

Tipologias pélvicas no ensino da obstetrícia: articulações entre gênero e raça na formação de uma elite profissional¹

Sonia Nussenzweig Hotimsky e Lilia Blima Schraiber

sonianhotimsky@uol.com.br

1. Trabalho apresentado na 26ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 01 e 04 de junho, Porto Seguro, Brasil.

Em se tratando de versão preliminar, as autoras pedem para não citar esse trabalho sem antes consultá-las.

Sonia Nussenzweig Hotimsky é Doutora em Ciências pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Lilia Blima Schraiber é Professora Doutora e Livro Docente do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

RESUMO

Este trabalho analisa discursos médicos sobre a pelve da mulher e o papel que desempenha na reprodução da espécie. Nossa reflexão é fundamentada em pesquisa etnográfica acerca do ensino da obstetrícia realizada em duas conceituadas faculdades de medicina brasileiras. Procuramos mostrar como a tipologia pélvica e seu conceito de “vício pélvico” adotados no ensino de obstetrícia associa características anatômicas a categorias de gênero, “raça” e “sexualidade”, classificando-as hierarquicamente e apresentando tal ordenação aos alunos como fatos naturais. A imbricação de diversos sistemas de hierarquização social no ensino das tipologias pélvicas e da pelvimetria, técnica obstétrica de avaliação anatomopatológica, resulta na reprodução de discriminação das mulheres em geral, agravada para determinadas categorias de mulheres. A origem das tipologias pélvicas remonta à constituição social e interação entre os campos da antropologia e obstetrícia no século XIX. O questionamento da fundamentação científica da pelvimetria tem levado à sua condenação como critério de conduta obstétrica em diversos países, cabendo refletir sobre os sentidos da perpetuação de seu ensino no Brasil, onde ainda define prognósticos e justificativas de cirurgias. Procuramos mostrar como o diagnóstico de “vício pélvico” se configura em um mecanismo de produção e reprodução do exercício de dominação e controle profissional sobre o corpo da mulher parturiente.

Em trabalho apresentado em 1933 à reunião anual da *American Gynecological Society* [Sociedade Ginecológica Americana], Caldwell e Moloy propuseram uma nova tipologia pélvica a qual seria adotado desde então pela obstetrícia. Seus diagramas, representando o modelo proposto por meio de quatro grandes grupos ou tipos de pelve, são reproduzidos, a partir da década de trinta, não apenas em manuais americanos dessa especialidade, mas em manuais redigidos em outros países, inclusive o Brasil. Outros dados referentes a esse trabalho e a outros desenvolvidos por eles e seus colaboradores são apresentados, ou melhor, reinterpretados de formas variadas nas distintas edições desses manuais. Tendo em vista a relevância dessa tipologia pélvica para o ensino contemporâneo da disciplina de obstetrícia em duas conceituadas faculdades de medicina paulistas onde se realizou pesquisa etnográfica¹ cujos resultados parciais serão abordados nessa apresentação, trataremos, a seguir algumas das características dessa tipologia de Caldwell e Moloy (1933).

Os autores afirmam, logo no início do artigo em que apresentam essa tipologia, que as variações anatômicas na arquitetura pélvica abordadas seriam, a seu ver, causadas por fatores “*raciais, sexuais ou outras influencias hereditárias complexas ao invés de mudanças patológicas nos ossos em si*” (1933:479). Assim deixam claro que as variações encontradas nas coleções ósseas e nas radiografias de mulheres vivas que fundamentaram a tipologia proposta, não seriam aquelas que decorrem do raquitismo ou osteomalacia. Estas patologias eram causa freqüente de constrictões ou deformações da pelve antes do século XX, às quais, no Brasil, foram denominadas de “vícios pélvicos”. As descrições e categorias de “vício pélvico” proliferaram na obstetrícia do século XIX. Seu diagnóstico em mulheres grávidas estava associado a um mau prognóstico, sendo essa uma das principais indicações cirúrgicas no século XIX (O’DOWD e PHILLIP:1994).

Os propósitos da tipologia proposta por Caldwell e Moloy seriam de descrever a associação entre cada tipo de pelve e “*sua capacidade pélvica, sua relevância obstétrica, seu reconhecimento clínico e sua relevância em termos do prognóstico*

¹ A esse respeito ver também HOTIMSKY(2007)

resultante” (1933:479). Isto é, pretendiam demonstrar que os tipos pélvicos se diferenciavam quanto a sua capacidade, gerando distintos parâmetros e restrições quanto ao tamanho da cabeça ou à capacidade craniana dos fetos que poderiam realizar a passagem pelo trajeto da bacia de modo bem sucedido. Além disso seu trabalho indicaria como o reconhecimento do tipo pélvico poderia contribuir para entender variações nos mecanismos de parto e elas associadas e orientar a decisão médica acerca do tipo de parto e/ou dos tipos de intervenções obstétricas que seriam mais apropriadas em cada caso.

Quanto ao primeiro objetivo acima mencionado, os autores se referem à diversas tipologias anteriores, nas quais se inspiraram, que também procuraram classificar pelves a partir de sua capacidade. Cabe lembrar que no século XIX a pelvimetria era utilizada como complemento da craniometria por antropólogos para medir a capacidade craniana e pélvica de distintas raças e assim compará-las, tendo em vista o desenvolvimento das teorias evolucionistas sociais e racialistas prevalecentes na antropologia daquele período. Partia-se do pressuposto de que houvesse uma tendência *natural* de adequação entre o tamanho da pelve da mulher e da cabeça do feto, isto é, uma proporção cefalopélvica e que essa correlação estaria associada a características “raciais” inatas. A capacidade craniana era entendida como índice de inteligência, sendo a capacidade pélvica das mulheres interpretada como uma medida indireta desse índice. Afinal, se as dimensões do crânio determinavam o tamanho do cérebro e esse, por sua vez a inteligência, os diâmetros da pelve feminina determinavam sua “capacidade”, isto é o tamanho do crânio fetal que poderia passar pela bacia. Assim a pelve feminina, além de ser parâmetro de sua capacidade reprodutiva, também seria parâmetro de sua ‘qualidade’ reprodutiva, isto é, da qualidade intelectual de fetos que ela seria capaz de gerar, já que a reprodução era vista como a principal função da mulher e sua primordial responsabilidade como cidadã. O menor índice cefálico da mulher em relação ao homem, não apenas atestaria para sua menor capacidade intelectual como reforçava o argumento de que sua capacidade pélvica seria sua maior contribuição para o desenvolvimento das faculdades intelectuais da humanidade em geral e dos membros do sexo masculino de cada “raça” em particular.

Essas teorias eram bastante disseminadas e gozavam de bastante popularidade entre os ginecologistas e obstetras do final do século XIX e início do século XX (MOSCUCCI:1990: ROHDEN:2001). Aparentemente, exerceram influencia em relação a Caldwell e Moloy que fazem, ao longo do artigo, diversas referências às tipologias

pélvicas produzidas a partir delas, e explicitam valores e linguagem que compartilham com alguns de seus autores.

Porem a influencia de teorias e concepções antropológicas no trabalho de Caldwell e Moloy não parecem se restringir exclusivamente a esses antecessores. Ao falar das hipóteses que levantam para explicar a variação pélvica encontrada afirmam:

*“Cada osso separado (da pelve) possui peculiaridades hereditárias quanto a sua forma tais como sexo, raça, tamanho ou **persistência de características que se assemelham a forma pélvica dos macacos antropóides**, as quais podem modificar, parcial ou integralmente, o formato da pelve compacta.”* [grifo nosso](CALDWELL E MOLOY:1933:481)

No trecho acima exposto, podemos notar a influencia da concepção Lombrosiana de estigmas anatômicos em sua teoria de atavismo, na formulação dos autores acerca dos processos hereditários que estariam em jogo na evolução da pelve humana. Para Lombroso, haveria entre os seres humanos alguns com características anatômicas discerníveis que se assemelhariam aquelas dos macacos antropóides. A presença desses sinais ou estigmas em determinados indivíduos, particularmente acentuada entre negros, indígenas americanos, pessoas das ‘classes inferiores’ e criminosos, assinalariam a persistência neles de características ancestrais de nossos antepassados. Na antropologia criminal fundada por Lombroso, as intersecções entre marcadores sociais de diferenças e desigualdades de classe, “raça” e “sexo” tinham por intuito a identificação previa de “criminosos natos” visando afastá-los preventivamente do convívio social. Sua repercussão na antropologia e medicina brasileira, particularmente a medicina legal tem sido abordada por Mariza Corrêa (1982; 1998) e Lília Schwarcz (1993) entre outros. Porém, a repercussão da teoria Lombrosiana na obstetrícia, particularmente a brasileira, merece maior atenção, como pretendemos assinalar nesse trabalho.

Na década de 1930, período no qual CALDWELL & MOLOY escreviam, teorias evolucionistas sociais e diversas expressões do determinismo biológico em voga na antropologia do século XIX já sofriam severas críticas de Franz Boas e outros autores. Trata-se do final do período de transição, tal como denominado por STOCKING (1982 [1968]) entre outros, do paradigma evolucionista cultural para o paradigma culturalista na história da antropologia. Entretanto esse tipo de abordagem

antropológica acima exposta ainda exercia grande influencia na ginecologia e obstetrícia² e foi particularmente importante na construção da categoria antropóide da tipologia pélvica em pauta, como veremos. Há um erro ou falácia metodológica presente na concepção Lombrosiana de estigma anatômico que é explicada por GOULD (1991) nos seguintes termos:

“A maior parte dos estigmas anatômicos apontados por Lombroso não eram patologias ou variações descontínuas, mas valores extremos dentro de uma curva normal, que se aproximavam das medidas médias encontradas nos símios superiores [great apes]. (Em termos modernos, esta é uma razão fundamental do erro em que incorreu Lombroso. O comprimento do braço não é o mesmo em todos os homens, e alguns possuem braços mais compridos que outros. O chimpanzé médio tem o braço mais comprido do que o homem médio, mas isto não significa que um homem de braço relativamente longo seja geneticamente similar aos símios. A variação normal dentro de uma população é um fenômeno biológico distinto das diferenças que existem entre os valores médios de diversas populações. Este é um erro que se repete com frequência. (...)”

