

# 24

*cadernos temáticos CRP SP*

*A potência da psicologia obstétrica  
na prática interdisciplinar: uma  
análise crítica da realidade brasileira*



Conselho Regional de **PSICOLOGIA SP**

Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região - CRP 06



**cadernos temáticos CRP SP**

**A potência da psicologia obstétrica  
na prática interdisciplinar: uma  
análise crítica da realidade brasileira**

CRP 06 · São Paulo · 2019 · 1ª Edição

Caderno Temático nº 24 – A potência da psicologia obstétrica na prática interdisciplinar: uma análise crítica da realidade brasileira

XV Plenário (2016-2019)

#### **Diretoria**

Presidenta | Luciana Stoppa dos Santos  
Vice-presidenta | Larissa Gomes Ornelas Pedott  
Secretária | Suely Castaldi Ortiz da Silva  
Tesoureiro | Guilherme Rodrigues Raggi Pereira

#### **Conselheiras/os**

Aristeu Bertelli da Silva (*Afastado desde 01/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)  
Beatriz Borges Brambilla  
Beatriz Marques de Mattos  
Bruna Lavinias Jardim Falleiros (*Afastada desde 16/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)  
Clarice Pimentel Paulon (*Afastada desde 16/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)  
Ed Otsuka  
Edgar Rodrigues  
Evelyn Sayeg (*Licenciada desde 20/10/2018 - PL 2051ª de 20/10/18*)  
Ivana do Carmo Souza  
Ivani Francisco de Oliveira  
Magna Barboza Damasceno  
Maria das Graças Mazarin de Araújo  
Maria Mercedes Whitaker Kehl Vieira Bicudo Guarnieri  
Maria Rozineti Gonçalves  
Maurício Marinho Iwai (*Licenciado desde 01/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)  
Mary Ueta  
Monalisa Muniz Nascimento  
Regiane Aparecida Piva  
Reginaldo Branco da Silva  
Rodrigo Fernando Presotto  
Rodrigo Toledo  
Vinicius Cesca de Lima (*Licenciado desde 07/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)

#### **Organização do caderno**

Jamille Georges Reis Khouri e Beatriz Borges Brambilla

#### **Revisão ortográfica**

Andrea Vidal

#### **Projeto gráfico e editoração**

Paulo Mota | Relações Externas CRP SP

---

C755p Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.

A potência da psicologia obstétrica na prática interdisciplinar: uma análise crítica da realidade brasileira. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. - São Paulo: CRP SP, 2019.

52 p.; 21x28cm. (Cadernos Temáticos CRP SP /nº 24)

ISBN: 978-85-60405-52-7

1. Psicologia Obstétrica. 2. Maternidade. 3. Violência Obstétrica. 4. Direitos Humanos. 5. Direitos das Mulheres. I. Título

CDD 155.91

---

Ficha catalográfica elaborada por Marcos Toledo CRB8/8396

# Cadernos Temáticos do CRP SP

Desde 2007, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo inclui, entre as ações permanentes da gestão, a publicação da série *Cadernos Temáticos do CRP SP*, visando registrar e divulgar os debates realizados no Conselho em diversos campos de atuação da Psicologia.

Essa iniciativa atende a vários objetivos. O primeiro deles é concretizar um dos princípios que orientam as ações do CRP SP, o de produzir referências para o exercício profissional de psicólogas/os; o segundo é o de identificar áreas que mereçam atenção prioritária, em função de seu reconhecimento social ou da necessidade de sua consolidação; o terceiro é o de, efetivamente, ser um espaço para que a categoria apresente suas posições e questionamentos acerca da atuação profissional, garantindo, assim, a construção coletiva de um projeto para a Psicologia que expresse a sua importância como ciência e como profissão.

Esses três objetivos articulam-se nos *Cadernos Temáticos* de maneira a apresentar resultados de diferentes iniciativas realizadas pelo CRP SP, que contaram com a experiência de pesquisadoras/es e especialistas da Psicologia para debater sobre assuntos ou temáticas variados na área. Reafirmamos o debate permanente como princípio fundamental do processo de democratização, seja para consolidar diretrizes, seja para delinear ainda mais os caminhos a serem trilhados no enfrentamento dos inúmeros desafios presentes em nossa realidade, sempre compreendendo a constituição da singularidade humana como um fenômeno complexo, multideterminado e historicamente produzido. A publicação dos *Cadernos Temáticos* é, nesse sentido, um convite à continuidade dos debates. Sua distribuição é dirigida a psicólogas/os, bem como aos diretamente envolvidos com cada temática, criando uma oportunidade para a profícua discussão, em diferentes lugares e de diversas maneiras, sobre a prática profissional da Psicologia.

Este é o 24º Caderno da série. Seu tema é: *A potência da Psicologia Obstétrica na prática interdisciplinar: uma análise crítica da realidade brasileira.*

Outras temáticas e debates ainda se unirão a este conjunto, trazendo para o espaço coletivo informações, críticas e proposições sobre temas relevantes para a Psicologia e para a sociedade.

A divulgação deste material nas versões impressa e digital possibilita ampla discussão, mantendo permanentemente a reflexão sobre o compromisso social de nossa profissão, reflexão para a qual convidamos a todas/os.

*XV Plenário do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo*

Os Cadernos já publicados podem ser consultados em [www.crsp.org.br](http://www.crsp.org.br):

- 1 – Psicologia e preconceito racial
- 2 – Profissionais frente a situações de tortura
- 3 – A Psicologia promovendo o ECA
- 4 – A inserção da Psicologia na saúde suplementar
- 5 – Cidadania ativa na prática
- 5 – *Ciudadanía activa en la práctica*
- 6 – Psicologia e Educação: contribuições para a atuação profissional
- 7 – Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- 8 – Dislexia: Subsídios para Políticas Públicas
- 9 – Ensino da Psicologia no Nível Médio: impasses e alternativas
- 10 – Psicólogo Judiciário nas Questões de Família
- 11 – Psicologia e Diversidade Sexual
- 12 – Políticas de Saúde Mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas
- 13 – Psicologia e o Direito à Memória e à Verdade
- 14 – Contra o genocídio da população negra: subsídios técnicos e teóricos para Psicologia
- 15 – Centros de Convivência e Cooperativa
- 16 – Psicologia e Segurança Pública
- 17 – Psicologia na Assistência Social e o enfrentamento da desigualdade social
- 18 – Psicologia do Esporte: contribuições para a atuação profissional
- 19 – Psicologia e Educação: desafios da inclusão
- 20 – Psicologia Organizacional e do Trabalho
- 21 – Psicologia em emergências e desastres
- 22 – A quem interessa a “Reforma” da Previdência?: articulações entre a psicologia e os direitos das trabalhadoras e trabalhadores
- 23 – Psicologia e o resgate da memória: diálogos em construção

# Sumário

*Evento: A potência da Psicologia Obstétrica na prática interdisciplinar:  
uma análise crítica da realidade brasileira*

## **07** APRESENTAÇÃO

ABERTURA

**09** *Paula Machado*

**11** *Miria Benincasa*

PALESTRAS

As Mulheres e as Maternidades: uma história de violência e privilégios

**13** *Letícia da Silva Moura (mediadora)*

**14** *Fernanda Lopes*

**20** *Anna Carolina Lana Soares Cabral*

Leituras críticas da maternidade

**27** *Adriana Navarro (mediadora)*

**27** *Irene Rocha Kalil*

**34** *Valeska Zanello*

Atuação crítica da violência obstétrica

**41** *Isabel Bernardes (mediadora)*

**41** *Ariane Goim Rios*

**46** *Alessandra Arrais*



# Apresentação

## Comissão de Políticas Públicas - CPP CRP SP

O Centro de Referências Técnicas de Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) tem em suas atribuições o desenvolvimento de materiais de orientação para a categoria a partir de metodologias participativas e colaborativas. A prática profissional das psicólogas e psicólogos possui centralidade na produção das referências. Ao longo de 2018, o CREPOP realizou entrevistas com psicólogas e psicólogos de todo o Estado de São Paulo, buscando conhecer as práticas da Psicologia em Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Nessa pesquisa, ouvimos, nas 10 regiões do Estado de São Paulo, as/os psicólogas/os que são referência em sua área de atuação, especialmente na interface das maternidades, dos direitos relacionados à autonomia das mulheres, do aborto legal, das questões relacionadas à Rede Cegonha, à Rede de Atenção à Saúde, às questões do processo transexualizador, à presença de pessoas transexuais no sistema prisional etc.

Este caderno é, portanto, fruto dessa pesquisa e de seus desdobramentos estaduais, com a formação de um Grupo de Trabalho em Psicologia e maternidades. No Grupo de Trabalho, os debates entre as/os psicólogas/os têm tido centralidade na discussão da realidade obstétrica brasileira. São psicólogas/os que atuam na rede de atenção à saúde pública, psicólogas hospitalares, psicólogas das maternidades e psicólogas que estão no campo da justiça, especialmente da Defensoria Pública.

Temos considerado que o debate sobre Psicologia e obstetrícia ou psicologia obstétrica exige que consideremos a Psicologia na realidade obstétrica de um país como o Brasil. Para tanto,

temos nos perguntamos sobre a nossa formação social e histórica, que fundamenta e forma as nossas relações de classe que estão na estrutura da dominação e exploração das mulheres e do povo negro e na diáspora. Tal constatação muito diz sobre a realidade das mulheres, especialmente das mulheres negras em nosso país no que tange as vivências de violência obstétrica.

Nossa história é marcada pelo genocídio e pelo extermínio dos indígenas, pelo culto ao estupro das mulheres nas relações de colonização, com uma objetificação histórica desses corpos, com relações de exploração sexual de trabalhadoras que vinham nas caravelas e eram exploradas pelo europeus em sua força de trabalho e também sexualmente, das mulheres escravizadas e sequestradas da África, que, além do trabalho no campo e nas casas, ainda eram estupradas e julgadas pela sociedade como se houvesse possibilidade de não escolher a violência.

As mulheres são uma força de trabalho que é cotidianamente explorada no mundo formal e no mundo informal; nas muitas horas em que atuamos nos cuidados sem remuneração, sendo também a máquina do processo de reprodução social. O corpo das mulheres, historicamente dominado pelo patriarcado, pelo racismo e pelo capitalismo, nos leva a compreender as bases liberais que sustentam o mito do amor materno.

Reconhecemos a maternagem e a maternidade como um fenômeno socialmente construído, em que as mulheres devem ter autonomia da escolha e do modo como construirão suas experiências. A Psicologia deve debater a autonomia dos

corpos e a ruptura das relações hierárquicas de poder desnaturalizando a maternidade.

Ser mãe deve ser uma escolha e, mais do que isso, ninguém é mãe sozinha; mães compartilham com as famílias, com colegas e com a sociedade. Uma sociedade que culpabiliza, violenta e estigmatiza as mulheres como seres para a maternidade, sem problematizar os significados disso, é uma sociedade que produz violência e sofrimento.

Por fim, consideramos fundamental reconhecer que não há maternidade ideal ou hegemônica, teremos que pluralizar para singularizar e compreender, assim, cada vivência objetiva e subjetiva das maternidades.

“A maioria dos proprietários utilizava um sistema de cálculo do rendimento do trabalho escravo com base nas taxas médias de produtividade exigida. As crianças, assim, eram frequentemente consideradas um quarto de força de trabalho. Em geral, as mulheres eram uma força de trabalho completa – a menos que tivessem sido expressamente designadas para as funções de “reprodutoras” ou “amas de leite”, casos em que às vezes sua força de trabalho era classificada como incompleta. Obviamente, os proprietários buscavam garantir que suas “reprodutoras” dessem à luz tantas vezes quantas fosse biologicamente possível. Mas não iam tão longe a ponto de isentar do trabalho na lavoura as mulheres grávidas ou as mães com crianças de colo. Enquanto muitas mães eram forçadas a deixar os bebês deitados no chão perto da área em que traba-

lhavam, outras se recusavam a deixá-los sozinhos e tentavam trabalhar normalmente com eles presos às costas. Um ex-escravo descreveu um caso desses na fazenda em que vivia: diferente de outras mulheres, uma jovem se recusou a deixar seu bebê no fim da fileira em que trabalhava e inventou uma espécie de mochila, feita de trapos de lençóis, na qual ela prendia a criança, muito pequena, nas costas; e ficava assim o dia todo, usando a enxada como os outros. Em outras fazendas, as mulheres deixavam seus bebês aos cuidados de crianças pequenas ou de escravas mais velhas, fisicamente incapazes de realizar o trabalho pesado da lavoura. Impossibilitadas de amamentar ao longo do dia, elas suportavam a dor causada pelo inchaço das mamas. Em um dos relatos mais populares do período, Moses Grandy descreve a difícil situação das escravas que eram mães: na fazenda a que me refiro, as mulheres que tinham bebês em fase de amamentação sofriam muito quando suas mamas enchiam de leite, enquanto as crianças ficavam em casa. Por isso, elas não conseguiam acompanhar o ritmo dos outros: vi o feitor espanca-las com chicote de couro cru até que sangue e leite escorressem, misturados, de suas mamas” (DAVIS, 2016, p.21)

Desromantizar é um princípio e acolher é um dever. As mulheres devem ter o direito de decidir e, para isso, precisam receber amparo. Nós, psicólogas e psicólogos, fundamentados na ciência e nos princípios éticos, devemos nos posicionar com responsabilidade pelo fim de todas as formas de violência obstétrica contra as mulheres. 🌱

## Paula Machado

*Defensora pública do estado de São Paulo e coordenadora do Núcleo especializado de Proteção e Defesa dos Direitos das Mulheres.*

A intenção da minha fala é apontar o que a Defensoria e o Núcleo da Mulher vêm trabalhando nesse tema. Desde o início do núcleo, o tema da violência obstétrica vem sendo acompanhado, porque, no Brasil, infelizmente, as mulheres são despidas da sua cidadania antes, durante e depois do parto. É impressionante como se nega a elas o direito à informação, a forma como são silenciadas, como intervenções no seu corpo são realizadas sem sua autorização. É muito chocante a gente constatar que é realizada uma episiotomia<sup>1</sup> sem que essa mulher seja informada, ou a ameaça que essas mulheres ainda sofrem no momento do parto para que se mantenham silenciadas ou têm a alimentação negada durante o trabalho de parto. As relações estruturais de poder, de machismo e racismo estão muito presentes nesse momento da vida da mulher.

Os dados nos falam que uma entre quatro mulheres sofrem violência obstétrica de todas as espécies<sup>2</sup>, desde o silenciamento e as intervenções sem autorização até as separações compulsórias entre as mulheres e os seus bebês no momento da maternidade, principalmente quando a gente fala de mulheres negras e de mulheres em alguma situação de vulnerabilidade. Então, nós entendemos esse tema como sendo de extrema importância, além de ser um baita desafio, porque essas mulheres ainda não

são vistas como cidadãos quando a gente fala de direitos sexuais e reprodutivos no panorama do Brasil. Quando a gente fala das mulheres negras hoje, muitas não conseguem nem ter acesso à anestesia. Esse direito é negado a partir de falas como: “as mulheres negras são mais fortes”, “as mulheres negras têm um físico que aguenta a dor”. Infelizmente, estamos em um cenário em que precisamos ajuizar ação para as mulheres terem acesso à anestesia durante o trabalho de parto.

É esse o cenário que temos. E, quando a gente desloca essa discussão para as mulheres encarceradas – que já são, por estarem em cárcere privado, desconsideradas em seus direitos –, constatamos que os bebês ao completar seis meses são separados de suas mães, desconsiderando que essa mulher tem o direito de amamentar e que a criança também tem direito à amamentação. A Organização Mundial da Saúde (OMS) defende que a amamentação deve ocorrer pelo menos por dois anos, mas esse tipo de violência, extremamente severa, ainda é imposta a essas mulheres na atualidade. Temos, portanto, que pensar na violência obstétrica em todas essas esferas, nessas intersecções, considerando que não há apenas um modelo de mulher, mas vários modelos, com igualdades, mas também com diferenças.

O Núcleo da Mulher tem uma cartilha<sup>3</sup>, elaborada em 2015, que trata da violência obs-

1 Corte que vai da vagina até o ânus.

2 Esses dados são da pesquisa de 2010 *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado*, comandada pela Fundação Perseu Abramo e pelo Sesc. Disponível em: < [https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra\\_0.pdf](https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf).

3 A cartilha encontra-se disponível no link: <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidosdo-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica.pdf>>. Acesso em: 9 abr. 2019.

tétrica e faz parte de um movimento que visa proporcionar às mulheres pelo menos o direito à informação. Em 2018, nós publicamos também um projeto do núcleo que já existe há algum tempo, que é o Plano de Parto<sup>4</sup>, documento que a OMS defende como fundamental para que seja possível preservar e respeitar o direito das mulheres. A ideia é que essa mulher consiga ter um documento em que informe como deseja seu parto, o que não deseja que seja feito, quais intervenções ela não quer, se quer um parto natural ou um parto cesárea... enfim, a ideia é conseguir dar voz para essa mulher que ainda não é vista como cidadã e não tem nenhuma garantia de seus direitos humanos.

A ideia do nosso plano de parto é dar voz a essa mulher, porque nem a Lei do Acompanhante, que é de 2005, conseguimos cumprir no dia a dia. Sem falar na questão da cesárea, procedimento pelo qual passam 88% das mulheres que acessam o sistema privado, sendo que para a OMS esse índice seria de apenas 10%. Então, por que dentro do sistema privado isso ocorre em índices muito mais elevados? Porque o corpo da mulher ainda é precificado, porque a gente ainda vende o corpo da mulher. As mulheres ainda não são livres, vivemos em uma sociedade que ainda mercantiliza o corpo da mulher. 🙄

---

4 O plano de parto encontra-se disponível no *link*: <<http://ca-soteca.forumjustica.com.br/wp-content/uploads/2017/11/Modelo-de-plano-de-Parto-Artemis-Defensoria.pdf>>. Acesso em: 9 abr. 2019.

