

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n.20 - aug. 2015 - pp.91-112 / Carneiro, R. / www.sexualidadsaludysociedad.org

“Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e suas potencialidades

Rosamaria Carneiro

Dra. Ciências Sociais IFCH/Unicamp

Profa. Adjunta UnB

> rosacarneiro@unb.br

Resumo: Este artigo se dispõe a refletir sobre os movimentos associativos e dissociativos que as experiências de dor/sufrimento podem desencadear, pensando sobre biosociabilidades, mas também sobre capturas discursivas e estigma. Para tanto, temos como terreno etnográfico cenas e relatos femininos de parto oriundos de uma pesquisa em dois grupos de gestantes e puérperas, ora articulada a um recente documentário brasileiro, *Violência obstétrica – a voz das brasileiras*. A ideia é refletir sobre concepções de dor e de sofrimento na atualidade, sua relação com a violência e com a produção da narrativa de si, conjugando ambientes e fontes de pesquisa, sem deixar de considerar hierarquias de gênero, políticas do corpo feminino, biopolítica e biomedicina. Pretende-se, antes e sobretudo, mapear deslocamentos e percursos, usos e desusos de concepções de dor e de sofrimento, a partir do que tem sido narrado pelas mulheres que têm criticado as taxas de cesáreas no Brasil e os procedimentos médicos de rotina.

Palavras-chave: parto; sofrimento/dor; violência; potencialidades.

**"Para pasar el Bojador, hay que ir más allá del dolor":
sufrimiento en el parto y sus potencialidades**

Resumen: Este artículo reflexiona sobre los movimientos asociativos y dissociativos que pueden desencadenar las experiencias de dolor/sufrimiento, y también sobre capturas discursivas y estigma. Para ello, cuenta como terreno etnográfico escenas y relatos femeninos de parto, obtenidos para una investigación en dos grupos de gestantes y puérperas, articulada a un documental brasileño reciente, *Violencia obstétrica: la voz de las brasileñas*. El propósito es reflexionar sobre concepciones actuales de dolor y sufrimiento, su relación con la violencia y con la producción de narrativa de sí, conjugando ambientes y fuentes de pesquisa, sin dejar de considerar jerarquías de género, políticas del cuerpo femenino, biopolítica y biomedicina. Se busca, especialmente, mapear desplazamientos y trayectos, usos y desusos de conceptos de dolor y de sufrimiento, a partir de lo narrado por mujeres que han criticado las tasas de cesáreas en Brasil y los procedimientos médicos de rutina.

Palabras clave: parto; sufrimiento/dolor; violencia; potencialidades

**"To go past the Bojador, one must go beyond pain":
labor suffering and its potencial**

Abstract: This article reflects on the associative and dissociative movements that experiences pain and suffering can trigger, in terms of biosociality, but also of discursive captures and stigma. Our ethnographic terrain were female scenes and reports of birth from a survey of two groups of pregnant and postpartum women (Carneiro, 2011), sometimes hinged to a recent Brazilian documentary, *Obstetric Violence – the voice of Brazil* (2013). The purpose of this article is to reflect on contemporary concepts of pain and suffering, their relation to violence, and the production of narrative itself, combining research sources and environments, while considering gender hierarchies, policies of the female body, biopolitics and biomedicine. Foremost, it is a mapping of displacements and routes, the use and disuse of conceptions of pain and suffering, from what has been narrated by women who have criticized the rates of cesarean sections and routine medical procedures in Brazil.

Keywords: childbirth; grief; pain; violence

Uma cena, um tema e suas vicissitudes

Estávamos em um *workshop* de uma parteira mexicana muito renomada no interior do ideário da humanização do nascimento no Brasil.¹ Eu estava ali por conta de minha pesquisa de doutoramento, já elas, as gestantes, para saberem mais sobre o trabalho de parto, técnicas de suavizo de dores e saúde do bebê que carregavam no ventre. Eu era uma das poucas que não tinham uma barriga pronunciada. Todas, nesse sentido, eram iguais. Quer dizer, nem todas...

Em um momento do curso, a parteira se dispõe a realizar o que chamou de “ultrassom lúdico”. Com as mãos e com sua vasta experiência, apalpa barrigas e diz em que posição os bebês estão, qual o tempo de gestação e se está tudo bem. Mas não só isso, a parteira desenha com tintas coloridas a posição atual do bebê e, assim, dá leveza a algo, dando outros contornos ao que, no consultório comum, seria uma tecnologia dura e momento de tensão. As gestantes do grupo ficam muito excitadas e fazem fila para tal prática. Para tanto, a parteira as deita no chão e então desenha, depois de tocá-las. Nesse jogo, as mulheres se divertem, se sentem ansiosas e, depois, orgulhosas das barrigas pintadas. Exceto uma.

Na roda de conversa que antecedeu o “ultrassom lúdico”, uma das gestantes havia relatado estar de 39 semanas de gestação e que seu bebê estava transverso, ou seja, nem pélvico, nem cefálico, posições mais habituais. A cabeça da criança estava do lado direito e os pés, do lado esquerdo de sua barriga. Estava literalmente atravessada, o que impediria um parto vaginal. Ao contar-nos, a mulher se emocionou, demonstrou tristeza e disse ter tentado de tudo para o bebê “virar”, mas que não havia conseguido, desde acupuntura até homeopatia e chás. Se não virasse, teria de ser cesárea.

Para a parteira, bastava conversar com a criança e colocar gelo de ambos os lados da barriga. Primeiro, porque entenderia e, no segundo caso, porque ficaria extremamente incomodada e giraria em busca de calor.

Chegado o momento tão esperado, o “ultrassom”, percebi que, enquanto todas as mulheres disputavam a hora do desenho, essa mulher em questão permanecia afastada e cabisbaixa, praticamente sem interagir. Pouco a pouco algumas mulheres perceberam sua tristeza e tentaram animá-la, até que veio a parteira e a mulher

¹ É atualmente uma rede de articulação nacional de profissionais de saúde e de mulheres e casais grávidos que criticam o modelo cesarista de atenção médica ao nascimento no Brasil, e pleiteiam a sua transformação a partir da ideia de humanização, mas principalmente pela diminuição de cesáreas e de procedimentos médicos de rotina realizados, mas sem necessidade cientificamente comprovada. Para mais, Carneiro (2011), Tornquist (2004) e Diniz (2005).

desabafou: “não quero pintar minha barriga porque não quero ver a imagem de meu filho atravessado”. Ela era igual às demais, mas neste caso, insuportavelmente diferente. Havia sofrimento em sua fala e em seu olhar.

