no Acre menos de 100 tocoginecologistas, no Estado de São Paulo são mais de 10 mil. Com relação à faixa etária, 40% têm 55 anos ou mais.

“Diante de tudo que se avizinha para a nossa especialidade, a minha expectativa maior, e porque não dizer o meu grande sonho, é que não nos percamos em tecnicismos e continuemos a prover atendimento competente, atencioso, respeitoso e comprometido. De igual maneira, que continuemos a merecer manifestações de reconhecimento e gratidão das nossas pacientes em qualquer situação apresentada e em qualquer momento de suas vidas”, afirma Dr. César Eduardo Fernandes, primeiro presidente da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia.

Mas, segundo ele, tão importante quanto alegrar-se com o passado e ser grato pelo presente, é encarar o futuro sem medo. “Tenho grande esperança de que conseguiremos passar para as gerações mais jovens de especialistas em G&O que devemos nos manter fiéis a essas referências que herdamos dos nossos antigos mestres e que tanto nos orgulham no convívio cotidiano com nossas pacientes. Essa foi a marca registrada de nossa especialidade ao longo do tempo”, finaliza Dr. César, no que, certamente, concordariam Fernando de Magalhães, Arnaldo de Moraes, Jorge de Rezende, Bussâmara Neme, Raul Carlos Briquet, José Bonifácio Medina, Furquim Werneck (pai e filho), José Adeodato de Souza, Salim Wehba, Maria Augusta Generoso Estrella, Rita Lobato Velho e tantos outros que ajudaram a fazer com que a Ginecologia e Obstetrícia brasileira tivessem passado, presente e futuro.

Linha do tempo

6 ou 7 mil a.C.

Primeira representação do parto é registrada na Turquia.

1280

Na Idade Média, abrir o abdome para retirar um bebê torna-se obrigatório no caso da morte da parturiente.

1500

Na Suíça, o castrador de porcos Jacob Nufer realiza a primeira cesariana em mulher viva, que sobrevive, bem como o bebê.

1549

Diego de Castro chega ao Brasil. Ele é considerado o primeiro boticário do País.

1745

10 de novembro: nasce José Corrêa Picanço, o “Barão de Goyana”, Patrono da Obstetrícia Brasileira.

1772

O químico inglês Joseph Priestley descobre o óxido nitroso, o gás do riso. Entretanto, é somente em 1840 que o dentista Horace Wells inala esse gás para extrair seus próprios molares.

1806

O alemão Philipp Bozzini (1773-1809) desenvolve o *Lichtleiter*, um dispositivo com iluminação interna voltado a observar o interior do corpo humano. Assim ele inaugura a era da endoscopia.

1808

22 de janeiro: chegada da Família Real ao Brasil, a partir da Bahia de Todos os Santos, em Salvador (BA).

18 de fevereiro: é oficializada a fundação de uma escola voltada ao ensino médico no Brasil: a Escola de Cirurgia da Bahia.

5 de novembro: o Hospital Militar do Morro do Castelo cede espaço à Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.

1809

25 de dezembro: Ephraim MacDowell realiza sua histórica ooforectomia (remoção de um ou dois ovários), com a qual extraiu um tumor de mais de dez quilos de Jane Crawford.

1813

25 de janeiro: nasce James Marion Sims, no Condado de Lancaster, na Carolina do Sul.

1815

29 de dezembro: A Carta Régia leva mudanças à Escola de Cirurgia da Bahia, que entra em vigor em 17 de março do ano seguinte.

1822

José Corrêa Picanço realiza a primeira cesariana no Brasil em uma mulher viva, na qual sobreviveram mãe e filho. A façanha teria sido realizada no Hospital Militar do Recife.

1826

As instituições da Bahia e do Rio de Janeiro ganham autonomia para revalidar diplomas estrangeiros e fornecer cartas de Cirurgião e de Cirurgião Formado.

1830

Instituído dentro das Faculdades de Medicina o Curso de Partos, voltado para que mulheres pudessem ter uma formação mais completa e serem diplomadas.

1832

3 de outubro: reorganização das Escolas de Medicina, que passam a se chamar Faculdades de Medicina, em proposta apresentada pelo Dr. José Lino Coutinho.

1833

Maria Josephina Mathilde Durocher (a Madame Durocher) se inscreve no Curso de Partos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e se torna a primeira mulher no Brasil a obter o diploma de parteira.

1840

O pesquisador escocês James Young Simpson descobre as propriedades anestésicas do clorofórmio.

1846

16 de outubro: depois de anestesiado com éter pelo dentista William Thomas Green Morton, o jovem Gilbert Abbott teve retirado um tumor do pescoço pelo cirurgião Collins Warren.

20 de março: Ignaz Semmelweis é nomeado assistente do diretor e chefe de Residentes na Clínica de Maternidade do Hospital Geral de Viena. Ao investigar a febre puerperal, é demitido naquele mesmo ano ao sugerir que médicos e estudantes lavassem as mãos antes de manipularem as parturientes.

1847

25 de maio: é realizado o primeiro procedimento com anestesia geral sob éter, no Hospital Militar do Rio de Janeiro, pelo médico Roberto Jorge Haddock Lobo.

Surge dentro da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro a primeira enfermaria especial para partos.

1848

18 de fevereiro: o professor Manuel Feliciano Pereira de Carvalho realiza, na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, o primeiro procedimento no Brasil com anestesia geral à base de clorofórmio.

1853

O médico John Snow (1813-1858) usa clorofórmio para anestesiá-la rainha Vitória (1819-1901) durante o parto do príncipe Leopold, seu nono filho.

1865

12 de agosto: o escocês Joseph Lister usa a vaporização de ácido carbólico (ácido fênico) como meio de desinfecção do campo operatório, durante a cirurgia em um garoto com fratura exposta da tíbia.

1849

James Marion Sims realiza a primeira cirurgia de fístula vesicovaginal com recuperação completa, utilizando fios de prata, em Baltimore (EUA). A paciente era Anarcha, uma das três mulheres que o médico mantinha escravizadas.

1855

4 de maio: James Marion Sims funda o Woman's Hospital, o primeiro dos Estados Unidos voltado exclusivamente para o público feminino.