*Psicóloga, professora doutora e orientadora de mestrado e doutorado em Psicologia da Saúde na Universidade Metodista de São Paulo e de Psicossomática na Universidade Ibirapuera. Desenvolve pesquisas em intervenções em Psicologia Obstétrica e Primeiríssima Infância.*

Este encontro é o resultado de algumas reuniões que vêm sendo realizadas com profissionais que trabalham com a saúde sexual e reprodutiva nos mais variados equipamentos de saúde e de pesquisa. Inicialmente, foi sugerida a adoção do termo “violência obstétrica” para este encontro, em função de tudo isso que vem sendo dito, do quanto é frequente o impacto da violência e de suas consequências na realidade brasileira. Posteriormente, nos pareceu mais honesto o termo “psicologia obstétrica” por estarmos refletindo sobre os recursos que a psicologia tem para lidar com a nossa prática na maternidade, na Unidade Básica de Saúde (UBS), na UTI neonatal e em outros tantos lugares. Pensando nas discussões presenciais que tivemos e em algumas outras discussões virtuais, me vieram as seguintes questões: O que a psicologia tem a ver com tudo isso? O que é relevante pra iniciarmos essa discussão?

Acredito que aqui seria pretensioso a gente falar de psicologia obstétrica – talvez devêssemos falar de psicologia na realidade obstétrica que conhecemos. No Brasil, estamos entre as piores realidades obstétricas do mundo. Somos líderes em cesárea eletiva e a crueldade da violência cometida no parto se assemelha à dos países mais pobres da África. Ao falarmos de psicologia obstétrica e buscarmos denominadores comuns na realidade internacional, talvez apenas a psicodinâmica da gestação nos aproxime de países como a Finlândia, a Dinamarca, a Noruega, a Islândia e a Nova Zelândia. Nesses países, onde encontramos a melhor realidade obstétrica do mundo, colocam-se em prática até mesmo os conhecimentos em psicologia do desenvolvimento. Tanto que, em um desses países, a mãe tem dois anos de licença-maternidade e o pai tem um ano de licença-paternidade, que não precisam ser simultâneas.

A violência obstétrica acontece em um contexto bem delineado com profissionais de saúde e raramente tem a presença de uma psicóloga. A minoria de nós tem acesso direto à violência obstétrica no momento em que ela ocorre, mas temos

recursos, em nossa bagagem, para promover mais saúde do que doença, para realizar ações de prevenção à violência e para lidar com as consequências das práticas violentas. Além disso, reconhecemos que a violência obstétrica é mais praticada quanto mais pobre, quanto mais negra e quanto mais jovem for essa mulher, ou seja, estamos lidando com questões que estão além das dimensões do evento do parto, mas que se materializam ali, naquele momento, com aquela mulher.

Optamos pelo termo “psicologia obstétrica” mais especificamente, mas eu estou sugerindo que seja a psicologia na realidade obstétrica que conhecemos, por inserir temas transversais e que serão refletidos aqui, tais como maternidade compulsória, maternidade romantizada, parentalidade, aborto, direito sobre o próprio corpo etc. Esses temas estão associados mais ao termo “psicologia na realidade obstétrica” do que especificamente à “violência obstétrica”. Por fim, acatamos o termo “psicologia obstétrica” para convidarmos vocês a acionarem os recursos teóricos, técnicos, éticos e de resistência da psicologia a fim de lidar com os fenômenos geradores de sofrimentos para todas as mulheres, porém, para algumas mais do que para outras.

Ratifico a sugestão de a gente inserir o termo nos próximos documentos sobre a psicologia na realidade obstétrica que conhecemos por dois motivos: primeiro, inspirado nos documentos que vieram antes de nós, como, por exemplo, o dossiê “Parirás com dor” e o livro *Humaniza SUS*, caderno 4, que fala sobre a humanização que nós defendemos. E, segundo, porque a gente vai tratar de uma realidade que é a nossa realidade. Falar em psicologia obstétrica como um denominador comum eu acho pretensioso neste momento. Acho que o que a gente está falando aqui é uma parte da verdade, é uma parte que deve ser explorada, que deve ser conhecida, que é relevante, que é emergente e em que a gente tem que se debruçar porque é a parte que atinge todos aqueles que estão na linha de frente dessa prática. 



# As mulheres e as maternidades: uma história de violência e privilégios

**Letícia da Silva Moura**

*Psicóloga no Ambulatório de Atendimento às Doenças Transmissíveis de Cubatão. Mestranda em Ciências da Saúde pela Unifesp Baixada Santista, colaboradora e membro do Núcleo de Psicologia e Relações Etnicorraciais do CRP SP e Baixada Santista. Atua no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, é pesquisadora da temática do racismo e saúde mental da população negra.*

*Letícia, mediadora da mesa, antes de convidar as palestrantes, recita um poema da Conceição Evaristo:*

## **Vozes-mulheres**

A voz de minha bisavó  
ecoou criança  
nos porões do navio.  
ecoou lamentos  
de uma infância perdida.

A voz de minha avó  
ecoou obediência  
aos brancos-donos de tudo.

A voz de minha mãe  
ecoou baixinho revolta  
no fundo das cozinhas alheias  
debaixo das trouxas  
roupagens sujas dos brancos  
pelo caminho empoeirado  
rumo à favela

A minha voz ainda  
ecoa versos perplexos  
com rimas de sangue  
e fome.

A voz de minha filha  
recolhe todas as nossas vozes  
recolhe em si  
as vozes mudas caladas  
engasgadas nas gargantas.

A voz de minha filha  
recolhe em si  
a fala e o ato.  
O ontem – o hoje – o agora.  
Na voz de minha filha  
se fará ouvir a ressonância  
O eco da vida-liberdade.

*Psicóloga, psicanalista com formação em Psicanálise da Criança e consultora de amamentação.*

Eu vim falar para vocês sobre racismo institucional e violência obstétrica. Dividi esta apresentação em três momentos para a gente pensar o que é racismo, o que é racismo institucional, o que é violência obstétrica e o que a psicóloga tem a ver com isso.

A primeira coisa que eu queria falar para vocês é que toda vez que a gente vai falar sobre as questões raciais, de modo geral, dá um desconforto. Então, primeiramente, queria pedir para vocês que tatuem na mão, tatuem no braço, lembrem-se disso: não é pessoal; nada do que a gente conversar aqui é sobre vocês – eu nem conheço vocês –, mas é com vocês. A ideia é que a gente possa construir mais perguntas do que respostas; afinal de contas, somos, na grande maioria, psicólogas e é isso que a gente faz na clínica. Quem está na clínica sabe que, às vezes, a gente se desorganiza para se organizar melhor.

Então, por que a psicóloga que atua na assistência obstétrica precisa saber ou deveria saber sobre racismo e violência obstétrica? Se a gente for pensar que, do ponto de vista biológico não existem raças, só existe uma raça humana, a gente nem deveria estar aqui falando sobre isso, porque, afinal, a gente vive em uma democracia racial. E eu nem sou racista. Tenho amigos negros e até alguns pacientes negros lá no meu consultório, lá na UBS em que eu atendo. Será que podemos dizer que vivemos em uma democracia racial? Se a gente parar para pensar, a resposta é não! É só a gente olhar para as pessoas que estão aqui neste evento hoje. Quantas pessoas negras temos aqui, como palestrantes ou como congressistas? O que a gente entende como racismo? O racismo é a ideia de que uma raça é

---

*“O racismo no Brasil é um racismo por aprendizado, porque a gente aprende que há lugares para brancos e há lugares para negros. Mesmo que a gente diga e a gente estude, a gente aprende isso no dia a dia, na hora em que a gente chega na faculdade de psicologia e os professores são brancos e a faxineira é negra; na hora em que a gente chega no consultório e a recepcionista é negra e os médicos são brancos; na hora em que a gente chega na escola. Enfim, vocês podem pensar em 300 situações que elas vão caber nessa ideia de que o racismo é feito de aprendizado”*

superior à outra por questões fenotípicas, pelo tom da pele, quando se atribuem características subjetivas a um fenótipo.

Eu vou ler uma definição para vocês. O racismo é “o conjunto de teorias e crenças que estabelece uma hierarquia entre as raças e as etnias”. É uma tendência que consiste em consi-

derar que as características intelectuais e morais de um dado grupo são consequências diretas das suas características físicas ou biológicas. Ou seja, eu utilizo essas características para colocar um grupo em situação melhor ou pior que a de outro. E o racismo no Brasil, sobretudo, é um racismo de aprendizado. Tem uma psicóloga pesquisadora muito interessante, que é a Lia Vainer Schucman<sup>1</sup>, que trabalha com branquitude, que fala que temos o racismo por adesão e o racismo por aprendizado. O racismo por adesão é aquele que a Ku Klux Klan tem, que afirma “não gosto de negros” e coloca isso de maneira ostensiva. O racismo no Brasil é um racismo por aprendizado, porque a gente aprende que há lugares para brancos e há lugares para negros. Mesmo que a gente diga e a gente estude, a gente aprende isso no dia a dia, na hora em que a gente chega na faculdade de psicologia e os professores são brancos e a faxineira é negra; na hora em que a gente chega no consultório e a recepcionista é negra e os médicos são brancos; na hora em que a gente chega na escola. Enfim, vocês podem pensar em 300 situações que elas vão caber nessa ideia de que o racismo é feito de aprendizado.

---

*“Quando eu digo que estou vendo todos como iguais, estou dizendo que vejo todos como brancos, e essa é uma ideia que está dentro da branquitude. A branquitude é ver o mundo como branco e entendê-lo como neutro”*

Isso é um efeito direto dos 400 anos de escravidão que vivemos aqui no Brasil e de apenas 130 anos de abolição da escravatura. Uma abolição da escravatura após a qual boa parte da população negra ainda encontra seu lugar de existência na servidão. Quando pensamos na história dos lugares sociais e nas características

fenotípicas que designam a forma como pensamos sobre determinado grupo, como aquela ideia de que um branco correndo está atrasado e um negro correndo é ladrão, isso também passa pela ideia de que, quando estamos pensando em raça, só pensamos na raça negra. A gente não pensa que branco é uma raça; a gente pensa que raça é só a raça negra. No máximo, a gente vai pensar nos indígenas, talvez nos japoneses, mas branco não é raça, porque nós pensamos que o branco é a norma. E quando falamos que enxergamos todos como iguais – dentro da ideia da democracia racial –, na verdade estamos enxergando todo mundo como branco. Quando dizemos: “Mas eu vejo todos como iguais, na minha clínica não faz sentido racializar ou colocar no preenchimento da anamnese em uma UBS, por exemplo, qual é a raça, a cor... não faz sentido, porque eu vejo todos como iguais”. Quando eu digo que estou vendo todos como iguais, estou dizendo que vejo todos como brancos, e essa é uma ideia que está dentro da branquitude. A branquitude é ver o mundo como branco e entendê-lo como neutro.

---

*“Então, quando falamos do racismo institucional ou estrutural, estamos falando de atos que não são explícitos. Ele atua de maneira difusa no cotidiano das instituições e organizações, e isso vai gerar uma ampliação da desigualdade e das inequidades”*

Já o racismo institucional ou estrutural tem uma definição que eu acho bem bacana, que diz que ele é um racismo que não se expressa em atos explícitos, declarados, como xingamentos. A gente acaba, às vezes, associando o racismo apenas àquela ideia de “Eu xinguei o jogador de futebol de ‘macaco’, eu chamei aquela assistente social de ‘fedida’”. Então, quando falamos do racismo institucional ou estrutural, estamos falando de atos que não são explícitos. Ele atua de maneira difusa no cotidiano das instituições e organizações, e isso vai gerar uma ampliação da desigualdade e das inequidades. Além disso, como não é explícito, ele dá confusão, porque fica invisível em um certo sentido e é difícil falar que

---

1 Psicóloga, mestra em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina, doutora em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (2012). Realizou como bolsista da Fapesp, a pesquisa de pós-doutoramento “Famílias Inter-raciais, estudo psicossocial das hierarquias raciais em dinâmicas familiares” pela Universidade de São Paulo (2016). Realiza estudos e pesquisas nos temas: racismo, psicologia social, branquitude, movimentos sociais. Autora do livro *Entre o encardido, o branco e o branquíssimo: branquitude, hierarquia e poder na cidade de São Paulo*. São Paulo: Annablume, 2014.

aquilo foi racismo. Há dúvidas: “Será que foi racismo mesmo ou eu que tô delirando? Será que aquele dia em que perguntaram se eu era a babá da minha filha foi porque eu estava mal vestida?”. Enfim, a gente vai passando por esse lugar que é difícil de nomear e isso cria uma vulnerabilidade, ou seja, a gente está falando de uma população que corre mais riscos que a média, que sofre mais discriminação, que tem menor representatividade política, menos possibilidade de se proteger de consequências indesejáveis. Esse é o conceito de vulnerabilidade.

Quando a gente entra especificamente no cenário da saúde, o que é que acontece? A saúde é um direito de todos e é um dever do Estado – isso está escrito em algum trecho da Constituição. Só que a gente tem problemas que são comuns a todos, que são problemas gerais, mas que vão afetar as pessoas de maneiras diferentes. Nem todo mundo vai viver os mesmos problemas da mesma forma. Por quê? Quando a gente pensa na questão da negritude, 80% dos usuários do SUS são negros; quando o SUS não funciona, ele não funciona prioritariamente para a população negra. No evento da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a bióloga Fernanda Lopes<sup>2</sup> falou que, quando estamos pensando no desmonte do SUS, estamos fazendo um genocídio da população negra, porque, quando o SUS não funciona, ele não funciona especialmente para essa população. A gente tem problemas iguais, mas a população negra vai viver esses problemas de maneira diferente.

E o que acontece quando a gente entra na questão de raça e gênero? Apesar de boa parte da população negra ser atendida no SUS, isso não impede que mulheres negras de classe social mais alta sofram racismo institucional na área da saúde. Eu não sei se vocês conhecem a história da Serena Williams. Ela é tenista – uma tenista maravilhosa, inclusive –, uma mulher rica, mas quase morreu no parto: ela teve trombose e isso foi ne-

---

*“A violência obstétrica atinge hoje, no Brasil, uma em cada quatro mulheres, e eu arrisco dizer que essa mulher provavelmente é preta ou parda. É muito mais provável que sejam mulheres negras do que mulheres brancas. Então, para a gente lembrar que isso não é apenas uma questão de recorte social, estamos falando de um recorte que atravessa a questão social e chega a outros lugares só pela questão da negritude”*

gligência por causa do racismo. Mulheres negras têm mais tendência a ter pressão alta; ela passou mal no parto e seu atendimento foi negligenciado. Ela fez um relato contando como a negligência no atendimento dela tinha sido uma questão de raça. E aí a gente vai entrando um pouco na ideia do que é pensar a violência obstétrica do ponto de vista da mulher negra.

A violência obstétrica atinge hoje, no Brasil, uma em cada quatro mulheres, e eu arrisco dizer que essa mulher provavelmente é preta ou parda. É muito mais provável que sejam mulheres negras do que mulheres brancas. Então, para a gente lembrar que isso não é apenas uma questão de recorte social, estamos falando de um recorte que atravessa a questão social e chega a outros lugares só pela questão da negritude. Eu acho esta frase maravilhosa: “Um dos traços nefastos do racismo e do sexismo é reconhecer as diferentes para promover discriminação”. Então, por exemplo, se eu já sei que mulheres negras têm mais chance de apresentar problemas de pressão alta e de hipertensão, posso produzir um material específico para isso na saúde pública. Mas não... eu reconheço as diferenças para gerar ainda mais discriminação. E aí a gente chega a um ponto que essa autora, a Fernanda Lopes, debate: a gente vive diferentes experiências de nascer, de viver e de morrer em função da questão racial. E se vivemos experiências de nascer, viver e morrer diferentes, obviamente isso vai atravessar o que estamos chamando de psicologia no cenário obstétrico, pois vai atravessar a realidade dessas pacientes.

---

2 Bióloga, mestra em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Foi coordenadora das ações de saúde do Programa de Combate ao Racismo Institucional, uma iniciativa que reuniu Governo Brasileiro e Agências do Sistema Nações Unidas. Oficial de Programa em Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos e Assessora para HIV/Aids. Atua nos seguintes temas: vulnerabilidade, HIV/Aids, combate ao racismo, raça/etnia e saúde, direitos humanos, mulheres, iniquidades em saúde, políticas públicas de saúde. Foi conselheira nacional de saúde e membro da equipe População e Sociedade do Centro Brasileiro de Planejamento, Cebrap, e membro do Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Ministério da Saúde.

Temos um subgrupo que é considerado menos humano, que tem menos direitos e sobre o qual há menos pesquisas, inclusive. Eu trouxe alguns dados: as mulheres negras são as que têm menos acesso à saúde e, quando têm acesso, são as mais insatisfeitas. Quando pensamos na questão dos exames de mama, da mamografia, constatamos que entre as mulheres brancas 26% nunca fizeram mamografia; já entre as mulheres negras esse número sobe para 40%. As mulheres negras recebem menos informação do que as mulheres brancas em relação à importância do aleitamento materno, e elas são as maiores vítimas de morte materna, que é a morte que vai acontecer entre o momento da gestação e uns 42 dias depois do nascimento. Ela acontece por complicações obstétricas, diretas ou indiretas, relacionadas a acidentes ou incidentes com relação à gravidez ou ao parto, mas, na maioria das vezes, a gente está falando de morte evitável, tanto que a morte materna é um dos instrumentos mais importantes para a gente avaliar as condições de saúde de determinada população em um país.