Antes de descrever em maior detalhes os quatro grandes grupos que compõe o sistema classificatório da pelve feminina, Caldwell & Maloy explicam ao leitor que é necessário compreender claramente as diferenças sexuais entre a pelve masculina e feminina em adultos, para que seja possível *“identificar as mudanças que ocorrem em pelves que manifestam uma sobreposição ou entrelaçamento desses caracteres sexuais.”* Assim, se por um lado, eles procuram distinguir e diferenciar quatro grandes grupos pélvicos a partir da variabilidade encontrada nas coleções ósseas e radiográficas examinadas, dando relevo ao dimorfismo sexual enquanto norma e ideal, por outro, eles deixam transparecer que as diferenças nem sempre eram tão nítidas, sendo as fronteiras entre os caracteres sexuais frequentemente, borradas. Percebe-se que a tipologia pélvica

² À respeito da influencia da antropologia e, em particular, das teorias evolucionistas sociais na construção social da das disciplinas de ginecologia e obstetrícia no século XIX ver MOSCUCCI (1990) e ROHDEN (2001). Acerca das tipologias pélvicas nas teorias antropológicas do século XIX e sua influencia na construção de tipologias pélvicas na obstetrícia do início do século XX ver também WALRATH (2003).

sendo proposta expressa uma ambivalência comum a diversas construções médicas acerca da oposição entre o masculino e o feminino a partir do século XIX, as quais tendem, por um lado, a reificar diferenças de gênero, enraizando-as na natureza e, por outro, a trabalhar com o reconhecimento da instabilidade entre esses termos à qual lhes abriam outras possibilidades de intervenção e justificativas para tal (MOSCUCCI:1990:ROHDEN:2003) .

Visando melhor explicitar as diferenças entre a pelve masculina e a pelve feminina, Caldwell & Moloy prosseguem a uma descrição do que seria uma pelve ‘típica’ ou ‘media’ de um adulto de sexo masculino e de um adulto do sexo feminino. É interessante notar que essa construção, conforme explicam os autores, têm por base única e exclusivamente pelves de homens brancos e mulheres brancas da coleção TODD, uma coleção de esqueletos de “raças” diversificadas então disponível aos autores. Portanto, são os esqueletos pélvicos de membros da ‘raça’ branca de ambos os sexos que servem de modelo, que são considerados os ‘protótipos’ da conformação pélvica masculina e feminina da espécie humana como um todo. É a partir desses protótipos que Caldwell & Moloy vão construir a tipologia pélvica feminina que até hoje se dissemina como modelo universal em muitos manuais obstétricos.

Assim, além do viés metodológico de amostragem presente nessa e em outras tipologias pélvicas empregadas pela ginecologia e obstetrícia à partir da primeira metade do século XX, que advém do fato de que o estudo comparativo de radiografias se limitava às variações encontradas entre as populações hospitalares americanas (WALRATH :2003:9), há outro viés que diz respeito à própria escolha de Caldwell & Moloy de pelves de homens e mulheres adultos da “raça” branca para representar a ‘pelve típica’ de toda espécie, já que supunham que “raça” era um fator de diferenciação e variação pélvica. As intersecções entre categorias de classe, “raça” e “sexo” que se estabelecem na construção social desse protótipo de pelve feminina operam tanto no sentido de dar proeminência à “raça” branca, em contraposição às “raças inferiores da humanidade” , denominação compartilhada por eles e por seus antecessores antropólogos, quanto no sentido de distinguir e distanciar as características identificadas com o “sexo” masculino daquelas identificadas com o “sexo” feminino.

A apreciação estética do corpo feminino, e particularmente da pelve, tem sido apontado como um dos marcadores significativos da diferenciação biológica, social e moral da mulher nos processos de institucionalização da ginecologia e da obstétrica enquanto especialidades médicas. A exaltação da beleza da pelve expressa a relevância dada à reprodução como função específica da mulher e à genitália como aquilo que

determina e domina sua identidade (MOSCUCCI:1990; ROHDEN: 2001). Moscucci descreve as qualidades atribuídas à genitália feminina e particularmente à pelve, por ginecologistas a partir do século XIX nos seguintes termos:

“maciez e arredondamento, duas qualidades utilizadas para definir seres vivos, eram enfatizados como os traços que dotavam a mulher com seus charmes, pois significam as suas capacidades de dar vida. Em contraste, a angularidade e traços pronunciados ou bem definidos, próprios de objetos inanimados eram antitéticos à idéia de beleza.” (MOSCUCCI:1990:35)

Efetivamente, na descrição da parte posterior do estreito superior da pelve prototípica feminina, Caldwell & Moloy destacam o aspecto “gracioso e flamejante” de sua “curvatura ampla” e “espaçosa” em contraposição à “agudeza” e “estreiteza” dessa parte anatômica da pelve prototípica masculina.

Os quatro grandes grupos pélvicos diferenciados pelos autores são os tipos “ginecóide”, “andróide”, “antropóide” e “platipelóide” que descrevem nessa seqüência. Afirmam que designam o primeiro tipo desse modo porque *“representa a assim chamada pelve feminina normal”* (1933:480), *“cujos traços arquitetônicos são tipicamente femininos”* (1933:491, correspondendo à “pelve feminina média” (1933:504) e porque *“exibe os caracteres sexuais aceitos atribuídos ao sexo feminino”* (1933:504), referindo-se, desse modo, tanto ao tipo “ginecóide”, quanto àquela pelve prototípica feminina construída a partir de poucas pelves selecionadas da “raça” branca – ao todo, 50 pelves femininas e 53 pelves masculinas - que lhes servem de modelo. Nota-se que o uso intercambiável dos termos “normal”, “assim chamado normal”, “típico” e “médio” nada tem a ver com uma distribuição estatística desse tipo pélvico. A tentativa de averiguar a distribuição dos quatro tipos na coleção osteológica de TODD só se realizaria por esses e outros autores, alguns anos mais tarde. Por outro, a associação entre a pelve do tipo ginecóide e a “raça” branca é um pressuposto e ponto de partida da construção dessa tipologia.

A pelve “andróide” é assim denominada pois *“parece conter certos traços comuns à pelve média masculina”* (1933:504), referindo-se assim a pelve prototípica masculina do homem de “raça” branca acima descrita.

O terceiro grupo é destacado como *“um tipo especial”* e denominado “antropóide” pois *“em muitos sentidos se assemelha à forma pélvica dos símios*

superiores” (1933:504). Equiparam esse tipo de pelve àquela denominada dolicolícopélvica na tipologia de Turner, autor cuja tipologia data do final do século XIX e que é frequentemente referida no texto tanto em relação à descrição do tipo de pelve “platipelóide” quanto à pelve “antropóide”. Mencionam que esse autor considerava que a pelve antropóide, *“era mais frequentemente observada nas raças inferiores do homem e que apresentava ‘um arranjo degradado ou animalesca’*” (1933:498). Entretanto, nota-se que são eles e não Turner que privilegiam essa semelhança “animalesca” ao optar pela denominação “antropóide” para esse tipo de pelve cuja capacidade é considerada menor do que a das pelves de tipo ginecóide e platipelóide. E, o último grupo, o “platipelóide”, é *“oposto direto da pelve antropóide, a forma elíptica do estreito superior se situando transversalmente no estreito superior”* (1933:497). Trata-se de um tipo raro de pelve, cuja denominação é atribuída à Turner e acrescentam: *“Turner, é claro, em vista do fato que estava particularmente interessado nas várias raças do homem, considerava que esta representava a forma que era característica das raças mais avançadas e civilizadas da humanidade”* (1933:498). Caldwell & Moloy então concluem que,

“em contraste com o tipo antropóide, pode-se dizer que representa uma forma ultrahumana” (1933:498), sendo *“caracterizada por uma forma ampla e achatada similar à pelve chata de outras classificações é um tipo raro de pelve e não tem qualquer semelhança com os símios superiores ou qualquer outra forma inferior.”* (1933:504).

Nota-se que a análise comparativa empregada na construção dessa tipologia é norteadada pela contraposição de marcadores de diferenças e desigualdades sociais, ordenados hierarquicamente, os quais são naturalizadas enquanto distinções “sexuais”: andróide / ginecóide; “raciais”: “raça” branca / “raças mais avançadas e civilizadas” / “raças inferiores” e de espécie: “humano”, “ultra-humano” / “animalesco”.

