

APROXIMAÇÕES ENTRE SAÚDE DA MULHER E PSICOLOGIA: REFLEXÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ELIZABETE FRANCO

CLÁUDIA MEDEIROS DE CASTRO

Nosso objetivo neste texto é tecer algumas reflexões sobre contribuições da Psicologia para o campo da Saúde da Mulher, pois ainda que esta comporte um leque de teorias ou perspectivas teóricas, consideramos que se mantém a hegemonia das abordagens teóricas utilizadas pela Psicologia para conceber a mulher no âmbito da saúde a partir da função reprodutiva.

Nossas reflexões tem origem na atuação acadêmica voltada para a formação de obstetras e formação pós-graduada de pesquisadoras e pesquisadores, cujas pesquisas estão diretamente relacionadas ou dialogam com as ações desenvolvidas no âmbito da saúde. É a partir desta experiência, como psicólogas que desenvolvem práticas contextualizadas no ensino universitário, que temos pensado sobre as contribuições da Psicologia para a formação de profissionais de saúde que atuam no SUS, particularmente os que desenvolverão atividades voltadas para a Saúde da Mulher. Neste sentido a abordagem das políticas públicas assume para nós um papel importante, pois oferece as diretrizes para as ações em saúde desenhadas em tais políticas. Por outro lado os saberes da Psicologia nesta área formam (e informam) além de psicólogas/os um conjunto de profissionais de saúde como assistentes sociais, educadoras, enfermeiras/os, fisioterapeutas, obstetras, médicas/os e nutricionistas que também utilizam dos referenciais teóricos da Psicologia para pensar suas práticas.

Neste texto, para problematizar esta temática entrelaçamos dois fios que confluem nesta construção: inicialmente apresentamos brevemente a trajetória das políticas de saúde da mulher no Brasil e posteriormente abordaremos as contribuições de alguns estudos da Psicologia para o campo da saúde da mulher. Ao final tecemos considerações sobre a necessidade de repensar as práticas discursivas que circulam neste campo.

BREVE TRAJETÓRIA E CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA A SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

As políticas públicas voltadas para a atenção à saúde das mulheres resultam de embates entre diferentes perspectivas e interesses políticos, econômicos, sociais e conceituais e técnicos. Desta forma, modificam-se ao longo do tempo os regimes de saber-poder-verdade (FOUCAULT, 2004a) e os discursos hegemônicos nos modos de conceber as mulheres e suas necessidades.

No Brasil, desde as primeiras décadas do século XX, o interesse da sociedade e do Estado pela saúde das mulheres era voltado para a busca do bem-estar das mães e crianças, traduzido em leis protetivas e iniciativas que estimulavam a busca por assistência médica no parto, objetivando a garantia da sobrevivência dos recém-nascidos. No período, publicações destinadas ao público feminino ofereciam prescrições sobre os cuidados com a prole para que as crianças pudessem se tornar adultos saudáveis. Tais iniciativas persistiram até a década de setenta, na forma de ações e programas de saúde materno-infantil, baseados na maternidade como principal função social da mulher, cujo corpo deveria ser cuidado pela condição de portador de um bebê. O foco na assistência ao pré-natal e parto deixava de lado a observação de aspectos mais amplos da saúde das mulheres (VILLELA e MONTEIRO, 2005). Ainda nas décadas de sessenta e setenta, pressões internacionais para o controle da natalidade nos países pobres, trouxe para as mulheres outro encargo, a responsabilidade pelo controle reprodutivo¹, traduzidas no Brasil em ações de distribuição de pílulas anticoncepcionais por meio de organizações não governamentais e na abusiva realização da cirurgia de esterilização feminina, a laqueadura tubária.

Mesmo com o país vivendo sob um governo militar, feministas e profissionais de saúde passaram a criticar a insuficiência da assistência à Saúde Materno-Infantil, porque sua proposta negava a sexualidade feminina e reduzia as mulheres a um objeto reprodutivo. Tais críticas somavam-se a outras reivindicações das mulheres, como o direito às creches, proteção do trabalho formal e informal, aliadas à luta pela democracia.

