



“SE VIRA! VOCÊ NÃO É QUADRADA, É REDONDA!” NOTAS SOBRE GRAVIDEZ E SEXUALIDADE: “NÃO-DIÁLOGO” ENTRE MÉDICOS E GESTANTES?

Jéssica Ferreira¹

O artigo tem como objetivo geral apresentar filiações teóricas que embasam minha discussão sobre como se dão relações entre médicos e pacientes em contexto específico e sobre tema recorrente durante a gravidez: questões acerca da sexualidade de gestantes primíparas no último trimestre de gestação.

O tema surge a partir de experiência pessoal, quando ouvia e dialogava com médicos e outras gestantes sobre dúvidas relativas à sexualidade; a forma como as levavam aos médicos, respostas recebidas e comentários desses últimos entre si. A frase que dá título ao artigo foi ouvida por mim em conversa entre residente e médico-docente, após consulta de gestante queixando-se de incômodo nas relações sexuais atribuído à barriga. O residente comentava o fato de muitas pacientes fazerem esse tipo de queixas, demonstrando irritabilidade e incompreensão do por que grávidas sentirem-se assim. Disse orientá-las no sentido de que “podiam fazer tudo normalmente, pois não afetaria a criança, buscando a posição mais confortável por causa da barriga!”. Completava: “Essa última mesmo, disse a ela: se vira! Você não é quadrada, é redonda!”. O médico permaneceu calado, apenas acenando com a cabeça.

Em um primeiro momento, sentia estranheza por fazerem esses comentários diante de mim. Com o passar do tempo e das consultas, percebi que me tratavam de forma diferente das demais gestantes, muito em função de minha posição social. Luna (2007, p. 117) relata situação semelhante e cita Boltanski (1979) sobre diferenças de tratamento que médicos dispensam a pacientes, de acordo com origens sociais e níveis de instrução. Na maternidade em questão, pública, situada em Salvador-BA, o perfil das pacientes é majoritariamente de mulheres negras de classes populares, com pouca escolaridade. A primeira consulta é feita com enfermeira obstétrica, surpresa ao me ver como paciente, perguntando por que meu pré-natal era feito ali. Na consulta médica, ao entrar na

¹ Mestranda em Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. E-mail: jessicafer2004@yahoo.com.br.



sala, fui também indagada sobre quem era e por que escolhera aquela maternidade. Respondi que, sendo professora universitária, tivera indicação de pessoas conhecidas da área médica. Ao dizer que era antropóloga, o médico demonstrou-se satisfeito, afirmando que a Medicina precisava muito da Antropologia. Explicou, a partir daí, as dificuldades de compreensão das realidades culturais das pacientes, e disse-me de sua disposição para realizar pesquisa sobre sexualidade durante a gestação, naquela maternidade. Pretendia conhecer melhor o universo das pacientes sobre o tema. De minha parte, o projeto que me interessava tratava de relações entre médicos e pacientes quanto ao tema.

Minha hipótese inicial é de que há um *gap* entre conhecimento cientificizado dos médicos e os do senso comum das pacientes, muito além de questões bio e/ou fisiológicas. Este *gap* é o lugar da discussão que apresento como “não-diálogo”, mas que se pode converter em diálogo, à medida que procuro responder as perguntas: o que os médicos entendem sobre as dúvidas das gestantes? E o que as gestantes entendem sobre as explicações dos médicos? Como podem ser apreendidas as diferenças de fala sobre o comportamento a partir dessa interação? Assim como DaMatta (1985), desejo pensar na passagem entre um e outro espaço, na situação de (des)encontro entre médicos e pacientes e como esse (des)encontro pode revelar um encontro, na medida em que, de certa forma, afeta cada lado da relação.

Situando-me teoricamente

A discussão teórica dessa proposta de trabalho tem várias vertentes, a serem pensadas de forma relacional. Os temas a discutir são maternidade, sexualidade e gravidez, relação médico-paciente, saber científico e outros saberes, tecnicismo e emoção.