Aqui no Brasil a taxa de mortalidade materna é de 69 por 100 mil nascidos vivos. A recomendação da OMS é que essa taxa seja menor que 50 por 100 mil, então estamos bastante acima desse número. Nesse número, mulheres negras e pardas morrem mais que mulheres brancas; além disso, têm menos chance de passar por pré-natal antes dos quatro meses e de ter uma assistência médica adequada – mesmo as que passam por pré-natal acabam tendo uma assistência médica inadequada. Esse problema da pressão alta é o que mais mata, e muitas gestantes nem são avaliadas quanto à pressão arterial em nenhum momento da gestação, embora, se a pressão alta for descoberta no começo, seja possível tratar e mandar a mulher para um pré-natal de risco, com desfecho mais favorável para a gestação.

A maioria dessas mulheres, durante o pré-natal, não foram informadas quanto ao local para onde se dirigir no momento do parto. Aqui a gente está falando muito mais da realidade do SUS. E quando estamos falando dessas coisas, começamos a nos deparar com a violência obstétrica. A violência obstétrica tem a ver com desrespeito, abuso e negligência quando pensamos que existem mulheres que recebem menos informação, têm menos pré-natal, têm menos medição da pressão, ou seja, recebem um atendimento negligente. Quando pensamos no abuso, na episiotomia,

por exemplo, ou na manobra de Kristeller<sup>3</sup> e na questão do acompanhante que não pode entrar na sala de parto, vemos que são alguns dos quesitos em que podemos nos basear para descrever a violência obstétrica.

Eu trouxe alguns pontos para pensarmos como isso é diferente para as mulheres negras e para as mulheres brancas. As mulheres negras estão fazendo menos partos normais, fazendo mais tricotomias<sup>4</sup>. Tem ainda a lavagem intestinal para o parto. Certa vez, eu acompanhei um parto como doula, em que a gestante estava no chuveiro e a enfermeira do hospital disse: “Não molha o cabelo” e ela perguntou “Por quê?”, “Porque se precisar fazer uma cesárea, você não pode estar de cabelo molhado”. Aí ficamos um tempo pensando: “Mas o que o cabelo molhado tem a ver com a cesárea? Se precisar de uma cesárea, vai abrir de qualquer jeito! Se o cabelo estiver molhado, vai secar o cabelo antes?”. Então, a gente ainda tem essas práticas. Outra coisa de que já falamos hoje é a questão da anestesia. As mulheres negras recebem menos anestesia do que as mulheres brancas, porque, historicamente, são tidas como boas parideiras e como mulheres que aguentam mais a dor. Isso impacta até no cenário da amamentação: dizem que mulheres negras têm menos fissura nas mamas, porque a cicatrização é melhor; que mulheres negras aguentam mais a dor, então, aguentam mais a dor do parto, aguentam mais a dor na amamentação. Isso também vai chegar ao pós-parto.

Além dessas questões que coloquei aqui, que são de ordem física, existem ainda as violências verbais, por meio de frases como: “Para fazer você não gritou!”, que costumamos ouvir as pessoas dizendo. E isso também acontece mais com as mulheres negras do que com as mulheres brancas. E tem a questão do acompanhante durante o parto e o pós-parto: as mulheres negras contam com menos presença do acompanhante. Vocês podem ver que o gráfico para as mulheres negras está sempre para menos. E aí a gente chega a uma consequência disso tudo, que é o maior índice de morte materna entre as mulheres negras do que entre as mulheres brancas. Esses dados são desumanizadores pois estamos falando de mortes evitáveis, de situações evitáveis, de escolhas que podem ser feitas

3 Procedimento de empurrar a barriga.

4 A tricotomia é a raspagem dos pelos pubianos de forma compulsória.

desde a presença do acompanhante até a via de parto. Todas essas questões vão permear uma experiência de nascimento que seja vista como positiva para aquela família, para aquela mulher. E sabemos que uma experiência de parto significada como mais positiva pela gestante vai gerar melhores desfechos no pós-parto.

---

*“E sabemos que uma experiência de parto significada como mais positiva pela gestante vai gerar melhores desfechos no pós-parto”*

Boa parte das depressões pós-parto que chegam para a gente é de depressões gestacionais que não foram diagnosticadas, porque, se não tem nem pré-natal, não informa nem sobre o aleitamento, que dirá saber se a pessoa está bem emocionalmente. E aí, o que o psicólogo tem a ver com tudo isso? Se quando eu digo que estou vendo as pessoas como iguais, que estou vendo o mundo como branco, o que eu vejo, então, quando estou estudando a tal da psicologia obstétrica? Deem um Google e coloquem lá: “grávida”, “gestante”, “amamentação”. Vocês podem colocar qualquer coisa sobre parto, pós-parto, neném, o que vocês quiserem – desde que não seja coisa ruim. Se vocês colocarem “mãe que doou o bebê”, aí talvez mude a cor, mas, quando a gente coloca todas essas questões, só encontramos isso. E digo mais: encontramos isso também dentro da psicologia: que sujeito a gente estuda quando dizemos que estamos estudando a gestante? Que mãe a gente estuda quando dizemos que estamos estudando mãe? Que criança a gente estuda quando dizemos que estamos estudando criança?

Eu faço pós-graduação no Instituto Gerrar e essa é uma discussão que temos muito no curso, porque a psicanálise, sobretudo, é muito eurocêntrica, muito branca. E falamos sobre isso porque, na hora em que fechamos os olhos e imaginamos uma gestante, a maioria das respostas é “Ela tem 30 anos, é o primeiro filho”. Que gestante tem 30 anos e está tendo o primeiro filho? Então, o primeiro ponto que temos para pensar é o que a psicologia tem a ver com isso; é pensar que produção de conhecimento temos feito no campo da obstetrícia como psicólogos; que recorte a gente tem dado; e qual é a importância de começarmos a pensar que existe uma série

de mulheres que não estão sendo contempladas pelos muitos artigos que estamos escrevendo e que estamos lendo nos congressos que estamos indo. Quando eu digo isso, estou pensando na questão da invisibilidade.

Eu não sei se vocês conhecem – porque ela é uma teórica “invisível” – a Virginia Bicudo, uma psicanalista negra. Eu não estudei e ousou dizer que quase ninguém aqui deve ter estudado, provavelmente porque não estudamos teóricos negros. Se a gente não lê ficção escrita por pessoas negras, que dirá teóricos negros. Nesse cenário, várias situações de dores não têm lugar, não encontram legitimização, como é o caso da violência obstétrica. E mesmo hoje discutimos isso em uma bolha, no campo do parto humanizado, das pessoas que estão trabalhando com isso. Quando você sai um pouco disso e vai para um congresso de ginecologia, por exemplo, falar de violência obstétrica é praticamente grego ou entra na seara do “mimimi”, com o perdão da informalidade.

A violência de gênero está cada vez mais em um lugar complicado. Estamos em um momento político difícil no que diz respeito a abordar as questões de gênero e o racismo. Estamos pensando em dores sem lugar. O que a gente faz no nosso atendimento? Damos lugar para que essas coisas possam aparecer. E aí o que eu entendo que podemos pensar enquanto psicólogas e psicólogos, do ponto de vista da clínica, que é de onde eu venho: podemos pensar em alguns eixos. Um é o do letramento racial. O que é o letramento

---

*“Mas não é porque eu sei que existe racismo e porque eu sei que existe violência obstétrica que vou pensar que aquela mulher negra que chega ao meu consultório vive o racismo da mesma forma que todas as outras mulheres negras viveram, porque aí a gente fica surdo, aí não estamos fazendo clínica, estamos fazendo outra coisa. Podemos estar fazendo ativismo, mas não estamos fazendo clínica”*

racial? É o entendimento de que existe o racismo, de que existe um racismo estrutural, de que existe a branquitude, de que branco é uma raça e a forma como isso impacta o sujeito, como isso impacta a questão social.

Mais do que procurar ter atendimento com uma psicóloga branca ou negra; é preciso que uma psicóloga tenha letramento racial; é preciso que o letramento racial seja pautado na graduação; é preciso que se fale de letramento racial nos espaços. Se eu tenho letramento racial, se entendo que existem fenômenos sociais, se entendo como raça e gênero vão atravessar a clínica e a violência obstétrica, tenho outro olhar para aquilo. Mas não é porque eu sei que existe racismo e porque eu sei que existe violência obstétrica que vou pensar que aquela mulher negra que chega ao meu consultório vive o racismo da mesma forma que todas as

outras mulheres negras viveram, porque aí a gente fica surdo, aí não estamos fazendo clínica, estamos fazendo outra coisa. Podemos estar fazendo ativismo, mas não estamos fazendo clínica.

Para fazer clínica é preciso saber disso, mas na hora em que estou com o meu paciente, com o sujeito, tenho que lembrar que é a vivência dele. Eu posso ter paciente que vai chegar para mim depois de ter sofrido uma manobra de Kristeller sem que aquilo tenha sido apontado para ela como violência. A violência vai ser a minha interpretação, se eu disser para essa mulher que aquilo foi violência. Então, é importante a gente ter esses norteadores no encontro com as pessoas, ter letramento racial para poder entender o fenômeno, lembrando que a gente tem os atravessamentos da cultura e os atravessamentos sociais, mas sem esquecer que cada sujeito é único. 🌱

*Psicóloga, mestre em filosofia pela PUC do Vale do Chile, revalidado pela USP São Paulo em psicologia, processos culturais e subjetivação. Doula pelo Grupo de Apoio à Maternidade Ativa e promotora legal popular pela União de Mulheres de São Paulo. Trabalha hoje no Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres da Defensoria Pública do Estado de São Paulo.*

Eu falo do lugar da Defensoria Pública, onde estou desde 2010, e do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres. Comecei a estudar a questão da violência obstétrica em 2011, quando engravidei da minha filha. Sempre gostei do tema, mas, quando me vi grávida, mergulhei na questão do parto humanizado, fui atrás de informações. Tive o privilégio de ter uma experiência de parto muito positiva e satisfatória, porque tive acesso à informação e condições financeiras para bancar uma equipe humanizada. Tive um parto domiciliar maravilhoso. Mas é isso, foi uma experiência prazerosa e que me emociona só de eu me lembrar.

Na mesma época, eu convivia com a Márcia, que trabalhava em casa, tinha a minha idade e já tinha três filhos. A filha mais velha dela, de 18 anos, teve um parto logo depois do meu. E a Márcia chegou logo depois do nascimento da neta dela me disse: “Aquilo não foi um parto. Eu passei por três partos normais no SUS; foi muito difícil, mas aquilo não foi um parto”, ela repetia. E eu lembro que sentamos juntas, dei um copo de água para ela, fui conversando, ela foi me contando o que a filha dela tinha passado: na tentativa de conduzir um parto humanizado, colocaram ela na bola embaixo do chuveiro, mas a largaram sozinha, sem a acompanhante (que era a avó dela). Colocaram ocitocina e deixaram a menina ali. Quando voltaram, ela tinha caído da bola, desmaiado, batido a cabeça, a ocitocina tinha arrebatado, o braço dela estava sangrando. E eu disse: “Márcia, isso não foi um parto, foi uma violência”. Assim que eu nomeei aquilo, ela começou a se acalmar e eu levei essa questão para a Defensoria, para uma colega minha que estava lá.

Perguntei a ela: “Vocês já estão pautando isso? A gente precisa falar disso, a gente precisa nomear”. E aí tem todo um trabalho incrível no Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (Nudem) nessa perspectiva.

No caso da filha da Márcia, íamos atrás de alguma reparação, se é que seria possível, mas ela não quis. E é isso o que observamos na prática da Defensoria: muitas mulheres não querem entrar com nenhum tipo de ação, pois pensam: “Eu tenho que cuidar de um recém-nascido, tenho um trabalho enorme, já sofri muito. Quero esquecer, não quero mais lembrar, e é nesse hospital que vou utilizar o serviço de pediatria”. Enfim, eu entro então nesse lugar de fala de muito privilégio, que reconheço que tenho e com o que ainda preciso trabalhar muito. Minha existência é branca e minha família é de origem portuguesa, a família do meu pai é de fazendeiros e existe na família um documento que registra o imposto de renda declarado pela venda de uma pessoa escravizada. A minha família ganhou dinheiro, o país ganhou dinheiro com a compra e a venda de pessoas negras escravizadas.

O Brasil é isso. Essa é a nossa base, essa é a nossa história, e a gente não pode perder isso de vista na nossa atuação. Então, esse é o meu lugar de fala, o da psicologia social e jurídica. Vou falar primeiro de mulheres e maternidades e um pouco de violências e privilégios. Para isso, fui buscar a origem das palavras, a etimologia. Brinquei de buscar os significados no dicionário da língua portuguesa e me surpreendi um pouco com as questões de gênero que encontrei nas definições. É uma visão biológica, vou ler para vocês: “Mulher: substantivo feminino, indivíduo do sexo feminino

considerado do ponto de vista das características biológicas, do aspecto ou forma corporal”, “Representação de um ser sensível, delicado, afetivo, intuitivo, fraco fisicamente, indefeso, o sexo frágil, idealmente belo, o belo sexo, devotado ao lar e a família”, “Maternidade: qualidade e estado de ser mãe, laço de parentesco ou hospital que cuida das mulheres no último período de gravidez”. Mãe, no nosso dicionário, está como “Quem deu à luz, quem cria ou criou”, “Teve crias, cuidados maternos que protegem, dá assistência, origem, causa ou fonte”. Não é o tema da mesa, mas fui, só por curiosidade, ver o significado de *pai*, que é “gerou”; não encontrei nada referente a cuidados, só relativo ao que gerou, o autor, o fundador; não tem relação com criar.

E então, falando de violência, eu entendo violência nesse sentido de que a Fernanda falou, de como a violência é sentida pelas mulheres, cada qual de um modo. Fui conversar com profissionais de uma maternidade, e uma das enfermeiras perguntou: “Mas é violência obstétrica deixar sem comer?”. Eu respondi: “Depende. Se a mulher está implorando por um pedaço de chocolate, o que você acha? Ou se a mulher não está nem aí para a comida, está enjoada ali no trabalho de parto, depende. Deixar sem comer nem sempre é violência”. A violência é o que é para cada mulher. Às vezes, para uma mulher, uma cesárea não é violência, ainda que desnecessária. Às vezes, para uma mulher, só de pensar em passar pelo trabalho de parto já é uma tortura, porque a gente tem um país que vende parto violento para vender cesárea. Então, é assustador pensar parto normal se a gente considera a coisa toda desse ponto de vista.

Dessa forma, no nosso dicionário *violência* é isso: pode ser física ou moral; exercício injusto, ilegal de força ou de poder; força súbita; constrangimento; coação; submeter-se à vontade de outrem – isso é bem característico da violência obstétrica. E *privilegio* é descrito como “Substantivo masculino, direito, vantagem, válidos apenas para um indivíduo ou um grupo em detrimento da maioria, riqueza, conforto, bem material, espiritual, a que só uma minoria tem acesso”. Também entra como dom natural ou talento: “Oportunidade ou concessão especial para realizar algo muito desejado ou valorizado, sorte, felicidade, superioridade amparada ou não por lei, amparado ou não por lei, ou costumes, decorrentes da distribuição desigual do poder político e/ou econômico”.

*“O Brasil é um país perigoso para as mulheres, é um país misógino. Estamos em quinto lugar em casos de feminicídio no contexto doméstico familiar. Mulheres que foram assassinadas por pessoas conhecidas, próximas, com quem tinham relações afetivas, é disso que estamos falando. É um ranking muito alto. Um estupro a cada 11 minutos. Todas as mulheres estão sujeitas a opressões, todas nós estamos nesse contexto, mas as violências e as opressões serão maiores ou menores dependendo da classe, da raça e da geração”*

*Mulheres, raça e classe* é básico – a gente não consegue pensar psicologia na atuação obstétrica sem ler esse livro. Para quem não conhece, Angela Davis é ativista, feminista, professora, escritora e militante até hoje. Esse livro, de 1981, é uma das obras fundamentais do feminismo negro em que ela discute as condições da população negra nos Estados Unidos. É diferente aqui no Brasil, e precisamos nos apropriar das questões brasileiras, mas, como ela faz uma análise muito aprofundada, acho importante termos como referência. Ela discute as combinações de opressões sob o viés interseccional de gênero, raça e classe. Então, precisamos analisar essa problemática de hoje, das mulheres e maternidades com base nessas opressões que estruturam nossa sociedade, que estão na base do que é o Brasil, refletindo sobre a maneira como essas opressões se combinam, se entrecruzam na nossa história brasileira de violência e privilégios.

O Brasil é um país perigoso para as mulheres, é um país misógino. Estamos em quinto lugar em casos de feminicídio no contexto doméstico familiar. Mulheres que foram assassinadas por pessoas conhecidas, próximas, com quem tinham relações afetivas, é disso que estamos falando. É um ranking muito alto. Um estupro a cada 11 minutos. Todas as mulheres estão sujeitas a opressões, todas nós estamos nesse contexto, mas as

violências e as opressões serão maiores ou menores dependendo da classe, da raça e da geração. O feminicídio de mulheres negras aumentou, enquanto o das mulheres não negras diminuiu. Isso é atual, são dados de 2018. Assim, pensando nessa questão das opressões de gênero na maternidade, de forma geral, a maternidade é sutil e maciçamente imposta a todas nós. Minha filha, por exemplo, quando tinha dois anos e ainda usava fraldas, ganhou nove bonecas bebês no Natal. Todas brancas, de olho azul e com aquelas carequinhas que têm um chumacinho loiro. Doeí quase todas. Para mim, ela tinha pedido bexigas e carinhos coloridos. E a minha família sabe que sou feminista, sabe da minha trajetória.