Surge assim, em 1983 o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) como uma resposta às críticas elencadas e também como uma perspectiva de mudança substancial em relação à assistência oferecida. Este Programa teve como diretriz a atenção integral que, conforme Osis (1998) significava:

1. Esta perspectiva pode ser exemplificada pelas recomendações da Conferência de Bucareste, realizada em 1974, que destacavam o controle da natalidade em países pobres.

(...) enfatizar não só a integração do colo do útero e das mamas mas também de outros aspectos não físicos da vida das mulheres. O que elas defendiam era que o integral se referisse também ao conteúdo social, psicológico e emocional das mulheres a serem atendidas. Ser completo não apenas portadora de um corpo, inserida em determinado contexto sócio econômico.²

A equidade foi outro princípio norteador do PAISM que propôs atender a todas conforme as necessidades de saúde, da adolescência até a velhice, não restringindo as ações à atenção obstétrica.

As mudanças ocorridas nas políticas públicas para as mulheres foram produzidas em um contexto histórico marcado por mobilizações no cenário político nacional que dizia respeito à luta por democracia e pelo direito à saúde. No cenário político internacional, encontros afirmavam os direitos das mulheres, como a Convenção Internacional para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher em 1979 e a Conferência Mundial de População e Desenvolvimento em 1984. Em 1994, o Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento definiu direitos reprodutivos como “o reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos para decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e o momento de ter filhos, do direito de obter informações e meios para realizar isso e do direito de obter o melhor padrão possível de saúde sexual e reprodutiva” (UNITED NATIONS, 1994). Foi um avanço abordar a reprodução no campo dos direitos, pois trouxe a possibilidade de incluir os homens nas discussões e desenvolver ações voltadas para a contracepção. Mais tardiamente foi possível trazer ao debate as demandas reprodutivas das pessoas homoafetivas ou com dificuldades reprodutivas (BRIGAGÃO, 2011a).

Em 1988 o direito à saúde foi reconhecido constitucionalmente e foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que inaugurou um novo paradigma na atenção à saúde no Brasil. O SUS tem como princípios a universalidade, integralidade e equidade. Sucintamente a universalidade significa que todas as pessoas tem acesso às ações de promoção, prevenção e assistência à saúde realizadas pelos diferentes serviços que compõem a rede assistencial; a equidade diz respeito ao tratamento justo com as diferenças, atender a todos de acordo com as suas necessidades e a integralidade o atendimento à todas as dimensões da saúde das pessoas.

As décadas de 1990 e 2000 foram marcadas pela implementação do SUS e pela ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, No âmbito da saúde

2. OSIS, 1998, p.7.

da mulher destacamos a Lei 9.263 de 1996 que regulamentou o planejamento familiar no Brasil. No que diz respeito à atenção a saúde das mulheres, em 2004 ocorreu uma importante mudança em nível governamental, passamos de um “Programa” para uma “Política” denominada Política Nacional para a Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que tem como princípios norteadores a perspectiva de gênero e a integralidade. No documento que descreve a PNAISM há a preocupação em considerar a diversidade presente no grupo populacional denominado “mulheres”, enfatizando a necessidade do desenvolvimento de ações voltadas para diferentes sujeitos de direitos que compõem grupos com identidades específicas como mulheres negras, lésbicas e mulheres privadas de liberdade (PAZ e SALVARO, 2011).

O PAISM e a PNAISM são afirmativos no sentido de buscar atender as mulheres em suas diferentes necessidades de saúde e resultaram em ações como a ampliação ao acesso aos métodos contraceptivos, ao exame preventivo do câncer de colo (exame Papanicolau) e na atenção aos agravos resultantes das violências doméstica e sexual. Mas no documento da PNAISM a ênfase à atenção obstétrica é anunciada já no item Apresentação (Brasil, 2011). A centralidade do tema na agenda da saúde ficou evidente com a Estratégia Rede Cegonha, divulgada em 2010 como a principal ação da saúde da mulher do governo federal. A iniciativa foi muito criticada, especialmente pelas feministas pois, justamente no momento em que tivemos a primeira mulher presidenta, observamos o retrocesso com o nome “Cegonha” que nega a sexualidade, tira o protagonismo da mulher no parto e retoma a ideia da saúde materno-infantil que acreditava-se estar superada (LEMES, 2011). Ainda que a composição populacional possa ser um dos fatores que justificam tal prioridade, uma vez que a maior parte da população feminina é composta por mulheres em idade reprodutiva, há que se considerar que a construção social da maternidade como a principal função social da mulher parece ainda prevalecer no país, o que contribui para que a assistência obstétrica mantenha-se como *a* prioridade. É como se para gestores e gestoras encontrar-se em idade reprodutiva fosse traduzido como um imperativo reprodutivo.