Existem diferenças significativas especialmente quando a distinção de classe diz respeito mais à posição social conferida pelo lugar de cada um na sociedade do que propriamente pela posição econômica. Essa posição determina quem é o médico e quem é a paciente em maternidade pública, mas não é esse meu foco. O que está em jogo é a posição do médico como o “doutor”, o que sabe, porque tem “o” conhecimento em relação às pacientes, as leigas, as que “não sabem” e, mais do que isso, que não têm “condições de saber”.

DaMatta (1997, p. 184) apresenta a distinção social presente em inúmeras situações de interação na sociedade, ainda que se negue a expressão, vista em contexto negativo. Propõe “interpretar a expressão como um rito de autoridade”. Mesmo não dita, a discussão está implícita em muitas situações, denunciando “em níveis cotidianos [...] ojeriza à discórdia e à crise, traço [...]



básico num sistema social extremamente preocupado com ‘cada qual no seu lugar’, isto é, com hierarquia e com autoridade” (*id.*, p. 184). Essa discussão está tradicionalmente na sociedade no cerne da relação médico-paciente. Caprara e Franco (1999) apresentam a ideia em artigo sobre humanização das relações médico-paciente no Brasil. Afirmam existir propostas no sentido do “[...] nascimento de uma nova imagem profissional, responsável pela efetiva promoção da saúde, ao considerar o paciente em sua integridade física, psíquica e social, e não somente de um ponto de vista biológico” (*id.*, p. 648). Ressaltam as autoras não estar a Medicina, no momento, preparada para esse novo desafio, o que implica reestruturação de cursos de formação médica no país e de complexa relação entre teoria e prática. O novo Código de Ética Médica recém aprovado trata fundamentalmente do tema, mas só o tempo permitirá que uma nova cultura médica se imponha como hegemônica.

A relação entre biológico e social em relação a conceitos de parentesco e, em especial, de maternidade, tem vasto campo de discussões, e surge em literatura recente, ao tratar de novas tecnologias reprodutivas e de diversos usos e interpretações sobre formas laboratoriais de produção da gravidez. Como exemplo, Luna (2007), ao analisar percepções de mulheres candidatas a tratamentos de fertilidade em clínica particular e em pacientes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), aponta semelhanças nos discursos femininos sobre sacrifícios que mulheres se dispõem a enfrentar para engravidar, no caso de reproduções assistidas. Alguns trabalhos relatam também maior importância dada ao filho biológico, ainda que outros demonstrem a ideia de que “mãe é quem cria”. De toda forma, a busca de várias formas de reprodução assistida e pesquisas e investimentos na área mostram o quanto se valoriza o filho “verdadeiro”, “de sangue”.

Ressaltem-se ainda estudos sobre sexualidade feminina e relação desta sexualidade com diversos papéis sociais ideais, como mulher, mãe, esposa, profissional etc. Foucault (1998, p. 21) demonstra como discursos sobre sexo e sexualidade foram construídos ao longo dos três últimos séculos na sociedade ocidental: “[...] em torno e a propósito do sexo há uma verdadeira explosão discursiva”, e assinala que esta explosão se deu na forma de discursos acerca das interdições, o que chama de “polícia dos enunciados”. Segundo o autor (*id.*, p. 22), “[...] estabeleceram-se, assim, regiões, senão de silêncio absoluto, pelo menos de tato e discrição [...]”. Para ele, todo esse movimento incitou um contrafeito: que se falasse cada vez mais sobre sexo, uma verdadeira “[...] multiplicação dos discursos sobre o sexo no próprio campo do exercício do poder: incitação institucional a falar do sexo e a falar dele cada vez mais [...]”. A obrigatoriedade e a valorização da confissão na Igreja Católica estimula discursos sobre sexo — pecado cada vez mais falado e



detalhado com o pretexto do perdão divino. A partir da Era Moderna, há intensificação de discursos sobre sexo, não tanto de falas sobre desejos e “proibidos”, mas “[...] incitação política, econômica, técnica a falar do sexo” (*id.*, p. 26). Inicia-se um discurso mais do campo da racionalidade do que da moral: quantifica-se, calcula-se, classifica-se: “[...] cumpre falar do sexo como de uma coisa que não se deve simplesmente condenar ou tolerar mas gerir, inserir em sistemas de utilidade, regular para o bem de todos, fazer funcionar segundo um padrão ótimo. O sexo não se julga apenas, administra-se.” (*id.*, p. 27).