Existe uma hipervalorização da maternidade como lugar de poder das mulheres. É aquele momento em que se tem chá de bebê, sessão de fotos, todo aquele alarde e a mulher é colocada naquele lugar de atenção, de olhar, de cuidado tão especial. É como se fosse um dom sagrado, divino. Então, isso está na essência da construção da nossa subjetividade. Para algumas, esse momento acaba dando sentido à própria existência. É comum a gente ouvir “nasci para ser mãe, meu filho é minha vida, meu filho é tudo para mim”, e o desespero vem daí, por isso a gente tem que falar também da questão dos suicídios, das mulheres que têm seus filhos “sequestrados pelo Estado” ou da questão da alienação parental, quando ocorre a reversão de guarda. A gente constrói para a mulher que o filho é tudo para ela, que o lugar mais importante para ela é ser mãe, e ela compra essa ideia, cai nessa armadilha. E aí o Estado vai lá e tira tudo dessa mulher, inclusive a própria vida, quando leva os seus filhos.

---

*“A gente constrói para a mulher que o filho é tudo para ela, que o lugar mais importante para ela é ser mãe, e ela compra essa ideia, cai nessa armadilha. E aí o Estado vai lá e tira tudo dessa mulher, inclusive a própria vida, quando leva os seus filhos”*

Ao pensar na maternidade, partimos do princípio de que ela é uma escolha, portanto, quando ocorre essa escolha, ela é um direito. Mas

e o direito de não ser mãe? Precisamos falar ainda que não nascemos para ser mães, nosso destino não é biológico. A Angela Davis também fala da maternidade no livro<sup>1</sup> dela, do direito de decidir quando e se vai se tornar mãe. No entanto, na Defensoria, a gente se depara com mulheres que não têm condições de pagar uma advogada particular, então, quando elas querem ser mães, não têm esse direito. A gente tem lutado pelo direito delas de serem mães, independentemente de sua classe social. Em seu livro, Angela Davis fala ainda das condições sociais miseráveis que levam mulheres pobres a desistirem de ser mães. Na época da escravidão eram comuns o aborto autoinduzido e o infanticídio como ato de desespero para as crianças não passarem por todo aquele sofrimento pelo qual passavam<sup>2</sup>.

No primeiro encontro para falar sobre violência obstétrica, começamos falando das cesáreas e nos demos conta de que primeiro precisamos falar do que está mais urgente, privilegiar quem tem menos privilégio na sociedade. A mulher que não tem o privilégio de ser branca no Brasil, nem o privilégio de ser de classe média ou alta tem menos escolhas e sofre mais violência. Elas têm, de fato, o direito de escolher ser mãe? Angela Davis traz isso também: o direito de não ser mãe é pauta das mulheres privilegiadas; as mulheres pobres ainda estão lutando pelo direito de serem mães. A autora fala, no livro, que para a mulher privilegiada há o direito de não ser mãe; já para a mulher pobre é dever moral não ser mãe. Como é que você vai ser mãe se não tem como viver uma vida burguesa? Como é que você vai ser mãe em uma casa sem reboco? E aí a gente entra na questão do sequestro de bebês pelo Estado, que é uma pauta bastante discutida em Belo Horizonte. Recomendo um *blog* que se chama “De quem é esse bebê”<sup>3</sup>, que clama por mais saúde e menos abrigamentos. Discute a questão dos abrigamentos compulsórios, abruptos e sistemáticos de recém-nascidos, de graves violações de Direitos Humanos contra mães, crianças e famílias em situação de vulnerabilidade social, cultural e econômica.

---

1 O livro citado pela palestrante é o *Mulheres, raça e classe*, já referenciado aqui.

2 Racismo, controle de natalidade e direitos reprodutivos. In: DAVIS, Angela. *Mulheres, raça e classe*. São Paulo: Boitempo, 2016 (1994). p. 205-223.

3 De quem é este bebê? Por mais saúde e menos abrigamentos em BH. Disponível em: <<https://dequemeeestebebe.wordpress.com/>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

---

*“Então, as mulheres são consideradas moral e socialmente incapazes de serem mães por uma questão de classe, de pobreza, e aí vemos claramente a questão da discriminação e do preconceito social”*

Essas questões interferem diretamente no nosso trabalho como psicólogas, que somos obrigadas, coagidas – aí, mais uma vez, tem uma questão de violência institucional – a declarar para a justiça, por exemplo, se as mulheres já fizeram uso de drogas. O sigilo e a ética, ficam onde? Nossa atuação técnica fica onde? Nosso vínculo com as mulheres? Então, as mulheres são consideradas moral e socialmente incapazes de serem mães por uma questão de classe, de pobreza, e aí vemos claramente a questão da discriminação e do preconceito social. São mulheres deixadas em vulnerabilidade: há um vazio socioassistencial ou, quando tem serviço, não é articulado, não se conversa, não trabalha de forma efetiva. Temos aí, então, um fenômeno de mães órfãs, o que, em algumas maternidades, é chamado de bebês sociais ou de bebês da Vara. Trata-se de mulheres que decidiram ser mães, mas que foram sumariamente afastadas de seus bebês com dias, horas ou segundos de vida.

A gente acompanha uma mulher – ela já falou até no *Fantástico* – que, em entrevista, disse que a filhinha dela nasceu no dia 14 de fevereiro em uma cesárea sem necessidade, fora do trabalho de parto – o que já é uma violência –. Foi realizada, na ocasião, uma laqueadura compulsória para atender a vontade de um juiz, porque entendeu-se que ela não tinha mais condições de ser mãe. Após a cesárea, a criança foi levada para outra sala, e ela não pôde sequer olhar para o rosto da filha, porque estava sendo laqueada. Ela conta que a bebê ficou chorando em uma sala e ela chorando em outra. Para que isso? Para que esse requinte de crueldade? Na ordem judicial não estava escrito “não pode ver a criança”; estava determinado judicialmente que a criança não poderia ficar com a mãe, mas não estava escrito “não pode ver a criança”.

Hoje estamos vendo isso surgir muito forte, em uma espécie de retorno ao fundamentalista

religioso, em que ganha voz o discurso de que a essência da mulher é ser mãe. Quando entramos nessa interface da classe, vemos essas falas, então, para as mulheres brancas, na sua maioria privilegiadas, maternidade é um lugar de ganhar o bebê, de dar à luz uma criança; para as mulheres com quem a gente trabalha na Defensoria é um lugar de perder o bebê. Muitas estão fugindo das maternidades e tendo seus bebês na rua, então, os bebês que queremos proteger e acolher, na verdade, vão ficar em maior risco, porque não vão receber assistência nenhuma. E a Saúde não é um braço do Judiciário; a Saúde é a Saúde, é um lugar de acolhimento, não é um lugar de entregar ninguém. Não podemos perder isso, porque senão perderemos a relação de confiança, de vínculo. Muitas mulheres dizem: “Eu queria pelo menos tentar”. Já escutei várias vezes esse pedido: “Eu posso tentar? Eu queria tentar ser mãe”. Tentar ser mãe no Brasil é, portanto, um privilégio, e ele é dado ou não, ele é válido apenas para alguns grupos em detrimento de outros.

---

*“Tentar ser mãe no Brasil é, portanto, um privilégio, e ele é dado ou não, ele é válido apenas para alguns grupos em detrimento de outros”*

A Saúde, nesse caso, acaba entrando no lugar de reprodutora das opressões, gerando adoecimento e sofrimento. A proibição de ver o rosto do bebê, de falar com o bebê, de pegar no colo foi da equipe de saúde da maternidade. Muitas mulheres dizem: “Eu queria pelo menos contar para ela o quanto eu queria ficar com ela, o quanto eu a amava, que eu não estou abandonando, que não me deixaram ficar com ela. Queria muito que ela soubesse”. Isso é muito comum, porque esses bebês, depois do acolhimento, muitas vezes vão para a adoção, e é muito difícil reverter o quadro, a depender da situação. Esse, por exemplo, nem passou pelo abrigo, foi direto para a família substituta; não dormiu uma noite no serviço de acolhimento, já estava organizado para esse fim. E por que ela não podia ficar com a filha? Porque a Justiça determinou que ela não tinha condições de cuidar do bebê, porque já tinha outros filhos acolhidos. Então, a violência é contra as mulheres e contra os bebês. A gente inclui aí a violência neonatal.

No Nudem, entendemos a violência obstétrica como todas essas situações clássicas que já conhecemos, mas também como essa separação abrupta e desnecessária com base em generalizações e preconceitos. O histórico de uso de drogas é muito amplo: tem desde aquela que usou na adolescência e aquela que usou no começo da gestação quando não sabia que estava grávida até aquela que chega intoxicada no momento do parto, então há uma variação muito grande. E mesmo a que chega intoxicada no momento do parto – a gente tem experiência de pessoas trabalhando com isso –, quando recebe apoio e sustentação, consegue desenvolver sua capacidade materna.

O Brasil é o quinto país do *ranking* em que mais se matam mulheres e está entre os cinco países com maior desigualdade social do mundo. Por um lado, a gente tem um país campeão mundial em cesáreas; por outro, temos mulheres que não têm acesso a essas cesáreas quando precisam, às vezes nem à anestesia e muito menos a qualquer assistência em saúde. Por exemplo, quem conhece o corte por cima ou o corte por baixo, o abuso de cesáreas e episiotomias no Brasil, o parto violento para vender cesárea? Os dados da mortalidade materna são evitáveis: 92% de mulheres morrem, mas não precisariam ter morrido se tivessem assistência. O Brasil não cumpriu o acordo internacional para a redução; ele tinha uma meta e não cumpriu. Esse acordo já foi prorrogado para 2030 e, ao contrário, aumentou a taxa de mortes maternas em 2016. Isso tem a ver com misoginia, tem a ver com opressão de gênero, raça e classe. Como já foi dito, as mulheres negras sofrem mais violência obstétrica. Recomendando o texto “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil”<sup>4</sup>.

E para não dizer que não falei das flores, para pensarmos os caminhos possíveis nesse cenário tão difícil: nesse contexto, às vezes caímos em desesperança, em impotência, porque as coisas, em vez de avançarem, parecem estar regredindo. A primeira coisa que faço é um alerta às colegas: cuidado com os relatórios e pareceres de vocês para não reproduzirmos isso, porque é muito comum. Eu estou em um lugar em que leio os relatórios das colegas – é um lugar meio compli-

cado, porque lemos muita coisa boa, muita coisa importante, mas também lemos escritas de colegas bastante difíceis, ainda mais nesse cenário. Então, cuidado quando você coloca “histórico de uso de droga”. O juiz vai ler que aquela mulher não serve para ser mãe, e isso é muito sério. O que para a gente é importante para compreender a mulher tem outro significado no contexto do sistema de justiça. Há uma individualização e uma culpabilização dos problemas que são sociais ou históricos, e sobra para quem? Para aquela pessoa, para aquele indivíduo, para aquela mulher; vai para a conta dela, é ela quem é punida com o afastamento dos filhos.

---

*“Eu acho que nós, como psicólogas, temos que apontar, nos nossos trabalhos, possibilidades e potências, temos que usar a criatividade, temos que ir atrás de recursos, questionar a qualidade dos serviços, então, não é dizer ‘não adere’, mas sim pensar no serviço que está sendo oferecido: ela tem transporte para ir? Como que eles a tratam lá? O que as mulheres contam para a gente é algo como: ‘Eles me olham de cima a baixo com nojo, eu não quero mais voltar lá’. Precisamos sugerir políticas públicas, evidenciar modelos e propostas eficientes, apresentar soluções a curto e médio prazos”*

Trabalhamos com mulheres que já tiveram seis, sete filhos sequestrados. Como elas sentem a violência? A gente lê nos relatórios “ela não adere ao tratamento”. Sugiro que não coloquem assim. Cadê a reflexão? Cadê a análise do tipo de tratamento que está sendo oferecido para ela? A gente sabe que no CAPS, por exemplo, não tem perspectiva de gênero, não tem um cuidado específico com a saúde da mulher que tem questões com álcool

---

4 LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf>>. Acesso: 10 abr. 2019.

e drogas – é um lugar muito masculino. Eu acho que nós, como psicólogas, temos que apontar, nos nossos trabalhos, possibilidades e potências, temos que usar a criatividade, temos que ir atrás de recursos, questionar a qualidade dos serviços, então, não é dizer “não adere”, mas sim pensar no serviço que está sendo oferecido: ela tem transporte para ir? Como que eles a tratam lá? O que as mulheres contam para a gente é algo como: “Eles me olham de cima a baixo com nojo, eu não quero mais voltar lá”. Precisamos sugerir políticas públicas, evidenciar modelos e propostas eficientes, apresentar soluções a curto e médio prazos.

Não estou dizendo que toda equipe de maternidade ou de fórum faz isso, nem que toda mãe precisa necessariamente ficar com os filhos. Temos de ter cuidado com todas as generalizações. A psicologia nos hospitais e nas maternidades precisa promover a saúde, na verdade, porque o que você vê é que as mulheres estão surtando, chorando, sofrendo, tendo recaídas fortíssimas no uso dos recursos que elas têm, que são as drogas. Vemos, então, a psicologia produzindo mais doença, o hospital produzindo mais adoecimento. O que é isso? Vamos produzir conhecimento, aproximação, avanços na busca por esse acesso à justiça social, entendendo esse contexto, minimizando as violações. Antes eu trabalhava com a garantia de direitos, agora eu trabalho minimizando as violações, porque são muitas e são violações históricas, então, a gente vai minimizando o quanto dá, com respeito à diversidade dos saberes e às possibilidades de maternar. Sem aquele ideal da maternidade, da “bela, recatada e do lar”. Há outras formas de maternar, buscando a igualdade racial e de gênero.

Eu trabalhei no Tribunal de Justiça uma época, então, para mim é mais tranquilo falar, mas nós, psicólogas, precisamos perder o receio e o medo de juiz e de juíza, de promotor, promotora, de defensor, de defensora. São saberes, são profissões que a gente respeita, é lógico, mas são saberes. Eles se formaram em Direito e a gente se formou em Psicologia, só tem essa diferença. É importante se aproximar e diminuir essas distâncias. Eu me lembro de que uma vez, logo que eu entrei na Defensoria, houve um evento com defensores e psicólogas – a equipe técnica –, e na dinâmica pediram que se formassem grupos mistos. Aí ficou cada um no seu grupinho, defensor com defensor, psicóloga e assistente social. Eu me levantei e sentei ao lado de um defensor superbacana – somos amigos até hoje –, mas vi que

o pessoal da psicologia e o do serviço social não foram, e eles também não vieram. Tem uma piada que diz que os juizes e promotores se acham deuses e que os juizes têm certeza de que são. Ouvi isso quando entrei no Tribunal de Justiça. Mas eles não são deuses, são pessoas que têm saberes muito importantes, mas são limitados e precisam da gente. Por isso, a importância e o cuidado com os nossos relatórios, porque, nessas situações, eles se baseiam, muitas vezes, 90% ou mais nesses relatórios. Muitas vezes, é a gente que está contribuindo para uma sentença.

Então, vamos dar aula de direito para profissionais de psicologia – fazemos muito isso no Nudem. O direito tem toda essa linguagem rebuscada, mas ele existe para a gente, então também precisa ser apropriado pela gente, do mesmo jeito que no Plano de Parto procuramos ensinar para as mulheres os direitos sexuais e reprodutivos delas. Nós, enquanto psicólogas, também precisamos conhecer nossos direitos e os direitos das mulheres que acompanhamos como cidadãs. Muitas vezes, nos deparamos com situações novas, que reúnem múltiplas vulnerabilidades; se ficarmos isoladas e sozinhas no nosso saber, isso só vai gerar mais angústia, vamos fugir daquele assunto, colocar o caso naquele lugar dos casos complicados em que ninguém mexe, que ninguém acompanha, e isso vai gerando paralisação. Daí a importância da construção conjunta, dialogada. Não é ir lá no meu setor, fazer meu relatório e entregar – isso é uma prática que isola, que fecha, que não avança.

O que eu percebo, na minha prática como psicóloga na Defensoria, é o tempo todo essa construção conjunta dialogada, essa interlocução. Vamos escutar e vamos falar das alternativas, pois é nesse falar e nesse escutar que aparece a criatividade, que aparecem umas sacadas, umas ideias em que ninguém tinha pensado e em que ninguém ia pensar isoladamente. Então, vamos pensar em conjunto as alternativas, vamos convidar outros saberes e instituições para dialogar com a gente. Estamos sendo convidadas para, nos hospitais, nas maternidades, conversar com a equipe de consultório na rua. Esse trabalho do Plano de Parto foi feito, por exemplo, em parceria com a Associação de Obstetizes. Estamos chamando e estamos sendo chamadas, e isso cria uma troca rica e potente. Vamos compartilhar mais nossos recursos e técnicas de saber, da ética, da nossa prática. Os operadores do direito precisam disso, eles não têm isso em sua formação.