Lamentavelmente a subordinação das outras pautas da agenda da saúde das mulheres à antiga “saúde materno-infantil” não resultou em ganhos para as mulheres, traduzidos em uma assistência obstétrica pautada no respeito aos direitos sexuais e reprodutivos. No país o parto é marcado pelo excesso de intervenções, o que pode ser ilustrado com a alta taxa de cesárea que em 2017 foi de 55%³, enquanto a Organização Mundial da Saúde recomenda em torno de 15% de cesáreas. A pesquisa Nascer no Brasil, informa que mesmo quando as mulheres desejam parto normal, não tem sua vontade respeitada: 71% das

3. Dados do SINASC. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em 19 dez 2018.

mulheres entrevistadas relataram que desejavam parto normal, mas 55% tiveram cesárea como desfecho final (LEAL *et al*, 2014, DOMINGUES *et al*, 2014). Soma-se ao excesso de intervenções a violência obstétrica, denunciada em estudos como a tese de Janaína Aguiar (2010) que trata de mulheres atendidas em maternidades públicas e a pesquisa conduzida pela Fundação Perseu Abramo (2010), que indica que 25% das mulheres sofreram alguma violência no atendimento ao parto, tanto em instituições públicas quanto privadas. Aquelas mulheres que se recusam a parir no hospital, muitas das quais como forma de se protegerem e ao bebê da violência e procedimentos abusivos e optam pelo o parto domiciliar, em geral são vistas com desconfiança e adjetivadas como loucas e irresponsáveis (CASTRO, 2015). A mortalidade materna segue alta no Brasil (UNICEF, 2015), entre as principais causas de morte materna o aborto figura entre a quarta e quinta causa. A morte materna é mais um dos resultados da desigualdade de gênero que existe em nosso país. Sem a ampliação das ações voltadas para a diminuição das desigualdades continuaremos a ter uma assistência à saúde restrita e insegura para as mulheres.

A SAÚDE DA MULHER NA PSICOLOGIA: AMARRAS DA GRAVIDEZ E MATERNIDADE

Implicadas na educação destinada à formação de profissionais de saúde preparados para o cuidado das mulheres, nos voltamos para a Psicologia, para tentar compreender qual a contribuição que esta tem dado neste cenário. Deparamo-nos com o mesmo marcador no que diz respeito ao lugar da mulher: diferentes perspectivas teóricas sustentam estudos voltados para a mulher que dão ênfase à maternidade, à gravidez, aos cuidados maternos com os bebês. São trabalhos ancorados especialmente na Psicanálise e na Psicologia do Desenvolvimento. Tal produção teórica, histórica e culturalmente situada, coloca a mulher em um lugar marcado por crises associadas a marcadores biológicos e propõe uma normalidade atrelada à maternidade.

A literatura sobre desenvolvimento indica que as mulheres vivem três períodos ‘críticos’ e fundamentais em seu ciclo de vida: adolescência, gravidez e climatério, períodos de mudança que “podem resultar em estados temporários de desequilíbrio, e em significativas alterações na identidade da mulher devido às grandes expectativas quanto ao papel social esperado” (AZEVEDO e ARRAIS, 2006, p.269).