Ao mesmo tempo, chama atenção as distintas maneiras pelas quais certos termos ou categorias se associam na construção de tipos revelando seu teor racista: o tipo platipelóide, caracterizado como “ultra-humano” é associado às “raças mais avançadas” enquanto o tipo antropóide com o qual é contrastado, é descrito como “animalesco”, sendo associado “às raças inferiores”. Inspirados nas teorias evolucionistas sociais, esses autores em colaboração com D’Esopo, construiriam seu próprio modelo conjetural da evolução dessas formas de bacia na espécie humana. Segundo o esquema e diagrama do “ciclo evolutivo” elaborado por esses autores em 1938 e apresentado em EASTMAN (CALDWELL, MOLOY and D’ESOPO:1983, ibid EASTMAN:1956:314-15), a pelve

humana feminina teria evoluído do tipo antropóide, para o tipo ginecóide e estaria evoluindo em direção ao tipo platipelóide. Nota-se, que esses autores encontraram todos esses tipos de pelve em mulheres vivas. Assim seu esquema evolutivo conjectural, exposto simultaneamente em um semicírculo com diagramas de cada tipo e por meio de um eixo vertical, pressupõe que parcelas da humanidade teriam estacionado em determinadas etapas “inferiores” do processo de evolução enquanto outras parcelas da humanidade se desenvolveram mais, alçando etapas “superiores” da evolução da espécie.

Caldwell, Moloy e D’Esopo complementam esse “ciclo” com um “ciclo sexual” exposto no mesmo diagrama em seu eixo horizontal, que exhibe uma pelve ginecóide do lado esquerdo, uma pelve andróide ao centro e uma pelve masculina à direita, sinalizando a transição entre tipos sexuais de bacia.

Porém, se a distinção entre os tipos é destacada e se a comparação entre eles se pauta pela construção de diferentes ordenamentos hierárquicos, a mescla e/ou fusão entre os tipos, isto é sua instabilidade, também é enfatizado. Os autores alertam, logo no início do artigo, para a grande variabilidade entre as pelves femininas e expõe os desafios que enfrentaram na construção dessa tipologia:

“Em seus extremos esses quatro grupos possuem características anatômicas bem definidas que facilmente as distinguem umas das outras. Mas o entrelaçamento de tipos torna difícil qualquer tentativa de simplificar sua classificação. Ao longo desse estudo temos procurado se ater a um método uniforme de abordagem na análise desses tipos pélvicos complexos.” (1933:481)

O reconhecimento de que as fronteiras entre os tipos de pelve são freqüentemente borradas não se atem apenas à descrição do tipo de pelve andróide, que se define, afinal, pelo entrelaçamento de caracteres sexuais ditos masculinos com aqueles ditos femininos, mas se amplia para toda a tipologia proposta pelos autores. Isso ocorre, em parte, como explicam os autores, porque a variabilidade encontrada no material utilizado para análise não diz respeito apenas a tamanhos de pelve, mas também comporta pelves “puras” e pelves “mixtas” - cuja parte anterior é de um tipo e a parte posterior é de outro. Optam então por definir o tipo de pelve pela sua conformação posterior, porque a consideram mais importante, sendo esse o “método uniforme” acima referido empregado na classificação proposta.

As dificuldades apresentadas por esse método de classificação pélvica, a despeito da minuciosa descrição que fazem de cada tipo, transparecem alguns anos depois, ao apresentarem, em colaboração com Swenson, dados estatísticos referentes à frequência de cada tipo “puro” na coleção TODD de pelves ósseas do sexo feminino. (CALDWELL, MOLOY & SWENSON:1939 apud. EASTMAN: 1956: 313-14). Nesse caso, comparam os 4 tipos “puros” na coleção, segundo a “raça” distinguindo duas categorias raciais – “brancas” e “não brancas”. Ocorre, conforme mostra EASTMAN (1956:314) na tabela que reproduzimos abaixo, que a distribuição resultante é bem diferente daquela a que chegou TORPIN (1938 apud. EASTMAN:1956:314), utilizando a mesma tipologia para classificar a mesma coleção óssea!

	CALWELL & MOLOY		TORPIN	
	BRANCAS	NÃO BRANCAS	BRANCAS	NÃO BRANCAS
Ginecóide	41.4	42.1	60.3	64.0
Antropóide	23.5	40.5	10.2	24.0
Andróide	32.5	15.7	11.0	7.5
Paltipelóide	2.6	1.7	18.5	4.5

Chama atenção não apenas as grandes diferenças entre os dois resultados, como o aumento das percentagens de bacias ginecóide e a diminuição de todos os outros tipos de bacia, a exceção da platipelóide entre as “brancas”, nos resultados obtidos por TORPIN. Além disso, a idéia de que a bacia ginecóide representaria a bacia “normal” , “média”, ou “típica”, como afirmavam CALDWELL & MOLOY quando apresentaram essa tipologia em 1933, certamente não parece se justificar do ponto de vista dos resultados estatísticas que eles obtiveram posteriormente, mas isso não alterou a nomenclatura e tampouco se deixou de afirmar que essa seria a bacia feminina “normal” e “típica”. E, embora a distribuição tipológica obtida por TORPIN parece validar melhor essa hipótese, não são aos seus resultados que se faz referencia nos manuais de obstetrícia contemporâneos e sim àqueles obtidos por CALDWELL, MOLOY & SWENSON.

Por outro lado, a distribuição racial dos tipos de bacia obtida por ambos os autores poderia levá-los a questionar a idéia de que “raça” seria um fator de diferenciação dos tipos de bacia, porém nenhum questionamento nesse sentido resultou dos seus achados. É interessante notar, nesse sentido, o modo como EASTMAN se refere à distribuição racial do tipo ginecóide “puro” no trabalho de Caldwell, Moloy e Swenson:

“Eles (Caldwell, Moloy e Swenson:1938) mostraram que, entre os tipos de pelve ‘puros’ encontrados em mulheres brancas, o ginecóide é o mais freqüente, abarcando 41,1 por cento destes. A proporção correspondente para mulheres não brancas foi 42.1%.”

Nota-se a ênfase que se dá ao fato de que o tipo ginecóide é aquele mais freqüente entre as brancas. Não se dá o mesmo destaque a proporção deste tipo pélvico encontrado entre as não-brancas, embora também seja o mais freqüente entre estas ou à semelhança entre a proporção encontrada entre brancas e não-brancas.

Mesmo no período contemporâneo, em que é amplamente reconhecido nos meios científicos, que “raça” é um construto social, não fazendo qualquer sentido do ponto de vista genético, ainda se faz referencia a distribuição “racial” dos tipos de bacia em manuais de anatomia e obstetrícia procurando ressaltar a suposta diferença entre eles. A esse respeito, WALRATH comenta:

“Evidencia da influencia duradoura da abordagem racializada de Turner pode ser percebida até nas edições recentes de Gray’s Anatomy (Willians, Bannister et. al. 1995) e Williams Obstetrics [Cunningham et al. 1997, 2001]. Citando o estudo original da coleção osteológica TODD, realizado por Caldwell e Moloy, eles apresentam os tipos pélvicos segunda a raça. A freqüência da pelve do tipo antropóide é citada como sendo maior entre mulheres não-brancas do que entre mulheres brancas. A nomenclatura arcana da tipologia associa “animal” com “não –branco” e “humano” com “branco”. (...) Assim, a nomenclatura duradoura reflete como a tipologia pélvica se desenvolveu em relação à crenças culturais acerca de raça, sexualidade, e reprodução. As categorias tipológicas espelham

crenças acerca de quem pare e a posição desses indivíduos na sociedade mais ampla.” (WALRATH:2003:10-11)

Como já dissera o antropólogo Franz Boas, em 1928, ao discutir as falácias das teorias raciais e de evolução cultural de seu tempo e do século XIX, “o olho que vê é órgão da tradição”. Os métodos de classificação utilizados para construir as tipologias raciais continham, como procurou mostrar este autor, muitos pressupostos equivocados e estavam longe de serem isentos³. A mesma crítica vale, como WALRATH (2003) e nós procuramos mostrar, para a tipologia pélvica acima referida. FOUCAULT (1979) assinala que um dos marcos de diferenciação da moderna medicina será sua ênfase no “olhar”. Nesse caso, a peculiar leitura dos “sinais” que se desvela nessas observações da pelve feminina revela muito mais acerca dos valores e dos interesses dos ginecologistas e obstetras nesse período de consolidação dessa especialidade médica.

Nesse sentido, cabe analisar os resultados e recomendações a que chegaram CALDWELL & MOLOY (1933) em relação aos significados obstétricos de seu estudo. Como era de se esperar, tendo em vista o fato que a maior parte dos partos, inclusive aqueles realizados por obstetras naquele período, e as concepções de gênero prevalecente na sociedade americana, a pelve do tipo ginecóide, protótipo da pelve feminina, era aquela mais bem adaptada ao parto vaginal, que requeria menos intervenções obstétricas. Afinal, como já mencionamos, a função primordial da mulher era a função reprodutiva, assim a pelve mais bem adaptada a essa função é aquela que representa melhor os “caracteres sexuais femininos”, como dizem os autores. Em contraste, todos os outros tipos pélvicos, mesmo o “ultra-humano” platipelóide, representam um desvio desta “norma” e requerem, em determinadas circunstâncias ou potencialmente, em maior ou menor grau, intervenções obstétricas para levar a um bom termo a reprodução da espécie. Ao mesmo tempo chama atenção que são, sobretudo, os caracteres sexuais ditos masculinos que parecem representar o maior perigo do ponto de vista obstétrico, e requerem maior intervenção. Assim, ao falar do significado obstétrico da pelve do tipo andróide, os autores comentam: *“Essa é forma pélvica mais perigosa que temos encontrado”* e advertem, *“Se as formas extremas (desse tipo de pelve) são encontradas antes do início do trabalho de parto, a cesárea eletiva pode ser aconselhada em sã consciência”*. (1933:500). Porém, a presença de “caráteres sexuais masculinos” também representava fonte de grande perigo em outros tipos pélvicos.