Se esta é uma cena que aciona dor/sofrimento, as cenas de parto, em geral, me parecem ser profícuas e interessantes para pensarmos na circulação e na miríade dessas noções. Talvez porque, apressadamente, parte-se da ideia de que “parir dói” e que “a mulher sofre” ao dar à luz. No entanto, mais contemporaneamente, porque afloram relatos de parto em blogs, sites e grupos de gestantes em que figuram emoções de dor e de sofrimento por não se ter alcançado um determinado modelo de parto, por se ter vivido um que não era o desejado, por ser diferente das outras mulheres de um grupo em especial, por não conseguir criar vínculo com a criança no pós-parto, e assim sucessivamente. Muitas são as entradas possíveis. Algumas delas serão trabalhadas nesta oportunidade. Interessante é que, além de diversas, acionam dimensões também plurais, permitindo-nos pensar sobre a noção de pessoa, grupo e estigma, dor/sofrimento, biossocialidades, narrativas de si e normatividade.

Justamente por partir destas impressões, este artigo pretende mapear e discutir acepções de dor/sofrimento operantes nas narrativas das adeptas do parto humanizado, de modo a pluralizar leituras, descrever conflitos e sugerir ambivalências da questão e de seus contornos. Para tanto, recorrerei a fragmentos etnográficos de minha pesquisa de doutorado (Carneiro, 2011) e às discussões sobre parto e violência obstétrica recentemente divulgadas em grupos abertos das redes sociais.

Cenários de pesquisa

Dois ambientes me possibilitaram a presente reflexão. Uma pesquisa de campo, em São Paulo, em dois grupos de preparo para o parto humanizado durante os anos de 2008/2010. E, em seguida, notas e comentários de profissionais e de adeptas/os do parto humanizado divulgados em grupos abertos do FB, cujo pano de fundo parece ter sido o documentário brasileiro *Violência Obstétrica – A voz das brasileiras* (2013).² Um cenário me ajuda a pensar e a compreender o outro, em que pese a sua diferença temporal, como pretendo demonstrar ao longo destas páginas.

² Filme produzido em 2012 como uma atividade do Grupo de Pesquisa “Gênero, Maternidade e Saúde”, liderado pela professora Dra. Carmen Simone Grilo Diniz, do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da USP. Produção e edição: Ms. Bianca Zorzam, Ms. Ana Carolina Franzon, Ms. Heloisa Salgado, Dra. Ligia Moreiras Sena (UFSC), em parceria com a jornalista Kalu Brum e o *videomaker* Armando Rapchan. Está disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M&feature=youtu.be>

Estive em dois grupos de preparo para o parto, espaços de crítica às cesáreas excessivas, de discussão e de troca de informações sobre “outros modos de parir” (Carneiro, 2011). São espaços de debate, mas também pedagógicos, onde dicas sobre massagens, técnicas de suavização da dor, doulas³ e profissionais são ofertados e transmitidos. Desses grupos participam mulheres e “casais grávidos” (Salem, 1987) que desejam um outro modelo de parto que não a cesárea ou o parto “frank”,⁴ ou seja, aquele dotado de todas as intervenções medicamentosas e tecnológicas possíveis. Vale aqui dizer que o Brasil é campeão mundial no número de cesáreas, superando em muito o indicado pela Organização Mundial de Saúde como recomendável ao ano (15%), na medida em que conta com índices que atingem 90% na rede privada de saúde e 37% no Sistema Único de Saúde.⁵

Os grupos geralmente são conduzidos por profissionais de saúde e têm sessões temáticas sobre dor, anestesia, trabalho de parto, episiotomia, sexualidade e paternidade, entre tantos outros. Os encontros são semanais, mas o canal para contato, dúvidas e serviços permanece aberto do contato inicial em diante. Estive em dois grupos, um institucional e outro que denominei de “independente”, porque conduzido por um grupo de mulheres e de iniciativa pessoal. Convivi com casais e mulheres muito diferentes entre si, o que me fez optar mais em função da heterogeneidade dos adeptos do que de uma caracterização homogênea do grupo ou da “tribo”, que mais reduziria do que ampliaria a reflexão em tela.

Entre essas pessoas, encontrei aquelas que haviam experimentado uma cesárea prévia, um parto natural prévio e os que eram mães e pais de “primeira viagem”, mas desejavam este último modelo. Eram diferentes entre si quanto à religião (ateias, católicas, agnósticas, evangélicas, umbandistas e adeptas do candomblé); quanto ao estilo de vida (mais rurais, outras mais urbanas; mais “naturebas”, mais científicas; mais racionais ou mais intuitivas); quanto ao que comiam e como (vegetarianas ou não); quanto à medicina que buscavam (alopática ou mais natural, como homeopatia, acupuntura, fitoterapia etc.); quanto à conjugalidade (casadas, juntas, solteiras, namoradas); e quanto às profissões (advogadas, psicólogas, artistas, médicas, engenheiras etc.).

Não eram, então, necessariamente as “alternativas”, “naturebas”, “bicho-gri-

³ A palavra “doula” vem do grego “mulher que serve”. Nos dias de hoje, aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto.

⁴ Em terminologia nativa, “parto frank” é uma analogia do personagem criado Frankenstein, porque é o parto no qual todas as intervenções de rotina são praticadas: raspagem dos pelos pubianos, lavagem intestinal, hormônio sintético para acelerar as contrações, anestesia epidural e corte abdominal para a cesárea.

⁵ De acordo com matéria divulgada na *Folha de São Paulo* em 20.11.2011.

lo” ou “neohippies”, como se costuma pensar. No entanto, aproximavam-se em razão da cor, do acesso à internet, da escrita e da criticidade quanto ao sistema biomédico atual. Em sua maioria, eram mulheres brancas, letradas, portadoras de convênio médico e conectadas ao mundo virtual, tanto que por ele chegavam aos grupos. Em termos de classe, é inegável que não pertenciam às camadas populares, mas também é difícil situá-las em uma única camada, dada a oscilação monetária percebida entre as mulheres e os casais do grupo. Se tivesse de localizá-las em um grupo, o mais acertado seria o das “camadas médias”, em suas muitas nuances: estudantes de pós-graduação, profissionais liberais, artesãos e casos em que se venderam bens para o parto desejado ou em que se buscaram iniciativas públicas para parir “mais naturalmente” (Carneiro, 2011).