Em tais perspectivas a gravidez é considerada um evento fundamental do ciclo vital de desenvolvimento das mulheres e um conjunto de descrições é desenhado sobre este período. Autoras bastante conhecidas no Brasil como

Raquel Soifer (1992) e Maria Teresa Maldonado (1997) fazem descrições das experiências psicoafetivas da gestação, destacando a ambivalência, a ansiedade relacionada ao parto e sintomas psicossomáticos característicos de cada período gestacional. Em outros trabalhos a gravidez parece ser vista como evento potencialmente ameaçador tanto para a saúde física como para a saúde mental das mulheres. Na gravidez os processos vividos pelas gestantes e seus familiares são abordados exclusivamente a partir de suas motivações inconscientes ou de suas experiências infantis ou ainda das características de personalidade, com ênfase no tom determinista. Desconsidera-se com frequência a inserção da gestante nos contextos social, cultural e econômico que também produzem intersubjetividades. Mesmo estudos da Psicologia que ao abordarem a gravidez fazem menção aos aspectos social, histórico e cultural tratam como dimensões satélites, pontos periféricos em relação à ideia de um núcleo psicológico central, que quase independe destes fatores.

Soifer ao referir-se à ansiedade da gestante aponta que em menor grau a ansiedade também afeta os que a rodeiam, como os familiares e em especial o pai. A autora aponta que em certas situações é possível fazer algumas deduções, por exemplo, “um marido extremamente angustiado e preocupado, seu nascimento se fez por cesariana” (1992, p.54). A autora segue em suas considerações preditivas que afirmam a centralidade da maternidade na vida da mulher: Em consequência, os primeiros seis meses após o parto definem, em boa medida, o futuro mental da mulher, assim como determinam e selam a relação com o filho, a família e a sociedade.⁴

Em alguns textos a mulher é alvo de um conjunto de prescrições a respeito de como ser uma boa mãe, com o objetivo de garantir o desenvolvimento saudável da criança. Além disto, na produção da Psicologia nesta área há com frequência uma naturalização da maternidade e dos sentimentos maternos. Mesmo em textos recentes há a limitação do espaço e das funções paternas. No que se refere à paternidade, por exemplo, este tipo de abordagem desconsidera vários estudos⁵ que vem debatendo as questões de gênero e a presença paterna na gravidez e no cuidado com as crianças. Na produção teórica da Psicologia há predomínio da abordagem heteronormativa, sustentada pela hierarquia de gêneros, e temas como homoparentalidade e as reconfigurações familiares são marginais.

Produzidos em contextos teóricos e tempos históricos específicos, alguns estudos que hegemonicamente circulam no âmbito da Psicologia têm contribuído para aproximação da Psicologia com Saúde da Mulher, como pode ser visto em publicações do Ministério da Saúde voltadas tanto para os

4. SOIFFER, 1992, p. 94.

5. Por exemplo Arilha et al, 1998; MEDRADO, Benedito et al 2005

gestores como para os profissionais da saúde que recomendam atenção aos aspectos psicológicos ou psicossociais na assistência ao pré-natal, no pós-parto, nas ações de planejamento familiar e na assistência às mulheres em situação de violência sexual.

Para buscar exemplificar nossas reflexões sobre como tem se dado a produção da Psicologia neste campo, realizamos uma aproximação da literatura por meio da base de dados Scielo⁶ onde procedemos à busca no período 1976-2018 que resultou nos dados que apresentamos no quadro a seguir.

Período	Palavras usadas na busca	
1995-2018	psicologia e saúde da mulher	
	20	
	<i>and</i> gênero	<i>and</i> raça/etnia
	4	0
1976-2018	psicologia e obstetrícia	
	22	
	<i>and</i> gênero	<i>and</i> raça/etnia
	1	0
1995-2018	psicologia e parto	
	55	
	<i>and</i> gênero	<i>and</i> raça/etnia
	1	0
1999-2018	psicologia e maternidade	
	73	
	<i>and</i> gênero	<i>and</i> raça/etnia
	10	0
1981-2018	psicologia e gravidez	
	75	
	<i>and</i> gênero	<i>and</i> raça/etnia
	10	0

Quadro 1 – Artigos⁷ sobre Psicologia e Saúde da Mulher, obstetrícia, parto, maternidade e gravidez - período 1976-.2018

Fonte: Scielo (BR)

6. A busca foi realizada em dezembro de 2018, no site www.scielo.br. No processo de busca a palavra Psicologia foi combinada com outras palavras: saúde da mulher; obstetrícia; parto; maternidade; gravidez. Posteriormente foram realizadas três novas buscas, uma agregando a palavra gênero às combinações anteriores e outra agregando as palavras raça /etnia, conforme apresentado no quadro 1. No item campo, selecionamos o ícone *todos os índices*.

