



## **Entre o risco e o prazer: o que dizem gestantes e seus médicos sobre sexualidade e práticas sexuais em gestações consideradas de risco?**

*Jéssica Ferreira\**

### **RESUMO**

Esta comunicação apresenta resultados parciais de uma pesquisa de mestrado em que a gestação é tratada sob a égide do binômio saúde-doença, tendo como objetivo principal debater os discursos médicos e de gestantes sobre sexualidade e práticas sexuais em gestações consideradas de risco. Pretendo problematizar os diferentes conceitos de sexualidade, práticas sexuais e risco em jogo a partir da interação médico-gestante e de como esses conceitos informam cada um dos sujeitos envolvidos. Este estudo visa ainda apontar questões sobre a visão de gestantes a respeito do saber médico-científico e de como a introdução da noção de risco gestacional interfere na trajetória sexual dessas mulheres. A pesquisa foi realizada através de técnicas qualitativas de trabalho de campo e entrevista, no ambulatório de pré-natal de uma maternidade pública na cidade de Salvador, BA. A categoria risco constantemente influencia as decisões de profissionais e mulheres na hora de escolher qual opção terapêutica seguir. No entanto, esse fenômeno gera problematizações e reações de profissionais e, principalmente de mulheres quanto à validade do saber e das prerrogativas médicas que tentam impor determinadas práticas de cuidados em detrimento de outras que também poderiam ser seguidas. Com isso, a relação médico-gestante tende a ser fragilizada, apontando uma tendência ao questionamento da autoridade médica e uma aparentemente baixa incorporação de práticas de medicalização por parte das gestantes, a despeito da noção de risco adotada pela instituição.

**Palavras-chave:** Relação médico-gestante. Sexualidade. Práticas sexuais. Risco gestacional.

---

\* Mestranda em Ciências Sociais no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais – PPCIS, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Bolsista da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro – FAPERJ. [jessicafer2011@gmail.com](mailto:jessicafer2011@gmail.com)

# 18º REDOR

24 a 27 de Novembro  
2014

Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife - PE

Tema: Perspectivas Feministas de Gênero:

Desafios no Campo da Militância e das Práticas



## INTRODUÇÃO

Este artigo procura estabelecer uma análise de um contexto no qual a gestação é tratada sob a égide do binômio saúde-doença. Tem como objetivo principal debater a formação de identidades clínicas através da categoria risco, tanto no que se refere propriamente à gravidez considerada de risco quanto no uso disseminado da noção de risco ao longo de toda a gestação e parto. Esse trabalho é fruto de uma pesquisa de mestrado ainda em andamento sobre relações médico-paciente prioritariamente em questões relacionadas à sexualidade na gravidez, realizada no ambulatório de uma maternidade pública em Salvador, BA. Partindo de seu campo, este estudo procura refletir de forma ampla sobre a visão de gestantes a respeito do saber médico-científico e de como a introdução da noção de risco interfere em suas trajetórias.

A categoria risco<sup>1</sup> constantemente influencia as decisões de profissionais e mulheres na hora de escolher qual opção terapêutica seguir. No entanto, esse fenômeno gera problematizações e reações de profissionais e principalmente de mulheres quanto à validade do saber e das prerrogativas médicas que tentam impor determinadas práticas de cuidados em detrimento de outras que também poderiam ser seguidas. Com isso, a relação médico-paciente tende a ser fragilizada, ainda que no cenário da maternidade pública pesquisada há, aparentemente, uma pequena tendência ao questionamento da autoridade médica e uma maior incorporação de práticas de medicalização devido à noção de risco adotada pela instituição<sup>2</sup>.

Vale ressaltar ainda a importância de uma perspectiva interseccional<sup>3</sup>, o que permite enriquecer a discussão com a inserção dos marcadores de classe social e raça presentes em cada grupo pesquisado (gestantes de um lado, médicos de

<sup>1</sup> O uso desse conceito nesse trabalho baseia-se nas discussões propostas no artigo de FAYA, Alfonsina. Da gravidez de “risco” às “maternidades de risco”. Biopolítica e regulações sanitárias nas experiências de mulheres de camadas populares de Recife. 2014. No prelo.

<sup>2</sup> A maternidade em questão prevê atendimento apenas às gestações que se enquadram em seus fatores de risco, a saber: mulheres abaixo de 19 e acima de 35 anos (em especial as primigestas), as hipertensas e/ou portadoras de diabetes, sendo essas últimas com qualquer idade e não importando se os quadros de hipertensão e/ou diabetes são associados à gestação ou crônicos e anteriores à ela.