Este estudo procurou refletir sobre a noção de pessoa, de corpo e de sexualidade de modo mais amplo, mas aqui funcionará como pano de fundo e de informações para a discussão sobre sofrimento e dor na contemporaneidade.⁶ É nesse sentido que este artigo recorrerá aos seus fragmentos etnográficos, a saber, à luz e de maneira comparativa com o documentário *Violência Obstétrica – a voz das brasileiras*. Esta obra foi produzida e divulgada por um conjunto de pesquisadoras da área da assistência materno-infantil da Faculdade de Saúde Pública/SP e de ativistas do parto humanizado no Brasil. É importante dizer que resultou de uma chamada pública para que mulheres que se sentissem vítimas de violência na hora do parto, violência obstétrica, gravassem seus depoimentos a serem depois editados e publicados. Das imagens, por isso, depreendemos cenas domésticas, gravadas pelo celular ou webcam, desabafos, tristeza e indignação, fazendo do privado algo público.

Para a coleta dos depoimentos, as produtoras utilizaram o mundo virtual e as redes de contato nele tecidas que, depois, também serviu para a divulgação e a repercussão da obra. Foi nesse espaço cyber, em grupos abertos e não secretos do FB,⁷ que me vi entre comentários, posts e compartilhamentos que me pareceram “bons para pensar” dor e sofrimento na atualidade, assim como a partir de minha pesquisa anterior.

⁶ Neste artigo, o ponto central é o parto e o foco do texto é mais sobre os significados de dor e sofrimento e sua construção social, e menos sobre a dinâmica dos grupos enquanto mecanismos de pertencimento. Mesmo porque os grupos dos quais trato não contam com a mesma coesão e tenacidade dos grupos de autoajuda, parecem ser mais esparsos e fluidos, por vezes, articulados pela internet. Aponto a potencialidade de um diálogo com trabalhos recentes sobre autoajuda entre as mulheres que amam demais, como o de Carolina Branco, ou acerca de grupos de alcoólicos anônimos, como o de Edmilson Antunes. Além disso, dado este artigo versar sobre antropologia urbana e sofrimento decorrente da presença ou da ausência de tecnologia médica, não se discute aqui com a vasta e clássica literatura sobre parto e rituais na África e entre grupos indígenas brasileiros.

⁷ Para mais: “Violência Obstétrica é violência contra a mulher”, em <https://www.facebook.com/ViolenciaObstetrica?fref=ts>.

O documentário tem 51 minutos de duração e depoimentos de mais de uma dezena de mulheres. Fala-se sobre o pré-parto, sobre a cesárea indesejada, problemas para amamentar e, por fim, sobre a importância da informação num tópico denominado de “esperança”. Lágrimas, tristeza, raiva, indignação são as emoções que circulam e correm diante de nossos olhos de espectadores. Histórias violentas que violentam, que denunciam e dissolvem traumas. Esta foi a minha sensação ao assistir ao documentário, recentemente premiado em um congresso de renome no Brasil.⁸

No decorrer dos 51 minutos, nós nos deparamos com sofrimento e dor aliados à violência. Uma das mulheres, a carioca do filme, nos faz percorrer as instalações de um hospital público do estado, e nos conta da ausência de água no andar onde estavam mulheres recém-paridas e da sujeira dos banheiros onde 12 mulheres tinham de tomar banho com outras de outra ala, entre lodo e baratas. Uma completa sujeira. Como não mobilizar-se minimamente diante de seu relato de que, ao entrar na sala de parto, teve sua camisola agressivamente removida, ainda que estivesse perante pessoas que não deveriam estar ali?

Muitos são os relatos de que não foram informadas do que acontecia e tampouco sobre os procedimentos que estavam sendo realizados em seus corpos. Partos por conveniência de data para o médico, para evitar o final de semana ou a noite de ano novo também foram recorrentes. Para uma das mulheres, a episiotomia que sofreu pode ser equiparada a uma violência sexual, em razão de ter lhe gerado sequelas, desconforto físico e principalmente emocional, como ocorre, segundo ela, com uma mulher vítima de estupro.

A pior para mim foi a episiotomia. Ela inflamou. Eu me senti estranha, não gostava que meu marido me tocasse naquela região. E até hoje eu sinto pinicar onde eu levei os pontos. Eu me senti violada, violentada. Essa episiotomia me afetou bastante. Quando eu li um relato de violência sexual, de como a vítima se sente depois, eu consigo traçar um paralelo, porque a forma como isso afetou a sexualidade e a forma como eu lidava com o meu próprio corpo foram bastante fortes (Depoimento no Documentário, 9 min).

Nesses dois cenários, narrativas de violência e de desrespeito no momento do parto são recorrentes e oscilam desde a não realização de um procedimento que as mulheres desejam (anestesia, comer ou andar no hospital), aos que não desejam (episiotomia, raspagem dos pelos e lavagem intestinal), xingamentos e ofensas morais (“na hora de fazer você gostou, então agora aguente!”), procedimentos nos bebês quando as mães não querem (aspiração, nitrato de prata nos olhos) até su-

⁸ Congresso Fazendo Gênero 9, UFSC, Florianópolis, setembro de 2013.

turas infeccionadas depois da episiotomia indesejada, peregrinação por leitos em hospitais, cesáreas e cicatrizes. Somadas a estas, no entanto, encontramos também os depoimentos de frustração por não terem “conseguido” o parto natural desejado ou por não serem a mãe ideal e perfeita tantas vezes reproduzida nesses ambientes. Encontramos, em primeiro lugar, a tessitura de alianças entre essas mulheres por conta da partilha da dor e, em segundo lugar, o uso político do sofrimento em prol de uma mudança do sistema obstétrico. Enfim, são histórias de dor e de sofrimento, físico, moral e biopsicossocial, juntos ou separadamente, que, por isso, me parecem solo propício para pensar em ambivalências e fronteiras e, assim, mais em figuras do que em estados emocionais previamente desenhados e herméticos.

Este então é o desafio nesta ocasião: descrever situações como essas, que nos permitam tematizar o que pode ser dor e sofrimento na atualidade, tendo por recorte a assistência ao parto no Brasil, a biomedicina e os anseios e os movimentos de mulheres que estão para parir.

Dor e sofrimento

Le Breton, ao debater os aspectos antropológicos da dor, assevera: “Não é o corpo que sofre e sim o indivíduo em sua totalidade” (2013:47). Nesse sentido, coloca-nos diante da ideia de que a dor é um fato da existência e não um fato fisiológico. Pensando-a por este prisma, poderíamos nos perguntar: qual seria a diferença entre dor e sofrimento? Numa leitura bastante cartesiana, a dor seria o que se sente no físico, enquanto o sofrimento adviria da ordem psi. Mas se é o homem em sua totalidade quem sofre, como separar uma coisa da outra?