³ Acerca dessa frase de BOAS, F. ver BOAS, F. (1986 [1928] apud. SCHWARCZ (1997). Acerca das pesquisas de BOAS que fundamentaram suas críticas às teorias racialistas ver STOCKING (1982).

Assim, o estreitamento do ângulo subpúbico em bacias do tipo antropóide, característica ‘típica’ da “pelve masculina”, cuja presença na pelve andróide é um dos traços utilizados para sua identificação, é outra indicação de cesárea associada à um tipo pélvico nessa artigo. Segundo os autores:

“Nas formas extremas, particularmente quando um estreitamento do ângulo subpúbico existe, a cabeça (do feto) não consegue se engajar e a cesárea se torna o método habitual de parto.” (1933:502)

Percebe-se que do ponto de vista obstétrico, as conclusões mais gerais de Caldwell e Moloy poderiam ser expressas nos seguintes termos:

Mesmo entre mulheres que não apresentam patologias ósseas, isto é, que possam ser consideradas saudáveis desse ponto de vista, há uma grande variabilidade de formatos pélvicos, muitos dos quais apresentam “desvios” em relação à “norma” – a bacia ginecóide. A depender dos “desvios” apresentados, que seriam então atributos inatos da morfologia da pelve feminina, e portanto *naturais*, faz se necessário à intervenção do obstetra. Assim sendo, muitas mulheres que não apresentam patologias obstétricas tem, naturalmente, por motivos hereditários variados, morfologias pélvicas que apresentam obstáculos maiores ou menores à reprodução. Felizmente, há técnicas disponíveis à obstetrícia, as quais incluem a pelvimetria e o raio-X, que permitem mensurar e/ou visualizar distintas dimensões ou características da pelve e assim identificar esses ‘desvios’ e orientar, de antemão, a intervenção do obstetra quando essa se faz necessária.

Nota-se portanto que a relevância dessa tipologia para a obstetrícia é que ela reunia e apresentava, de um modo sistemático e, aparentemente, bastante convincente, uma série de “dados” e velhos e novos argumentos segundo os quais o corpo da mulher nem sempre se adequava à realização de sua função primordial – a reprodução. Pelo contrario, havia uma série de características morfológicas inatas, presentes em distintos tipos pélvicos, que apresentavam maior ou menor grau de perigo durante o processo de parturição. Assim sendo, a fragilidade e vulnerabilidade “natural” da mulher gestante e parturiente tornavam necessário a vigilância, tutela e precisa, pois bem orientada,

intervenção do obstetra. Justificava-se assim a consolidação e ampliação do campo de atuação desse especialista.

Outro aspecto que chama atenção no trabalho de Caldwell e Moloy é seu posicionamento diante de um dilema que acompanha grande parte da história da obstetrícia, o qual diz respeito à contraposição ou complementação da prova de trabalho de parto e do prognóstico do parto como critérios norteadores da intervenção obstétrica. A prática de se antecipar à terapêutica a partir de diversas medidas e explorações da topografia pélvica, isto é, o uso de distintas técnicas de pelvimetria e pelvigrafia tendo em vista o prognóstico obstétrico data do século XVIII⁴. O uso mais sistemático da pelvimetria externa se deu apenas a partir de meados do século XIX, quando ocorre uma maior institucionalização da obstetrícia enquanto especialidade médica. A pelvimetria ganha então crescente importância como estudo científico e as ‘pelves contraídas’ ou ‘vícios pélvicos’ detectados por meio dessa técnica se transformam em uma das principais indicações cirúrgicas. Como MOSCUCCI (1990) e ROHDEN (2001) têm observado, é nesse período que a antropometria ganha destaque como técnica científica tanto na antropologia quanto na ginecologia e obstetrícia, duas especialidades nascentes cuja colaboração mútua foi bastante acentuada nessa fase de consolidação de ambas. Sintetizando os desenvolvimentos nas áreas de cirurgia ginecológica e obstétrica ao longo do século XIX, entretanto, O'DOWD e PHILLIP comentam que, muito embora resultassem em alguns benefícios:

⁴ O'DOWD e PHILLIP (1994) em, *A História da Obstetrícia e Ginecologia*, atribuem a Hendrik van Deventer (1651-1724), em seu livro, *Nova Luz para as Obstetizes*, de 1701, o estudo e descrição apurada da anatomia óssea e do trajeto do feto pelo canal do parto, assim como as primeiras descrições e categorias de pelves contraídas (O'DOWD e PHILLIP: 1994). Outras contribuições importantes para o estudo da anatomia pélvica feminina que influenciaram muito a obstetrícia também foram feitas no século XVIII por Levret e Baudelocque na França e Smellie e Hunter na Inglaterra. À Smellie se atribui o reconhecimento da influência do raquitismo na deformação da pelve e a introdução da pelvimetria clínica ou interna, enquanto Hunter teria sido responsável, entre outras coisas, pelo reconhecimento das distorções na pelve em consequência da osteomalácia⁴. A Levret se atribui a primeira descrição da pélvis em termos de 3 planos obstétricos, esquema esse que, embora modificado, é ensinado até hoje nos livros de obstetrícia, em que se descrevem as propriedades anatômicas e das medidas dos estreitos superior, médio e inferior. E, Baudelocque foi responsável pela emergência da técnica de pelvimetria externa.

A invenção do pelvímetro, uma espécie de compasso, por Baudelocque e da técnica de pelvimetria externa iniciada por ele teria por objetivo diferenciar, em mulheres vivas, diâmetros pélvicos normais e contraídos e estabelecer correlações entre as medidas da pelve e da cabeça fetal (O'DOWD E PHILLIP: 1994). Baudelocque também foi responsável por aperfeiçoar a técnica de pelvimetria interna de Smellie.

“(...) o trato reprodutivo feminino foi sujeito a um assalto cirúrgico, em grande parte desnecessária”. (1994:16)

No caso da obstetrícia, muitas cirurgias desnecessárias nesse século resultaram do prognóstico de ‘pelve contraída’ ou ‘vício pélvico’. Embora o raquitismo e a osteomalacia, doenças que causam deformações da pelve feminina e que eram comuns nesse período foram responsáveis por parte dessas intervenções, essas não eram as únicas situações em que se recorria à cirurgia, pois essa era indicada frequentemente a partir de estimativas da medida de um parâmetro da configuração óssea da bacia, o *conjugado verdadeiro*, baseado em mensurações realizadas, primordialmente, por meio da pelvimetria externa (EASTMAN:1956). Aparentemente, a pelvimetria interna era pouco comum até o início do século XX, pois as mulheres consideravam-no um procedimento muito invasivo, por vezes inclusive se recusando a se submeter a esse exame (HAHN:1987).

Entretanto, questionamentos em relação à precisão dessa e das outras técnicas de mensuração da bacia existem desde a emergência das mesmas. No início do século XX, diante do reconhecimento da imprecisão das técnicas de pelvimetria existentes, alguns obstetras propunham novas técnicas que consideravam mais precisas e outros propunham a utilização de um conjunto delas e não apenas uma visando obter uma maior precisão na formulação do prognóstico. Outros obstetras, porém, assumiam uma atitude ainda mais conservadora, propondo que a prova de trabalho de parto fosse o principal critério utilizado pelo obstetra para avaliar a necessidade de intervenção, ao menos em casos “limítrofes”. Isto é, ao invés de entender o exercício da prática dessa especialidade no parto como algo que colocava a prova à ciência e a arte obstétrica, por vezes contradizendo a ambos, nessa concepção, a prova de trabalho de parto seria uma forma de exercitar a arte obstétrica, pois o correto acompanhamento do processo de parturição poderia levar ao estabelecimento de uma terapêutica adequada em diversos casos. Na década de 1920, esse dilema obstétrico preocupava especialistas brasileiros, que se posicionavam de formas diferentes diante dele. Apresentamos abaixo, o modo como esse dilema era retratado por um obstetra carioca, Dr. João Camargo, se contrapondo à postura do famoso obstetra Fernando Magalhães⁵ ao discutir as indicações da cesariana:

⁵ Fernando Magalhães foi Diretor da Maternidade do Rio de Janeiro (1915 e 1918) e catedrático da Clínica Obstétrica da Faculdade Nacional do Rio de Janeiro (1922 e 1944). A ele é atribuída a introdução e disseminação da operação cesariana no Brasil. Embora reconhecesse que houvesse falhas nos métodos de pelvimetria então disponíveis, acreditava que as indicações operatórias poderiam se aproximar a uma ciência, tendo por base mensurações e cálculos que se pretendiam cada vez mais precisos. A procura de uma maior precisão no cálculo dessa medida, Magalhães construiu um novo pelvímeter para ser utilizado em conjunto com a mensuração digital.

“Viu-se já, e todo parteiro o sabe, que a cesariana electiva é a ideal, aquella que se pratica no 9º mez, antes de iniciar-se o trabalho de parto, antes da possível contaminação já não direi ovular, por que o ovo ainda é intacto, mais cervical, mesmo a cesariana precoce, no início do trabalho de parto antes de romper-se a bolsa de águas.

Todavia, conforme se sabe e é corrente em obstetrícia, a pelvilogia é falha, os methodos pelviméticos e pelvigráficos não são positivos, e o prognóstico do parto, no domínio da relatividade, só nos é dado e garantido pelo teste ou prova do trabalho de parto, depois das tentativas naturaes, em se tratando dos casos de bacias limites ou de desproporção, sómente elle nos orientará no caminho transpelviano ou na via abdominal.