<sup>3</sup> Esse conceito é usado aqui a partir das proposições feitas por PISCITELLI, 2008 e em <http://www.oie-miseal.ifch.unicamp.br/pt-br/interseccionalidade>.





Durante o período da pesquisa, observou-se que, na maior parte das vezes em que as gestantes eram atendidas apenas pelos residentes, o docente passava em cada consultório durante as consultas para dúvidas e acompanhamento mais de perto e/ou o residente se deslocava ao consultório onde estava o docente para alguma dúvida ou reportar o caso em questão. Pode-se perceber também que havia médicos que tinham muitos residentes e outros que atendiam sozinhos a cada uma das gestantes. Também notou-se que os médicos que usavam mais residentes, ao final dos atendimentos, reuniam-se com eles em uma sala e faziam avaliações e comentários dos casos atendidos no dia. Ao perguntar sobre isso a eles e na recepção, sempre havia a resposta de que elas sempre eram atendidas pelos médicos docentes, sendo os residentes apenas acompanhantes. Importante ressaltar que, mesmo quando o atendimento era feito majoritariamente pelo residente, o médico acompanhava o caso de perto e era o responsável pelos atendimentos.

Foram entrevistadas 18 gestantes e 6 médicos. A proposta inicial era trabalhar com mulheres acima dos 35 anos, no último trimestre da gestação e que estivessem grávidas de seus primeiros filhos. O corte de idade se dava por conta do próprio critério da maternidade e por não querer trabalhar com adolescentes. A ideia de pensar a relação médico-gestante sobre sexualidade na gravidez acabava por remeter a mulheres com mais tempo e experiência de vida conjugal/sexual. Porém, houve uma ligeira redução do corte etário para 30 anos, por ter encontrado muitas mulheres a partir dessa faixa<sup>4</sup>. Durante a pesquisa também foi abandonada a ideia de que fossem grávidas de “primeira viagem”. No universo das mulheres encontradas, um grande número já tinha tido filhos quando mais novas. Permanecer com esse critério tornaria a busca mais demorada e difícil, o que poderia até mesmo inviabilizar a pesquisa. Em sua maioria, tinham tido filhos na adolescência de um

---

<sup>4</sup> Das 18 entrevistadas, três tinham menos de 30 anos (29, 22 e 21 anos), porque insistiram muito em participar e eu acabei cedendo, curiosa com a insistência delas. Há algumas considerações específicas que serão feitas oportunamente sobre suas entrevistas, mas no geral as respostas acabaram por assemelhar-se às demais, por isso as mantive no trabalho. As outras gestantes tinham idades que variavam entre 31 e 45 anos, sendo que a maioria concentrava-se entre 31 e 38.



**18º REDOR**  
24 a 27 de Novembro  
2014

Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife - PE  
Tema: Perspectivas Feministas de Gênero:  
Desafios no Campo da Militância e das Práticas



saíam da consulta por volta das 12h-12h30min no turno da manhã e 17h no turno da tarde. O questionário era extenso e, em geral, elas quase que me entrevistavam também, fosse fazendo perguntas sobre o meu trabalho, fosse conversando comigo sobre as dúvidas que tinham com relação à gravidez de uma forma geral e à sexualidade mais especificamente. As entrevistas não duravam menos de uma hora, uma hora e meia cada uma, e não raro terminavam quando já estava no momento de a entrevistada ser chamada para sua consulta. Às quartas-feiras não fazia entrevistas, pois era o dia dedicado às adolescentes, público que não é o foco do trabalho.