Diz-se costumeiramente que “alguém sofre de uma/por uma dor”, ou seja, semanticamente, a dor para ser sentida é atravessada, simbolizada e expressada pelo sofrer. No entanto, não quero aqui sustentar que seriam, *per se* e *a priori*, sinônimos para além da história e das culturas, ao contrário, acredito na necessidade de se contextualizar e de se descrever cada cenário. No entanto, ao pensarmos em dor e sofrimento, desde que não seja na chave da separação entre corpo/mente, torna-se difícil separar o que seria um e outro campo. Dessa maneira, o físico e o psíquico vêm casados, quando não também com o social e com o espiritual, dando contornos ao que Mauss (2003), ao escrever sobre as técnicas do corpo, já salientava como biopsicossocial, dizendo-nos não da natureza do corpo, e sim de sua conformação social, das técnicas que se tornam “habitus” e, assim, quase inconscientes.

Nesse bojo, Lévi-Strauss, em seu famoso artigo “A eficácia simbólica” (1996), recupera e reitera a ideia dos fenômenos biopsicossociais a partir de uma cura que envolvia o corpo, mas que se dá pela palavra. Este ao menos parece ser o desafio ao

nos narrar o difícil parto da índia Cuna, no Panamá. Com Mu (a energia do útero) desequilibrada, a parturiente, cujo parto havia se estagnado, não vê outra opção a não ser pedir que venha o xamã que, ao chegar, canta e conta uma história de sucesso, na qual a energia se ajusta, o caminho do canal de parto se abre e a criança nasce a contento. Sem colocar as mãos na parturiente, o xamã canta e, ao cantar, desbloqueia simbólica e fisicamente o que impedia aquela criança de nascer. O mal era físico, mas também simbólico. O simbólico é o que reordena o corpo e, assim, denota-se a íntima conexão entre ambos. Nesse sentido, o xamã atribui sentido à desordem do parto difícil, significa e reestabelece a ordem, ou seja, cura pela ordenação, denotando a recorrente conexão entre doença e desordem não somente individual, mas também social ou coletiva, como o “ritual *ndembu*” orquestrado pelo curandeiro e descrito nos estudos de Turner (2005) sobre a sociedade africana.

Esta, em minha leitura, também é a ideia de Le Breton (2013) ao escrever sobre Malika. Uma marroquina, casada, mãe de vários filhos, que vive há um bom tempo em Paris. Malika sofria de fortes dores de cabeça, mas não conseguia encontrar a etiologia de tal mal-estar; quando perguntada por seu médico sobre a associação entre as dores e sua origem marroquina, a mulher, que falava muito bem francês, respondeu: “são *émigraines*” (enxaquecas). Sem dar-se conta, dá indícios de suas dores e padecimento e a palavra entre paciente e curador se vê aberta para outras interpretações. Conta então que existem pessoas em sua terra que lhe querem mal e que tem vontade de consultar um feiticeiro de sua região. O médico francês a aconselha a fazer tal consulta, entendendo que, ainda que aculturada e adepta da racionalidade médica, suas raízes culturais continuavam fortes e pediam por essa reorganização simbólica (Le Breton, 2013:53)

A dor está sempre presa entre os fios emaranhados de uma história pessoal. Entre sofrimento de viver e sofrimento do corpo, ela oscila, unindo um a outro de maneira sutil e necessária ou, às vezes, de maneira louca e cruel. Nenhuma lei fisiológica a fundamenta verdadeiramente, ela é múltipla: instância paradoxal de salvaguarda, prova repetida da existência, substituta de amor para atenuar a ausência, meio de pressão sobre o outro, garantia de uma reivindicação, modo de expiação etc. Ela comunica uma informação não só sobre o estado físico ou moral do indivíduo, mas também sobre o estado de suas relações com os outros interiorizados como uma história encoberta (Le Breton, 2013:57).

Este é o argumento de Didier Fassin, antropólogo e médico francês que tem se dedicado a refletir sobre as tramas do discurso da ajuda humanitária, de configuração da pessoa da vítima (imigrantes e refugiados na França e AIDS na África) e dos usos estatais de tais discursos quando o assunto é assistência social, direi-

tos e assistência médica. Para pensar sobre essas conexões, Fassin problematiza a produção de narrativas e de seu potencial tanto no sentido de agência quanto de adequação, geralmente por meio da discussão sobre a dor e o sofrimento físico/psíquico que se sente e é dito, tudo junto e misturado. O caso de Magda A. (2008), por ele analisado, é por demais elucidativo dessa interface que aqui me parece render para pensarmos a violência obstétrica, a dor/o sofrimento nas cenas de parto contemporâneas. Senão vejamos.

Magda A., uma africana soropositiva, que atualmente vive em Johannesburgo e é militante de uma ONG, decide relatar sua história ao grupo de pesquisadores de Fassin. Insatisfeita com o uso que já foi feito de suas palavras e história pessoal, pergunta como será usado o material da entrevista e se preocupa com o que as pessoas pensarão de sua vida pregressa. Magda A. decidiu fazer o seu relato no banco da universidade. Este ao menos seria o primeiro contato. E dali passa a recuperar a sua biografia. Nasceu e viveu quando criança em uma região rural da África do Sul. Foi vítima de abuso sexual por parte do tio e essa situação era percebida como da ordem do inevitável por sua mãe. Depois de sofrer maus-tratos e ameaças, se muda para a capital, onde imediatamente recebe a orientação de “arrumar um namorado para poder comer”.

Segundo Fassin (2008), esta seria uma “economia política do sexo”. Namora-se para comer. E a ela Magda A. procurou se adequar. Na cidade também sofre inúmeros abusos sexuais, muito embora não sejam caracterizados como violência como a percebemos. Magda A. fica grávida ainda muito jovem. Torna-se traficante de drogas a mando do namorado e se vê em uma situação complicada. Por isso, foge para o campo e ali tem o seu bebê, que logo depois morre. Magda A. descobre-se então soropositiva. Procura seu companheiro, que já sabia que era portador do vírus, mas que havia decidido não lhe contar nada por temer sua reação.

Magda A. se separa e volta para a cidade. Passa a se tratar e se envolve com uma ONG que se propõe a auxiliar africanos com HIV/AIDS e na aquisição de medicamentos e na demanda por direitos e assistência social. Casa-se e engravida novamente. Esse filho nasce com vida e sem o vírus, dado o acesso aos medicamentos e às informações.