O autor refere-se a uma “Polícia do sexo: isto é, a necessidade de regular o sexo por meio de discursos úteis e públicos e não pelo rigor de uma proibição” (FOUCAULT, 1998, p. 28). No século XVIII, com o surgimento da “população” como problema a ser tratado pela sociedade do ponto de vista econômico e político, há necessidade de se tratar oficialmente de questões próprias e suas variáveis: taxas de natalidade e mortalidade, fecundidade, expectativa de vida etc. Nessa política, variáveis ligadas ao sexo estão presentes: “[...] taxa de natalidade, a idade do casamento, os nascimentos legítimos e ilegítimos, a precocidade e a frequência das relações sexuais, a maneira de torná-las fecundas ou estéreis, o efeito do celibato ou das interdições, a incidência das práticas contraceptivas [...]” (*id.*, p. 28).

Esse processo traz a conduta sexual da população como objeto de análise e alvo de intervenção pública. Segundo Foucault (1998), o sexo passa a ter centralidade também quando o foco são crianças, especialmente no ambiente escolar. Professores, pedagogos e médicos se unem em projetos e intervenções com diferentes atores que lidam cotidianamente com crianças. Percebe-se, nesse momento, forte elemento de medicalização de questões envolvendo o sexo. Entre os séculos XVIII e XIX, a medicina, a psiquiatria e, com base nelas, a justiça penal medicalizam questões relativas ao sexo, em especial possíveis doenças e distúrbios que levariam a comportamentos sexuais moral e socialmente condenáveis. O poder e o saber envolvidos nas produções de novos discursos orientaram condutas sociais e intervenções em diversas esferas.

Foucault (1998, p. 36) constroi seu argumento mostrando como a sociedade vive um aparente paradoxo: “O que é próprio das sociedades modernas não é o terem condenado o sexo a permanecer na obscuridade, mas sim o terem-se devotado a falar dele sempre, valorizando-o como o segredo”. Em fins do século XIX, a medicalização e biologização do sexo mostram-se mais fortes e marcantes nos discursos, como afirma Foucault (1998, p. 54-55): “O sexo [...] parece inscrever-se em dois registros de saber bem distintos: uma biologia da reprodução desenvolvida continuamente



segundo uma normatividade científica geral, e uma medicina do sexo obediente a regras de origens inteiramente diversas”.

De novo o paradoxo em torno de questões ligadas ao sexo, para além das diferenças entre a fisiologia da reprodução e a medicina da sexualidade. Para Foucault (1998, p. 55), há uma “[...] imensa vontade de saber que sustentou a instituição do discurso científico no Ocidente, ao passo que a outra corresponderia a uma vontade obstinada de não-saber”. Os discursos científicos construídos a partir de então sobre o sexo deveriam produzir uma verdade, ao mesmo tempo em que deveriam provocar seu ocultamento. A *scientia sexualis*, portanto, teria a dupla função de desvelar para ocultar. Para Foucault, esse procedimento de produção de uma verdade sobre o sexo — a ciência, é próprio da sociedade, em contraposição a outras que desenvolveram o que denomina de *ars erotica*. Passa-se a tratar o sexo não no domínio do certo e do errado, mas no regime do normal e do patológico. Esse discurso embasa noções de higiene e limpeza, caras à sociedade ocidental em inícios do século XX, quando se consolidam ideias de sujeira associada a doenças e de limpeza associada à saúde. Constrói-se, então, um *continuum* entre confissão católica e métodos científicos da modernidade, representado pela escuta clínica. Essa passa a ser o método por excelência das intervenções médicas, trazendo a verdade do sexo como verdade científica e o surgimento do conceito de sexualidade: a verdade sobre o sexo que deve ser dita, explicada e que levará ao tratamento clínico. Esse conceito é naturalizado, não em função de propriedades inerentes ao próprio sexo, mas de táticas de poder oriundas do discurso sobre o sexo:

[...] a sexualidade foi definida como sendo, “por natureza”, um domínio penetrável por processos patológicos, portanto, intervenções terapêuticas ou de normalização; um campo de significações a decifrar; um lugar de processos ocultos por mecanismos específicos; um foco de relações causais infinitas, uma palavra obscura que é preciso, ao mesmo tempo, desencavar e escutar.²