Da parte dos médicos, posso dizer que foi um pouco mais complicado. Atribuí o fato ao pouco tempo livre de que eles dispunham no ambulatório. Trabalham em esquema de plantão e o atendimento no ambulatório se dá entre um trabalho e outro. Dos 6 médicos entrevistados, 5 homens e 1 mulher, apenas um só tinha aquele trabalho. Todos os outros trabalhavam em 2 e até quatro lugares diferentes, como médicos e professores. Senti com eles uma certa resistência à disposição em contribuir. Por várias razões indiretas, fiquei com a sensação de que eles se sentiam meio julgados e/ou cobrados com as minhas questões, como se eu estivesse dizendo que eles deveriam fazer algo que não faziam comumente (discutir sexualidade com elas ao longo do pré-natal). Na verdade, não era uma afirmação de minha parte de que deveriam fazê-lo, estava justamente investigando se isso ocorria, como se dava, quais as questões abordadas, quem iniciava o tema etc. Também tive, em alguns momentos, a sensação de que não achavam importante esse tipo de pesquisa, tendo atribuído o fato a uma eterna escala de valores entre as ciências médicas e biológicas e às humanas. Porém, cabe dizer que, após muita insistência para conseguir que me atendessem, todos foram muito cordiais e solícitos e acabaram interessando-se em saber mais detalhes sobre o trabalho<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> O único que havia lido meu projeto era o Coordenador de Ensino e Pesquisa, também médico do ambulatório, a quem, em dado momento, precisei recorrer no sentido de tentar facilitar meu acesso e a disponibilidade dos médicos. Coincidência ou não, após a conversa com ele não tive mais muita dificuldade em agendar as entrevistas com os médicos – até então só havia conseguido entrevistar apenas um.

**18º REDOR**  
24 a 27 de Novembro  
2014

Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife - PE  
Tema: Perspectivas Feministas de Gênero:  
Desafios no Campo da Militância e das Práticas



Com exceção da médica, que de fato demonstrou uma certa má vontade em atender-me, tendo inclusive recusado-se a responder a algumas das questões e passado a entrevista toda revendo as fichas de paciente sem me dar atenção diretamente em nenhum momento (sempre alegando a falta de tempo), foram todos momentos prazerosos de pesquisa e troca de experiência.

Os médicos os médicos entrevistados eram os que atendiam no ambulatório à época da pesquisa. Segundo informações que obtive, havia 8 médicos. Porém, um estava de férias e outra só atendia às adolescentes. Entrevistá-los era um exercício de paciência e persistência. Tinham o horário corrido e em geral aceitavam me receber após todos os atendimentos às gestantes. Por diversas vezes ficava esperando até o último atendimento a pedido deles e, na hora de receber-me, pediam desculpas e remaravam para outro dia, alegando que os atendimentos haviam acabado muito tarde e tinham pressa e/ou outro compromisso profissional. Dois deles me receberam na própria maternidade, durante intervalos relativamente rápidos em seus plantões.

Quando indagava sobre informações relativas à sexualidade, ambos os grupos diziam achar importante o tema e consideravam que os médicos do pré-natal deveriam estar prontos a responder às questões das gestantes. Porém, esse grupo não se sentia preparado quando o tema ia além das questões propriamente médicas, como a interdição de relações em alguns casos extremos (em especial, segundo eles, os de placenta prévia). Eles reconhecem que outros assuntos ligados à sexualidade devem ser abordados por outros profissionais como psicólogos ou terapeutas sexuais. Ao perguntá-los sobre qual deveria ser a formação básica de um terapeuta sexual (já que não existe graduação específica na área), nenhum deles soube informar exatamente. Todos disseram que só entram no tema a partir da demanda das gestantes, mas que se sentem confortáveis em tratá-lo quando solicitados.

Nos questionários das gestantes havia inúmeras questões referindo-se ao conhecimento que elas possuíam em relação à gestação, corpo e sexualidade. Como e em que situações obtiveram e obtém essas informações e como são as

# 18º REDOR

24 a 27 de Novembro  
2014

Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife - PE  
Tema: Perspectivas Feministas de Gênero:  
Desafios no Campo da Militância e das Práticas



relações com os médicos nas consultas, de uma forma geral e especificamente com relação à sexualidade. Quase a totalidade disse sentir-se à vontade para conversar com os médicos sobre o tema. Por outro lado, afirmaram raramente tocar no assunto, apenas quando ficavam preocupadas (elas e/ou os companheiros) em “machucar o bebê” durante as relações sexuais. Salvo duas ou três que afirmaram não ter vontade de ter relações sexuais durante a gravidez, a maioria dizia ter seu desejo entre normal e aumentado nesse período, mas que de fato, às vezes demonstravam-se preocupadas com a saúde do bebê (algumas chegaram a interrogar-me sobre o que achava disso).