Fassin recupera essa história para ponderar sobre inúmeros pontos. Em minha leitura, nos abre frentes para pensar sobre a relação entre antropologia e biografia; sobre o fazer etnográfico no limite da ficção; sobre narrativas de si, dos outros; sobre processos de vitimização e sobre gênero, AIDS e economia na África. Em nosso caso, traz à tona a dor física que é atravessada pelo sofrimento social, o ter de oferecer o corpo, a vulnerabilidade econômica e social africana e suas consequências para as mulheres na África. E por outro viés, ao se voltar para a produção da narrativa de Magda A., Fassin nos possibilita tematizar as narrativas que constroem víti-

mas, mas que também lhes possibilitam acessar outros espaços – espaços de direitos e de reconhecimento – pluralizando assim a concepção de dor e sofrimento. Não mais somente como privação, mas também como possibilidade de agenciamento e de construção identitária. Desta forma, nos colocamos diante de uma ideia de dor e de sofrimento que também produz novos lugares no mundo e outros papéis sociais.

De todo modo, se me é possível pensar mais em uma relação do que em uma separação entre sofrimento e dor, tendo a considerar que a ideia de violência também aí está bastante relacionada, fazendo dessa interface quase uma tríade semântica. A violência, seja física, emocional, simbólica, gera sofrimento e dor em níveis também diferenciados uns dos outros, ou seja, a violência, assim como o sofrimento e a dor, poderia ser interpretada como biopsicossocial, como o que violenta a totalidade do ser humano.

Durante a pesquisa nos grupos de preparo para o parto e ao longo dos 51 minutos do documentário ora tomado como prática discursiva, não foram poucos os casos de mulheres que se sentiram violentadas em seus corpos, em suas emoções, em suas expectativas por práticas de profissionais ou de instituições hospitalares, violência esta que parece ser responsável pela dor e pelo sofrimento por elas experimentado no pós-parto.

[...] fiquei naquela sala sozinha, com as pernas amarradas. Levaram o meu bebê e levaram o meu marido (Depoimento do documentário).

[...] estava com medo e pedi para a enfermeira me deixar segurar a mão dela. Ela me disse que não, porque eu poderia quebrar a mão dela e ela usava a mão para trabalhar (Depoimento do documentário).

[...] eu estava de 40 semanas e bati o pé que não queria uma cesárea, mas ele me disse que teria de assinar um termo de responsabilidade. [...] internei às 5h30 da manhã para ele parir a minha filha, porque ele depois ia para a praia (Depoimento do documentário).

[...] você vai tomar sim a anestesia, você não é índia! (Depoimento do documentário).

Episiotomias que deixaram sequelas, a falta de informação que significou abandono, dificuldades para amamentar, privação de alimentos e de companhia na hora do trabalho de parto, forte incômodo por conta da ocitocina intravenosa, nudez indesejada, constrangimentos verbais e pressão emocional para antecipar o parto são algumas das situações que essas mulheres interpretaram e interpretam como violência e como aquilo que lhes trouxe dor e sofrimento.

O termo violência obstétrica me parece bastante recente. Na realidade, essa mo-

dalidade de violência despontou, sobretudo, depois da mobilização em torno da humanização do parto e, atualmente, depois da difusão de uma pesquisa que trouxe à tona a noção de “violência no parto” (Perseu Abramo, 2010). Nesse sentido, ao menos para os nossos propósitos, tomaremos violência obstétrica como violência no parto, considerando que, no Brasil de hoje, a maioria dos partos acontece nos hospitais.

A categoria “violência no parto” desponta na pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado” (2010)⁹ para significar situações de maus-tratos nas maternidades e no pré-natal. Das mulheres entrevistadas, 10% afirmaram ter sofrido exame de toque de maneira dolorosa e de ter tido o alívio da dor negado, 10% afirmaram que alguém gritou com elas durante o parto e que lhes negaram informações sobre os procedimentos. As frases mais ouvidas pelas mulheres durante o parto, segundo as respostas obtidas, são: “não chora porque ano que vem você está aqui de novo”; “na hora de fazer você não chorou e nem chamou a mamãe, por que agora está chorando?”; “se gritar, eu paro agora de te atender”, “se ficar gritando, o seu bebê vai nascer surdo” (:177). E como conclusão geral constatou-se que uma em cada quatro mulheres já afirmaram ter sofrido violência no parto, ou seja, 25% das brasileiras que são atendidas nas redes pública e privada já se sentiram violentadas.

Dados como os desta pesquisa parecem seguir no mesmo sentido do material de campo coletado durante minha etnografia e do que aparece no documentário produzido sobre “violência obstétrica”. Por entradas diferentes, estudos quantitativos, qualitativos e audiovisuais, percebe-se a persistência de uma articulação entre dor, sofrimento e violência que, por sua vez, faz do corpo muito mais do que o somático, mas corpo que percebe e é cultura, antes de ser somente o seu suporte, como bem sustenta Thomas Csordas (2010) em seu paradigma da corporeidade para a cultura.

“Cesárea não desejada”: dor e sofrimento

O relato de campo que introduz este artigo parece-me valioso para ilustrar o “sofrimento físico-moral” (Duarte, 1993) que uma cesárea indesejada pode gerar em uma mulher que prioriza um parto natural, como é muito comum entre as adeptas do parto humanizado. Essa cesárea é muitas vezes percebida como “um corte” (Carneiro, 2011) que fragmenta não o corpo, mas a pessoa, seus desejos em sua totalidade. Funciona, por isso, como uma frustração e, como ouvi em campo, como uma “ferida na alma” (Carneiro, 2011).

⁹ Para mais, pesquisa conduzida pela Fundação Perseu Abramo na íntegra: http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf [Acesso em 27.12.2013].

[...] a cesárea da primeira filha era para mim uma ferida na alma. Eu estava com dilatação quase total e queria um parto de cócoras. Por isso, depois, quando soube que estava grávida novamente, decidi ter um parto natural. Foi lindo. **“Para ter o parto que se quer, é preciso ir além da dor, assim como dizia o poema de Fernando Pessoa”** (Participante do grupo independente de preparo para o parto, três filhos, uma cesárea e um parto gemelar natural em hospital, abril de 2010).

[...] voltando à notícia da cesárea, eu fiquei muito nervosa na hora, nunca havia pensado nessa possibilidade de ter que fazer cesárea, além do que morro de medo de cirurgia, também tremia muito depois da anestesia e achava que era de nervoso. Minha filha nasceu bem, mas sinto que se eu tivesse me preparado para um parto cesáreo, tudo seria muito menos traumático (Lista de discussão de um dos grupos etnografados, e-mail de 23.11.2009).