Interessante notar que, apesar da separação entre a chamada *ars erotica* e a *scientia sexualis*, o autor aponta para o fato de que a primeira não desaparece na sociedade. De maneira muito particular, continua existindo, e a ciência sexual não passaria de uma de suas formas de expressão. Reconhece que, apesar da repressão da sociedade ocidental no sentido de construir e manter a sexualidade sã e “científica”, é impossível abafar a proliferação de uma rede sutil de discursos que integram saberes, prazeres e poderes referentes ao sexo. Afirma, ainda, que a repressão é falha e limitada, e que reforça o foco na necessidade de intensificação e proliferação de discursos:

² FOUCAULT, Michel. *Scientia sexualis*. In: FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998. Cap. 3, p. 53-71. p. 67.



[...] ao invés de partir de uma repressão geralmente aceita e de uma ignorância avaliada de acordo com o que supomos saber, é necessário considerar esses mecanismos positivos, produtores de saber, multiplicadores de discursos, indutores de prazer e geradores de poder. [...] Em suma, trata-se de definir as estratégias de poder imanentes a essa vontade de saber. E, no caso específico da sexualidade, constituir a “economia política” de uma vontade de saber.³

Na mesma linha de análise, e pelo processo de naturalização de discursos e de sentimentos relacionados, a reflexão de Abu-Lughod e Lutz (1990) sobre emoções afirma que estas devem ser estudadas e explicitadas na construção da sociedade moderna e de seus indivíduos. Assim como Foucault diante da sexualidade, afirmam o processo de “naturalização” das emoções pelo conhecimento científico e pelos discursos cotidianos, em especial nos campos da psicologia e da filosofia. Observam como é possível e necessária a análise sociocultural de emoções, desnaturalizando-as, alçando-as a novo *status* para a possível compreensão. A estratégia que adotam é a de focalizar o discurso social, iniciando pela problematização do conceito de “discurso”; olhar como esse discurso se articula a variadas situações sociais e de que forma a vida social pode ser ou é afetada pelo discurso da emoção. Interessa aqui a proposição de que o discurso se faz pela língua falada e usada, portanto, está em movimento, não é estanque, imóvel, mas dinâmico. É dialógico, fundante de relações e práticas sociais. Mesmo não-ditos (ou não-diálogos, nesse caso), estão incluídos no conceito de discurso, uma vez que a “lacuna” do silêncio abre-se também como o que não deveria ou não poderia ser dito, mas permanece imbricado, sub-repticiamente, no contexto analisado. No campo das emoções, as autoras identificam o *discurso sobre as emoções* – científico ou do senso comum – e os *discursos emocionais* – que têm ou parecem ter conteúdo ou efeito afetivo. Segundo elas, a ênfase no discurso para o estudo das emoções permite que se fique atento ao fato de serem fenômenos vistos na interação social, fortemente verbal. Para as autoras, a fala da emoção deve ser interpretada como existindo na e sobre a vida social. O discurso emocional é, então, uma forma de ação social com efeitos sobre o mundo. As emoções também são enquadradas como experiências que envolvem a pessoa inteira, incluindo o corpo; emoção corporificada. Isso não significa naturalização, mas modelização pela emoção e ainda função modeladora da interação social, assim como técnicas e posturas corporais (MAUSS, 1974).

Ao pensar sobre a situação sexual da mãe solteira e da vida sexual de um casal de futuros pais, recorro a Strathern (1995), em que discute o debate inglês em torno da chamada Síndrome do Nascimento Virgem. A autora reconhece a forma como se medicaliza — “adocendo” a mulher —

³ FOUCAULT, Michel. *Scientia sexualis*. In: FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998. Cap. 3, p. 53-71. p. 71.