1870

Surgimento das cadeiras de Obstetrícia nas Faculdades de Medicina do Brasil.

1876

O obstetra Edoardo Porro, nascido em Pádua, obteve sucesso na operação cesariana, conseguindo preservar a vida da mãe e da criança.

1881

A carioca Maria Augusta Generoso Estrella se torna a primeira mulher brasileira a obter o diploma de Medicina, expedido pelo *New York Medical College and Hospital for Women*.

1883

13 de novembro: morre James Marion Sims.

1887

A gaúcha Rita Lobato Velho se torna a primeira mulher a se formar em Medicina em território brasileiro. Obtém o diploma pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), aos 21 anos, e se especializa em Obstetrícia.

1894

O cirurgião nova-iorquino William Halsted (1852-1922) descreve a mastectomia radical, primeiro procedimento cirúrgico voltado ao tratamento do câncer de mama.

Inaugurada a Maternidade São Paulo, a primeira do Brasil, a partir da iniciativa do Dr. Bráulio Joaquim Gomes (1854-1903)

1898

25 de julho: nasce a Faculdade de Medicina de Porto Alegre, hoje Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), resultado da fusão da Escola Livre de Farmácia e Química Industrial e o Curso de Partos.

1904

Fundada a Maternidade das Laranjeiras, no Rio de Janeiro, com o objetivo de atender às gestantes das classes mais populares. Hoje é a Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

1905

1º de março: incêndio de grandes proporções destrói parte da Faculdade de Medicina da Bahia. Só na biblioteca, cerca de 14 mil obras e 22 mil volumes são perdidos.

1909

31 de janeiro: a Faculdade de Medicina da Bahia é reinaugurada, tendo como diretor o Dr. Alfredo Britto.

1910

Hans-Christian Jacobaeus estabelece a toracoscopia, procedimento em que um endoscópio é introduzido pela parede do tórax para permitir a visualização do espaço torácico, mas fora dos pulmões.

30 de outubro: é inaugurada no bairro de Nazaré, em Salvador, a Maternidade Climério de Oliveira.

1911

José Adeodato de Souza se torna o primeiro professor da cátedra de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Bahia. No Rio de Janeiro, o posto fica para Érico Coelho.

Março: nasce a Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, tendo como um de seus fundadores o Dr. Hugo Werneck.

1913

O cirurgião judeu-alemão Albert Solomon realiza a primeira mamografia, examinando uma mama removida após mastectomia.

1916

Hugo Werneck inaugura a Maternidade Hilda Brandão, a primeira de Belo Horizonte.

1920

Junho: morre, aos 53 anos, o Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, que por muitos é considerado o criador da Ginecologia Operatória no Brasil.

Duas novas tecnologias de diagnósticos revolucionárias rompem as práticas em vigor: a colposcopia e a citologia.

1921

29 de março: Dr. Fernando Magalhães funda a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Brasil, com sede no Rio de Janeiro.

1925

O médico alemão Hans Hinselmann publica o primeiro artigo sobre a técnica que batizou de colposcopia.

1929

Setembro: fundação do *British College of Obstetricians and Gynaecologists*.

1936

Doutor Arnaldo de Moraes funda a Sociedade Brasileira de Ginecologia, em 1936, com sede no Rio de Janeiro.

Foi criada na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil (no Rio de Janeiro) a Cátedra de Ginecologia dissociada da Cátedra de Cirurgia.

1940

Setembro: acontece o I Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO), realizado no Rio de Janeiro sob a liderança do Dr. Arnaldo de Moraes.

1941

Francisco Victor Rodrigues, discípulo de Arnaldo de Moraes e secretário de redação do *Annaes Brasileiros de Ginecologia*, introduz os estudos sobre citologia na Clínica Ginecológica da Universidade do Brasil.

George Papanicolaou e Herbert Traut apresentam seus achados à comunidade científica no artigo *The Diagnostic Value of Vaginal Smears in Carcinoma of the Uterus*, que foi publicado no *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.

1943

Tem início as Semanas Cariocas-Paulistas, promovidas pela Sociedade Brasileira de Ginecologia e a Seção de Obstetrícia e Ginecologia da Associação Paulista de Medicina (APM).

1944

19 de abril: inauguração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).

1945

O Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP) cria o primeiro programa de Residência Médica do Brasil, no caso, em ortopedia.

2 de junho: fundada, em Belo Horizonte, a Associação de Obstetras e Ginecologistas de Minas Gerais (Sogimig).

Agosto: nascem as Jornadas Mineiro-Paulistas de Ginecologia e Obstetrícia, sendo Belo Horizonte a sede da primeira edição.

Novembro: acontece a primeira Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, em São Paulo, ideia trazida por Alberto Francia Gomes Martins.

1950

Maternidade Climério de Oliveira abriga o primeiro Centro de Reprodução Humana do Brasil

1951

26 de janeiro: é fundada a Associação Médica Brasileira (AMB).

O químico mexicano Luís Miramontes descobre como extrair progesterona sintética de plantas, permitindo a produção da substância pela indústria farmacêutica.

1956

John Rock e Gregory Pincus se fixam em Porto Rico e lá testam sua pílula anticoncepcional, a primeira que chegará ao mercado, em cerca de 1,5 mil mulheres.

1957

Chega ao mercado americano o Enovid 10 mg, produzido pelo laboratório G.D. Searle e recomendado, inicialmente, para tratamento de irregularidades menstruais, antes de ser vendido como contraceptivo.

Basil Hirschowitz apresenta, durante um encontro realizado pela Sociedade Americana de Gastroscoopia, seu protótipo de endoscópio com fibra óptica.

1959

30 de outubro: nasce, na cidade de Belo Horizonte (MG), a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), durante a XI Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (JBGO).

1960

18 de agosto: o Enovid, da G.D. Searle, passa a ser vendido nos Estados Unidos como anti-concepcional, o primeiro da história.

1961

6 de abril: morre o Dr. Arnaldo de Moraes, quando ocupava a presidência da Febrasgo.

1962

As pílulas anticoncepcionais começam a ser comercializadas no Brasil.