Em outras situações, a cesárea não desejada aparece também como uma invasão, uma “violação”, no sentido de figurar como um procedimento que retirou algo precioso daquela mulher, a saber, “o sentir o trabalho de parto” ou “sentir o parto”. Nesse sentido, não poucas vezes me vi diante do lamento: “não senti nada”.

[...] não me lembro de nada dessa foto. Estava com as pernas amarradas e adormecida quando minha filha nasceu por causa da anestesia. Essa é uma das fotos que mais me deixam triste, pois não me lembro de nada (Depoimento escrito no documentário *Violência Obstétrica*, 2013).

Dessa maneira, quando a mulher deseja um parto vaginal sem intervenções e, no último momento, é encaminhada para a cirurgia, sentimentos de fracasso e de tristeza parecem aflorar na mistura do que seria decepção e intromissão. Ou então lamento, por não ter podido controlar a situação. Tendo a considerar que histórias como essas levam muitas dessas mulheres a primar, em uma gestação posterior, por profissionais adeptos da humanização, grupos de preparo, hospitais ou outras alternativas (casas de parto ou parto em casa) que priorizem o parto natural.

Nesses casos é a cesárea indesejada – e por algumas dessas mulheres considerada desnecessária – que as impulsiona na direção do ideário do parto humanizado e das suas práticas que, vale dizer, não são poucas, no sentido de se alcançar o parto desejado¹⁰ ou o “mais natural possível”. Elas, as mulheres que experimen-

¹⁰ Em outra oportunidade discuto a ideia de “pedagogia do parto”, procurando pensar sobre a normatização às avessas para o belo parto, ou seja, sobre o quanto também o ideário que se pretende libertário incorre nas possibilidades de repetição daquilo que mais condena. Para mais, Carneiro (2011, 2013).

taram uma cesárea “traumática” (Carneiro, 2011), buscam romper com o que, no saber biomédico, é muitas vezes lido a partir da chave “uma vez cesárea, sempre cesárea”. Assim, se dispõem a viver um outro tipo de parto na gestação seguinte, ainda que isso seja cercado de medos e inseguranças. Para algumas, essa outra experiência de parto mais natural pode inclusive ressignificar o primeiro parto e os eventuais problemas de vínculo com seus primeiros filhos, sentimentos de depressão e de tristeza decorrentes da incisão abdominal não desejada (Carneiro, 2011). Há aquelas que se engajam em grupos, decidem contar suas histórias para evitar que se repita com outras, e que precisam desabafar. Outras aceitam normalmente o procedimento como padrão ou como o “melhor, mais rápido e mais seguro que poderia ser feito” (Carneiro, 2011). No mesmo universo, encontramos também as que nem questionam e aquelas que pedem pela cesárea porque “não querem sofrer, não querem sentir dor” e temem pelos impactos do parto natural no próprio corpo.

Desta maneira, a cesárea, para aquelas mulheres que de início priorizam um parto natural, pode tanto encapsular, no sentido de isolar a mulher em seu sofrimento, estigma e lamento pessoal, como mobilizá-la para outras paragens, a dos grupos, a de outros tipos de parto, a da denúncia e a do ativismo.

De mesmo modo, como tentei demonstrar com o trecho etnográfico que abre este artigo, os grupos de preparo para o parto natural, assim como o ideário do parto humanizado, também podem contribuir para uma estigmatização da cesárea como um parto menor, o que, por sua vez, reforçaria os sentimentos negativos nas mulheres que deles participam ou os acompanham. Vejamos o comentário de umas das mulheres que acompanhei durante minha etnografia:

[...] há um medo de se falar sobre cesárea. Fala-se o mínimo possível. E o parto cesáreo acaba se tornando uma experiência menor, quase vergonhosa. Isso é muito complicado. Porque já que há um trabalho tão rico de preparação de casais para o parto, tem que ser para qualquer tipo de parto, ou seja, qualquer possibilidade, já que cada parto é único, é uma surpresa, ainda que tenhamos em mente que as mulheres que buscam o grupo estão à procura de um parto natural (Lista de discussão, e-mail de 22.11.2009).

Considerando que os grupos de parto humanizado de fato priorizam informações e práticas de partos naturais, sem intervenção ou com o mínimo necessário, e que criticam abertamente a quantidade de cesáreas realizadas em nosso país, na maioria dos casos pouco se fala sobre o procedimento cirúrgico. Ou, quando se fala, tende a ser no sentido de negativizar a experiência, de dizer, por exemplo, que “não existe cesárea humanizada. Para mim, é sempre desumanizada” (participante do grupo independente de preparo para o parto, março 2010). Em virtude disso, muitas mulheres se frustram por não conseguirem o parto natural e se sentem fora

do padrão estabelecido pelo grupo que, nessas situações, poderia também ser pensando como motor de sofrimento e dor por conta de produzir regras e ideais que nem sempre podem ser alcançados.

Dor e reciprocidade: grupos e partilha

Eu acredito que a palavra tem o poder de cura. Estou sentindo que isso é o que está rolando aqui com este assunto dos desabafos. Vocês sentiram isso também? Eu, pelo menos, me senti bem melhor depois de ler os depoimentos, muito obrigada pela partilha. Senti-me acompanhada, acolhida e não mais como a “bípede estranha” que não conseguiu parir, rsrs, achei muito importante que todas nós conseguíssemos falar ou escrever das diferentes experiências dos nossos trabalhos de parto (Lista, e-mail de 23.11.2009).

Este é um trecho de um longo debate estabelecido na lista de discussão sobre parto humanizado que acompanhei durante minha pesquisa. Havia se formado uma seção “desabafos”, na qual as “cesareadas” passaram a expor como se sentiam no interior do grupo e fora dele. Em função da troca de correios e impressões, me vi diante da possibilidade de pensar o grupo tanto como o que opera na lógica da “autoajuda”, no sentido do reconhecimento entre pares, chance de partilha e de identificação, como também no que se refere à estigmatização, quando reitera modelos de “melhor parto” e segrega as que não o tiveram.