Ora, isso é tempo perdido, é trabalho inútil, é traumatismo, é estafa da parturiente e é sobretudo, porta de entrada de infecção que já começou ou começa e se agravou pelo tempo decorrido inutilmente.

De maneira que o profissional se encontra diante de um dilemma, ou faz a cesareana electiva prematura e poder-se-a ter o parto natural, e poderá ser acoimado de apressado, ou não n’a faz, ou a faz tardia, após a prova de trabalho de parto exaustivo, e perdeu tempo precioso, e é retardatário, esta nas condições de um caso impuro e de graves conseqüências. Ou pecca por omissão ou por excesso.

Isso, naturalmente, nos casos limites, duvidosos, nas desproporções relativas, pois nos vícios abundantes não se titubeia nem se vacilla.

Mas, como parteiros, devemos esperar nesses o resultado da prova do trabalho de parto, pois que prejulgamentos não se baseiam em dados positivos, e só após é que poderemos tomar uma decisão.” (p.933-4)[grifo do autor]⁶

No período contemporâneo, uma postura ainda mais conservadora é recomendada por diversas autoridades internacionais incluindo a Organização Mundial de Saúde (2000 [1996]) e a Biblioteca Cochrane (www.cochrane.bireme.br) e, no Brasil, pelo Ministério de Saúde (BRASIL:2001). A imprecisão dos vários métodos de pelvimetria têm levado à seu abandono como meio de prognóstico obstétrico (ENKIN et al.: 2005; PATTINSON e FARELL:2006; BLACKADAR e VIERA: 2003) e a recomendação da adoção do partograma, parâmetro de avaliação da progressão do trabalho de parto, como instrumento principal para testar a proporção fetopélvica. Porém, esta postura está longe de representar um consenso entre obstetras, particularmente no Brasil onde, como pudemos observar, a adoção da pelvimetria e da

⁶ “*Cesarea iterativa segmentária*”. Comunicação de Sr. João Pereira de Camargo, apresentada na Sessão em 14 de Novembro de 1929, **Boletim da Academia Nacional de Medicina**, 100º anno – No 22 pp 924 - 938

pelvigrafia ainda era recomendada em sala de aula e nos livros textos adotados como referencia bibliográfica básica em ambas as escolas paulistas em que realizamos estudo etnográfico (HOTIMSKY:2007).

Quando CALDWELL e MOLOY realizaram sua pesquisa, havia um grande entusiasmo com relação ao uso do raio-X como técnica de pelvimetria. Seu trabalho recomendava o uso dessa técnica na determinação do formato da bacia e de suas dimensões e no prognóstico do parto, como indicamos acima⁷. Aparentemente, o entusiasmo com a precisão da nova técnica de visualização e mensuração representada pelo raio-X levava a uma tendência entre obstetras do período a procurar substituir a pelvimetria externa e interna por esse novo método, acreditando ser esta a moderna fundamentação do prognóstico obstétrico. Esse entusiasmo transparece na primeira edição do livro-texto brasileiro *Obstetrícia Normal* de Raul Briquet. Tido como fundador da “Obstetrícia Paulista” (NEME:2000; DELASCIO e GUARIENTO: 1981 e 1994) as edições mais recentes desse manual são adotadas como livro texto em conceituadas faculdades de medicina do Estado de São Paulo, inclusive as faculdades em que conduzimos estudo etnográfico acima mencionado. Vejamos como Briquet se referia à pratica da pelvimetria em geral, a pelvimetria por raio-X e a prova de trabalho de parto em 1939:

*“Como os diâmetros internos da bacia não podem ser conhecidos diretamente, recorre-se à medida de outros, externos, que lhes sejam correspondentes. Tem-se assim juízo aproximado sobre a capacidade pélvica.
É freqüente o parteiro louvar-se na prova de trabalho de parto, mas compreende-se que tal critério não é inteiramente seguro para se orientar a assistência obstétrica. O ideal será completá-*

⁷ As tentativas de utilização do raio-X como método para investigar a forma e tamanho da pelve feminina para fins de prognóstico obstétrico data do final do século XIX, sendo mencionado por WILLIAMS desde 1903, na primeira versão de seu livro texto. Segundo este autor, Budin e Varnier relataram sua experiência com esse método em 1897, e indicaram que frequentemente resultava em uma boa avaliação da forma, mas que não se constituía em método eficiente para medir as dimensões da pelve (WILLIAMS: 1997[1903:594]). A partir da década de 1920, a técnica de pelvimetria por raio-X se torna mais apurada e, entre as décadas de 1930 e 1950, era bastante utilizada tanto em pesquisas acerca de tipologias pélvicas, como durante o pré-natal para avaliar a adequação da pelve materna para o parto e nascimento. O'DOWD e PHILLIP atribuem à investigação pélvica por técnicas de raio-X a demonstração da inadequação das mensurações realizadas por meio de pelvimetria externa (1994), embora, como vimos, pesquisas anteriores já haviam indicado a falta de precisão dessas mensurações. Cabe mencionar o que esses autores dizem acerca de radiologia e das evidencias acerca dos riscos de seu emprego que emergem em 1956: “Embora a radiologia contribui de forma relevante para o conhecimento acerca da arquitetura da pelve em pacientes grávidas, uma nota de alarme foi soada em 1956 quando um relatório sugeriu que a radiologia gestacional poderia causar riscos genéticos aos gônadas tanto do feto dentro do útero como de sua mãe (Medical Research Council: 1956). STEWART et. al.(1956) documentaram um aumento na incidência de leucemia nas crianças que foram submetidas a irradiação uterina durante a radiologia realizada no pré-natal e relataram que também houve um incremento em outras malignidades da infância (1958). Posteriormente, exames radiológicos foram utilizados de forma bem mais restrita.” O'DOWD e PHILLIP:1994:73)

la com a radio-pelvimetria e, sobretudo, a estéreo-fotogrametria que informa, com precisão das relações do feto com a bacia.” (BRIQUET: 1939:261—2)

Para Briquet a pelvimetria era entendido como recurso relevante para avaliar a capacidade pélvica. Sua menção a frequência com que “*o parteiro louva-se na prova de trabalho de parto*” sugere a persistência, naquela ocasião, de posturas divergentes entre obstetras quanto ao uso do prognóstico e da prova de trabalho de parto como critérios que deveriam nortear a assistência obstétrica. Enquanto alguns, aparentemente, utilizavam a prova de trabalho de parto como critério exclusivo para orientar a assistência, outros, entre os quais se incluía, consideravam “mais seguro” recorrer antes a prognósticos realizados por distintas técnicas pelvimétricas. Assim, caso se verificasse por meio dessas técnicas a existência de vícios pélvicos, seria possível decidir, de antemão, e conseqüentemente planejar as intervenções cirúrgicas a serem realizadas sem submeter essas gestantes à prova de trabalho de parto. Nota-se que as técnicas de visualização da pelve são por ele consideradas “ideais” para averiguar as relações feto-pélvicas porque dotadas de maior precisão em relação às outras técnicas pelvimétricas tradicionais. Entretanto, essas últimas não são descartadas como recursos no intuito de se estabelecer a conduta assistencial.

A posição adotada diante desse dilema obstétrico na versão mais recente desse manual, utilizado, como livro-texto em diversas faculdades de medicina no estado de São Paulo é a de enfatizar a complementaridade entre distintos métodos de avaliação da bacia e a prova de trabalho de parto:

“A pelvigrafia interna demanda bastante tirocínio, que importa na prática reiterada da exploração interna, e é suplementada, com vantagem, pela prova do trabalho de parto e pelos recursos modernos da radiografia obstétrica.” (DELASCIO e GUARIENTO:1994:217-18)

O outro manual de obstetrícia adotado como livro-texto nas faculdades em que realizamos estudo etnográfico, posicionava-se da seguinte forma diante desse dilema:

“A semiologia da pelve é fundamental. O prognóstico do parto pode ser razoavelmente entrevisto, no seu aspecto mecânico, ao cabo de correto emprego dos métodos habituais de exame da bacia.” (REZENDE e MONTENEGRO: 2003:141)

Nota-se, nesse livro-texto, a particular ênfase na relevância do prognóstico do parto.

Não é surpreendente portanto, que nas aulas de obstetrícia de ambas as faculdades onde realizamos nosso estudo, o tema dos “vícios pélvicos” e alguns modos de detectá-los por meio de técnicas de pelvimetria interna e externa eram ensinados aos estudantes de medicina, sendo reiterados, alias, diversas vezes tanto no ciclo básico como no internato. Ademais, a definição de “vício pélvico” no contexto brasileiro não se refere mais apenas as bacias deformadas por patologias ósseas como o raquitismo e a osteomalacia. Atualmente esse termo passou a designar todos os tipos de bacia da tipologia de CALDWELL e MOLOY (1933) excetuando-se a bacia ginecóide. E a relação entre “vício pélvico” e mecanismo de parto é explicitada por REZENDE e MONTENEGRO nos seguintes termos:

“O mecanismo de parto tem características gerais constantes, que variam em seus pormenores, de acordo com o tipo de apresentação e a morfologia da pelve. Estudaremos apenas o mecanismo fisiológico: apresentação cefálica fletida em bacia ginecoide.” (2003:177)

Como sugerem WALRATH (2003) e MARTINS (2005), as descrições anatômicas da pelve e do processo de nascimento presentes nos manuais de obstetrícia são interpretações científicas construídas em determinados contextos e refletem valores culturais e interesses clínicos. As permanências e transformações dessas concepções têm tido conseqüências importantes para a definição de condutas em relação ao parto as quais merecem maior aprofundamento. Como indicamos acima, a postura adotada nas faculdades de medicina em que realizamos pesquisa etnográfica confere validade ao prognóstico obstétrico e à diversas técnicas de pelvimetria e pelvigrafia utilizadas na sua obtenção. Essa postura não apenas diverge daquela preconizada pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério de Saúde, como legitima a indicação de cesarianas à partir do “diagnóstico” de “vicio pélvico” e de “desproporção cefalopélvica” obtida por meio destas técnicas.