O húngaro George Berci apresenta a primeira câmera em miniatura para uso com endoscópio, fato que contribuiu para o desenvolvimento da videoendoscopia.

1963

Robert A. Wilson publica o artigo *Specific procedures for the elimination of the menopause*, tornando-se o precursor da Terapêutica de Reposição Hormonal (TRH) no mundo. Mas a popularização do seu nome vem com *Feminine Forever*, de 1966, livro voltado ao público leigo.

1964

Siemens lança o Fluidograph, equipamento de mamografia sem compressão, em que as mamas são imersas no álcool.

1966

General Electric lança seu primeiro equipamento especializado em mamografia. As imagens eram registradas em filme, que depois era revelado.

1967

A Febrasgo estabelece o Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (Tego).

1968

25 de julho: o papa Paulo VI assina a encíclica *Humanae Vitae*, em que se posiciona contra o uso das pílulas anticoncepcionais, ao proibir a contracepção por meios exclusivamente artificiais.

1970

Vem a público pesquisas ressaltando os efeitos adversos das pílulas anticoncepcionais.

1973

Fevereiro: A Febrasgo lança a revista *Femina*.

Chegam ao Brasil os primeiros aparelhos de ultrassom. Neste ano, o Centro de Monitoragem de Parto da Maternidade São Paulo recebe o seu Vidoson 635, fabricado pela Siemens.

1977

Decreto nº 80.281 estabelece a Residência Médica no Brasil, uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos.

1978

25 de julho: nasce na cidade de Bristol (Inglaterra), no Hospital Geral de Oldham, no Norte da Inglaterra, a pequena Louise Joy Brown, considerada oficialmente o primeiro bebê humano obtido com os avanços da fertilização *in vitro*.

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) reconhece a ultrassonografia como ferramenta para o toginecologista.

1979

A Febrasgo lança a *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* (RBGO).

1980

Robert Geoffrey Edwards e Patrick Christopher Steptoe fundam a Bourn Hall, primeira clínica de fertilização *in vitro* do mundo, situada em Cambridge, Inglaterra.

1982

Surgem no Brasil os primeiros laboratórios especializados em Reprodução Humana da América do Sul: um na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e o outro no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Lançado o ultrassom endovaginal (ou transvaginal).

1983

O Ministério da Saúde elabora o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que é publicado no ano seguinte.

1984

7 de outubro: nasce em São José dos Pinhais, Paraná, Anna Paula Caldeira, a primeira “bebê de profeta” brasileira, também primeira em toda a América Latina.

4 de dezembro: morre o pesquisador americano John Rock, que, ao lado de Gregory Pincus, desempenhou importante papel no desenvolvimento da primeira pílula anticoncepcional.

1985

O alemão Erich Mühe realiza pioneiramente uma colecistectomia laparoscópica, que ajudou a popularizar as técnicas minimamente invasivas.

É lançada a PUMA 200 (Máquina Universal Programável para Montagem), primeira plataforma robô empregada em humanos, destinada à realização de biópsias neurocirúrgicas.

1986

O Dr. Marcelo Zugaib assume como professor titular de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sucedendo ao Dr. Bussâmara Neme.

1988

Outubro: o Congresso Mundial de Ginecologia e Obstetrícia, promovido pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo), é realizado no Rio de Janeiro e se torna o maior encontro científico já realizado no País até então, reunindo 9 mil participantes.

1992

É desenvolvida, na Bélgica, a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI), um importante aliado contra questões relacionadas à infertilidade masculina.

1994

Lançado o AESOP 1000 (Sistema Endoscópico Automatizado para Posicionamento Ideal), primeiro modelo de braço robótico aprovado e controlado por pedais.

1999

Lançada no Brasil a “pílula do dia seguinte”, voltada a prevenir gestações não planejadas em mulheres que tiveram relações sexuais desprotegidas e nos casos de falha do método contraceptivo regular e de violência sexual.

2000

A taxa de fecundidade no Brasil cai de quatro (em 1980) para 2,2 filhos.

2001

11 de setembro: é realizada a Operação Lindbergh, que foi a primeira cirurgia robótica intercontinental. Usando a plataforma Zeus, o cirurgião Jacques Marescaux, de Nova York (EUA), realizou uma colecistectomia (retirada da vesícula biliar) em uma paciente de 68 anos, que se encontrava em Estrasburgo (França).

2002

Apresentado o estudo *Women's Health Initiative* (WHI), patrocinado pelo *National Institutes of Health* (NIH) dos Estados Unidos, que lança muitas dúvidas sobre o uso da terapêutica hormonal durante o climatério.

2010

O biólogo britânico Robert Geoffrey Edwards recebe o Prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia pelo desenvolvimento da técnica de fertilização *in vitro*, que permitiu o nascimento de uma geração de “bebês de proveta”. O obstetra e ginecologista Patrick Christopher Steptoe, morto em março de 1988 e que colaborou com o desenvolvimento da técnica, não foi elegível porque o prêmio não é concedido postumamente.

2015

Outubro: análise feita pela médica obstetra paraibana Adriana Suely de Oliveira Melo revela a presença do vírus zika no líquido amniótico de um bebê com microcefalia.

2018

Rossana Pulcineli Vieira Francisco assume a presidência da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp), e se torna a primeira mulher a ocupar o cargo desde a fundação da entidade, em 1989.

Sob a presidência do Dr. César Eduardo Fernandes (2016-2019), a Febrasgo recebe, pela segunda vez, o Congresso Mundial da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo). Neste evento, também são lançadas duas importantes obras: o Tratado de Ginecologia Febrasgo e o Tratado de Obstetrícia Febrasgo.

2020

Depois de alcançar a marca de seis filhos na década de 1960, a taxa de fecundidade brasileira cai para 1,65.

2022

Setembro: publicado pelo Conselho Federal de Medical novas normas técnicas para a Reprodução Assistida no Brasil, através da Resolução nº 2320/2022.

É sancionada, em 27 de dezembro, a Lei 14510/22, regulamentando a prática da Telessaúde no Brasil.