Esses grupos, no entanto, funcionam como espaços de reciprocidade e de reconhecimento, assim como a internet e os grupos das redes sociais que se dispõem a discutir cesáreas desnecessárias e parto natural. Nesses espaços, mulheres diferentes entre si, em termos de religião, estilos de vida, local de moradia, classe social, partilham experiências negativas e histórias de superação. Elas se reconhecem pela dor e pelo sofrimento e ambos se veem escritos e ditados pelo próprio parto humanizado, posto que, antes dos anos 1990, os partos aconteciam mediante cesárea e eram considerados modernos e seguros. É o fato de não terem vivido o parto desejado que as aproxima, ou então, frases e histórias como as recuperadas pela pesquisa acima citada. Nos grupos, as mulheres circulam relatos de parto e de violência, sem antes terem tido contato, e também imagens e depoimentos, publicizando a dor, como se percebe no documentário *Violência Obstétrica – a voz das brasileiras*. Por meio dessa circulação da dor, estabelecem laços de sociabilidade e, depois, de superação do que fora considerado “traumático”, dando ensejo a uma lógica balizada em dor, narrativa, reciprocidade, solidariedade e superação, ainda que não se possa pensar que funcione linear e cronologicamente em todos os casos.

Interessante é que, no desejo de narrar suas experiências e socializar o sofrimento, muitas são as atitudes dessas mulheres que questionam o modelo de atenção ao parto vigente no Brasil e no mundo, de maneira geral. Entre as espanholas, por exemplo, um projeto intitulado “Cesárea: más allá de la herida” fotografou as cicatrizes das mulheres que haviam vivido uma cesárea indesejada, editando um livro-ensaio, de Anna Álvarez-Errecalde, cujo objetivo era, por meio da cicatriz, questionar a atenção médica recebida, mas também reinventar aquela cicatriz, da qual muitas mulheres disseram ter vergonha. Por meio do ensaio-fotográfico, aquelas que se dispuseram a participar tentavam, ao que parece, simbolizar uma marca, dando-lhe outros contornos e, em alguma medida, reconheciam umas às outras.



Imagem no Blog Parto no Brasil

<http://www.partonobrasil.com.br/2012/04/resultado-do-sorteio-cesarea-mas-alla.html>

Laços de pertencimento a um grupo são estabelecidos. Em um nível mais amplo, o das adeptas do parto humanizado, como se viu em 2012, com os episódios

da Marcha do Parto em Casa¹¹ e a Marcha pelo Parto Humanizado,¹² em quase todos os estados brasileiros. Em um círculo menor, o grupo das “cesareadas”, que resolve ter um outro modelo de parto. Nesses dois grupos, depois de as mulheres terem parido de outro modo que não através de uma cesárea, usa-se geralmente a sigla VBAC para simbolizar uma espécie de vitória. Esta sigla é a abreviatura de “varginal birth after cesarean section” e parece alterar o *status* da mulher que pôde viver um outro tipo de parto, tanto no grupo como para si mesma, dando-lhe contornos de superação.



www.mulheresdaparahyba.blogspot.com

¹¹ Esta marcha aconteceu em quase todo o Brasil no dia 17 de junho de 2012, em defesa do médico obstetra e professor da Unifesp George Khun, que sofria represálias do Conselho Federal de Medicina depois de ter dito em rede nacional que o domicílio poderia ser um bom local para um parto de baixo risco.

¹² Já esta outra aconteceu dois meses depois, em agosto de 2012, também em todo o Brasil, com o objetivo de questionar práticas de rotina e o número de cesáreas na sociedade médica brasileira. Tanto da primeira quanto da segunda participaram adeptas/adeptos do parto humanizado, bem como profissionais de saúde que apostam na transformação do paradigma da assistência.



<http://revistaepoca.globo.com>

Se não fosse pelos relatos, eu não teria conseguido. Para mim foi muito importante ler relatos de parto que me diziam que era possível (Notas da reunião do grupo independente, 2009).

Fragmentos de notas de campo como esta preenchem os meus diários de campo de observação dos grupos de preparo que etnografei durante dois anos, ou seja, a ideia de que uma história encoraja a outra se repete, consolidando reconhecimento e sensação de pertencimento entre algumas dessas mulheres. O fato de encontrarem outras mulheres que também narram tristeza, desconforto e uma sensação de invasão no pós-cesárea parece aproximá-las de um círculo de autoajuda e pertença, onde deixam de se sentir como “uma bípede estranha que não conseguiu parir”, segundo o correio eletrônico recuperado acima de uma das mulheres do grupo institucional.

Por isso, tendo a pensar que a dor e o sofrimento não somente isolam, mas, bem ao contrário, podem criar grupos e reciprocidades e, assim, sociabilidades. Dessa maneira, funcionam não só no registro do que é negativo, mas também no que pode produzir, significar e nomear, gerando identificação. Para tanto, a tarefa de narrar-se e de construir-se como vítima do sistema médico e de uma lógica centrada no hospital, a partir do discurso social que se propõe independente, parece operar como condição *sine qua non*. Narrar-se e situar-se, na

posição da mulher vítima da violência obstétrica, permite-lhe, portanto, pontos de contato com outras mulheres e com redes de articulação que pleiteiam o fim do sofrimento no parto, mas que, sobretudo, situam-na no tempo e no espaço também enquanto pessoa e grupo.

Entre o estigma e a mobilização: potencialidades

Não obstante, nem sempre de grupos e de tentativas de superação se veem tecidas as cenas de minha etnografia e tampouco das redes sociais que tematizam a questão. Segundo Le Breton, a dor, em muitas situações, pode operar como o que caracteriza o sujeito, como o que desenha sua identidade e o torna hermético à mudança, mas isto porque assim o deseja o próprio sujeito.

O hipocondríaco está em outro sofrimento. Queixa-se de dores insidiosas que lhe asseguram uma identidade provisória. [...] A hipocondria implica a vivência complexa de um corpo constituído por elementos estritamente ligados por sensações dolorosas ou difíceis de que o sujeito é o inventor engenhoso e incansável. [...] O sofrimento se transforma em via de acesso ao ser, maneira privilegiada de se colocar fisicamente no mundo (Le Breton, 2013:51).

Para o sadomasoquista, por exemplo, a dor é fonte de prazer e satisfação, por isso, ao invés de evitá-la, ele a persegue. Há o que Le Breton denomina de “erotização da dor”, o que a coloca em outro espaço, em outra lógica, ou seja, para o hipocondríaco e para o masoquista, a dor não pede ou demanda superação, ao contrário, ela os caracteriza, fixa territórios e demarca identidades.