7. Os artigos foram encontrados em periódicos sobre os temas Educação, Endocrinologia, Enfermagem, Epidemiologia, Feminismo, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Genética, Ginecologia e Obstetrícia, História, Medicina, Neuro-Psiquiatria, Pediatria, Psicologia, Psiquiatria, Saúde.

Buscamos pelas palavras *Psicologia e Saúde da Mulher* e obtivemos 20 artigos, quando acrescentamos a palavra *Gênero*, obtivemos 4 artigos; em seguida buscamos as palavras *Psicologia e Obstetrícia*, obtivemos 22 artigos, quando acrescentamos a palavra *Gênero* obtivemos 1 artigo; buscamos as palavras *Psicologia e Parto* e obtivemos 55 artigos, quando acrescentamos a palavra *Gênero* obtivemos 1 resultado; buscamos *Psicologia e Maternidade* e encontramos 73 resultados, quando acrescentamos *Gênero* obtivemos 6 resultados e por fim buscamos *Psicologia e Gravidez* e obtivemos 75 resultados, quando acrescentamos *Gênero* obtivemos 10 resultados. Os textos foram publicados entre 1976 e 2018. Quando acrescentamos as palavras raça/etnia, em todos os cruzamentos de palavras utilizados na busca, nenhum artigo foi encontrado.

Na observação destes resultados um dos pontos a destacar é a diferença quantitativa entre os extremos: foram encontrados 20 estudos sobre *Psicologia e saúde da mulher* e 75 estudos sobre *Psicologia e gravidez*. A palavra *gravidez* está presente em quase quatro vezes o número de textos existentes em *saúde da mulher*⁸.

Este resultado sinaliza a manutenção na literatura da subordinação da mulher à reprodução, de modo similar ao que expusemos no desenho das políticas públicas.

Outro aspecto relevante é o grande número de periódicos de outras áreas que publicam assuntos referentes à Psicologia, o que mostra que os saberes produzidos pela Psicologia circulam e são incorporados também por outras profissões que trabalham na área da saúde. Como apontado por Spink (2010), desde o século XIX e primeira metade do século XX a Psicologia esteve inserida no campo da saúde materno infantil. E, acrescentamos, parece permanecer muito próxima nestas primeiras décadas do século XXI.

Quando agregamos a palavra *gênero* em todas as buscas que fizemos, verificamos o escasso número de artigos. Os resultados parecem sinalizar a pequena incorporação que a Psicologia tem feito desta categoria analítica quando trata de temas como gravidez e maternidade. Numa análise do aspecto temporal pudemos observar que somente a partir de 2001, ou seja, recentemente, a Psicologia incorporou o debate sobre gênero.

8. Não é nosso objetivo neste texto analisar os discursos dos artigos encontrados na busca citada acima. Nesta oportunidade teceremos apenas alguns comentários gerais sobre os resultados descritos no quadro 1. Entretanto, em relação à busca *Psicologia e Saúde da Mulher* não pudemos deixar de partilhar uma observação que é relevante para o debate deste artigo. Mesmo quando buscamos um sentido mais amplo *Saúde da Mulher*, encontramos muitos artigos relativos ao período reprodutivo (parto, aborto, episiotomia, depressão pós parto, perda fetal). Se por um lado isto é interessante, porque tais temas foram abordados em uma dimensão mais ampla, por outro também sinaliza que a relação da Psicologia com a Saúde da Mulher está focada no âmbito da reprodução.

Bastante significativo é o fato de não localizarmos nenhum artigo que tenha dado destaque à questão de raça/etnia. Os resultados cruzados com gênero e raça/etnia nos permitem pensar que a mulher que é abordada pela psicologia hegemônica ainda é branca e portadora de uma *natureza feminina* ligada à maternidade.