2023

A gaúcha Maria Celeste Osório Wender é eleita a primeira mulher para ocupar a presidência da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

23 de junho: acontece em São Paulo a cerimônia de fundação da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago), que tem como presidente o Dr. César Eduardo Fernandes.

Referências

1

UMA VIAGEM AO PASSADO

FARRELL, Elaine Cristine dos Santos Pereira. Ginecologia e Obstetrícia pré-moderna: teoria e prática. POIEMA - Pólo Interdisciplinar de Estados do Medievo e da Antiguidade, 12 mar. 2024. Disponível em: <https://bit.ly/GOPrémoderna>. Acesso em: 10 abr. 2024.

KING, Helen. A brief history of pregnancy tests – from toads and rabbits to rosewater. *The Conversation*, 18 mar. 2024. Disponível em: <https://bit.ly/Theconversationpregnancy>. Acesso em: 28 mar. 2024.

LEE, Jen-Der. *Childbirth in early Imperial China*. 2005. Disponível em: <https://bit.ly/partochinaimperial>. Acesso em: 3 jan. 2024.

LOPES, Octacílio de Carvalho. *A Medicina no Tempo – Notas de História da Medicina*. São Paulo: Editora Melhoramentos, 1970.

MACHADO, Emerson Godoi Cordeiro. O parto na Antiguidade. *Núcleo Bem Nascer*, 2015. Disponível em: <https://www.nucleobemnascer.com/noticia/o-parto-na-antiguidade>. Acesso em: 10 jan. 2024.

MALDONADO, Maria Tereza. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. In: PARENTE, Raphael Câmara Medeiros; PARENTE, Raphael Câmara Medeiros; FILHO, Olímpio Barbosa Moraes; FILHO, Jorge de Rezende; BOTTINO, Nathalia Gravina; PIRAGIBÉ, Pollyana; LIMA, Diego Trábulsi; GOMES, Danielle Orlandi. A história do nascimento (parte 1): cesariana. *Femina*, São Paulo, v. 38, n. 9, p. 481-486, set. 2010.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *A Medicina da Mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX*. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2000. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1588983>. Acesso em: 10 jan. 2024.

PARENTE, Raphael Câmara Medeiros; FILHO, Olímpio Barbosa Moraes; FILHO, Jorge de Rezende; BOTTINO, Nathalia Gravina; PIRAGIBÉ, Pollyana; LIMA, Diego Trábulsi; GOMES, Danielle Orlandi. A história do nascimento (parte 1): cesariana. *Femina*, São Paulo, v. 38, n. 9, p. 481-486, set. 2010.

PAŘÍZEK A., DRŠKA V., ŘÍHOVÁ M. Prague 1337, the first successful caesarean section in which both mother and child survived may have occurred in the court of John of Luxembourg, King of Bohemia. *Obstetrics Forum*, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/Beatriceparto1337>. Acesso em: 12 mar. 2024.

ROSENBERG, Karen R; TREVATHAN, Wenda R. *A evolução do nascimento humano*. Universidade Federal de

Minas Gerais (UFMG). [s.d.]. Disponível em: <https://bit.ly/Aevolucadonascimentohumano>. Acesso em: 25 mar. 2024.

STROUHAL, Eugen. *A vida no Antigo Egito*. Barcelona: Ediciones Folio, 2007.

2

OS ESTADOS UNIDOS COMO O BERÇO DA GINECOLOGIA

AGÊNCIA EFE. Descoberto câncer de mama em múmia egípcia. *Galileu*, 27 mar. 2015. Disponível em: <https://bit.ly/cânceremmumia>. Acesso em: 12 mar. 2024.

BUENO, Eduardo. *O sonho de Carmen – Como a sociedade ajudou a transformar a história do câncer no Brasil*. São Paulo: Fundação Antônio Prudente, 2015.

IKARD, Robert W. Surgical operation on James K. Polk by Ephraim McDowell or the search for Polks's gallstone. *Tennessee Historical Quarterly*, v. 43, n. 2, p. 121-131, Summer 1984. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/42626441>. Acesso em: 4 fev. 2024.

REIS, Bruna. Câncer – a trajetória da doença. *Superinteressante*, 1 set. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3WMA-CBM>. Acesso em: 4 fev. 2024.

3

A OFICIALIZAÇÃO DO ENSINO MÉDICO NO BRASIL

CABRAL, Dilma. *Escola de Cirurgia da Bahia*. [s.d.]. Disponível em: <https://bit.ly/escoladecirurgiadabahia>. Acesso em: 10 jan. 2024.

CARVALHO, Joaquim Barradas de. O descobrimento do Brasil através dos textos: edições críticas e comentadas. *Revista de História*, São Paulo, v. 35, n. 71, p. 181, 1967.

CREMEPE – Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco. Criadas as primeiras escolas de medicina. *Crepepe*, 2008. Disponível em: <https://bit.ly/criadasasprimeirasescolasdemedicina>. Acesso em: 23 jan. 2024.

DEL PRIORE, Mary. Ritos da vida privada. In: NOVAIS, Fernando A (Org.). *História da vida privada no Brasil*. v. 1. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