Ademais, embora não se menciona, nos livros textos brasileiros, a distribuição racial dos tipos pélvicos relatados por CALDWELL, MOLOY e SWENSON (1938 *ibid* EASTMAN:1956), aqueles não deixam de indicar que haveria uma associação inata

entre “raça” e “vício pélvico”. Ambos os manuais adotados como livro-texto nas faculdades pesquisadas reiteram que haveria uma associação entre “cor” e “vício pélvico”.

Segundo a *Obstetrícia Fundamental*, ao discutir a identificação enquanto item da anamnese e exame físico na gravidez:

“Cor: Tem interesse considerando-se ser o vício pélvico mais comum nas pretas e nas mestiças” (REZENDE e MONTENEGRO:2003:88)

Nota-se que esse “dado” é mencionado sem qualquer explicação ou referencia a algum estudo comprobatório dessa associação.

Segundo *Obstetrícia Normal – Briquet*:

“Considera-se, aqui, a cor tão-só como caráter inspetivo da raça.

Em 1904, Riggs, de Baltimore, publicou extenso trabalho sobre o parto em mulheres branca e preta. Entre outras conclusões, acredita que, nesta, guardadas as proporções cefalopélvicas, o parto espontâneo é mais freqüente do que naquela, por ser a cabeça do feto preto mais plástica do que a do branco.

Em nosso país, merecem referência os trabalhos de Álvaro S. Gusmão, M. Lazary e Correia da Costa. O primeiro escreveu, em 1914, tese de valor sobre a semiologia da pelve da mulher brasileira. O segundo publicou, em 1916, um estudo estatístico sobre 913 casos, nos quais observou a seguinte percentagem de vícios pélvicos: pretas, 23%; pardas, 18% e brancas 15%. O terceiro examinou, em 1925, a resistência perineal, obtendo os dados seguintes: pretas 54,3%; pardas, 40,8%; brancas, 34%.”
(DELASCIO e GUARIENTO:1994:192)

Nota-se, na descrição acima, que a associação entre “vício pélvico” e “cor”, ao mesmo tempo em que é considerada inata, seria peculiar à mulher brasileira. Como ocorre no ordenamento hierárquico das “raças” que encontramos em CALDWELL e MOLOY (1933), destaca-se a superioridade da “raça” branca e a inferioridade das outras. Uma das peculiaridades da “semiologia da pelve da mulher brasileira” diz

respeito à “miscegenação” e ao perigo que esse fenômeno representava para parcela dos obstetras brasileiros no início do século XX, tema à qual voltaremos. Curiosamente, o fato dos trabalhos acima referidos de **Álvaro S. Gusmão, M. Lazary e Correia da Costa**, não constarem nas referências bibliográficas de BRIQUET (1939) e tampouco de DELASCIO & GUARIENTO (1970;1981;1994), não impediu que continuassem a ser citados como fontes fidedignas. Aliás, os alunos continuam apreendendo em sala de aula, como tivemos a oportunidade de observar em uma das faculdades, quando o tema abordado pelo professor era mecanismo de parto, que “mulheres negras tem pelve viciada” .

Além disso, a associação entre “raça” e capacidade pélvica e/ou qualidade reprodutiva no ensino da obstetrícia, tal como observamos nas conceituadas escolas de medicina pesquisadas, não se limita às “raças” mencionadas nos livros textos. Um dos partos que tivemos a oportunidade de observar durante a pesquisa de campo foi de uma mulher de ascendência nipônica. O professor que lhe prestava assistência e as duas internas que lhe auxiliavam também eram de ascendência nipônica. O parto correu bem, sendo do tipo normal e, nesse caso, não houve anestesia, analgesia ou episiotomia. Ao final do parto, o obstetra cumprimentou a parturiente pelo bom desempenho. Depois de se afastar dela, comentou com as internas que as mulheres orientais eram “boas parideiras” e sendo, inclusive, menos escandalosas, pois se diferenciavam pelo limiar de dor. Nota-se que “raça” segue sendo tratado como elemento de diferenciação biológico e não como construção social no discurso acima e a ela se atribui uma série de características também apresentadas como sendo “inatas”.

Por outro lado a noção de que “pardas” tem pelve pelves “viciadas” com mais frequência do que “brancas” ou “pretas” recebe uma explicação em BRIQUET (1939) a qual é reiterada em todas as edições de seu livro-texto e, por isso, merece nossa atenção. Cabe mencionar que as “Considerações Gerais” do livro texto Obstetrícia Normal (BRIQUET:1939) sofreram poucas alterações entre a primeira e última edição de 1994. No trecho abaixo citado, sinalizamos essas alterações colocando **em** para indicar parte

do texto original que foi substituído na 2ª edição de 1970 e escrevemos em azul escuro, a substituição desse trecho do texto por Delascio & Guariento. Nas edições subsequentes, não houveram alterações adicionais nesse trecho.

*“Na espécie humana existem condições que imprimem cunho particular à maternidade, a saber: a **atitude erecta**, o **maior desenvolvimento do cérebro**, a **uniparidade** e a **miscegenação**. (grifo do autor)*

A atitude erecta impõe a existência do períneo, ou do assoalho do aparelho genital, e a de uma bacia ampla, com dupla função – contensora e protetora. Ora, se, por um lado, a bacia óssea e o estojo músculo-ligamentoso, que a completa, resguardam as vísceras contra os traumas externos, por outro, podem acarretar embaraços à saída do feto.

O maior desenvolvimento do cérebro humano torna a cabeça à região mais volumosa e resistente do feto: isso explica a razão pela qual o parto é mais laborioso na mulher. O encéfalo possui, em média, o peso de 1.300⁸g. enquanto, nos antropóides mais elevados, ele é de 600g.

A uniparidade representa um processo seletivo, pois que, reduzindo o número de filhos, melhora a qualidade deles. O feto de mais de 4.000g constitui um obstáculo ao parto, obstáculo que varia com a forma e dimensão da bacia e com a energia da contração uterina.

⁸ O texto acima leva a crer que o peso do encéfalo ao qual o autor se refere é de um feto. Afinal está utilizando os dados acima para argumentar que o volume e resistência da cabeça do feto é que tornaria o parto mais laborioso na mulher do que em outras espécies. Uma primeira estranheza que poderia emergir em relação à argumentação é porque escolher uma medida tão indireta como o peso do encéfalo para falar do volume da cabeça? Afinal, Briquet utiliza outros índices craniométricos para discutir o volume da cabeça e a sua relação com os índices pélvométricos ao abordar o tema do trajeto de parto em outras sessões do livro. Além disso, embora não mencione a fonte de seus dados, o peso médio dos encéfalos a qual se refere – 1.300 gramas para humanos e 600 gramas para antropóides mais elevados – corresponde aos adultos de cada espécie e não a fetos. Alias, constatamos que o próprio Briquet tinha pleno conhecimento disto, utilizando essas informações, referindo-se a adultos em outro livro texto seu, publicado anteriormente e intitulado Psicologia Social(1935) em um capítulo, intitulado “Preconceito de Raça”.

Por outro lado, o cérebro humano só tem 23% do seu tamanho total quando do nascimento e leva 3 anos para atingir 70% do seu tamanho final, enquanto os chimpanzés, por exemplo, ao nascer tem 40,5 % do tamanho total do cérebro e levam apenas um ano para atingir 70% do seu tamanho final (GOULD: 1987:61-2). Assim o peso do cérebro do feto humano representa uma proporção bem menor do seu peso total ao nascer e, conseqüentemente, um obstáculo bem menor do que o texto acima leva a crer. E a diferença entre o peso dos encéfalos de fetos humanos e antropóides ao nascer também é bem menor. Alias as diferenças entre a espécie humana e os antropóides mais elevados quanto às dificuldades que enfrentam no parto, muito enfatizadas neste e em outros trabalhos até as últimas décadas do século XX, também estão sendo relativizadas e questionadas atualmente (WALRATH:2003).

A miscigenação repercute na osteogênese em geral, e portanto, na da bacia, donde desproporção feto-pélvica correspondente à desarmonia racial dos gametos que se conjugaram. Segundo Roquette Pinto, os nambiquaras interrompem a prenhez nas índias que concebem de varões estranhos à tribo, por temerem acidentes de parto decorrentes da mistura de raças.⁹

// Pergunta-se agora: - Pode-se considerar como função isenta de perigo a parturição que, só nos Estados Unidos, onde

⁹ O que se pressupõe nesse parágrafo é que: 1) cada ‘raça’ teria um tipo específico de bacia apropriada para seus descendentes e, 2) em se misturando as ‘raças’, isso resultaria em desproporções. Portanto, o argumento eugênico que resulta desse raciocínio é que não se deve misturar as ‘raças’ porque essa mistura é deletéria.