Assim, a a pequena utilização destes dois marcadores sociais da diferença (gênero e raça) indica como a produção do saber psicológico por vezes fica capturada em ideias culturalmente produzidas que reduzem a dimensão da gravidez e da maternidade a uma perspectiva epistemológica que naturaliza a condição feminina e sua subjetividade. Tratam-se de construções teóricas alinhadas à perspectivas que parecem indiferentes à construção social dos sujeitos, que ao ignorar as dimensões de gênero, classe e raça/cor/etnia, contribuem para a manutenção das desigualdades (SAFFIOTI, 2004).

PSICOLOGIA, POLÍTICAS PÚBLICAS E MULHERES - PARA ALÉM DA REPRODUÇÃO

A partir do exposto e de nossa experiência como docentes temos pensado que o saber da Psicologia no âmbito da gravidez e parto se inscrevem numa discursividade tecida em diversas áreas de conhecimento que naturalizam, patologizam e controlam o corpo e as subjetividades das mulheres. Neste sentido, a Psicologia tem uma história nesta área e cabe pensar que os saberes que produz estão a serviço da normatização - com diagnósticos e prescrições - da vida das pessoas, em especial, da vida das mulheres e crianças que tem sido os principais focos de tais discursividades. É importante que a Psicologia amplie o leque de temáticas que aborda na esfera da Saúde da Mulher, mas também é relevante que, em novos temas ou naqueles em que já trabalha, incorpore mais fortemente a compreensão de outros elementos, como por exemplo, a construção das relações de gênero, das diferenças entre gerações, a perspectiva de raça/cor/etnia, classe social, dos direitos humanos, enfim, que contemple a diversidade social que possibilita permanências, rupturas e modificações na construção da própria da Saúde da Mulher como área temática.

No que diz respeito à contribuição da Psicologia para formação de profissionais para a área da obstetrícia, chamamos a atenção para um elemento que permeia muitas das construções teóricas da Psicologia: a ideia de indivíduo e natureza apartados do processo de fabricação do tecido cultural e dos regimes de

verdades⁹. A Psicologia precisa se questionar quanto à adoção de proposições universalizantes e naturalizantes. Evidentemente que este debate extrapola a interface da Psicologia com a Saúde da Mulher e a obstetrícia e implica numa reflexão mais ampla e aprofundada sobre a própria Psicologia. No entanto, não podemos desconsiderar que a produção teórica sobre gravidez acontece no interior dos debates que a Psicologia trava (ou deveria travar) consigo e da multiplicidade de práticas e visões *psi* que a constroem.

Foucault apresentou um conjunto de ferramentas conceituais importantes para a compreensão de tais produções discursivas¹⁰. Particularmente nos interessa pensar aqui que os sujeitos que descrevemos com nossos saberes não são apenas objetos de descrição da ciência, mas sim produzidos por estes saberes, a partir de um conjunto de dispositivos. Neste sentido, mais do que descrever pessoas ou criar espaços para atendê-las a Psicologia, assim como as políticas públicas, fazem parte de um processo de governo, de um grande investimento para regular corpos e populações.

Algumas autoras têm problematizado como determinados saberes, ao mesmo tempo em que oferecem suporte, se configuram como forma de controle das mulheres. Dagmar Meyer (2005) aponta como a politização da maternidade por meio de prescrições que se dão desde as políticas públicas até ações educativas, constituem redes de saber-poder que constroem significados para a relação mãe e filho, num regime de vigilância e regulação da maternidade que impactam no cotidiano. Carmem Torquinst (2002), ao comentar o parto, sinaliza a relevância da crítica ao modelo biomédico e alerta para o risco de ao retomarmos a defesa do parto normal cairmos nas armadilhas da ideia de natureza. Este é um dos importantes desafios contemporâneos, dada a solidez dos discursos que investem numa longa e cuidadosa fabricação de pessoas, tecidos em redes de poder que produzem ideias de natureza e individualidade que ecoam na construção de sentidos sobre o parto e em teorias da personalidade e do desenvolvimento. Por outro lado, e ainda utilizando analítica foucaultiana de poder, podemos pensar que nem só de capturas se desenham estes cenários e que é possível buscar e observar linhas de fuga. Jacqueline Brigagão (2011b) aponta que a interface entre Psicologia e Políticas Públicas tem sido ampliada significativamente possibilitando o crescimento de novas áreas de atuação, nas quais tanto o exercício profissional quanto a produção teórica que o sustenta se dão no espaço interdisciplinar e levam a busca de novos instrumentos de trabalho.