o desejo de algumas mulheres de terem filhos sozinhas, quando, para isso, recorrem a técnicas de reprodução assistida. Nas palavras da autora, “[...] desvincular sexo de procriação é uma coisa; [...]. Mas desvincular sexo de maternidade parece um problema inteiramente diferente” (*id.*, p. 303). O que está em debate nesse texto é a (im)possibilidade de uma mulher gerar e parir seus filhos sem de fato haver pai e, sobretudo, relação sexual, e o desejo ser pensado como patologia. Ao contrário da situação masculina, quando não há patologia entre homens que negam a paternidade de um filho (mesmo que haja reconhecimento legal da paternidade, muitas vezes o pai biológico não assume a função de pai social), às mulheres não é dada a opção de ter o filho sozinha, abrindo mão da relação sexual prévia, ao buscar nas tecnologias reprodutivas a concepção sem sexo. Esses casos, segundo Strathern (1995), são tratados como Síndrome, considerando-se patologia o fato de as mulheres não desejarem ter relação sexual “saudável” para promover a concepção. Além disso, gera-se a questão em torno da definição de parentalidade da criança, uma vez que será negada pela mãe a figura paterna desde a concepção (pois o sêmen é de doador anônimo). O que me interessa é o fato de se medicalizar e “adoentar” a mulher que engravida pelos métodos científicos em detrimento da relação sexual tradicional. Para o discurso médico:

[...] a relação do ato sexual com a concepção não é, portanto, simplesmente uma relação técnica. Serve para reproduzir a parentalidade como o resultado percebido de uma união em que as partes se distinguem pelo gênero. Fora qualquer outra coisa, desempenha por isso uma parte **conceitualmente** significativa na procriação.⁴

A autora chama atenção para o fato de que, embora tenha sido da mulher a iniciativa que suscita a Síndrome do Nascimento Virgem, a repercussão entre clínicos homens, põe em evidência “[...] o efeito [...] de lançar em maior – não menor – destaque o gênero do próprio facilitador.” (*id.*, p. 307). O clínico assumiria o lugar de “substituto” do “pai” na relação sexual – sob a forma de intervenção para a fertilização ou inseminação. A fala dos médicos, nessa situação, é de que não se sentem substituindo ninguém, uma vez que não há pai; mas expressam desconforto por serem os “parceiros sexuais” únicos dessas mulheres. Outro problema apontado por Strathern (1995) reside no fato de as mulheres representarem ameaça ao modelo de relação entre sexo e concepção, essencial para o imaginário ocidental sobre como se “produzem” pais. Ou seja, as mulheres, ao recriarem, reinventarem usos das tecnologias reprodutivas, ameaçam a paternidade: “A pergunta cultural interessante neste caso é por que as mulheres que aparentemente são defensoras

⁴ STRATHERN, Marilyn. Necessidade de pais, necessidade de mães. *Estudos feministas*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 303-329, 2. sem. 1995. p. 307.



entusiásticas das novas conquistas médicas devem ser vistas como derrubadoras da ordem moral por serem assim.” (*id.*, p. 308).

Diante da questão, pode-se indagar até que ponto a aparente naturalidade com que os médicos dizem às pacientes que podem ter relações sexuais “normais” ao longo da gravidez podem ser traduzidas em relações de fato desejadas e/ou praticadas por gestantes. O que são relações sexuais “normais” para uns e outras?

Chega-se à discussão sobre conhecimento científico e senso comum, usando como base trabalhos de Martin (2006) e Almeida (1987). Almeida (1987, p. 60-61) apresenta, em trabalho comparativo entre mães da década de 1950 e da década de 1980, como neste segundo grupo aparece maior preocupação com orientações de especialistas, durante a gravidez e no momento do parto: “a antiga oposição ‘permitido *versus* proibido’[...] é substituída [...] pela polaridade ‘normal *versus* patológico’”. Refere-se à ação simbólica da medicina, vendo a área e o conhecimento médico como sistema sociocultural que atribui sentido à experiência da maternidade.