- ESCOLA DE CIRURGIA DA BAHIA. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1970)*. [s.d.]. Disponível em: <https://bit.ly/dicionarioescoladecirurgiadabahia>. Acesso em: 12 jan. 2024.
- FERREIRA, L. O., FONSECA, M. R. F., EDLER, F. C. A faculdade de medicina do Rio de Janeiro no século XIX: a organização institucional e os modelos de ensino. In: DANTES, M. A. M., ed. *Espaços da Ciência no Brasil: 1800-1930*. Rio de Janeiro: Editora Fio-cruz, 2001, p. 57-80. História e saúde collection. ISBN: 978-65-5708-157-0. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081570.0004>. Acesso em: 12 jan. 2024.
- GOMES, Laurentino. 1808: como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a história de Portugal e do Brasil. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2007.
- GOMES, Ordival Cassiano. Fundação do ensino médico no Brasil. Trabalho apresentado no 1º Congresso de História da Bahia, realizado em Salvador, entre os dias 19 e 29 de março de 1949.
- GUIMARÃES, Mário V. 1808: um pernambucano na Corte. *Sociedade Brasileira de História da Medicina*, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/1808umpernambucanona-corte>. Acesso em: 28 jan. 2024.
- MONIZ, Gonçalves. *A medicina e sua evolução na Bahia*. Faculdade de Medicina da Bahia - do número especial do Diário Oficial de 2 de julho de 1923, comemorativo da Independência da Bahia, p. 20. Obras Raras Fiocruz, 1923.
- PRATA, Pedro Reginaldo. Duzentos anos de formação médica no Brasil: onde e quando devem ser comemorados? *Interface*, Botucatu, v. 14, n. 33, jun. 2010. Disponível em: <https://bit.ly/formacaomedica>. Acesso em: 10 jan. 2024.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Comissão Permanente de Arquivo. Dr. Prof. Manuel José Estrela. Universidade Federal da Bahia, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/manueljoseestrela>. Acesso em: 12 jan. 2004.
- 4**
- DAS PARTEIRAS AOS MÉDICOS: UMA SOCIEDADE EM TRANSFORMAÇÃO**
- BRENES, Anayansi Correa. História da Parturição no Brasil, Séc XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, abr./jun. 1991. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/338/676>. Acesso em: 20 abr. 2024.
- BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. O Incêndio da Faculdade de Medicina da Bahia em 1905. *Universidade Federal da Bahia (UFBA)*, [s.d.]. Disponível em: <https://bit.ly/incendiofaculdadebahia>. Acesso em: 15 abr. 2024.
- GANDELMAN, Luciana Mendes. A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos séculos XVI a XIX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 8, n.3, dez. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702001000400006>. Acesso em: 15 mar. 2024.
- HISTORY OF SCIENCE. Luiz Teixeira – História do Parto no Brasil. *YouTube*, 11 jan. 2022. Disponível em: <https://bit.ly/historiadoparto>. Acesso em: 25 abr. 2024.
- MOTT, Maria Lúcia. Deve ou Não Haver Parteias? *Cadernos de Pesquisa*, n. 108, pág. 133-160, nov. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/4SSCrwBY4twT-4qSdsRYnWqm/>. Acesso em: 20 abr. 2024.
- ROHDEN, Fabíola. Histórias e Tensões em Torno da Medicalização da Reprodução. *Revista Gênero*, Niterói, v. 6, n. 1, p. 213-224, 2006. Disponível em: <https://ieg.ufsc.br/public/storage/articles/October2020/02112009-122100rohdn.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2024.
- ROHDEN, Fabíola. *Uma Ciência da Diferença: Sexo e Gênero na Medicina da Mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. Disponível em: <https://abrir.link/XUcae>. Acesso em: 25 jun. 2024.
- 5**
- O DESENVOLVIMENTO DA TOCGINECOLOGIA NO BRASIL A PARTIR DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**
- FREITAS, Patrícia. Os periódicos médicos – A Revista de Ginecologia e D'Obstetria. *Ágora*, Florianópolis, v. 20, n. 41, p. 35-49, 2005.
- KIEFER, SanDra. Antigos sanatórios para tratar tuberculosos viraram hospitais de referência em BH. *Estado de Minas Gerais*, 10 ago. 2015. Disponível em: <https://bit.ly/4duJ92v>. Acesso em: 30 abr. 2024.
- MARQUES, Rita de Cássia. A maternidade Hilda Brandão de Belo Horizonte: Medicina e Caridade. *Revista Gênero. Niterói*, v. 6, n. 1, p. 157-172, 2005.
- MARTINS, Ana Paula Vosne. *A Medicina da Mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetria e da ginecologia no século XIX*. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2000. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1588983>. Acesso em: 10 jan. 2024.
- MARTINS, Ana Paula Vosne. A obstetria e a ginecologia no Brasil. In: *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. Disponível em: <https://bit.ly/4aFm1fS>. Acesso em: 14 abr. 2014.
- MARTINS, Ana Paula Vosne. História da maternidade no Brasil: Arquivos, fontes e possibilidades de análise. *Anpuh – XXIII Simpósio Nacional de História*, Londrina, 2005. Disponível em: <https://bit.ly/3Tohsig>. Acesso em: 24 mar. 2024.
- O CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA. *O Brasil-Médico*, n. 9, set. 1888.
- SÁ, Dominichi Miranda. *A ciência como profissão médicos, bacharéis e cientistas no Brasil (1895-1935)* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. Disponível em: <https://bit.ly/3TVF8uT>. Acesso em: 9 abr. 2024.
- SILVA, Márcia Regina Barros da. *O mundo transformado em laboratório: ensino médico e produção de conhecimento em São Paulo de 1891 a 1933*. 2003. Tese (Doutorado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-01032005-111148/publico/2003_MarciaBarrosdaSilva.pdf. Acesso em: 20 abr. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. *DGO 50 anos* / Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. Porto Alegre: UFRGS/FAMED, 2018.

6

A AUTONOMIA DA TOCGINECOLOGIA E A INTRODUÇÃO DA COLPOSCOPIA

LANA, Vanessa. Experiência mineira no controle do câncer do colo do útero em meados do século XX: o Hospital de Ginecologia de Belo Horizonte. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, v. 27, n. 4, out.-dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000500004>. Acesso em: 31 maio 2024.

LANA, Vanessa. *Ferramentas, práticas e saberes: a formação de uma rede institucional para a prevenção do câncer do colo do útero no Brasil - 1936-1970*. 257 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/16312>. Acesso em: 25 maio 2024.

LANA, Vanessa. Organização da especialidade médica e controle do câncer do colo do útero no Brasil: o Instituto de Ginecologia do Rio de Janeiro em meados do século XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, n.3, jul.-set. 2016, p.683-701. Disponível em: <https://www.scielo.br/hj/hcsm/a/FYpjbmmDYD3pZG7ZLCFr-3Q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 mai. 2024.

LUZ, Nilo Pereira. *O Diagnóstico Precoce do Câncer Uterino*. Trabalho apresentado ao Departamento de Cirurgia da Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS), na sessão de 23 de julho de 1953. Disponível em: <https://bit.ly/4eiDYTJ>. Acesso em: 1 jun. 2024.