9. Regimes de Verdade ,*produção discursiva, sujeito, dispositivo, governo, população, produção de saber* são conceitos foucaultianos que estão no nosso horizonte quando pensamos tais questões. Estes conceitos podem ser encontrados nas seguintes obras:; Foucault, 1988; Foucault,1990;Foucault, 1999; Foucault,2003;Foucault, 2004a; Foucault, 2004b; Foucault,2013.

10. Ver nota n.9

Com base no referencial que aqui adotamos, sabemos que novos lugares, remetem a novas capturas e que, portanto, não há um lugar de “superação”, de isenção de participação neste emaranhado rizomático de práticas discursivas, não discursivas e relações de poder. Podemos contudo, observar as palavras de Cruz *et al*:

Por fim uma reflexão pós-estruturalista nos provoca a (re)pensar nos nossos sonhos e ver que um lugar paradisíaco, ideal, almejado não existe. Colocá-lo como meta é talvez uma das grandes heranças modernas do iluminismo. Ainda que um “*chegar lá*” idealizado não exista, mudar o que não está bom em nossas vidas é uma possibilidade.¹¹

Tanto a centralidade da assistência obstétrica na agenda das políticas para a Saúde da Mulher, quanto da maternidade como fator normalizador na Psicologia, é insuficiente para a garantia de direitos e da própria vida das mulheres, como já exemplificado com os dados sobre cesáreas e morte materna, pois há que se considerar outros lugares para as mulheres na sociedade, espaços capazes de romper com as amarras do lugar parcial, mutilado e inferiorizado da atual hierarquia de gêneros.

Aproximações com as discussões das relações de gênero, classe social, raça/cor/etnia, geração e ainda com a educação, a história, a política, a filosofia, as artes poderão contribuir para novas formas de conceber a mulher e a saúde, desenhando caminhos de fuga deste quadro de governança dos saberes e práticas. Sem dúvida temos que formar profissionais para compor o SUS, para a construção e implementação das políticas públicas de saúde e das profissões como a psicologia, obstetrícia, medicina, mas também podemos pensar se formamos recitadoras(es) de prescrições ou profissionais com disponibilidade cotidiana para estar “lado a lado” com pessoas e comunidades, criando relações nas quais atuamos menos como peças de máquinas e mais como exploradores da nossa potência para inventar teorias e práticas que (des) construam novos modos de vida. Não se trata de um lugar onírico que nos leve para fora do tempo e dos processos que nos constituem e nos capturam. Trata-se da abertura para tecer novos horizontes.

11. CRUZ *et al*, 2015, p. 87.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína M. Violência Institucional em maternidades públicas; hostilidade ao invés do acolhimento, como uma questão de gênero. Tese (doutorado). *Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, 2010.

ARILHA, Margareth; UNBEHAUM, Sandra; MEDRADO, Benedito (orgs). *Homens e masculinidades, outras palavras*. São Paulo: ECOS/Ed.34, 1998.

AZEVEDO, Kátia Rosa; ARRAIS, Alessandra R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 2006, 19(2); 269-276

BRASIL. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília, Ministério da Saúde. 2004.

BRASIL. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde-2006*. Brasília, Ministério da Saúde. 2008.

BRIGAGÃO, Jacqueline. Isaac M.; NASCIMENTO, Vanda. L. V.; SPINK, Peter. As Interfaces entre Psicologia e Políticas Públicas e a configuração de novos espaços de atuação. *Revista de Estudos Universitários*, v. 37, p. 199-215, 2011b.

BRIGAGÃO, Jacqueline. Isaac. M. Gênero e Políticas de Saúde. In: Maria Aparecida Abreu. (Org.). *Redistribuição, reconhecimento e representação: diálogos sobre igualdade de gênero*. 1ed. Brasília: IPEA, v. 1, p. 57-66, 2011^a.