Para finalizar, outro livro em que me baseei foi o da Hannah Arendt sobre a violência. Para quem não conhece, Hannah Arendt é uma ensaísta e filósofa, uma das mais brilhantes e originais pensadoras políticas. Nesse livro sobre a violência<sup>5</sup>, que ela escreveu entre 1968 e 1969, há sacadas muito boas para pensar a violência obstétrica. A violência não é, como se costuma pensar, a manifestação máxima do poder; ao contrário, ela denuncia justamente a falência do poder, “o que surge educando de uma arma não é poder, mas a sua negação”. Está na moda a gente falar de arma, mas, na verdade, isso não é poder, isso é fraqueza, é falência. O poder, para ela – e eu compartilho dessa ideia –, é a capacidade humana de agir em conjunto, é o esforço na construção da ação coletiva, dialogada, democrática, horizontal. E aí vem o título do nosso encontro de hoje: “A potência da prática interdisciplinar” – é da prática, e não da teoria interdisciplinar. Isso faz muita diferença, gera potência. Então, para Hannah Arendt, o poder pressupõe consenso, pressupõe esse trabalho, essa busca, essas propostas conjuntas. É a criatividade, é estar em ação. Não é ficar lá

isolada em uma salinha no meu setor, é ir para a rede, ir para a rua, conversar com essas mulheres na rua. É um trabalho superpotente que a psicologia tem e que está aí nas equipes de consultório na rua, e é incrível o que elas têm conseguido, que é ir para a rua, fazer o pré-natal na rua, na calçada, e criar vínculos com essas mulheres.

Então é isso, a criatividade para a superação das impotências paralisantes diante das vulnerabilidades do não saber isolado. É o criar junto na esperança do novo, na ação conjunta. No livro tem a seguinte frase: “A esperança pode mais que o temor”. Acho que precisamos muito disso hoje em dia. E aí eu trouxe o livro da minha filha, *Coisa de menina*<sup>6</sup>. Aqui tem várias sugestões do que é coisa de menina... é ser médica, ser astronauta, ser criativa, gostar de música, empreendedoras, de química, enfim, lugares de poder. Este livro é fundamental nos dias de hoje, porque coisa de mulher não é necessariamente ser mãe – isso não está na nossa essência. Termino a minha fala, então, dizendo que “coisa de menina e de mulher é ser o que ela quiser”. 🌍

---

5 ARENDT, Hannah. *Sobre a violência*. Santa Catarina: Civilização Brasileira, 2018.

---

6 REZNY, Priscila Ferrari. *Coisa de menina*. São Paulo: Companhia das Letrinhas, 2016.

# Leituras críticas da maternidade

27

## Adriana Navarro

Psicóloga, mestra em Psicologia da Saúde (Universidade Metodista de São Paulo/ Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa – ISPA), doutoranda em Psicologia da Saúde (Universidade Metodista de São Paulo). Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde (CEPPS). Docente do curso de especialização em Psicologia Hospitalar e da Saúde da Universidade de Taubaté. Suas principais áreas de pesquisa e atuação são: 1. Psicologia Obstétrica; 2. Humanização da assistência ao Parto e do Nascimento; 3. Saúde Materno-infantil.

Adriana, como mediadora da mesa, convida e apresenta as palestrantes. Ela anuncia que a mesa tem como título: “Ser mãe é um sonho de todas as mulheres? Diálogo sobre leituras críticas da maternidade”. 

## Irene Rocha Kalil

Jornalista, mestra em educação pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e doutora em Informação e Comunicação em Saúde (ICICT/Fiocruz), realizando pesquisas acerca dos discursos sobre amamentação e maternidade numa perspectiva de gênero. Atua como coordenadora de comunicação do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz).

O tema da mesa na qual essa fala se insere – leituras críticas da maternidade – é extremamente atual e tem suscitado discussões tanto no campo acadêmico quanto fora dele, em várias partes do mundo. Acredito que a maternidade, a opção ou não por ela e a forma de fazê-la pode ser considerada, mesmo em nossos dias, uma questão social polêmica e um tema ainda sem consenso e sem resolução no movimento feminista. Digo isso porque, mesmo após as diferentes ondas feministas, desde a década de 1960, a maternidade ainda é uma questão sensível que impacta e concorre com outras bandeiras tão importantes para o movimento, como a carreira, a participação da mulher na esfera pública e, em âmbito mais geral, a igualdade de gênero. Ao mesmo tempo, eu considero esse objeto um tanto delicado, pois, enquanto algumas teóricas e militantes veem a maternidade como uma permanente obrigação feminina, construída historicamente por uma sociedade patriarcal e que confina a mulher à esfera privada, outras enxergam nela uma seara na qual essa mulher pode viver um empoderamento

pleno com seu protagonismo no parto: um parto sem intervenções, a prática do aleitamento materno sobre livre demanda, o *co-sleeping* – pais e bebê dormindo juntos –, entre outros elementos que compõem um modelo de criação dos filhos que cresce internacionalmente e é chamado de *attachment parenting*, traduzido no Brasil como criação com apego.

Segundo a antropóloga britânica Charlotte Faircloth, em trabalho de 2013<sup>1</sup>, o *attachment parenting* é um movimento global com raízes no Reino Unido e nos Estados Unidos que apoia a proximidade entre pais e filhos e, normalmente, envolve a amamentação prolongada e em livre demanda, vestir o bebê, o uso de *slings* ou panos que permitem que o bebê seja transportado próximo ao corpo do adulto (em geral da mãe) e o hábito familiar de as crianças dormirem no mesmo quarto que os pais. Essa corrente que defende

1 FAIRCLOTH, Charlotte. *Militant activism: Attachment Parenting And Intensive Motherhood In The UK And France*. New York: Berghahn Books, 2013.

*“Enquanto algumas teóricas e militantes veem a maternidade como uma permanente obrigação feminina, construída historicamente por uma sociedade patriarcal e que confina a mulher à esfera privada, outras enxergam nela uma seara na qual essa mulher pode viver um empoderamento pleno com seu protagonismo no parto: um parto sem intervenções, a prática do aleitamento materno sobre livre demanda, o co-sleeping – pais e bebê dormindo juntos –, entre outros elementos que compõem um modelo de criação dos filhos que cresce internacionalmente e é chamado de attachment parenting, traduzido no Brasil como criação com apego”*

a maternidade como um empoderamento feminino tem hoje uma de suas representações em um conceito denominado maternidade mamífera, que aparece em várias comunidades de mães na internet e foi discutido pelas pesquisadoras brasileiras Fernanda Alzuguir e Marina Nucci em trabalhos de 2015.<sup>2</sup> Segundo essas autoras, entre os diversos pontos enfatizados sobre a maternidade mamífera, destacam-se a defesa do parto natural e humanizado, domiciliar ou hospitalar; a amamentação prolongada, que é considerada amamentação durante dois anos ou mais e em livre demanda, sem horários rígidos, predeterminados, isto é, sempre que o bebê solicitar o seio. Elas destacam, ainda, que as mamíferas preconizam a ideia de um retorno à natureza e a valorização do sagrado feminino.

2 ALZUGUIR, Fernanda Vecchi; NUCCI, Marina Fischer. Maternidade mamífera? Concepções sobre natureza e ciência em uma rede social de mães. *Mediações*: Londrina, v. 20, n. 01, p. 217-238, 2015. Disponível em: <[http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/21114/pdf\\_7](http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/21114/pdf_7)>. Acesso em: 10 abr. 2019.

Embora relativamente recente no Brasil com essa nomenclatura, a maternidade mamífera pode ser identificada com a segunda onda feminista, caracterizada pela filósofa francesa Elisabeth Badinter em livro de 2011<sup>3</sup>, como uma espécie de naturalismo ou maternidade ecológica iniciada na Europa e na América do Norte na virada da década de 1970 para a década de 1980, contrapondo-se à bandeira mais culturalista das primeiras correntes do feminismo. Por considerar a maternidade uma experiência crucial da feminilidade, citando Badinter, a partir da qual se pode construir um mundo mais humano e mais justo, esse movimento traduz um processo de valorização das diferenças biológicas entre os sexos por meio do reconhecimento do caráter natural, da maternidade e da amamentação, assim como de sua apropriação como a realização de um desejo e uma forma de afirmação da feminilidade.

As discussões teóricas e políticas sobre a maternidade contemporânea têm relação direta com a temática que eu venho estudando de forma bastante sistemática e apaixonada pelo menos desde 2010, quando preparei meu projeto de doutorado, que teve como objeto os discursos oficiais de orientação e a promoção do aleitamento materno, analisando os sentidos que eles privilegiavam e seus silêncios ou raridades. Na verdade, situando minha fala, eu preciso dizer que acredito, como definiu a pesquisadora brasileira Dagmar Estermann Meyer, que estão em curso hoje pedagogias de maternidade, que são em grande medida engendradas pelos discursos do aleitamento materno. Para essa autora, as redes de disciplinamento e controle social que são produzidas e colocadas em circulação por esses discursos contemporâneos pró-aleitamento materno influenciam a produção de identidades de gênero e as concepções de maternidade na sociedade atual. Meyer, em 2000<sup>4</sup>, questiona os limites e as possibilidades de mães de carne e osso se reconhecerem nessas representações. E a que custo isso pode acontecer? Que outros interesses estão em jogo quando se produzem definições de maternidades que transformam o aleitamento em um imperativo irrefutável e inquestionável?

3 BANDINTER, Elisabeth. *O conflito: a mulher e a mãe*. São Paulo: Record, 2011.

4 MEYER, Dagmar Estermann. As mamas como constituintes da maternidade: uma história do passado? *Educação & Realidade*, v. 25, n. 2, p. 117-133, 2000. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/viewFile/46838/29125>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

Essa nova politização do seio do aleitamento materno de que fala Meyer pode ser identificada com um novo modelo de maternidade, fundamentado na naturalização da função social da mulher por meio do reforço ao mito do amor materno e da biologização da amamentação, como a gente citou anteriormente, sendo uma das correntes a maternidade mamífera. Esse novo modelo ou ideologia foi chamado pela pesquisadora Joan Wolf, em 2007<sup>5</sup>, de “maternidade total”, e por Sharon Hays, em livro de 1998<sup>6</sup>, de “maternidade intensificada”. Tal modelo, que em grande medida se assemelha a um desdobramento do discurso higienista do início do século XX sobre a responsabilidade da mãe com o cuidado dos filhos, sua saúde e seu pleno desenvolvimento, está relacionado à ideia de um exercício intensivo da maternidade, de uma maternidade que se coloca como total ou totalizante no que diz respeito à subjetividade e à identidade da mulher que opta por ter um filho. Na maternidade intensificada ou total, as mães devem se tornar especialistas em tudo o que seus filhos possam encontrar ou precisar, desde pediatras, psicólogas e educadoras, até responsáveis por inspecionar a segurança dos bens de consumo.

Na maternidade total, segundo Joan Wolf, é esperado das mães não apenas proteger seus filhos de ameaças imediatas, mas também prevenir e prevenir qualquer circunstância que possa interferir em seu desenvolvimento supostamente normal, responsabilidade essa que tem início ainda na gestação. Para a autora, a prática desse código moral implica, frequentemente, uma negociação entre aquilo de que as mães podem gostar e aquilo de que os bebês e as crianças devem ter. É um processo sempre desequilibrado, pois, como destaca a autora, enquanto mães têm desejos como um sentido de autonomia corporal, emocional e psicológica, as crianças têm necessidades. Sendo assim, a atitude esperada da boa mãe é a de reduzir todos os riscos a que seus filhos possam estar expostos, independentemente dos custos potenciais de qualquer natureza que esse comportamento venha ocasionar para sua própria vida.

Sharon Hays, em 1998, por sua vez, nomeou como “ideologia da maternidade intensificada” a

ideia de que a educação das crianças exige enorme quantidade de dinheiro, habilitações especializadas e imensos volumes de energia física, moral, mental e emocional da parte da mãe. Nessa ideologia, que alcançaria boa parte do mundo ocidental, a amamentação parece ser questão-chave a ser problematizada, já que é possível apontar a presença desse modelo em muitos dos discursos internacionais em defesa do aleitamento materno. No Brasil, a situação não é diferente. Na minha tese, na qual eu analisei materiais educativos produzidos pelo Ministério da Saúde e voltados para mulheres e profissionais de saúde, além de campanhas da Semana Mundial da Amamentação, que acontece anualmente de primeiro a oito de agosto, constatei alguns pontos importantes que são comuns à maioria desses discursos. Alguns desses pontos eu queria compartilhar com vocês hoje.

---

*“Os discursos não mencionam quaisquer sentimentos da mulher que amamenta e minimizam possíveis dificuldades, colocando no desejo da mulher a possibilidade ou não de continuar amamentando ao final da licença-maternidade, por exemplo, com frases como ‘toda mulher é capaz de amamentar’. Também não problematizam as interações e os impactos sociais implicados na amamentação, como: a sexualidade do casal nesse período; o trabalho feminino, seja em casa, seja no mercado de trabalho formal; e a participação do pai ou companheiro ou companheira não apenas na amamentação, mas também no cuidado em geral com o filho, desenvolvendo melhor o conceito da maternagem como uma prática que pode ser exercida pela mãe, mas também pelo outro que compartilha com essa mãe o cuidado”*

5 WOLF, Joan. Is breast really best? Risk and total motherhood in the National Breastfeeding Awareness Campaign. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, v. 32, n. 4, p. 595-636, 2007.

6 HAYS, Sharon. *Contradições culturais da maternidade*. Rio de Janeiro: Gryphus, 1998.

Em primeiro lugar, é preciso dizer que, embora muitos desses materiais de promoção e orientação ao aleitamento materno se dirijam à mulher, a Política Nacional de Promoção, Proteção e Aleitamento Materno não se destina a ela, mas à criança. Ela está ligada diretamente à Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde e seu objetivo final é a saúde, sobretudo, nutricional e imunológica da criança. Na maioria dos discursos oficiais da política, a mulher não é tratada como sujeito, mas como um instrumento necessário ao fornecimento do leite materno, o melhor alimento para a criança. Para que a mulher adote a prática do aleitamento materno nos parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde, que segue rigorosamente os parâmetros da Organização Mundial da Saúde, os discursos têm, em geral, um tom prescritivo, imperativo, com o uso de expressões como “Dê ao seu filho o que há de melhor” ou “Amamente exclusivamente até seis meses”, entre outras. As perspectivas da mulher não são levadas em consideração na formulação desses discursos. Mas de que perspectivas estou falando?

Os discursos não mencionam quaisquer sentimentos da mulher que amamenta e minimizam possíveis dificuldades, colocando no desejo da mulher a possibilidade ou não de continuar amamentando ao final da licença-maternidade, por exemplo, com frases como “toda mulher é capaz de amamentar”. Também não problematizam as interações e os impactos sociais implicados na amamentação, como: a sexualidade do casal nesse período; o trabalho feminino, seja em casa, seja no mercado de trabalho formal; e a participação do pai ou companheiro ou companheira não apenas na amamentação, mas também no cuidado em geral com o filho, desenvolvendo melhor o conceito da maternagem como uma prática que pode ser exercida pela mãe, mas também pelo outro que compartilha com essa mãe o cuidado. Nem mesmo a cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta, material do Ministério – que originalmente é de 2010 e foi atualizado em 2015 com o objetivo de dar dicas e orientar essa mulher que trabalha fora de casa no período da amamentação e no seu retorno ao trabalho – problematiza as dificuldades da mulher que trabalha fora e amamenta. Enquanto explica em detalhes o passo a passo para ordenha, conservação e oferta do leite ao bebê, não utiliza uma linha sequer para abordar a possibilidade do desmame nesse retorno da mulher ao trabalho após o nascimento do

bebê, ou o impacto emocional para a mãe e bebê desse momento de separação entre os dois.

Por fim, os discursos, de modo geral, individualizam a prática da amamentação e impõem à mulher a maior parte da responsabilidade. Como afirma a mesma cartilha: “É possível manter seu filho com leite materno mesmo depois de voltar a trabalhar fora? Temos certeza de que sim”<sup>7</sup>. Essa cartilha tem uma importância muito grande porque trata, inclusive, de uma realidade social que é o fato de que a maioria das mulheres não tem licença-maternidade de seis meses, mas a orientação do Ministério da Saúde e da OMS é que o bebê seja amamentado exclusivamente por seis meses. Então, toda a orientação da cartilha é nesse sentido: mesmo que a mulher volte a trabalhar, pode continuar alimentando o filho apenas com leite materno. Veja: alimentar o filho apenas com leite materno, não necessariamente amamentar, porque a grande orientação é como tirar, conservar e fornecer esse leite na ausência da mãe.

Um trecho de matéria publicada pela Agência de Saúde do Governo Federal<sup>8</sup>, por ocasião da Semana Mundial da Amamentação de 2016, com uma fala do então ministro da Saúde Ricardo Barros, resume um pouco do ideário que envolve a amamentação e como, do ponto de vista da política pública, é dever de toda mulher fisicamente capaz amamentar. Cito: “Para fabricação dos leites em pó ou longa vida é necessário o uso de energia, assim como materiais para embalagem, combustível para distribuição e de água, além de produtos de limpeza tóxicos para o preparo diário. Por isso só devem ser utilizados por orientação médica quando a mulher estiver impedida de amamentar”. Citação do ministro da Saúde: “O leite materno já vem pronto, está sempre na temperatura correta para o bebê e não necessita de nenhum preparo nem gasto de energia, ou seja, não agride o meio ambiente”. Assim, não é de espantar que tantas mulheres se sintam culpadas ou envergonhadas por não quererem ou não conseguirem amamentar.

7 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cartilha para a mulher trabalhadora que amamenta*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 26. Disponível em: <[http://www.cren.org.br/manuais/externos/cartilha\\_amamentacao\\_2015.pdf](http://www.cren.org.br/manuais/externos/cartilha_amamentacao_2015.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2019.