MORAES, Arnaldo de. O valor do chamado Dispensário preventivo na luta contra o câncer genital feminino. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, v. 33, n. 1, p. 15-28, 1952.

MORGADO, Patrícia; OLIVEIRA, Oldair. *Memórias da Febrasgo* – Da concepção à maturidade. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2020.

NAUD, Paulo et al. História da colposcopia: do invento de Hinselmann aos ensaios clínicos atuais. *Femina*, v. 34, n. 9, p. 597-605, set. 2006.

TEIXEIRA, Luiz Antonio. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção ao câncer de colo do útero no Brasil. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, v. 22, n. 1, jan-mar 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000100013>. Acesso em: 31 maio 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Instituto de Ginecologia. 2020. Disponível em: <https://ig.ufrj.br/historia>. Acesso em: 1 jun. 2024.

7

ENTRE FÓRCEPS E CESARIANAS HEROICAS

BOECHAT, Jacqueline; GOMES, Haendel. Ignaz Semmelweis: as lições que a história da lavagem das mãos ensina. *Agência Focruz*, Rio de Janeiro, 13 abr. 2020. Disponível em: <https://encurtador.com.br/RJnOi>. Acesso em: 20 jun. 2024.

LÓPEZ, Alberto. Ignaz Semmelweis, o médico que descobriu como evitar contágios apenas lavando as mãos. *El País*, 20 mar. 2020. Disponível em: <https://encurtador.com.br/vqGtz>. Acesso em: 20 jun. 2024.

8

UM SÉCULO DE ASSOCIATIVISMO NA ESPECIALIDADE

BRAGA, Antonio. *Navigare necesse, vivere non est necesse*. 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3KD9mP6>. Acesso em: 9 mar. 2024.

MORGADO, Patrícia; OLIVEIRA, Oldair. *Associação Médica Brasileira* – História e construção da verdadeira casa dos médicos do Brasil. São Paulo: AMB, 2023.

SEGUNDO dia de congresso destaca conteúdos e atuação de primeira presidente mulher da Febrasgo. *Febrasgo*, 16 nov. 2023. Disponível em: <https://bit.ly/4emWo5j>. Acesso em: 10 jun. 2024.

9

UM SALTO EVOLUTIVO NA HISTÓRIA DA CONTRACEPÇÃO

ANTICONCEPCIONAL faz 40 anos. *Tribuna da Imprensa, Ciência e Comportamento*, 11 maio 2000.

ARIE, Wilson Maça Yuri; FONSECA, Angela Maggio da; BAGNOLI, Vicente Renato; BARACAT, Edmund Chada (Ed.). *História da Anticoncepção*. São Paulo: Leitura Médica, 2009.

BURKEMAN, Oliver. HRT study canceled over cancer and stroke fears. *The Guardian*, 10 jul. 2022. Disponível em: <https://www.theguardian.com/society/2002/jul/10/research.medicalscience>. Acesso em: 17 jun. 2024.

CLIMATÉRIO OU MENOPAUSA. Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo, [s.d.]. Disponível em: <https://bit.ly/3Rtm9ap>. Acesso em: 15 jun. 2024.

FREITAS, Patrícia. Quando a menopausa transformou-se em doença: Considerações sobre a menopausa e Dr. Robert Wilson, precursor da Terapia de Reposição Hormonal. *Revista Alpha*, n. 9, 2008.

MATOS, Maria Clara. O que é a pílula do dia seguinte? *Revista Espaço Aberto* – Uma publicação da USP. [s.d.]. Disponível em: <https://bit.ly/piluladiaseguinteyuspe>. Acesso em: 1 abr. 2024.

MATOS, Maria Izilda S. De; SOIHET, Rachel (Orgs.). *O corpo feminino em debate*. São Paulo. Editora Unesp, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa*. Brasília: Editora MS, 2008.

MIRANDA, Carlos Alfredo Macedo; FONSECA, Elias. A pílula 20 anos depois. *Manchete*, Rio de Janeiro, n. 1.135, p. 52, 19 jan. 1974.

O PAPEL DECISIVO da América Latina na história da pílula anticoncepcional – e por que ele não é comemorado. *BBC*, 7 jan. 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-42594311>. Acesso em: 14 jun. 2024.

WENDER, Maria Celeste Osório; MACHADO, Rogério Bonassi; POLITANO, Carlos Alberto. Influência da utilização de métodos contraceptivos sobre as taxas de gestação não planejada em mulheres brasileiras. *Femina*, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 135-141, 2022. Disponível em: <https://bit.ly/45v8BRQ>. Acesso em: 15 jun. 2024.

10

O FETO COMO CENTRO DAS ATENÇÕES

CENTRO de monitoragem de parto moderniza atendimento obstétrico. *Cidade de Santos*, n. 2.081, 18 jun. 1973.

INCIDÊNCIA. Instituto Nacional de Câncer, 26 set. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/dados-e-numeros/incidencia>. Acesso em: 20 jun. 2024.

MAUAD FILHO, Francisco. O Pioneirismo do Ultrassom no Brasil. In: SANTOS, Hugo Campos Oliveira; AMARAL, Waldemar Naves do. *A Ultrassonografia no Brasil*. 2012, p. 44. Disponível em: <https://is.gd/s6e31Y>. Acesso em: 20 jun. 2024.

MORON, Antonio Fernandes. Medicina Fetal – Muito além do binômio. Entrevista concedida a Reinaldo Ayer de Oliveira. *Revista Ser Médico*, São Paulo, n. 26, jan.-fev.-mar. 2004. Disponível em: <https://fo2m.short.gy/wBhSfp>. Acesso em: 18 jun. 2024.

SIRCUS, W. Milestones in the evolution of endoscopy: A short history. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, n. 33, p. 124-134, 2003. Disponível em: <https://acesse.dev/HistoriaEndoscopia>. Acesso em: 22 jun. 2024.

THE BOZZINI ENDOSCOPE. *American College of Surgeons*. [s.d.]. Disponível em: <https://acesse.dev/bozziniendoscope>. Acesso em: 21 jun. 2024.