CASTRO, Cláudia Medeiros. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. *Cadernos de Saúde Coletiva 2015 (no prelo)*

CRUZ, Elizabeth Franco; MORITA, Helena; ARAÚJO, Elisângela Alves de; GERVÁSIO, Mariana De Gea; SANTOS, Thiago Bonfim dos. Gênero, Saúde e Educação um convite à mudança social In. ZANIRATO, Silvia Helena. *Participação política: atores e demanda*. São Paulo PPGH, Annablume, 2015 (no prelo)

DINIZ, Carmem Simone. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 2009, 19(2), 319-326.

DOMINGUES, Rosa M.S.M. et al. *Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial da mulheres à via de parto final*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, suplemento, S101-S116, 2014.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 6ª.edição. 1988.

_____. *Tecnologias del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós, 1990.

_____. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France*. Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 382 p.

_____. *História da Sexualidade 1: a vontade de saber*. Tradução Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003. 152 p.

_____. *Microfísica do Poder*. 27 ed. São Paulo: Graal, 2004a

_____. *Michel Foucault - por uma vida não fascista*. Obra compilada pelo Coletivo Sabotagem, 2004b.

_____. *A Ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France*, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 23ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2013.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Pesquisa mulheres e gênero nos espaços públicos e privado*, 2010. Disponível em: <www.fpabramo.org.br>.

LARTIGUE, Teresa; MALDONADO-DURÁN, Martín; et al. Depression en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum* 22:111-131, 2008.

LEAL, Maria do Carmo et al. Nascer no Brasil. Inquérito nacional sobre parto e nascimento. Sumário Executivo Temático, 2014.

LEMES, Conceição. *Rede Feminista de Saúde alerta: A Rede Cegonha é retrocesso de 30 anos*. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/entrevistas/rede-feminista-de-saude-rede-cegonha-e-um-retrocesso-de-30-anos-nas-politicas-de-genero-saude-da-mulher-direitos-reprodutivos-e-sexuais.html>. Acesso em: 10 julho 2014.

MALDONADO, Maria T. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 14ª. edição. São Paulo: Saraiva, 1997.

MEDRADO, Benedito et al. Homens jovens no contexto do cuidado. Leituras a partir da paternidade adolescente In: ADORNO, Rubens C F; ALVARENGA, Augusta T.D.; VASCONCELOS, Maria da Penha. *Jovens, trajetórias, masculinidades e direitos*. São Paulo: FAPESP, Editora da Universidade de São Paulo, 2005.

MEYER, Dagmar E. E. A politização contemporânea da maternidade, construindo um argumento. *Niterói*, v. 6, n. 1, p. 81-104, 2. sem. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. Maternidade segura. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS, 1996. Disponível em: http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf. Acesso em: 28 Abril 2014

OSIS, Maria José MD. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1):25-32, 1998

PAZ, Ana Paula Bazo, SALVARO, Giovana I.J. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: propostas educativas em foco. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, Número Monográfico, Outubro, 2011, p. 121-133. Disponível em: < <http://www.revistareid.net/monografico/n1/REIDM1art8.pdf>. Acesso em: 8 julho 2015.

SAFFIOTI, Heleieth I, B. Diferença ou indiferença: gênero, raça/etnia, classe social. In: GODINHO, Tatau, SILVEIRA, Maria Lúcia. (orgs.). Políticas públicas e igualdade de São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher. *Cadernos da Coordenadoria Especial da Mulher*, n 8. São Paulo, 2004, p.35-42.

SOIFER, Raquel. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992

SPINK, Mary Jane P. Psicologia Social e Saúde: trabalhando com a complexidade. *Quaderns de Psicologia*, 2010, Vol. 12, No 1, 41-56.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Rev. Estud. Fem.* [online]. 2002, vol.10, n.2, pp. 483-492.

VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone. *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Arbeit Factory Editora Comunicação, 2005. UNICEF. Countdown to 2015 and beyond: Fulfilling The Health Agenda For Women And Children. *Geneva: United Nations Children's Fund; The 2014 Report*. UNITED NATIONS. Report of the International Conference on Population and Development. Cairo, 5–13 September 1994. Para 7.2.