8 Amamentação contribui para desenvolvimento infantil e sustentável. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/24915-amamentacao-contribui-para-desenvolvimento-infantil-e-sustentavel>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

Segundo a cientista política Erin Taylor e a socióloga Lora Wallace, em trabalho de 2012<sup>9</sup>, as questões de culpa e vergonha emergem das discrepâncias entre os significados propostos pelo discurso hegemônico das organizações nacionais e internacionais e os significados produzidos pelas próprias mães, aquelas que amamentam. As mães que não amamentam ou que não obedecem rigorosamente aos parâmetros definidos de amamentação podem sentir culpa, tristeza ou inadequação. Além disso, mães que não correspondem às expectativas de amamentação hegemônicas podem ser vistas como se rejeitassem um ideal de feminilidade que relaciona a amamentação à natureza feminina. Tais críticas podem fazer com que uma mãe que não amamenta se sinta uma mulher incompleta.

No artigo “Da intenção ao gesto, aproximações e distanciamentos entre informações oficiais e percepções maternas sobre amamentação”<sup>10</sup>, publicado em 2014, eu e os pesquisadores Marcelo Robalinho Ferraz e Adriana Cavalcante de Aguiar buscamos observar convergências e divergências sobre o conhecimento produzido pelo Ministério da Saúde e o conhecimento de mãe sobre amamentação. Para isso, propusemos a análise discursiva de uma peça de campanha da Semana Mundial da Amamentação de 2010 e, posteriormente, procuramos conhecer as percepções maternas sobre amamentação e também acerca do mesmo material que nós, pesquisadores, analisamos. Naquele momento foram entrevistadas sete mães. Foi um estudo piloto, por isso uma amostra bem pequena, envolvendo mulheres da região Nordeste do país com idades entre 25 e 40 anos, casadas ou em união estável, com curso superior completo ou pós-graduação, exercendo atividade remunerada dentro e/ou fora de casa, mães de bebês com no máximo dois anos incompletos e em processo de amamentação ou tendo desmamado há menos de dois anos.

O texto do cartaz que nós analisamos é este aqui: “Amamente, dê ao seu filho o que há de melhor”. A gente usou, na verdade, parte do texto dos outros materiais dessa mesma campanha de

2010, mas o texto do cartaz analisado expõe o mote do discurso oficial sobre o aleitamento materno. “Quando a mulher fica grávida, ela e todos que estão à sua volta devem se preparar para oferecer o que há de melhor para o bebê, e nada é melhor do que amamentar. Por isso, amamente seu filho já na primeira hora de vida, deixo-o mamar o quanto quiser, seu leite é o único alimento que ele precisa até os seis meses, só depois começa a dar outros alimentos, mas continue amamentando até os dois anos ou mais. Amamentar é muito mais que alimentar a criança, é um importante passo para uma vida mais saudável”<sup>11</sup>. As respostas das entrevistadas foram dois questionários que nós fizemos: um sobre o material e outro sobre as percepções delas sobre a amamentação e o desmame em geral. As respostas das entrevistadas referentes às motivações que as levaram a amamentar demonstraram uma substancial incorporação desse discurso oficial, então já estava no discurso das próprias mães muito daquilo que o discurso oficial pregou.

Isso reflete o efeito discursivo que o teórico Eliseo Veron, da área da análise de discurso, nomeou, em 2004, de discurso absoluto, ou seja, aquele discurso que tem efeito de verdade. Na construção imagética, a concepção idealizada da amamentação como prática perfeita, sem problemas, distancia-se das experiências e percepções maternas. Vou dar alguns exemplos para vocês de falas de duas mães: Mãe 1 – “A preparação para a amamentação não pode ficar restrita apenas a decidir amamentar e achar que é só pôr o bebê no peito e ele vai sair sugando automaticamente. Algumas mães conseguem isso, outras não, e precisam de força, coragem e persistência para continuar” (KALIL et al, 2014, p.11). Mãe 2 – “Acredito em tudo que está na campanha, mas não acho que acrescente nada. Todas sabemos o benefício da amamentação para o bebê, mas como se preparar? Essa é a questão principal; só colocar que todos precisam participar, mas não explicar como não ajuda” (KALIL et al, 2014, p.11). Entre as sugestões de mudança e/ou acréscimos ao material, as entrevistadas apontaram que o anúncio deveria: “dizer como a pessoa deve se preparar durante a gestação para amamentar ou onde buscar orientação; suprimir a proposição que prescreve a amamentação do bebê até dois anos ou mais;

9 TAYLOR, Erin; WALLACE, Lora Ebert. For Shame: Feminism, Breastfeeding Advocacy, and Maternal Guilt. *Hypatia*, v. 27, n. 1, p. 76-98, 2012.

10 KALIL, Irene Rocha et al. Da intenção ao gesto: aproximações e distanciamentos entre informações oficiais e percepções maternas sobre amamentação. *Diálogos de la Comunicación*, v. 88, p. 2-18, 2014. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/9120>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

11 Trecho da campanha de 2010 do Ministério da Saúde sobre aleitamento materno. O cartaz encontra-se disponível no link: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/amamente\\_seu\\_filho\\_ha\\_melhor.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/amamente_seu_filho_ha_melhor.pdf)>.

acrescentar a importância da preparação da família na amamentação; apresentar imagens de mais impacto no cartaz, como focalizar de perto um bebê sugando o peito da mãe; alterar a expressão 'só podem ingerir alimentos após seis meses' para 'só devem', pois algumas crianças precisam de alimentação complementar antes desse período".

É importante notar que cinco das sete mães entrevistadas se manifestaram contrárias à recomendação do Ministério da Saúde de os bebês mamearem até dois anos de idade ou mais. As razões apontadas por elas estavam relacionadas à saúde nutricional e à socialização do bebê; à autonomia e à vida social da mãe; à iniciativa da própria criança em desmamar antes da idade expressa na campanha; e à existência, segundo elas, de outras formas de reforçar a relação entre mãe e filho em vez de contar somente com a amamentação. Assim como no material citado, a maioria dos discursos adota enunciados de comandos redigidos com verbos no tempo presente e, em geral, na forma imperativa "amamente, dê, faça", buscando produzir um efeito de verdade no discurso. Tal dispositivo tem como objetivo tentar fazer com que o receptor adote, no futuro, o comportamento expresso pelo estado de coisas ao qual nele se faz alusão, como apontou o linguista Milton Pinto, em 1994. Esses discursos se dirigem sobretudo à mulher, gestante, mãe, lactante, no sentido de disciplinar seu corpo materno, especialmente seus seios, elemento e condição necessários para que o ato da amamentação natural aconteça.

Essa característica prescritiva dos discursos em prol do aleitamento materno já havia sido destacada por Meyer em sua análise do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), que deu origem à atual política pública brasileira voltada para o tema. Ou seja, no primeiro programa que foi elaborado pelo Governo Federal, dedicado especificamente à questão do aleitamento materno no início da década de 1980, os discursos já eram dessa natureza, prescritivos e feitos para persuadir a mulher a amamentar em nome do bem-estar da criança. Atuando na perspectiva da consolidação do que Meyer nomeou de nova politização do seio do aleitamento materno, como eu disse anteriormente, tais discursos, por um lado, retomam alguns dos argumentos utilizados pelo higienismo brasileiro do final do século XIX e início do século XX, como pressuposto da amamentação como ato natural, biológico e instintivo; por outro, empreendem uma ruptura com os discursos higienistas e com os saberes que

embasavam esses discursos naquele período e em boa parte do século XX.

Os novos discursos de orientação à amamentação pregam, por exemplo, o regime de amamentação denominado de "livre demanda", no qual a mulher deve estar à disposição da criança para amamentá-la quantas vezes e por quanto tempo ela desejar. Na minha tese, a análise dos materiais permitiu identificar que, ainda hoje, a maioria desses discursos continua a enfatizar a importância da prática para a saúde da criança, enfocando-a sob a ótica do aleitamento materno – e aqui eu faço essa diferenciação entre aleitamento materno e amamentação, embora eles sejam usados como expressões sinônimas nos materiais –, entendendo aleitamento materno como o provimento do leite ao bebê em detrimento da amamentação, considerado um processo intersubjetivo complexo com potenciais desdobramentos psíquicos e sociais para os envolvidos. Prevalece nesses discursos a visão de uma relação predominantemente instrumental, cabendo à mulher fornecer ao filho o melhor alimento, ao mesmo tempo seguro, mais completo do ponto de vista nutricional e com valor imunológico inestimável.

---

*"Na minha tese, a análise dos materiais permitiu identificar que, ainda hoje, a maioria desses discursos continua a enfatizar a importância da prática para a saúde da criança, enfocando-a sob a ótica do aleitamento materno – e aqui eu faço essa diferenciação entre aleitamento materno e amamentação, embora eles sejam usados como expressões sinônimas nos materiais –, entendendo aleitamento materno como o provimento do leite ao bebê em detrimento da amamentação, considerado um processo intersubjetivo complexo com potenciais desdobramentos psíquicos e sociais para os envolvidos"*

A mãe é persuadida a amamentar com base, sobretudo, na publicização dos atributos do leite materno e de seu caráter supostamente indispensável à saúde da criança. Não se trata aqui de desqualificar a importância da amamentação, mas de problematizar como os discursos naturalizam a prática reduzindo-a a comportamentos eminentemente biológicos que definiriam o papel natural da mulher na sociedade. Tal situação implica a valorização de uma visão instrumental do aleitamento materno, implica a valorização ou o destaque de determinados sentidos com relação à prática em detrimento de outros, temporariamente apagados ou ofuscados. A amamentação como experiência complexa é pouco explorada, o que nos ajuda a compreender o contexto em que o desmame é um processo de transição silenciado nesses materiais. A condição psicológica da amamentação é recorrentemente relegada na divulgação feita tanto pela mídia quanto pelos serviços de saúde. Sendo assim, as mulheres e suas diferentes perspectivas sobre amamentação são estereotipadas, restando um modelo de maternidade rígido que constrange as mulheres em suas formas de cuidar, sua opção por amamentar ou não amamentar, e suas motivações para dar continuidade ou encerrar o aleitamento.

No âmbito da atenção à saúde, Jordana Moreira de Almeida, Silvana de Araújo Barros Luz e Fábio (UED), em 2015<sup>12</sup>, destacaram que, embora as mães procurem um profissional para ajudá-las com seus problemas relativos ao aleitamento, esse profissional geralmente impõe tantas normas e regras que não contemplam sua realidade que isso acaba gerando medo e insegurança na nutriz. No mesmo sentido, Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Flávia Azevedo Gomes e Ana Maria Spano Nakano, em trabalho publicado em 2006<sup>13</sup>, observaram que os discursos em prol do aleitamento materno utilizados para difundir a prática como comportamento social universal das

mulheres tendem a evidenciar a visão romântica desse ato, omitindo possíveis problemas, inclusive relacionados às diferentes significações do seio e do corpo feminino. Nesse sentido, as autoras defendem a formulação de um novo modelo de atenção que passe a respeitar o direito das mulheres de decidir o uso que farão de seus seios e corpos. Assim, caberiam aos profissionais de saúde o acolhimento a essas mulheres, a compreensão do seu modo de vida e o respeito às suas opiniões para assim apoiá-las nas decisões referentes ao processo de amamentação.

Como bem pontuou o sociólogo Pierre Bourdieu em 1995, o corpo feminino foi historicamente constituído como um corpo para o outro, assim, a imagem da mulher sobre seu próprio corpo constitui-se fundamentalmente pela representação objetiva desse corpo, ou seja, pelo *feedback* reenviado pelos outros pais e pares. Essa reflexão demonstra como os discursos contemporâneos pró-aleitamento materno corroboram para a concepção dos seios maternos e do corpo da mulher como um todo em sua própria subjetividade como objetos de regulações externas, compreendidos como um meio ou canal para fornecer aquele alimento, produto que é um direito da criança. Para concluir, embora seja perceptível uma considerável polifonia nos discursos emitidos em diferentes situações nos materiais do Ministério da Saúde, ainda permanece a centralidade da criança na abordagem sobre amamentação por meio de uma linguagem que objetifica a mulher, deixando transparecer a ideia de que é seu dever atuar no sentido da conquista da saúde física, mental e emocional de seus filhos. Fonte do precioso leite, o corpo feminino é objetivo de regulação estatal, convertendo-se em instrumento de política pública em prol da saúde infantil e esses discursos seguem atuando de forma inevitável nas configurações e reconfigurações de maternidades no nosso tempo. 

12 ALMEIDA, Jordana Moreira de; LUZ, Silvana de Araújo Barros; UED, Fábio da Veiga. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 355-362, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822015000300355&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822015000300355&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 abr. 2019.

13 DOS SANTOS, Juliana Cristina Monteiro; NAKANO, Ana Márcia Spano; GOMES, Flávia Azevedo. O aleitamento materno enquanto uma prática construída. Reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. *Investigación y Educación en Enfermería*, v. 29, n. 2, p. 315-321, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105222400013>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

*Possui graduação em Filosofia pela Universidade de Brasília (2005), graduação em Psicologia pela Universidade de Brasília (1997), e doutorado em Psicologia pela Universidade de Brasília (2005), com período sanduíche de um ano na Université Catholique de Louvain (Bélgica). Professora adjunta 3 do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília, orientadora de mestrado e doutorado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPG-PSICC).*

Eu vou falar sobre o dispositivo materno e apresentar algumas ideias que são fruto dos meus últimos 14 anos de pesquisa na área de saúde mental e de gênero. Publiquei um livro em março deste ano que se chama *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*<sup>1</sup>, e as ideias que vou apresentar são uma parte desse livro. Tem uma parte do dispositivo dos homens, das masculinidades, sobre a qual não vai dar tempo de falar, infelizmente. Então, eu queria começar falando da capa do livro. Esta capa não foi escolhida aleatoriamente; é um quadro que pertenceu aos meus avós maternos.

Meu avô era um homem que gostava muito de viajar, e, em uma dessas viagens, trouxe esse quadro. Ele ficava na sala de jantar dos meus avós, que tiveram nove filhos, entre eles a minha mãe. Meu avô era um homem patriarcal, como todos os homens da época dele, e, durante uma dessas viagens dele, meus tios e minha mãe decidiram: “Vamos fazer uma festa aqui em casa, aproveitar que o papai não está aqui”, aquelas coisas que a gente faz: “Mãe, não conta para o papai”. Minha avó falou: “Não, tudo bem, vamos, mas desde que vocês deixem a casa impecável no outro dia, porque não pode ter rastro”. Aí, tiraram o quadro da parede e colocaram em um canto. Só que nesse canto tinha um prego.

No outro dia, quando eles foram arrumar a casa e botar o quadro no lugar, ele estava perfurado. Minha avó pensou: “Lascou, porque, além de estragar o quadro, eu vou ter que explicar a razão”. Minha avó é uma gênica do cotidiano, como muitas

mulheres que eu conheço; ela não teve dúvidas: botou, por trás do quadro, um esparadrapo no buraco. Só que ficou um buraco branco, por isso a gênica pintou uma árvore ali. Então, aquela araucária, que não tem nada a ver com esse ambiente, é obra da minha avó, um acréscimo ao quadro. Meu avô morreu sem saber dessa história. Ele dizia assim: “Maria, mas que estranho... esse quadro só tinha uma árvore”, “Você está ficando doido, meu filho? Como é que apareceu uma árvore? Claro que eram duas árvores”. E todo mundo ria.

Essa é uma das várias histórias que minha avó tem – ela dava nó em pingo d’água –, mas como feminista e estudiosa de gênero isso me coloca outra questão: que lugar é esse em que nós, mulheres, nos subjetivamos como tendo que cuidar dos outros e das relações, em que o silêncio é um comportamento muito relacionado ao adoecimento psíquico das mulheres? Não é à toa que, na nossa cultura, as mulheres adoecem de depressão e ansiedade. Isso tem a ver com uma implosão psíquica. O silêncio é um comportamento altamente desejado, é uma *performance* das mulheres na maternidade. Não podemos falar do mal-estar, não podemos falar do cansaço, não podemos falar do arrependimento, não podemos nem falar que não queremos ter filho que ainda existe preconceito. Então, no livro, faço uma dedicatória para a minha avó, para as mulheres que tiveram que desenvolver esse saber, que nós passamos umas para as outras: “Amiga, não faz isso, não briga, deixa para lá” e também para aquelas que começaram a fazer diferente.

Dito isso, vou começar falando sobre o que é gênero. Eu sei que vou chover no molhado para algumas pessoas aqui, mas é uma palavra que tem

1 ZANELLO, Valeska. *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Curitiba: Appris, 2018.

sido muito mal utilizada nos tempos atuais, por causa da ideologia de gênero, que é uma opinião completamente equivocada, de gente que não se deu o trabalho de estudar. E, antes de eu começar a falar sobre o que é gênero, é necessário destacar que o conceito de *pessoa* não é somente um conceito biológico anatômico, é um conceito antropológico, sociológico. Então, no século XVI, indígenas não eram pessoas, pessoas negras não eram pessoas e mulheres não eram pessoas. Esses grupos só foram reconhecidos como pessoas depois de muita luta política. Precisamos entender o surgimento da palavra *gênero* como relacionado a essa luta. Precisamos pensar em pelo menos alguns movimentos de mulheres ou movimentos feministas. Hoje, já se fala em cinco; eu vou aqui até o terceiro, que é o que nos interessa. O primeiro deles, no final do século XIX e começo do século XX, foi a luta das mulheres pelo direito ao sufrágio. Temos uma memória muito curta no Brasil, então esquecemos que há 50 anos as mulheres casadas teriam que usar o CPF do marido para votar. É tudo muito recente, são direitos adquiridos há pouquíssimo tempo e muitos deles já estão em risco.