Tem muitas dúvidas sobre as possibilidades de sexo na gravidez, na sua maioria ligadas à ideia de que podem machucar o bebê ou provocar problemas durante o período gestacional. Muitos são os mitos que povoam suas cabeças e apontam fragilidades na busca de informações confiáveis, ainda que admitam ter liberdade para tratar do assunto com diversas pessoas. A internet e revistas de divulgação científica vendidas em bancas de jornal são consideradas de uma forma geral como fontes confiáveis, mas amigas e mães tem um certo poder como fontes mais confiáveis de informações, sobretudo quando essas pessoas já são mães e de muitos filhos.

Com relação aos médicos, de uma forma geral acham que não cabe a eles discutir o tema. Limitam-se a responder eventuais questionamentos que as gestantes possam fazer e dizem que em geral elas abordam o tema em uma única consulta. Pontuam que eventuais perguntas giram em torno de dúvidas sobre a segurança da prática sexual na gestação, sobre risco de abortamento, parto prematuro ou um vago “fazer mal ao bebê”. Reconhecem a necessidade de as gestantes terem informações sobre o tema, mas afirmam que não o fazem espontaneamente ou apenas quando da necessidade de prescrições médicas específicas com relação ao sexo e à prática sexual. Apenas um dos médicos afirmou orientar as pacientes quanto à importância do prazer, da manutenção do vínculo afetivo, de haver um entendimento do casal sobre o tema. Segundo ele, 20% dos casamentos terminam no primeiro filho e isso teria forte vinculação com a

**18º REDOR**  
24 a 27 de Novembro  
2014

Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife - PE  
Tema: Perspectivas Feministas de Gênero:  
Desafios no Campo da Militância e das Práticas



sexualidade do casal, tanto durante a gestação quanto após o nascimento. Porém, não soube citar uma fonte específica para esse dado. Ao serem perguntados sobre que profissional eles considerariam o mais apropriado para tratar do tema, respondem que psicólogos ou terapeutas sexuais. Questionados sobre qual deveria ser a formação em nível de graduação do terapeuta sexual, não souberam responder, alegando nunca terem pensado no tema. Alguns diferenciaram as gestantes do sistema público com as dos seus consultórios privados. Dizem que, nos consultórios, sempre abordam o tema sexualidade na primeira consulta e alegam que nessa situação tem tempo para isso. Segundo eles, no sistema público, eles não têm tempo durante as consultas para tratar de temas que não os estritamente técnicos. A única médica mulher entrevistada tem uma visão bastante particular das gestantes que atende no ambulatório. Diz que lá não tem tempo de discutir o assunto com elas, restringindo-se a orientá-las sobre se pode ou não ter relações sexuais, mas que no consultório fala muito disso. Sempre se remetendo à falta de tempo no sistema público. Mas diz que as gestantes do sistema público costumam falar do tema em apenas uma consulta e atribui isso à vergonha por parte delas. E acrescenta que elas são muito desinformadas, ou que tem informações, mas não sabem o que fazer com elas, que as mais novas são “desinibidas, para não dizer outras coisas”, porque não teriam “nada na cabeça”. Que “não se conhecem, que tem um lado machista de agradar ao homem, que são submissas e não são independentes sexualmente”. Ao ser indagada sobre como ela chegou a essas conclusões, já que alega tão pouco tempo com elas, limitou-se a dizer que era “pela experiência”.

## **2. Risco e prazer: por que essa pesquisa é boa para pensar?**

Partindo-se de como a categoria risco é tratada por médicos e gestantes, das ideias de patologização e medicalização da gestação e do parto e das trajetórias e resistências à medicalização, temos um panorama de como as mulheres de diferentes camadas sociais pensam e constroem seus percursos em busca de terem

# 18º REDOR

24 a 27 de Novembro  
2014

Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife - PE

Tema: Perspectivas Feministas de Gênero:

Desafios no Campo da Militância e das Práticas



“boas gestações e bons partos”. Sim, porque encontramos mulheres preocupadas em fazer o que acreditam ser o melhor para seus corpos e seus bebês.