Martin (2006) define assim as questões centrais da pesquisa:

Como as mulheres reagem [às] metáforas científicas sobre seus corpos enquanto vivem suas vidas normais? Para começar, será que elas as percebem? Será que as aceitam como sendo naturais e corretamente aplicadas às mulheres, ou se conformam em tolerá-las? Ou será que as combatem como ameaças profundas e sinistras a uma existência plena?⁵

Para pensar o “ponto de vista das mulheres” sobre concepções científicas do funcionamento de seus corpos, a autora faz revisão histórica dos tratados de medicina que descrevem o corpo feminino. Mostra como processos de menstruação, menopausa, concepção e parto são descritos tecnicamente, com conotações negativas (menstruação e menopausa em especial, como resultado de funcionamento indevido; parto normal como nocivo ao corpo da mulher e ao bem estar da criança *versus* virtualidade das cesáreas). Os tratados ainda estabelecem relações entre descrições científicas do funcionamento corporal e fábricas e o trabalho desejado na sociedade industrial capitalista, escolhendo imagens básicas do corpo como sistema de transmissão de informação com estrutura hierárquica, em alusão à forma dominante de organização da sociedade. Os depoimentos da pesquisa da autora demonstram como mulheres experimentam a fragmentação entre si e seus corpos quando tratam de procedimentos ginecológicos pelos quais devem passar, especialmente

⁵ MARTIN, Emily. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. p. 123.



durante o processo de parto, agravado quando se trata de cesariana. Martin (2006, p. 147) compara essa sensação ao conceito de alienação em Marx, quando o trabalhador não se reconhece no processo e no produto de seu trabalho, e afirma que esses sentimentos se dão vinculados às formas técnicas, impessoais e mecânicas como acontecem procedimentos, minimizando ou mesmo ignorando sentimentos e emoções, sobretudo em nome de um “bebê saudável”, assim como indaga de que maneira essas imagens haviam entrado nas mentes das mulheres.

Analisando manuais e publicações direcionadas a mulheres, Martin (2006) encontra textos que põem a mulher no centro do que ocorre com o corpo, mas pondera que essa ideia não vem descolada das imagens tradicionais (por exemplo: parto como ação realizada por mulheres *versus* parto como produto de contrações involuntárias do útero). Percebe falas fragmentadas mais como sinais da invisibilidade e da tenacidade das ideias e práticas do que como “má intenção” para com as mulheres (MARTIN, 2006, p. 149). Por fim, pondera:

Talvez não vejamos mais a mulher tão subjugada por seus órgãos reprodutivos. Mas ainda falta muito para vermos funções que sejam tipicamente femininas como ações que as mulheres realizam, com corpo, mente e estados emocionais trabalhados juntos ou, pelo menos, influenciando uns aos outros. Ainda não chegou o dia em que, em vez de falar de “disfunção hipotônica uterina” ou “parto não-progressivo”, que precisam ser tratados por meio de intervenções químicas ou cirúrgicas, diremos que “a mulher parou suas contrações” e nos concentraremos em aliviar o medo e a ansiedade que provavelmente, na maioria dos casos, a levou a fazer aquilo.⁶

Pensar no que chamo de “não-diálogo” entre médicos e pacientes gestantes remete a questões como relações verticalizadas de conhecimento e poder, relações hierárquicas de gênero e que ocorrem com respeito a diferenças socioculturais que, segundo minha hipótese, transformam a relação médico-paciente em “não-diálogo”.

Bibliografia

ABU-LUGHOD, Lila, LUTZ, Catherine A. Introduction. *In*: ABU-LUGHOD, Lila; LUTZ, Catherine A. (Ed.). *Language and the politics of emotion: studies in emotion and social interaction*. New York: Cambridge University Press, 1990.

ALMEIDA, Maria Isabel M. de. *Maternidade: um destino inevitável?* Rio de Janeiro: Campus, 1987.

CAPRARA, Andréa, FRANCO, Anamélia L. e S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, jul-set 1999.

⁶ MARTIN, Emily. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. p. 150.



DAMATTA, Roberto. *A casa e a rua*. Espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1985.

_____. Sabe com quem está falando? Um ensaio sobre a distinção entre indivíduo e pessoa no Brasil. In: DAMATTA, Roberto. *Carnavais, malandros e heróis*. Para uma sociologia do dilema brasileiro. 6. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997. Cap. 4, p. 179-248.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

LUNA, Naara. *Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

MARTIN, Emily. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MAUSS, Marcel. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EPU; EDUSP, 1974. v. II, p. 209-233.

STRATHERN, Marilyn. *Estudos feministas*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 303-329, 2. sem. 1995.