A referência à Roquette Pinto é muito curiosa. Roquette Pinto, então diretor do Museu Nacional, presidiu o Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia em 1929 e era um grande crítico de Renato Kehl, outro importante eugenista brasileiro. Ao contrário desse último autor, apostava na tese de embranquecimento como solução para o ‘problema racial brasileiro’. Era, portanto, favorável à imigração como solução para dito problema, ao contrário de vários outros congressistas. Além disso, afirmava que a miscigenação brasileira não era “disgênica”, isto é, utilizava diversas medidas, craniométricas inclusive, para ‘comprovar’ que, ao contrário do que Renato Kehl e outros eugenistas brasileiros afirmavam, a mistura de raças no Brasil não produzia a degenerescência de sua população. Não há qualquer referência no livro de Briquet para situar em que texto de Roquette Pinto este descreve a mencionada atitude dos nambiquaras e a idéia sendo defendida aqui por Briquet de *desarmonia racial* que gera problemas no parto – desproporção feto-pélvica – é no mínimo dissonante com a idéia, defendida por Roquette Pinto naquele Congresso que não via na mistura de raças um problema, mas inclusive, ao contrário, uma solução para o problema racial brasileiro. Além disso, chama atenção que Briquet esteja utilizando uma crença e uma atitude de um grupo indígena em relação aos perigos atribuídos à mistura de raças como única evidência de seu efeito deletério.

A ambigüidade desse parágrafo e o uso bastante questionável da linguagem científica também nos chama atenção. A primeira frase faz referência simultaneamente à duas gerações senão vejamos:

“A miscigenação repercute na osteogênese em geral, e portanto, na da bacia, donde desproporção feto-pélvica correspondente à desarmonia racial dos gametos que se conjugaram.”

Ao afirmar que a miscigenação repercute na formação óssea em geral e, portanto na formação da bacia o autor está se referindo à bacia daquele indivíduo que é produto da assim referida mistura de ‘raças’. No caso desse indivíduo ‘miscigenado’ ser mulher, segundo a argumentação acima apresentada, esta então teria propensão a ter uma *bacia* cujas proporções, quando e se fosse dar à luz, teria características desfavoráveis à parturição – seria por isso supostamente mais propensa à resultar em desproporção feto-pélvica. Porém, a segunda parte da frase não se refere à geração dos filhos de uma mulher ‘miscigenada’. Essa parte da frase se refere, ao contrário, a uma desproporção feto-pélvica que seria produzida porque o feto, por ser fruto de uma mistura de raças descrita como desarmoniosa, não teria proporções apropriadas para fazer a passagem pela bacia de sua mãe, de uma dessas raças. É essa afirmação que oferece continuidade com a frase seguinte acerca das crenças e atitudes dos nambiquaras. Porém, nesse caso, a bacia da mãe não teria sofrido as repercussões da osteogênese referida na parte inicial da frase.

Em 1939, essa concepção de tipologia racial na qual a argumentação desse parágrafo se baseia já era bastante contestada pela genética. Porém, em 1970, quando da 1ª re-edição desse livro texto, esse tipo de argumentação eugenista já não tinha qualquer base de sustentação. Entretanto, entre obstetras brasileiros, essas idéias veiculadas por Briquet e posteriormente por Delascio & Guariento ainda gozam de credibilidade. Somando-se a isso, a afirmação na seção “Exame da Gestante” (posteriormente intitulada “Semiologia Obstétrica”) de que vícios pélvicos são mais frequentes entre pretas e pardas do que entre brancas, temos aí o estabelecimento de uma hierarquia racial e mais um argumento contra a ‘miscigenação’ e de promoção da eugenia negativa, mantido intacto no livro texto.

a assistência medico-social é bastante difundida, determinou, em 1937, 4,4% de óbitos maternos? Certo que não. / Não se pode, portanto, considerar como função isenta de perigo a parturição.// É que a mulher corre tantos riscos no decurso da gravidez, do parto e do puerpério, que somente a vigilância do obstetra poderá subtraí-la, muitas vezes, à morte e à invalidez.

Ao parteiro incumbe, pois, assegurar a vida materna e do nascituro. Deve coordenar a ação profilática, tanto no período pré-natal, como no parto e puerpério, a fim de manter a unidade do ciclo gravídico-puerperal. Dessa maneira harmoniza o objetivo profissional com o da ‘eugenia’, que é de proporcionar a perfeita estruturação intra-uterina do futuro cidadão. [o destaque à palavra eugenia é do autor as aspas são da edição de 1970 de Delascio & Guariento, mantido o texto dessa edição de 1970 nas duas edições posteriores de 1981 e 1994]

O valor da puericultura intra-uterina está subordinado à precocidade com que se estabelecem os cuidados profiláticos. O ideal seria instituir a assistência // pré-nupcial/ pré-concepcional//, em que se atenderia a condições mais remotas e favoráveis para a conjugação sexual.” [Grifo dos autores] (BRIQUET:1939:1-2: DELASCIO & GUARIENTO:1970:15-16)

Não é nosso intuito, nesse momento, fazer uma análise detalhada de todos os elementos elencados pelo autor para explicar as peculiaridades e perigos do parto na espécie humana. Queremos apenas chamar atenção para o fato de que uma concepção patológica da fisiologia do parto (DINIZ:1996; MARTIN: 1987) é destacada para apresentar a obstetrícia aos alunos de medicina brasileiros, leitores à qual essa obra se dirige, e para o modo como “gênero” e “raça” e, mais particularmente a mistura entre “raças”, se entrelaçam nessa apresentação para produzir, segundo seu autor, os piores prognósticos de parto. A descrição do compromisso adaptativo entre as exigências da parturição e o bipedalismo na evolução da espécie não é um elemento original desse trabalho, versão semelhante a essa podendo ser encontrada inclusive em REZENDE (2005). Como assinala WALRATH (2003) ela reflete o modo como valores e

concepções de gênero se fazem presentes na abordagem da evolução da pelve humana. Segundo a autora:

“Ao invés de enfatizar a reconciliação bem sucedida de duas exigências biológicas competitivas, este discurso enfatiza a ineficiência do andar feminino e o inevitável dilema obstétrico”

WALRATH (2003:7)

Quanto à “miscegenação” e os seus supostos efeitos deletérios em relação ao parto, o autor deixa claro que suas advertências tem por intuito harmonizar “*o objetivo profissional com o da ‘eugenia’, que é de proporcionar a perfeita estruturação intra-uterina do futuro cidadão.*” Efetivamente, na década de 1930, quando BRIQUET publicou a 1ª edição desse livro-texto, o movimento eugênico ainda era bastante significativo, encontrando adeptos e lideranças entre os médicos brasileiros (ROHDEN:2003; MOTA e SANTOS:2007). A defesa do exame pré-nupcial, tendo por objetivo o controle e a intervenção do Estado nas escolhas reprodutivas, como acima aludido, era uma das grandes bandeiras desse movimento, representando, inclusive uma de suas conquistas na Constituição Brasileira de 1934. Sem dúvida se nota no discurso acima, a influencia das teorias evolucionistas sociais e racialistas do século XIX as quais também influenciaram, como pudemos indicar, CALDWELL e MOLOY (1933) no mesmo período.

Entretanto, a permanência, quase intacta, dessa apresentação em um livro-texto de obstetrícia contemporâneo causa estranhamento. A nosso ver, é preciso indagar o motivo pelo qual esse discurso continua a ser reproduzido no contexto atual a despeito das diversas falácias que ele evidentemente comete e do fato da eugenia não ser um movimento político de nossos tempos.

No século XIX e início do século XX, o prognóstico de vício pélvico era bastante assustador e seu fantasma estimulava os receios das parturientes em relação ao parto, sendo esse também um dos fatores que contribuíram para a construção social do nascimento como drama médico (LEAVITT: 1999). Porém, a construção social de imagens assustadoras em relação ao parto ainda se fazem presentes no ensino de obstetrícia, não apenas em apresentações como esta acima citada de BRIQUET, que talvez nem seja mais levada à sério, mas também em outras ocasiões, quando se discute

com toda seriedade, o prognóstico do vício pélvico. Vejamos como uma professora abordou esse tema em sala de aula com seus alunos de uma das faculdades pesquisadas:

“Vício pélvico é definido como qualquer deformidade da bacia óssea (...) Quais os efeitos que a distócia óssea pode trazer: desconforto, encarceramento uterino (dentro da bacia óssea) e propicia maior incidência de apresentações anômalas. Também tem maior chance de inserção anômala da placenta. (...) Se esse vício não é diagnosticado, é complicado. Vício pélvico de estreito superior é o que determina se parto vaginal é ou não possível. Se insistir, vai acontecer uma tragédia: rotura uterina, morte fetal, morte materna. (...) Isso tem importante aplicação na prática:

Será que pode fazer fórcepe ou será que tem que ser cesárea?

Quando há vício pélvico há maior incidência de cesarianas; um aumento de hemorragias durante o parto por tocotraumatismo; e de hemorragias e infecções no puerpério.

Em relação às conseqüências para o feto: prejudica também a vitalidade fetal, há hemorragias intracranianas, também há hipóxia e morte fetal.

Bom, sabendo disso, se perceber que não tenho condições de fazer parto normal, vou submeter a minha paciente à cesariana.”