De um modo geral, as percepções encontradas nas falas das gestantes indicam que elas esperam das consultas que os médicos façam “a parte deles”. Isso significa pesá-las, medir a pressão, verificar altura uterina, eventualmente realizar um toque ginecológico, solicitar exames e olhar os que elas já fizeram, e orientá-las quanto a eventuais medicamentos dos quais fazem uso e/ou sobre alguma outra forma de terapia que devam desenvolver para tratar os problemas atribuídos a seus supostos riscos gestacionais. Essas expectativas aparecem quando perguntadas sobre o que achavam dos atendimentos. Ser um bom médico implicava diretamente a realização de procedimentos técnicos por ela esperados. Trocavam entre si informações sobre os médicos, apontando os que consideravam bons como aqueles que as examinavam mais minuciosamente, pediam exames, prescreviam medicamentos e dietas e eram mais pontuais nos atendimentos. Há também uma ideia de que bom médico é aquele que as respeite em seus conhecimentos, desejos e a seus corpos. Que converse com elas sem diferenças hierárquicas, onde o saber de um não se sobrepõe ao do outro. Mas isso é expresso por elas como um “médico ideal”, de uma forma geral não encontrado no cotidiano dos atendimentos.

Segundo Faya (2014), o conceito de risco atua como regulador da gravidez de mulheres das classes populares, sendo apresentado como uma categoria objetiva, escondendo significações socioculturais. Pode ser traduzido como definidor de uma mulher como “mãe de risco” (por exemplo, no caso das adolescentes, que tem suas gravidezes apontadas como “de risco” unicamente por serem adolescentes). Conferir a uma gestante o status de “risco gestacional” implica colocá-la em um lugar social predeterminado, definidor de um papel materno particular. Porém, também colabora para justificar e manter a supremacia do poder médico sobre o comportamento daquela pessoa. Não seguir ou questionar suas orientações abrem espaço para ouvir coisas como “mas assim você não parece uma boa mãe, quer colocar em risco sua saúde e a vida de seu bebê?”.



O interessante é a forma como as mulheres se relacionam com essa categorização. No ambulatório da maternidade pública, elas “vestem a roupagem” da gravidez de risco, em princípio. Afirmam-se serem gestantes de risco. Porém, ao longo das entrevistas, deixam perceber que, na medida em que comparecem às consultas, realizam todos os exames e, de uma forma geral, sentem-se bem e seguem suas vidas de modo mais normal possível, redefinem-se para si e para seus parentes e amigos próximos como não pertencendo à categoria de risco gestacional. “Se faço tudo que sempre fiz, não sinto nada de diferente, não entendo porque dizem que minha gravidez é de risco”. “O médico diz que minha gravidez é de risco porque tenho pressão alta, mas na anterior foi assim também e meu filho nasceu forte e saudável”. “Eu procuro seguir as orientações direitinho, não sinto nada, mas é difícil seguir essa dieta que eles passam.” No tema específico de vida sexual, diziam que, a despeito de seus médicos terem afirmado que não havia nenhum problema com a prática, tinham medo de causar algum problema no bebê ou com a gestação propriamente dita (“estourar a bolsa”, por exemplo), mas ao mesmo tempo, afirmavam que gostavam de manter relações sexuais com seus parceiros e que os faziam com frequência.

Existem diferenças significativas especialmente quando a distinção de classe diz respeito mais à posição social dada pelo lugar de cada um na sociedade do que propriamente pela posição econômica. Claro que essa posição é fundamental para determinar quem poderá ser o médico e quem será a paciente, em especial em uma maternidade pública. Ou seja, o que está em jogo aqui é a posição de médico como o “Doutor”, aquele que sabe, tem “O” conhecimento e suas pacientes, as leigas, as que “não sabem” e, mais do que isso, não têm “condições de saber”...

Ou seja, mesmo considerando-se trabalhos recentes que mostram como isso vem sendo transformado, não se pode afirmar que o corte de classe não deve ser levado em conta quando se trata de pensar a maneira como cada grupo pensa e age quando o assunto é estrutura ideal de família e de relação médico-paciente durante a gravidez.



Vale a pena lembrar Roberto DaMatta (1997) em seu clássico “Sabe com quem está falando?”. Nesse artigo, o autor mostra como a distinção social na nossa sociedade se faz presente em inúmeras situações de interação social, ainda que se negue essa expressão, que é vista em um contexto negativo. Mas ele propõe “interpretar a expressão como um rito de autoridade” (p. 184). O que quero aqui ao lembrar essa discussão é pensar como, mesmo sem ser dita, ela 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” (p. 184). Essa discussão está tradicionalmente no cerne da relação médico-paciente em nossa sociedade. Caprara e Franco (1999) apresentam essa ideia em seu artigo sobre humanização das relações médico-paciente no Brasil. Logo no início afirmam que existem propostas que vão 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” (p. 648). Porém, eles ressaltam que no momento em que vivemos, a Medicina ainda não está preparada para esse novo desafio. Isso implica uma reestruturação dos cursos de formação médica no país e de uma complexa relação entre teoria e prática. O novo Código de Ética Médica, recentemente aprovado no país, trata fundamentalmente deste tema, porém ainda demorará até que uma nova cultura médica de fato se imponha como hegemônica.