WILCOX, C.M. Fiberoptic endoscopy: The singular transformative event of our time. *Digestive Diseases and Science*, n. 59, p. 2.619-2.622, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10620-014-3338-5>. Acesso em: 22 jun. 2024.

11

REPRODUÇÃO ASSISTIDA E A REVOLUÇÃO DO SONHO DA MATERNIDADE

ANJOS, Ana Beatriz Chaves dos. História da Ginecologia e Obstetrícia. In: JACOBINA, Ronaldo Ribeiro et al. (Orgs). *História da Medicina – História das Especialidades Médicas*, v. 2. Salvador: Edufba, 2022, p. 533.

ALVES, Vinícius. Saiba quem é e como está o 1º bebê de proveta nascido em hospital público no Brasil. *G1*, 2022. Disponível em: <https://bit.ly/bebeprhttps://bit.ly/bebeprovetaribeiraopretoovetaribeiraopreto>. Acesso em: 27 mar. 2024.

CHOQUE anestésico mata paciente do “bebê de proveta”. *Correio Braziliense*, Brasília, Edição 07181, p. 5, 23 out. 1982. Disponível em: <https://bit.ly/zenaidemaria>. Acesso em: 27 mar. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução nº 2.320/2022*. Adota normas éticas para a utilização de técnicas de reprodução assistida – sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudam a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos, tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº 2.294, publicada no Diário Oficial da União de 15 de junho de 2021, Seção I, p. 60. Brasília: Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <https://bit.ly/ResolucaoCFM2320>. Acesso em: 25 mar. 2024.

ELI, Claudio. Médicos discutirão em congresso no Rio a reprodução assistida. *Tribuna da Imprensa*, Edição 15133, 17 de agosto de 1999. Disponível em: <https://bit.ly/medicoreproducao>. Acesso em: 27 mar. 2024.

FREITAS, Pedro. Os 5 tratamentos de fertilidade mais criativos da antiguidade. *Megacurioso*, 2023. Disponível em: <https://bit.ly/os5tratamentos>. Acesso em: 24 mar. 2024.

HISTÓRICO. Setor de Reprodução Humana HCFMRP. [s.d.]. Disponível em: <https://reproducao.fmrp.usp.br/historico/>. Acesso em: 27 mar. 2024.

MALAVÉ, Mayra. *Infertilidade: O que pode ser feito?* Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). 2022. Disponível em: <https://bit.ly/fiocruzinfertilidade>. Acesso em: 27 mar. 2024.

MATOS, Fernanda. Em live, primeiro bebê de proveta do Brasil fala sobre a sua história, carreira e planos para o futuro. *Associação Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA)*, 2021. Disponível em: <https://bit.ly/primeirobebeprovetaBrasil>. Acesso em: 25 mar. 2024.

O SABOR DA VIDA. *Boletim SBRH*, v. 14, n. 1, p. 3-9, jan.-mar. 2005. Disponível em: <https://sbrh.org.br/boletins/boletim-2015-an014-n1.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2024.

PARANAENSE, Anna é o 1º bebê de proveta latino. *Correio Braziliense*, Brasília, Edição 07868, 12 de out. 1984. Disponível em: <https://bit.ly/paranaenseanna>. Acesso em: 27 mar. 2024.

PLITT, Laura. Testículos de porco, erva-dos-gatos e outros remédios estranhos para infertilidade na Idade Média. *BBC News*, 2017. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/curiosidades-40777613>. Acesso em: 24 mar. 2024.

STARIOLO, Malena. Pesquisa busca aperfeiçoar seleção de embriões para fertilização in vitro usando sistema de inteligência artificial. *Jornal da Unesp*, 2023. Disponível em: <https://bit.ly/Alnafertilizacao>. Acesso em: 24 mar. 2024.

TABSH, Khalil. Redução de gravidez multifetal transabdominal: relato de 40 casos. *Obstetrícia e Ginecologia*, v. 75, n. 5, p. 739-741, maio de 1990.

12

AS MULHERES NA ESPECIALIDADE

A LEI: Sob os auspícios do funcionalismo público desta província. Edição 1, p. 3, 1877. Disponível em: <https://bit.ly/alei1877>. Acesso em: 28 mar. 2024.

ARCHIVO MEDICO BRASILEIRO. Rio Janeiro, v. 4, n. 2, p. 270, 1847.

DIÁRIO DO BRASIL. Edição 58, p. 3, 1882. Disponível em: <https://bit.ly/mariaestrellanobrasil>. Acesso em: 28 mar. 2024.

DIÁRIO DO RIO DE JANEIRO. Edição 29, p. 3, 31 jan. 1877. Disponível em: <https://bit.ly/Diariodoriodedejaneiro>. Acesso em: 27 mar. 2024.

DUROCHER, Marie Josephine Mathilde. *Academia Nacional de Medicina*, [s.d.]. Disponível em: <https://bit.ly/madamedurocher>. Acesso em: 26 mar. 2024

GAZETA DE NOTÍCIAS. Edição 29, p. 3, 1877. Disponível em: <https://bit.ly/mariaagustanaacademia>. Acesso em: 27 mar. 2024.

GAZETA DO NORTE – Órgão Liberal. Fortaleza, Edição 281, p. 1, 15 dez. 1887. Disponível em: <https://bit.ly/gazetadonorte>. Acesso em: 29 mar. 2024.

JORNAL DO RECIFE. Recife, Edição 285, p. 2, 15 dez. 1887. Disponível em: <https://bit.ly/jornaldorecife>. Acesso em: 29 mar. 2024.

MOTT, Maria Lucia de Barros. Mme Durocher modista e par-teira. *Revista Estudos Feministas*, v. 2, n. 3, p. 101, 1994. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16292/14833>. Acesso em: 25 mar. 2024.

NOTAS DE UM REPÓRTER. *A Notícia*, Rio de Janeiro, edição 207, p. 1, agosto de 1895. Disponível em: <https://bit.ly/biografiadurocher>. Acesso em: 26 mar. 2024.

TRINDADE, Ana Paula Pires; TRINDADE, Diamantino Fernandes. Desafios das primeiras médicas brasileiras. *História da Ciência e Ensino – Construindo Interfaces*, v. 4, p. 24-37, 2011.