Dessa maneira, recorrendo ao clássico de Erving Goffman, de 1963, sobre o estigma, percebe-se, de fato, que os atributos físicos ou psicológicos que diferenciam as pessoas umas das outras podem, mediante o que denomina de “contatos mistos”, aproximar ou fragmentar cada qual em sua dor. O estigma é a marca que diferencia e que, por vezes, hierarquiza, criando padrões que resvalam para a desigualdade e, em algumas situações, dada a dificuldade do estigmatizado lidar com tal diferença, mais separa do que gera reciprocidade. O fragmento etnográfico sobre o curso da parteira mexicana e o bebê transverso parece sugerir essa diferença que isola e fragmenta, ainda que nada tenha sido dito diretamente àquela mulher. Ela se sentiu diferente e marcada, preferindo não participar de algo que todo o grupo ansiava realizar.

Não são poucos também os casos e as histórias de mulheres com depressão pós-parto, “baby blues”, dificuldade para criar vínculo com a criança, para ama-

mentar e maternar. A maternidade está longe de ser algo natural, imediato e incontroverso, já dizia Elisabeth Badinter no começo da década de 1980, quando colocou por terra o “mito do amor materno” e o prazer de ser mãe. Sendo assim, não se poderia ingenuamente pensar que a cesárea sempre mobiliza a sociabilidade; ela pode, ao revés, fragmentar.

Magda A., nas linhas de Fassin (2008), fez de sua dor agência, mobilizando-a para a construção de sua identidade, ainda que de maneira heteronômica. Fez uso do sofrimento, tornando-o ativismo e reciprocidade, e assim deixou o espaço de invisibilidade para ocupar o da articulação, narrando-se, mas sem deixar de se preocupar com as impressões alheias. A mulher africana, desconhecida e soropositiva, decidiu mobilizar a sua história por meio de uma narrativa pública, da ação em ONGs e de um grupo de pessoas, publicizando a sua dor. É a dor que faz uma mulher diferente das demais e que a singulariza em função da violência experimentada e desalojada para outros espaços.

Vê-se, dessa maneira, como a violência que pode desencadear dor/sofrimento é multifacetada e plural, haja vista poder gerar ação e socialidades ou, então, estigma, controle e reprodução de *status quo*, ou ainda, ambos os movimentos a um só tempo, a depender do caso.

A ideia deste artigo é oxigenar leituras de dor/sofrimento, mostrando o quanto podem ser ambíguos os seus territórios ou as suas linhas divisórias, e como podem acessar canais da existência antes pouco pensados, como tornar a dor a bandeira de uma causa social. Nessas linhas, muitas são as maneiras de narrar a dor para si mesmos e para os outros, muitos são os verbos, ora no singular, ora no plural, assim como os predicados e os adjetivos dados a cada situação. Nas tramas do que se repete existe espaço para inovação, e o que parece novo pode ser, no fundo, a mais fiel repetição. O importante julgo ser a descrição desses mundos que se desmancham e que se conformam novamente, em um movimento constante a ser mapeado pela etnografia.

À guisa de conclusão: alteridades e excessos

No rastro do que tem sido pensado como “biossociabilidades” e/ou “cidadanias genéticas” na contemporaneidade, ou seja, aquilo que se torna “somatopolítico” (Preciado, 2013) e opera como interseção para a ação a partir do corpo, ou que tem no corpo a cultura, percebe-se que a dor e o sofrimento desencadeados pela “violência obstétrica” ou “violência no parto” têm despertado práticas de si, narrativas de si, reciprocidade e outras leituras de parto, de corpo e de sexualidade feminina. A negatividade, então, ganha outros contornos e ressignifica relações já

por demais debatidas entre natureza/cultura. Dizer que essas mulheres que se mobilizam ao redor da crítica do sistema de atenção ao parto somente inovam seria uma grave romantização. Porém, negar a dimensão criativa que elas têm nos oferecido me parece um equívoco tão grave quanto. Diante disso, torna-se mais instigante pensar no pêndulo que vai e vem e, assim, nos aproxima das ambiguidades e das impermanências. Em nosso caso, das relações de gênero, da violência contra as mulheres, do corpo, do Estado e da sexualidade. E por que não da própria vida? Para tanto, por vezes, “para chegar ao bojador, é preciso ir além da dor...”.

Recebido: 3/10/14
Aceito para publicação: 9/04/15

Referências bibliográficas

- BADINTER, Elizabeth. 1986. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- CARNEIRO, Rosamaria. 2011. *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de experiências femininas de parto humanizado*. Tese de Doutorado em Ciências Sociais, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.
- CSORDAS, Thomas. 2008. *Corpo, significado e cura*. Porto Alegre: UFRGS Editora.
- DINIZ, Simone. 2005. "Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento". *Ciência & Saúde Coletiva*. N° 10 (3), p. 627-637, São Paulo.
- DUARTE, Luiz Fernando. 2003. "Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença". *Ciência & Saúde Coletiva*. N° 8 (1), p. 173-183.
- DUARTE, Luiz Fernando. 1986. "O nervoso e a construção diferencial de pessoa". In: _____. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- FASSIN, Didier. 2003. "Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia a los pobres los inmigrantes en la Francia". *Cuadernos de Antropología Social*. N° 17, p. 49-78.
- FASSIN, Didier. 2008. "Life & Times of Magda A.: Telling a Story of Violence in South Africa". *Current Anthropology*. Abril 2008. Vol. 49, n° 2, p. 225-246.
- FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. 2010. "MULHERES E GÊNERO NOS ESPAÇOS PÚBLICO E PRIVADO". DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.FPA.ORG.BR/SITES/DEFAULT/FILES/PESQUISAINTEGRA.PDF](http://www.fpa.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf) [ACESSO EM 27.12.2013].
- GOFFMAN, Erving. 1998. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC.
- LE BRETON, David. 2013. *Antropologia da Dor*. São Paulo: Editora FAP-Unifesp.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. 1996. "A eficácia simbólica". In: _____. *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Edições 70.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. 1996. "O feiticeiro e sua magia" In: _____. *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Edições 70.
- MAUSS, Marcel. 2003. "As técnicas do corpo". In: _____. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify.
- PRECIADO, Beatriz. 2010. "Entrevista com Beatriz Preciado por Jesus Carrillo". *Revista Poiésis*. Jul. de 2010. N° 15, p. 47-71, UFG.
- TORNQUIST, Carmen Susana. 2004. *Parto e Poder. O movimento de humanização do parto no Brasil*. Tese de Doutorado, PPGAS-UFSC, Florianópolis.
- TORNQUIST, Carmen Susana. 2002. "Humanização do Parto: entrevista com Robbie Davis-Floyd". *Revista de Estudos Feministas*. Vol. 10, Florianópolis.
- TURNER, Victor. 2005. "Um curandeiro Ndembu e sua prática". In: _____. *Floresta de Símbolos: aspectos do ritual Ndembu*. Niterói: Eduff.