Foi na segunda onda, que veio no final da década 1960 e no começo da década de 1970, que surgiu a palavra *gênero* a partir de um autor chamado Robert Stoller, médico e psicanalista. E o que o Stoller dizia? Ele dizia: "Olha, existem diferenças físicas anatômicas entre homens e mulheres e gênero é uma construção social a partir dessa diferença". São os famosos papéis sociais, papéis sexuais e papéis de gênero. Na terceira onda, que ocorreu no final da década de 1980, a autora expoente foi a filósofa Judith Butler. A primeira coisa que Butler diz é: "Olha, a própria diferença física é uma construção de gênero". Em geral, as pessoas não entendem essa ideia e dizem "Essa mulher é louca, porque existe uma diferença de pinto e de vagina, é visível. Hoje tudo é gênero, tudo é cultura". E a gente tem que tentar entender o que ela está trazendo.

Eu venho da filosofia também. Sou formada em psicologia e em filosofia, e dentro da filosofia meu tópico de estudo é a filosofia da linguagem. Então, essa relação entre linguagem e realidade é discutida desde os gregos. Uma coisa que é um ponto comum entre os filósofos é dizer que não temos acesso pura e simplesmente às coisas, as coisas sempre aparecem interpretadas pela linguagem, então, falar é interpretar, falar é permitir que algo venha a ser de determinada forma, a palavra é uma coisa muito séria. Um exemplo que eu sempre

dou nas minhas palestras é: "O nome disso aqui na nossa cultura é mesa, e mesa é um instrumento que pode servir para muitas coisas: para se apoiar, para colocar objeto, para comer, para estudar; mas não serve, por exemplo, para fazer cocô", concordam? Se alguém entrar e fizer cocô na mesa, vai todo mundo dizer: "Nossa, essa pessoa não está muito bem". A não ser que seja uma *performance* artística sobre a finitude da vida, aí todos dirão: "Ah, captei vossa mensagem!", mas, tirando isso, vocês vão dizer: "Essa pessoa está precisando de ajuda". Mas se essa mesa for jogada no meio da Amazônia, encontrada por uma comunidade que nunca teve acesso ao Ocidente, se essa mesa for nomeada de "titi" e adotada como um totem, colocada pendurada em uma árvore e todos os dias as pessoas forem adorar a mesa, comecem a fazer oração pra "titi", daqui há 10 anos, se um antropólogo entrar em contato com essa comunidade, não vai poder traduzir "oração a titi" por "oração à mesa", porque "titi" e "mesa" não são a mesma coisa, apesar da mesma materialidade. É por isso que os movimentos de minorias lutam tanto pelas palavras, por isso que a gente tem que falar "presidenta", evitar palavras que juntem a negritude com coisas ruins, como a ideia de "denegrir". Quando reinventamos as palavras, reescrevemos mundos e recriamos emocionalidades.

---

*"Quando reinventamos as palavras, reescrevemos mundos e recriamos emocionalidades"*

O segundo ponto vem com as contribuições da Gestalt. A Gestalt trabalha com a ideia de percepção. Quando você volta sua atenção para uma imagem, elege um foco e, necessariamente, elege um fundo. Existe um autor chamado Thomas Laqueur que é muito importante para os estudos de gênero. Laqueur fez um trabalho de exegese dos manuais de anatomia e de fisiologia na história do Ocidente e percebeu que os órgãos reprodutores masculinos e femininos, até o século XVIII, eram representados com foco na semelhança e não na diferença. A partir do século XVIII isso se transformou. E por que isso aconteceu? Em geral, as pessoas dizem "A ciência evoluiu" e Laqueur é taxativo, ele diz "Isso está errado".

Até o século XVIII, o que prevaleceu foi a teoria aristotélica. Aristóteles acreditava que não existia uma diferença essencial entre homens e

mulheres, mas uma diferença de graus; ele acreditava que todos nós tínhamos os mesmos órgãos reprodutores, com a diferença de que nós, mulheres, por sermos homens menores, tínhamos os órgãos embutidos pela falta de calor durante a gestação. Vejam, a partir do século XVIII, o foco passou a ser a diferença, que foi o que a gente estudou na escola. E a grande razão, segundo Laqueur, não foi a evolução da ciência, mas um motivo ideológico. O que está acontecendo no século XVIII? É o momento de avanço e de consolidação do capitalismo, e o capitalismo traz uma grande novidade para as sociedades ocidentais, que é a ideia de mobilidade social para todos, e não para todas.

Como justificar que uma parcela da população esteja alheia, alijada dessa mobilidade? Transformando diferenças físicas para justificar as desigualdades sociais. Então, primeiro destaco a definição de *gênero*: gênero é sempre uma relação de poder, é sempre uma relação hierárquica. Deu para entender isso? Voltando para a frase da Judith Butler: o que ela está apontando é que, dentro da história ocidental, a partir de um certo momento, algumas diferenças físicas são eleitas para justificar as desigualdades sociais. E qual é o ponto escolhido para justificar nossa inferioridade ou nossa relação com o ambiente privado? O útero! O útero é o foco de poder sobre nossos corpos, é um ponto fundamental.

Judith Butler define gênero como “uma repartição estilizada de *performances*”. Performance de teatro. Quando você vai a uma peça, por exemplo, *Hamlet*, vê dois autores performando *Hamlet*, mas consegue perceber que é o mesmo personagem; apesar de uma certa variabilidade, cada ator dá um tom pessoal. Gêneros seriam, portanto, *scripts* construídos historicamente e socialmente e que nos antecedem.

Existe uma microfísica do poder que nos interpela a performar de uma certa forma e nos pune quando a gente não performa. Um exemplo que eu sempre dou nas palestras é que é muito difícil quando tem uma mulher sentada aqui na primeira fileira que não tem algo na frente, para não sentar com as pernas arreganhadas; com o homem isso não ocorre. Na nossa cultura, uma mulher sentar de pernas arreganhadas tem caráter sexual. A gente aprende desde cedo: “Fecha a perninha, você já é uma mocinha”. Os homens –, aqueles que gostavam, por exemplo, do desenho da Pequena Sereia –, se comessem a imitar a Pequena Sereia, provavelmente ouviriam: “Olha, toma tenên-

cia, você já é um homem, não é veadinho”. Ou seja, o tempo inteiro a gente é interpelado a performar de uma certa forma. E como é que isso é interpelado? Existe uma autora chamada Teresa de Lauretis que cunhou um termo muito importante que se chama “tecnologia de gênero”. E o que são as tecnologias de gênero? São produtos culturais que nos dizem e não apenas nos mostram as diferenças de valores, estereótipos ideais de gênero, mas que incitam, que têm um caráter de fazer gênero.

A mídia, as músicas, os filmes... vou dar um exemplo que sempre dou e que é bem claro, que é o desenho da Pequena Sereia. Qual é a história da Pequena Sereia? Ariel é uma sereia curiosa. O pai dela diz assim: “Não vá a tal lugar”, e ela não está nem aí, até conhecer um homem. Aí ela vai barganhar com a Úrsula, a bruxa do fundo do mar, para ter um corpo de mulher, para ter a chance de conquistar o cara. E do que ela abre mão? O que eu comecei dizendo na minha apresentação? Duas pedagogias afetivas fundamentais nesse desenho: primeiro é que a coisa mais importante na vida de uma mulher é ter um homem e, se você quiser ter e manter um homem, precisa aprender a se calar.

Vejam, aí ela pergunta assim para a bruxa: “Mas como é que eu vou conquistar fulaninho se não tenho voz”, e a bruxa responde, requebrando: “Para que voz se você tem quadris?”. E os bichinhos que estão em volta dela cantam a seguinte musiquinha: “O homem abomina tagarelas / Garota caladinha ele adora / Se a mulher ficar falando / O dia inteiro e fofocando / O homem se zanga, diz adeus e vai embora / Não! / Não vá querer jogar conversa fora / Que os homens fazem tudo pra evitar / Sabe quem é mais querida? / É a garota retraída! / E só as bem quietinhas vão casar!”. “Mas nunca olhei isso, nunca ouvi” – não interessa, gente, isso te constituiu. Eu teria mil exemplos. Música sertaneja, por exemplo, é uma tristeza. No livro eu falo sobre a maternidade, de vários filmes, inclusive de filmes que têm uma espécie de animismo. 101 Dálmatas tem falas sobre a cadela tendo filhotes, sobre a maternidade, sobre como a maternidade faz bem. E isso nos constitui.

O Brasil é um país profundamente sexista e racista. O que significa tornar-se uma “pessoa” no Brasil? Corre dentro do binarismo: tornar-se mulher e homem, tornar-se branco e preto – pensando entre o branco e o preto a ideia de colorismo. No Brasil, a gente tem um racismo por fenotípico: quanto mais preta a pele e quanto mais negroides os traços, maiores, provavelmente, são

os impactos, o racismo sofrido e o impacto na saúde mental. Tornar-se mulher na nossa cultura se dá em dois dispositivos: o amoroso e materno. O dispositivo amoroso implica que as mulheres se subjetivem em uma relação consigo mesmas, mediadas pelo olhar de um homem que as escolha, as mulheres se subjetivam em uma carência. Uma metáfora que exemplifica o dispositivo amoroso é a de que as mulheres se subjetivam na prateleira do amor. Essa prateleira é profundamente perversa, porque é mediada por um ideal estético que se construiu do início do século passado para cá. Esse ideal é branco, louro, magro e jovem. Quanto mais distante desse ideal, mais para trás da prateleira você vai ficando, o mais importante, é a construção do preterimento afetivo dos homens brancos e negros em relação a elas. “Ah, então sou linda, sou a Gisele Bündchen” também é errado. A prateleira é péssima para todas as mulheres, mas com certeza é pior para algumas: “Mas você vai envelhecer, você vai engordar”. No fundo, para quem é boa a prateleira do amor? A prateleira do amor é boa para os homens.

---

*“Tornar-se mulher na nossa cultura se dá em dois dispositivos: o amoroso e materno. O dispositivo amoroso implica que as mulheres se subjetivem em uma relação consigo mesmas, mediadas pelo olhar de um homem que as escolha, as mulheres se subjetivam em uma carência. Uma metáfora que exemplifica o dispositivo amoroso é a de que as mulheres se subjetivam na prateleira do amor. Essa prateleira é profundamente perversa, porque é mediada por um ideal estético que se construiu do início do século passado para cá. Esse ideal é branco, louro, magro e jovem. Quanto mais distante desse ideal, mais para trás da prateleira você vai ficando”*

Homem só fica sozinho no Brasil se ele quiser. Pode ser o “emperebado” que for, pode ter mau hálito, pode ser assassino, ter 500 cartas para visita íntima... os homens sempre lucram com o dispositivo amoroso. E existe uma interseccionalidade com a questão da idade: quanto mais a mulher for envelhecendo, mais o dispositivo amoroso vai funcionando de forma lancinante. Passa um “emperebado” aqui. “Hum, eca!” Aí, o cara diz: “Boa tarde, Valeska”, e eu “Ah, ele até que é interessante”. Essa é uma das principais formas de vulnerabilização emocional e psíquica das mulheres. Qual é o nosso botão de vulnerabilidade? Ser escolhida. Deu para entender isso? Tem uma frase do meu livro de que gosto muito que diz o seguinte: “No Brasil, os homens aprendem a amar muitas coisas e as mulheres aprendem a amar os homens”. Não pode dar certo. As relações heterossexuais são profundamente assimétricas: a gente dá mil e recebe 10, e quando recebe 100 acha que tirou a sorte grande. Casamento heterossexual, no nosso país, é um fator de risco para a saúde mental: mulheres casadas têm mais depressão, e é um fator de proteção para o homem, independentemente da qualidade do casamento.

“Mas e as lésbicas?”. Também é um grande erro dos estudos de gêneros – isso eu coloco no livro, claramente, e apareceu em várias pesquisas. Subverter orientação sexual não subverte gênero. Homens gays, em sua maioria, são profundamente misóginos; é por isso que a gente diz que no mundo lésbico – em relação ao dispositivo amoroso – as lésbicas não namoram, elas se casam; são dois dispositivos amorosos, mas uma lésbica lucra com o dispositivo amoroso da outra. Então, nas pesquisas que eu andei fazendo sobre envelhecimento, gênero e orientação sexual, para minha surpresa, quem estava melhor eram as mulheres lésbicas mais velhas. Eu sou hétero e saí morrendo de inveja. E quem está no pior lugar da prateleira? As mulheres negras! É por isso que se tem discutido tanto a solidão das mulheres negras, porque não é uma escolha, tem a ver com preterimento; elas são vistas como objetificáveis. As mulheres velhas, as mulheres gordas... quanto mais para trás, mais você é vista como algo para ser usufruído, e não para receber afeto.

Outra coisa, se a gente também se subjetiva na prateleira, nos subjetivamos umas em relação às outras pela rivalidade: porque eu quero brilhar mais, vou apagar o brilho da coleguinha. Quem lucra com a rivalidade? Os homens. Já viram a ex e a atual brigando? Quando você vai ver

o cara, percebe que ele acha que é o Brad Pitt. Eu sempre digo isso e vai ser o tema de uma pesquisa que eu ainda vou fazer. Ocorre especialmente com o homem branco hétero: a autoestima é quase delirante, deveria ser objeto de investigação da psicologia clínica no Brasil. Enfim, vamos agora para o dispositivo materno. Como muitas vezes o dispositivo materno vem como um cancelamento do dispositivo amoroso, esse é um ponto importante. Ainda tem muita mulher que tem filho para ser a mãe dos filhos do homem: "Não fui só escolhida na prateleira, eu sou mãe". Eu já vi viúva dizendo assim, na hora de receber os pêsames: "Ele já estava há cinco anos com outra, mas foi pra mim que vieram dar os pêsames" – a dona do defunto. Que gozo narcísico é esse? E tem a ver com essa ideia de ter sido cancelada.

---

*"A capacidade de cuidar é uma habilidade humana. Todos nós somos capazes de cuidar, mas isso tem sido interpelado historicamente apenas em uma parcela da população – voltando ao que disse, àquelas que têm útero"*

E o que significa o dispositivo materno? Ele aponta para a construção de um "borramento" ideológico entre a capacidade de procriar e a de cuidar. A capacidade de cuidar é uma habilidade humana. Todos nós somos capazes de cuidar, mas isso tem sido interpelado historicamente apenas em uma parcela da população – voltando ao que disse, àquelas que têm útero. Isso foi uma construção histórica. No final do século XVII e no começo do século XVIII, era comum na Europa as mulheres de classes sociais diferentes terem o filho e darem para uma ama de leite; as mais ricas tinham as amas de leite mais chiques da cidade, e as mais pobres tinham as camponesas. Há relatos de camponesas que levavam consigo trinta, quarenta crianças empilhadas. As crianças iam caindo e morrendo, porque não existia o sentimento de infância – isso também é uma construção cultural – e ninguém ficava muito triste, não. A criança voltava para casa aos quatro anos de idade e fazendo xixi e cocô no penico. O que essas amas faziam? Amamentavam, enfaixavam e penduravam os bebês em um preguinho – em ge-

ral, as pessoas ficam "Nossa!" – claro, é o capitalismo que traz a ideia do público e do privado; não tinha como fechar a porta, entravam ratos, elas tinham que trabalhar, isso era uma forma de livrar as crianças dos animais. A taxa de mortalidade infantil ainda era muito grande.

---

*"O capitalismo precisa de excedente populacional. Criou-se o que eu chamo de empoderamento colonizado e que persiste na maternidade até hoje. Primeiro, se convenceu as mulheres a amamentar, depois a cuidar, depois a educar; por fim, com os desserviços das psicologias, da psicanálise e da pediatria, se construiu a maternidade científica. E qual é o discurso dessa maternidade científica? É que a mãe, a procriadora, é responsável pela personalidade do filho"*

Eu disse para vocês que mulher não era pessoa, então, como é que fariam para convencer – todo mundo aqui sabe o que é uma criança pequena; quem não tem já viu: bebê chora; quando você dá comida, já fez cocô, é cansativo – a mulher que pariu a amamentar? Não ia ser muito fácil. Estado e Igreja se deram as mãos e construíram um discurso que promoveu uma sedução narcísica: "Vocês são o futuro da nação, têm um trabalho que é insubstituível". O capitalismo precisa de excedente populacional. Criou-se o que eu chamo de empoderamento colonizado e que persiste na maternidade até hoje. Primeiro, se convenceu as mulheres a amamentar, depois a cuidar, depois a educar; por fim, com os desserviços das psicologias, da psicanálise e da pediatria, se construiu a maternidade científica. E qual é o discurso dessa maternidade científica? É que a mãe, a procriadora, é responsável pela personalidade do filho. Que desgraça é essa? Se você tiver um filho daqui a 20 anos, ele entrar no supermercado e matar alguém, vão perguntar: "E a mãe? Ela não o amamentou?"

---

*“Tanto o amor quanto a ideia de maternidade para as mulheres são identitárias, mas não o são para os homens. Para os homens, a questão identitária tem muito mais a ver com trabalho, a virilidade laborativa e a virilidade sexual”*

Ela trabalhou? Ela deixava na creche?”. Ninguém pergunta do pai, se o pai era alcoolista, se era violento, se era negligente. Pai negligente, no Brasil, é pleonasma, e eu não estou falando de pais que não botam o nome na certidão, estou falando daquele que é um abajur em casa, o que é muito comum. Aí tem homens que ficam indignados: “Ah, mas eu gosto de ser pai”, mas se ele botar o seu bebê no canguru e for ali na padaria amanhã, ganha um *post* no Facebook. Homem, quando faz um pouco, é elogiado; a mulher, quando faz, não é nem lembrada. Ela é lembrada quando deixa de fazer. Isso mostra o quanto a maternidade é naturalizada para as mulheres.