Faya (2014) associa a ideia de risco às de medicalização e sanitização, a depender do contexto social das mulheres enquadradas na categoria:

A utilização do risco na gestão das gravidezes produz uma diferenciação entre aquelas que precisarão ser alvo de técnicas **medicalizadas** de intervenção e aquelas que seguiram um processo de **sanitarização**, sobretudo naquelas que engravidam na juventude, ‘por acidente’, mulheres-mães consideradas *outsiders*, mães ‘indignas’ ou ‘incapazes’. Nelas, as técnicas de regulação procuram construir um papel materno e um ‘projeto de criança’ (BOLTANSKI, 2004) individual e sanitizado. Isto é entendido mais como uma imputação do sistema de saúde a um grupo de ‘mães de risco’ do que como um estado individual auto-percebido. Porém, a auto-percepção do risco e a individualização de sua experiência toram-se os objetivos do próprio sistema de saúde como modo de regulação dessas mulheres. (...) a aplicação da categoria de risco em mulheres de camadas

**18º REDOR**  
24 a 27 de Novembro  
2014

Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife - PE  
Tema: Perspectivas Feministas de Gênero:  
Desafios no Campo da Militância e das Práticas



populares acompanha mais um processo de **sanitarização** do que aquilo que se chama **medicalização**. Definida de maneira concisa, a **medicalização** faz referência às formas de compreensão dos fenômenos a partir do registro da doença e da tecnologia, ao passo que a **sanitarização** mobilizaria o registro do bem estar psíquico e físico para explicar situações e fenômenos fisiológicos. (FAYA, 2014, p. 3-4)

## Conclusão

Pude perceber em minha pesquisa que as gestantes do ambulatório da maternidade estão distantes ainda de um universo de ativismo e empoderamento via o estudo sistemático das questões relacionadas a uma agência feminina sobre seu corpo. Porém, isso não significa atitudes passivas frente ao processo de sanitização que sofrem, muito ao contrário. Tem ideias bem assentadas sobre si e seus corpos, ainda que as mesmas sejam baseadas em outras formas de conhecimento que não os estudos científicos e os debates com profissionais de saúde que conferem legitimidade ao saber construído por leigos sobre temas específicos. Suas referências são outras, diversas de outras gestantes oriundas de camadas médias, por exemplo. Mas são referências firmes, que as fazem acreditar-se saudáveis em seus corpos grávidos, ainda que o sistema de saúde e seus operadores teimem em colocá-las no lugar do risco e da doença (se não a que já se tem, a que poderá ser desenvolvida em si ou no bebê).

Procuramos pontuar as questões mais comuns e recorrentes. De um lado, as expectativas das mulheres sobre essa nova fase em suas vidas e o desejo de saber e conhecer-se melhor, de lidar com novas emoções e com sua sexualidade e a vida conjugal, ainda que não tenham muitas expectativas de que o consultório médico seja o melhor lugar para isso. De outro, os médicos, presos à ideia de que a gravidez é uma situação biológica e que cabe a eles olhar as gestantes como o “depósito de um bebê”, e tratá-las de forma que esse “depósito” esteja funcionando o melhor possível para que tudo corra bem e o bebê e a mulher sobrevivam à gravidez e ao parto. Emoções, expectativas, imponderáveis, contextos socioculturais, familiares, educacionais etc, nada disso diz respeito ao universo

# 18º REDOR

24 a 27 de Novembro  
2014

Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife - PE  
Tema: **Perspectivas Feministas de Gênero:  
Desafios no Campo da Militância e das Práticas**



médico. Cada saber em seu nicho e a vida segue assim, partilhada, não compartilhada em sua totalidade.

## REFERÊNCIAS

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 4. ed. São Paulo: Graal / Paz e Terra, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

CAPRARA, Andréa; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. 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.

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

DINIZ, Carmen Simone. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**. n. 3, v. 10, p. 627-637, 2005.

FAYA, Alfonsina. Da gravidez de “risco” às “maternidades de risco”. Biopolítica e regulações sanitárias nas experiências de mulheres de camadas populares de Recife. 2014. No prelo.

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