13

ANAGO: A MEMÓRIA VIVA DA GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA BRASILEIRA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. História. [s.d.]. Disponível em: <https://www.anm.org.br/historia>. Acesso em: 10 mar. 2024.

MARTINS, Letícia. Acadêmicos imortais da Anago. *Femina*, São Paulo, v. 52, n. 3, 2004. Disponível em: <https://bit.ly/academicosimortais>. Acesso em: 10 mar. 2024.

MARTINS, Letícia. Primeiros titulares da Anago tomam posse em cerimônia emocionante. *Femina*, São Paulo, v. 51, n. 12, p. 649-650, 2023. Disponível em: <https://bit.ly/3KE2tgs>. Acesso em: 10 jun. 2024.

14

PATRONOS E TITULARES DA ANAGO

ALMEIDA, Áurea Beirão de. *Reavaliando o Climatério: Enfoque Atual e Multidisciplinar*. São Paulo: Atheneu, 2003.

JORNAL PEQUENO. Edição 308, p. 6, 1948.

LIMA, Geraldo Rodrigues de. Acervo de Histórias de Vida e Entrevistas (História Oral). *Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde*, 27 nov. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/geraldorodriguesdelima>. Acesso em: 1º abr. 2024.

MORGADO, Patrícia; OLIVEIRA, Oldair. *Memórias da Febrasgo – Da concepção à maturidade*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2020.

Lista de entrevistados

Agnaldo Lopes Da Silva Filho
 Antonio Carlos Vieira Lopes
 César Eduardo Fernandes
 Edmund Chada Baracat
 Etelvino De Souza Trindade
 Gerson Pereira Lopes
 Hilka Flávia Barra Alves Do Espirito Santo Pereira
 Jesus Paula Carvalho
 Jorge Rezende Filho
 José Geraldo Lopes Ramos
 Marco Aurélio Pinho De Oliveira
 Marcos Felipe Silva De Sá
 Maria Celeste Osório Wender
 Marta Curado Carvalho Franco Finotti
 Olimpio Barbosa De Moraes Filho
 Roseli Mieko Yamamoto Nomura
 Rosiane Mattar
 Rosires Pereira De Andrade
 Rossana Pulcineli Vieira Francisco
 Rui Alberto Ferriani
 Sebastião Freitas De Medeiros
 Sérgio Podgaec
 Suzana Arenhart Pessini

Domínio público: 10, 14 (foto maior e menor), 17, 18, 23, 25, 26, 28, 36, 37, 39, 41 (foto maior), 48, 50, 61, 64 (1, 3 e 5), 74 (fotos 1 e 2), 79, 80 (duas fotos), 88 (primeira inferior), 92, 93 (as duas fotos), 96, 98, 100 (foto 1 e 3), 101, 102 (duas fotos), 108, 125 (3 fotos), 126, 148, 149 (superior), 150 (as duas fotos), 184, 188, 281, 297, 301

Domínio público: 4, 21, 24, 58, 88, 95, 90, 104, 123

Ectolife/Divulgação: 176

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP (acervo): 84, 116 (superior)

Family Search: 116 (inferior)

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - Febrasgo (acervo): 66 (inferior), 111, 112, 114, 143, 163, 172, 173, 192, 194, 198, 199, 202, 203, 209, 215, 217, 219, 221, 225, 227, 229, 221, 223, 227, 241, 243, 245, 247, 251, 253, 255, 259, 263, 265, 267, 269, 271, 275, 277, 279, 283, 285, 291, 299, 303, 305, 307, 314

Freepik: 164

Geraldo Rodrigues de Lima (acervo): 311

Instituto de Câncer Dr. Arnaldo (acervo): 64 (2)

Inteligência Artificial (criação): 7 (foto maior)

Janko Ferlic/Pexels: 162

Jcomp/Freepik: 127

Jesus Paula Carvalho (acervo): 145, 287

Jorge Fonte de Rezende (acervo): 293

Jorge Fonte de Rezende Filho (acervo): 295

José Weydson de Barros Leal (acervo): 174

Marco Aurélio Pinho de Oliveira (acervo): 257

Mart Productions/Pexels: 142

Nelson Theodoro Júnior/Febrasgo: 211

Obras Raras Fiocruz/Domínio Público: 70

Patricia Morgado: 118, 249

Reprodução: 6, 30, 31, 63, 70 (fotos 1 e 2), 77 (foto superior), 81, 125 (inferior), 131, 149 (inferior), 167, 169

Research gate/Divulgação: 140 (foto 3)

Rosiane Mattar (acervo): 191 (foto 1)

Rosires Pereira de Andrade (acervo): 135

Sebastião Freitas de Medeiros (acervo): 225

Shutterstock: 122, 129, 133, 138, 154, 156, 192

Siemens Healthineers: 152 (foto 1)

Siemens Healthineers: 152 (inferior)

The Egyptian Museum in Cairo: 7 (foto menor)

Universidade Federal da Bahia (acervo): 41 (duas fotos menores), 52, 53, 54

Vardeli Alves de Moraes (acervo): 313

Crédito das imagens

Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - Acamerj (acervo): 77

Academia Nacional de Medicina - ANM: 69 (fotos 1 e 2), 83, 100 (foto 2), 110, 180, 213, 229

Arquivo público mineiro: 62

Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo - Sogesp (acervo): 94, 191 (foto 2), 223

Áurea Beirão de Almeida (acervo): 273

Biblioteca Britânica/Divulgação: 90

Bibliothèque Interuniversitaire de Santé: 88 (segunda inferior)

Coleção Mechanical Curator/Divulgação: 24

Colégio Brasileiro de Cirurgiões - Capítulo de São Paulo - CBCSP (acervo): 66 (superior)

CPDOC-FGV: 113

Divulgação: 140 (foto 2), 170

Divulgação: 195, 289, 309

Este livro foi composto com as fontes
tipográficas Georgia Pro e Karmina Sans.
Capa dura revestida impressa
couché 150 g e miolo impresso em papel
couché 110 g. Formato 180 x 250 mm.

Julho de 2024.