Cabe mencionar que essa interpretação do vício pélvico e a conduta clínica a ser adotada a partir de seu “diagnóstico” é bastante questionada, inclusive em manuais de obstetrícia internacionais bastante reconhecidos e citados frequentemente pelos especialistas dessa área no Brasil. Este é o caso, por exemplo, de *Williams Obstetrics* (CUNNINGHAM et al., 2001) em sua 21^a edição, a mais recente à época da realização da pesquisa de campo e, portanto, quando essa professora fazia a descrição das conseqüências de vícios pélvicos aos alunos de graduação de medicina da faculdade em pauta, e lhes propunha as recomendações acima. Ao abordar especificamente o diagnóstico de desproporção cefalopélvica, que pode resultar, segundo os autores, do tamanho excessivo do feto, da capacidade pélvica inadequada ou da má-apresentação do feto, os autores afirmam:

“A expressão desproporção cefalopélvica começou a ser utilizada antes do século XX para descrever o trabalho de parto

obstruído devido a disparidades entre as dimensões da cabeça do feto e a pelve da mãe, tais que tornavam o parto vaginal impossível. Esse termo porém, emergiu em um período no qual a principal indicação de cesárea era o patente vício pélvico devido ao raquitismo. Tais verdadeiras desproporções cefalopélvicas são raras hoje em dia, e a maioria das desproporções se deve à má posição da cabeça do feto – assinclitismo ou extensão dos diâmetros ósseos da cabeça fetal, ou devido a contrações uterinas ineficazes. A verdadeira desproporção cefalopélvica é um diagnóstico tênue, pois dois terços ou mais das mulheres diagnosticadas como tendo essa desordem e cujos partos são cesáreas subsequente têm partos vaginais em que dão à luz crianças até maiores.” (CUNNINGHAM et al., 2001:426)

O que estamos chamando atenção aqui é que edições posteriores do *Williams Obstetrics*, como indica HAHN (1987), foram incorporando algumas mudanças com relação ao modo de retratar esse evento fisiológico, isto é, deixando de apresentá-lo como sendo “*inerentemente patológico*”, e reconhecendo, progressivamente, embora de forma ainda limitada, a participação da mulher no controle sobre a reprodução e do parto. Porém, essas inovações, que dizem respeito à concepções de gênero e ao reconhecimento de direitos reprodutivos da mulher, têm sido ignoradas em sala de aula e nos livros-texto indicados na bibliografia básica dos cursos pesquisados.

Analisando a situação de atenção à saúde da mulher nos Estados Unidos e na Europa, GOOD (1995) e DEVRIES (1984) afirmam que se trata de uma área da saúde que tem sido particularmente sensível às demandas de consumidoras e às críticas em relação à qualidade da assistência. Tal como HAHN (1987), os autores acima mencionados atribuem esse fato, por um lado, à força e visibilidade de movimentos sociais, particularmente o movimento feminista nesse campo. Por outro, ao impacto da crise de confiança na assistência obstétrica, engendrada pelo desenvolvimento da medicina tecnológica, que se expressou, entre outras coisas, por meio de um crescente número de denúncias e processos contra obstetras.

No campo das políticas públicas e da indústria hospitalar brasileira, podem-se perceber mudanças como as acima referidas na área de saúde da mulher, porém, a formação em obstetrícia nas duas faculdades pesquisadas tem sido bastante resistente a sua incorporação (HOTIMSKY & SCHRAIBER:2005). Essa grande impermeabilidade ao reconhecimento de direitos reprodutivos e a concepções e procedimentos como consentimento informado e decisões compartilhadas pode ser observada não apenas nos clássicos livros-texto adotados, como também no ensino em sala de aula e nas várias etapas da assistência obstétrica, como procuramos indicar acima.

À nosso ver, a persistência de distintas formas de associação entre características anatômicas da pelve feminina e categorias de gênero e “raça” e seu ordenamento hierárquico, parecem se constituir, como sugere STOLCKE (1993) em uma maneira de naturalizar e assim perpetuar desigualdades sociais presentes em nossa sociedade. Como afirma a autora:

“(…) diferenças de sexo não menos do que diferenças de ‘raça’ tem sido e continuam sendo marcadas ideologicamente enquanto ‘fatos’ biológicos socialmente significantes na sociedade de classes, como uma forma de naturalizar e assim perpetuar desigualdades de classe e de modo correlato, de gênero. (...) A naturalização de desigualdades sociais se constituem, efetivamente, em um procedimento ideológico fundamental na sociedade de classe para superar as contradições que lhe são inerentes” (1993:30).

No caso específico da obstetrícia, trata-se de formas de naturalizar e assim contribuir para perpetuar não apenas as desigualdades de “raça” e gênero presentes no contexto mais amplo da sociedade brasileira como um todo, mas também aquelas existentes no contexto da formação de uma elite profissional. Gostaríamos de sugerir que a “naturalização” das desigualdades em pauta também dá sustentação a um modelo de ensino e de exercício da prática obstétrica que se caracteriza, entre outras coisas, pela realização de intervenções arriscadas às quais nem sempre são baseadas em decisões ou condutas clínicas ou em evidências científicas e que por vezes violam princípios

fundamentais da ética médica, desqualificando o exercício da prática da obstetrícia como técnica moral-dependente¹⁰ (HOTIMSKY:2007).

Referencias Bibliográficas

Biblioteca Cochrane. www.bibliotecacochrane.bireme.org

Blackadar, C.S. & Viera, A.J. A retrospective review of performance and utility of routine clinical pelvimetry. In Award-winning research papers from the AAFP 2003 Annual Scientific Assembly. Family Medicine, vol 36, No. 7, July-August, 2004, pp. 505-507.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Briquet R. Obstetrícia normal. Rio de Janeiro: Editora Freitas Bastos; 1939.

Caldwell, W.E. & Moloy, H.C. Anatomical variations in the female pélvis and their effect in labor with a suggested classification. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 26:479-505, 1933.

Camargo, J.P. Cesárea iterativa segmentaria In: Boletim da Academia Nacional de Medicina, 100º anno – No 22 pp 924-938.

Corrêa, M. Antropologia & medicinal legal. In: Caminhos Cruzados. São Paulo: Brasiliense, 1982.

Corrêa, M. As ilusões da liberdade: a Escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil. Bragança Paulista, BP:EDUSF, 1998.

Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. New York: McGraw-Hill; 2001.

Delascio D, Guariento A. Obstetrícia normal – Briquet. São Paulo: São Paulo Editora: 1970.

Delascio D, Guariento A. Obstetrícia Normal – Briquet. São Paulo: Sarvier; 1981.

Delascio D, Guariento A. Obstetrícia Normal – Briquet. São Paulo: Sarvier; 1994.

DeVries RG. “Humanizing” childbirth: the discovery and implementation of bonding theory. Int J Health Serv. 1984;14(1):89-104.

¹⁰ Acerca do exercício da prática medica como técnica moral-dependente ver SCHRAIBER (1997)

Diniz CSG. Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1996.

Eastman, N.J. Williams Obstetrics. New York: Appleton- Century-Crofts, Inc., 1956.

Enkins M, Keirse MJN, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. (Tradução realizada com apoio da JICA do original publicado em inglês em “A guide to effective care in pregnancy and childbirth”. Oxford: Oxford University Press; 2000).

Foucault, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

Hotimsky, S.N. & Schraiber, L.B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. Ciênc Saúde Coletiva, 2005; 10(3):639-49.

Good MJD. American Medicine: The quest for competence. Berkeley: University of California Press; 1995.

Gould, S.J. A falsa medida do homem. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

Gould, S.J. Darwin e os grandes enigmas da vida. São paulo: Martins Fontes, 1987.

Hahn RA. Divisions of labor: obstetrician, woman, and society in Williams Obstetrics, 1903-1985. Med Anthropol Q. 1987;1(3):256-82.

Hotimsky SN. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. [doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2001.

Leavitt JW (org.). Women and health in America. Madison: University of Wisconsin Press; 1999. [Publicado originalmente em 1987].

Leavitt JW. The growth of medical authority: technology and morals in Turn-of-the-Century Osbtetrics. In: Leavitt JW (org.). Women and health in America. Madison: University of Wisconsin Press; 1999. p. 636-58.

Martin E. A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução. [The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction (1ª edição de 1987)]. Rio de Janeiro:Garamond; 2006.

Martins, A. P. V. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2004.

Moscucci O. The science of woman: gynaecology and gender in England 1800-1929. Cambridge: Press Syndicate of the University of Cambridge; 1990.

Mota, A. & Santos, M.A.C. São Paulo, 1932: memória, mito e identidade. São Paulo, Alameda, 2007 (no prelo).

Neme B. Obstetrícia básica. São Paulo: Savier,. 2000

O'Dowd MJ, Philipp EE. The history of obstetrics and gynaecology. New York: Parthenon Publishing Group; 1994.

Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Saúde Materna e Neonatal/Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2000. [Tradução realizada com apoio da OPAS e JICA, do original em inglês publicado em 1996, OMS/SRF/MSM/ 96.24].

Pattison, R.C .& Farell, E. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at or near term. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006.

Rezende J. & Montenegro CAB. Obstetrícia Fundamental,. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

Rohden F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

Rohden, F. A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Schraiber, L.B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. Interface Comum Saúde Educ. 1997; 1(1)123-38.

Schwarcz, L. M. O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870- 1930. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

Schwarcz, L.M. Dos males da medida. Psicol. USP vol. 8 n.1 São Paulo, 1997.

Stocking, G.W. Race, culture and evolution. Chicago: The University of Chicago Press, 1982 [copyright:1968].

Stolcke, V. Is sex to gender as race is to ethnicity? In: Gendered Anthropology. London and New York : Routledge; 1993, p.17-37.

Walrath D. Rethinking pelvic typologies and the human birth mechanism. Curr Anthropol. 2003;44(1)5-31.

Williams JW. Obstetrics: a text-book for the use of students and practitioners. Special Collector's Edition. Stamford: Appleton & Lange; 1997. [Publicado originalmente em 1903].