Tanto o amor quanto a ideia de maternidade para as mulheres são identitárias, mas não o são para os homens. Para os homens, a questão identitária tem muito mais a ver com trabalho, a virilidade laborativa e a virilidade sexual. Então, por exemplo, eu lembro que encontrei com um amigo meu que fez o mestrado quando eu estava no doutorado e aí ele disse: “Valeska, estou feliz, tive filhas gêmeas, uma maravilha! Você teve filhos?”, “Não”, “Mas você quer ter?” “Não”. Ele ficou “Nossa, mas você tem que ter! É maravilhoso e não sei o que lá”. Eu falei “Tá, e como é sua vida?”, ele “Acordo seis e meia; depois que tomo café com as gêmeas, deixo-as na escola;

---

*“As mulheres estão cansadas. Esse modelo de maternidade da nossa cultura é profundamente massacrante para as mulheres. Não é à toa que tem aumentado o índice de depressão pós-parto, existe um mal-estar na maternidade”*

às oito horas, venho para o consultório, trabalho até meio-dia e meia, volto para almoçar, depois vejo um pouco de TV, volto para atender, mas às 10 e meia no máximo volto para casa, porque eu faço questão de contar historinha para elas dormirem.”. Eu falei “Criatura, eu queria ser pai. Como não vai dar, não estou a fim de ser mãe, não”. As mulheres estão cansadas. Esse modelo de maternidade da nossa cultura é profundamente massacrante para as mulheres. Não é à toa que tem aumentado o índice de depressão pós-parto, existe um mal-estar na maternidade.

Hoje existem mais de 300 etnias indígenas no Brasil. Quando uma mulher procria, é algo coletivo; ela pariu, mas quem cuida é o coletivo. Creche é uma intervenção em saúde mental de mulheres, creche é direito mental das “humanas”, porque a falamos de Direitos Humanos e esquecemos que tem as “humanas”, em geral, as “humanas” são esquecidas. Aí você poderia dizer assim: “Ah, mas eu não sou mãe, escapei!”. Errado, porque o dispositivo materno, a metáfora de base do dispositivo materno é a ideia de heterocentramento. Existem pedagogias afetivas através dessas tecnologias de gênero que nos ensinam, que nos configuram afetivamente, nos ensinam a sempre priorizar os outros em detrimento da gente. Aprendemos a priorizar em primeiro lugar o outro, em segundo o outro, em terceiro o outro... aí, em quinto lugar, vem a gente. E os homens? O caminho de subjetivação dos homens é o egocentramento: primeiro eu, segundo eu, quinto eu... em sexto vem alguém. Os homens têm cuidado pouco e muito mal.

A grande dificuldade das mulheres é aprender a dizer não, e eu sempre gosto de dar esse exemplo: minha vida é uma loucura, vida de professora, orientadora e tudo mais. Tirei 10 dias para descansar e fui para a casa da minha avó – aquela do quadro. Fui para a praia e fui almoçar com ela. Meu tio estava lá com a filhinha dele, de três anos. Quando terminou o almoço, meu objetivo era voltar para a praia. Ele virou para mim e falou assim: “Lekinha, você pode cuidar da Bia para mim?”. Pergunto a vocês: se eu fosse homem, ele me pediria isso? Nunca, jamais! E aí, como estudiosa de gênero, eu fiquei paralisada e falei “Não!”. Minha avó virou e falou “Minha filha, o que é que custa?”, tipo, “Sua bruxa que vai queimar no fogo do inferno!”. Eu falei “Custa que eu estou cansada e eu não tenho filhos”. Muitas mulheres não conseguem dizer “não” usando uma justificativa altruísta, que é o processo de racionalização que a psicanálise aponta, quando, no fundo, aponta

---

*“O dispositivo materno, a metáfora de base do dispositivo materno é a ideia de heterocentrismo. Existem pedagogias afetivas através dessas tecnologias de gênero que nos ensinam, que nos configuram afetivamente, nos ensinam a sempre priorizar os outros em detrimento da gente. Aprendemos a priorizar em primeiro lugar o outro, em segundo o outro, em terceiro o outro... aí, em quinto lugar, vem a gente. E os homens? O caminho de subjetivação dos homens é o egocentrismo: primeiro eu, segundo eu, quinto eu... em sexto vem alguém”*

para algo narcísico. Dizer “não” é abrir mão do lugar em que o olhar do outro nos coloca. Tem luto narcísico, mas é profundamente libertador.

Outra coisa que quero apontar é o papel da psicologia, e aí tem um livro que eu organizei pelo Conselho Federal de Psicologia, quando era representante da pasta das mulheres, que está disponível para *download*; ele se chama “Aborto e ‘não desejo de maternidades’ – questões para psicologia”<sup>2</sup>. Nele tem um artigo em que faço uma leitura da psicologia como tecnologia de gênero. Como estudiosa de gênero, posso dizer para vocês o seguinte: a rocha intocada da psicologia é a maternidade, a maternidade é naturalizada. Acho muito difícil uma mulher falar para uma psicóloga que não quer ter filhos e não ser psicologizada, ou se ela disser “Odeio ser mãe” “Nossa, mas o que faltou da maternidade sofrida?”. Isso é psicologização. Até os termos que a gente ainda utiliza na psicologia e na psicanálise são tecnologias de gênero: por que “mãe suficientemente

boa”, alguém me explica? Por que não poderia ser “função cuidadora suficientemente boa”? Por que “função materna” e “função paterna”? Eu disse para vocês que falar é uma coisa séria. Isso gera uma relação quase naturalizadora das mulheres com esses lugares. Precisamos fazer uma faxina epistemológica na psicologia para que tenhamos outras possibilidades de enxergar as mulheres, abrindo uma pluralidade de exercício das maternidades e, principalmente, incitando os homens a cuidarem mais e melhor. 🌍

---

*“Precisamos fazer uma faxina epistemológica na psicologia para que tenhamos outras possibilidades de enxergar as mulheres, abrindo uma pluralidade de exercício das maternidades e, principalmente, incitando os homens a cuidarem mais e melhor”*

---

2 ZANELLO, Valeska; PORTO, Madge. *Aborto e (não) desejo de maternidade(s): questões para a Psicologia*. Brasília: CFP, 2016. Disponível em: <[https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/11/CFP\\_Livro\\_Aborto-2.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/11/CFP_Livro_Aborto-2.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2019.

# Atuação crítica da violência obstétrica

## Isabel Bernardes

*Graduada em Psicologia (Licenciatura e Formação de Psicólogo) pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – Unesp (Campus Bauru – 2009) e Mestra em Psicologia Social pela PUC-SP (2016). Atua desde 2010 como Psicóloga Agente de Defensoria na Defensoria Pública do Estado de São Paulo.*

*Isabel, como mediadora da mesa, se apresenta como psicóloga no Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, participante do grupo de trabalho que discute o acolhimento sistemático de bebês e de mulhe-*

*res em situação de rua e/ou usuárias ou acusadas de serem usuárias de entorpecentes na cidade de São Paulo. Afirma que esse grupo tem discutido o afastamento entre essas mulheres e seus bebês como uma violência obstétrica.* 

## Ariane Goim Rios

*Psicóloga. Mestra em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Pós-graduada em Dependência Química (Unifesp) e Psicoterapia Analítica de Grupo (SPAG). Atualmente é diretora do Departamento de Proteção Social Especial da Unidade de Gestão e Assistência Social da Prefeitura de Jundiaí, com direção de serviços para pessoas em situação de rua, mulheres vítimas de violência doméstica e famílias em situação de violência. Presidenta do COMAD (Conselho Municipal Antidrogas), de Jundiaí.*

“A potência da Psicologia Obstétrica na prática interdisciplinar: uma análise crítica da realidade brasileira”... fico muito feliz de ouvir esse termo, porque, há poucos anos, discutíamos em Jundiaí a importância de ter com as populações mais vulneráveis um pré-natal psicológico – outras abordagens que precisariam ser realizadas com essas mulheres e que o modelo tradicional não vinha atingindo. Fico muito feliz que esse seja um novo campo que está se delineando dentro da psicologia e tem bastante potência. Eu trabalhei na Defensoria acompanhando mulheres em situação de rua e/ou em uso de drogas, o que também foi tema da minha dissertação de mestrado, e é um tema em que atuo até hoje na assistência social do município de Jundiaí, na direção do serviço para a população de rua, mulheres vítimas de violência.

Se a gente vai pensar em uma atuação crítica da violência obstétrica, penso que minha contribuição pode ser no sentido de pensar nas mulheres, nas populações mais vulneráveis e mais marginalizadas. Acho que o termo “violência obstétrica”, durante algum tempo, ficou mais limi-

tado às questões médicas, às questões do parto, enfim, ao que ocorria no momento do nascimento das crianças. Mas hoje já conseguimos ampliar um pouco isso para outras questões, e essa é minha fala. Vou falar sobre as relações de desigualdade de gênero, de violências, de racismo, de como tudo isso pode atravessar a experiência obstétrica na vida de mulheres marginalizadas. Acho que a grande pergunta disparadora é: o que fazemos em nome da defesa da vida?

Comecei a trabalhar com esse tema em Jundiaí como decorrência do alto número de acolhimentos de bebês de mulheres vulneráveis – de modo geral, vou classificá-las dessa maneira. Então, tínhamos um número elevado de acolhimentos institucionais, muitos grupos trabalhando em prol da infância e da juventude. Não tenho nada contra isso – as crianças e os adolescentes são prioridades, de acordo com o nosso estatuto –, mas uma das coisas que percebia é que não tinha o mesmo investimento no trabalho com essa futura mãe, com essa mulher grávida ou, ainda, com a família de modo mais ampliado.

*“Se a gente vai pensar em uma atuação crítica da violência obstétrica, penso que minha contribuição pode ser no sentido de pensar nas mulheres, nas populações mais vulneráveis e mais marginalizadas. Acho que o termo ‘violência obstétrica’, durante algum tempo, ficou mais limitado às questões médicas, às questões do parto, enfim, ao que ocorria no momento do nascimento das crianças. Mas hoje já conseguimos ampliar um pouco isso para outras questões, e essa é minha fala. Vou falar sobre as relações de desigualdade de gênero, de violências, de racismo, de como tudo isso pode atravessar a experiência obstétrica na vida de mulheres marginalizadas”*

Havia uma desigualdade de investimento de tempo, de recursos humanos, de intervenções técnicas, inclusive, pensando em todo o contexto em que esse bebê nasce. E isso me incomodou bastante. E aí o que a gente faz em nome da defesa da vida? A gente pratica violência institucional, violência direta, violência estrutural e uma série de outras coisas que fomos percebendo, em nome da defesa da vida da criança. Mas uma coisa que começamos a pautar em Jundiaí foi: os direitos não são concorrentes, você não precisa dizer do direito da mulher ou do direito do bebê; você pode somar o direito da mulher e o do bebê, porque é claro que ninguém em sã consciência quer causar mal a um bebê e ninguém está defendendo esse discurso. Dizer “Ah não, eu quero que ele realmente tenha complicações” não é o objetivo, mas não são coisas que se alternam, que são concorrentes; pelo contrário, elas estão intimamente relacionadas.

Explorando esse labirinto – eu coloco a questão do labirinto porque foi o título da minha dissertação –, na verdade, fazemos a reflexão de

que, depois que essa mulher entra em um sistema de vigilância, que vários poderes incidem na vida dela, é muito difícil ela sair desse labirinto podendo exercer seu direito à maternidade. Vamos pensar em uma sobreposição – acho que já falaram um pouco sobre interseccionalidade –, nessa multidiscriminação que acontece. As relações desiguais, a assimetria de direitos está posta, é uma luta. Temos aí índices alarmantes de violência contra a mulher, não só contra as mulheres negras, mas contra as mulheres de modo geral, e eu chamo a atenção para essa violência estrutural da exclusão social, que é uma coisa que passa invisível, porque antes de essa mulher ficar grávida, ela já estava submetida a outras violências. Uma mulher que vive em situação de rua, uma mulher que vive em uma situação de contexto de abuso de drogas. As pesquisas têm nos mostrado e tem o livro do Jessé Souza, *Crack e exclusão social*<sup>1</sup>, que traz índices de violência gravíssimos a que essas mulheres foram submetidas. É como se o Estado dissesse “Tudo bem você ser mulher e sofrer tudo isso, mas não fique grávida; se você engravidar, isso tudo que eu não estava enxergando vou começar a enxergar em um mecanismo de controle”.

Quando essa mulher fica grávida, ela sai da invisibilidade e fica em supervisibilidade; todos os holofotes se direcionam para a vida dessa mulher, no sentido de controlar a sua conduta, no sentido de chegar a um diagnóstico, a um critério do “Ela vai ser capaz de ser mãe?”. Porém, é um diagnóstico estruturado em preconceitos, em rótulos, e não algo que parte de uma neutralidade. Muito pelo contrário: parte de um julgamento por vezes moral, inclusive de profissionais que atuam na nossa área. Eu cansei de ver, em audiências de que participei, julgamentos morais que não tinham a ver com uma condução técnica, com uma boa avaliação, com o manejo do caso. Mulher sofreu violência, está grávida, faz uso de drogas. E temos pesquisas dizendo que todo usuário de droga pode ser vítima de algum tipo de preconceito, mas a mulher usuária de drogas sofre mais preconceito do que o homem usuário de droga. O estigma é de que ela é negligente, agressiva, promíscua, ou seja, não é a mesma medida que se tem para o homem.

1 SOUZA, Jessé. *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania/Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016. Disponível em: < <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201702/20170214-115213-001.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

---

*“Quando essa mulher fica grávida, ela sai da invisibilidade e fica em supervisibilidade; todos os holofotes se direcionam para a vida dessa mulher, no sentido de controlar a sua conduta, no sentido de chegar a um diagnóstico, a um critério do ‘Ela vai ser capaz de ser mãe?’. Porém, é um diagnóstico estruturado em preconceitos, em rótulos, e não algo que parte de uma neutralidade. Muito pelo contrário: parte de um julgamento por vezes moral, inclusive de profissionais que atuam na nossa área”*

Quanto mais eu me aproximo das mulheres que estão vivendo em situação de rua, mais eu tenho tido contato com histórias de vida em que nossa avaliação, às vezes, é muito rasa para dizer que ela está exposta à violência – eu vou dizer uma coisa agora que parece inacreditável, mas estar na rua pode significar proteção em vários aspectos. Mulheres que já sofreram violência em outros espaços continuam sofrendo a violência na rua, mas, de alguma maneira, para algumas, isso significa quase uma redução dos danos. Em alguns arranjos que se formam no território da rua, o que a gente chama de “rua”, ela vai estar chamando de “casa”. E é por isso que quando a intervenção consiste apenas em ofertar a saída da rua, aquilo não vai fazer muito sentido para ela. E então a gente tem essa vigilância, essa tecnologia do poder atuando na vida dessas mulheres, com uma predisposição para atestar a incapacidade delas de serem mães. Quando temos mulheres que já tiveram filhos que foram para a adoção, que já estão destituídas do poder familiar ou que já tiveram filhos que passaram pelo acolhimento institucional ou que têm família extensa que está com a guarda desses filhos, muitas vezes isso é usado também como uma prova contra elas. Tudo está sendo usado como prova a todo momento.

O raciocínio é “Ela já teve cinco filhos, não foi capaz de maternar nenhum deles”, “Isso vai se repetir novamente”. Também tem aquelas que não tive-

ram filhos, mas que às vezes o pessoal fala assim: “Ela já é conhecida da rede, já passou em tal, tal e tal lugar. Isso já vem acontecendo há algum tempo”. Eu entendo que, por vezes, com a infância e a juventude, o Poder Judiciário é mais rígido do que a nossa vara criminal: para ser condenada por um crime, você tem que ter cometido ele, não pode apenas ter tido a intenção de cometê-lo. Você não vai ser condenada por isso, mas nessa esfera você pode ser condenada antes mesmo de ser mãe, antes mesmo de praticar uma possível maternidade. O que observamos quando eu estava fazendo a minha dissertação de mestrado e em alguns casos que acompanhei enquanto caso analisador da pesquisa: qual é o poder que está incidindo na vida dessas mulheres? O que está atravessando esse contexto de Jundiá, Belo Horizonte, São Paulo e outras cidades? É o poder disciplinar, é o controle do corpo? É o poder soberano? “Não, mas será que o poder soberano faz sentido no contexto em que a gente vive hoje?”. O que a gente percebia era o biopoder. Mas como é que se desenha isso dentro dessa situação?

---

*“Mulheres que já sofreram violência em outros espaços continuam sofrendo a violência na rua, mas, de alguma maneira, para algumas, isso significa quase uma redução dos danos. Em alguns arranjos que se formam no território da rua, o que a gente chama de ‘rua’, ela vai estar chamando de ‘casa’ ”*

Começamos a perceber que, na verdade, é claro que tem o poder disciplinar atravessando isso, mas tem também o biopoder, que é essa questão do controle, da população, da mulher enquanto espécie, de como ela está reproduzindo. O racismo é outro ponto importante, utilizando como referencial o filósofo africano Achille Mbembe, no seu livro *Crítica da razão negra*<sup>2</sup>. Esse autor fala do devir negro no mundo como uma extensão que pode atingir a grande parcela da população que está vivendo em situação de vulnerabilidade. As mesmas práticas que foram aplicadas aos negros podem se estender aos que vão integrar essa classe maior. Sendo branca ou negra essa

---

2 MBEMBE, Achille. *Crítica da razão negra*. Lisboa: Antígona, 2014.

mulher, quando está nessa circunstância, é isso que vai atingir a vida dela; é esse mesmo funcionamento, essa mesma questão do racismo que vai se aplicar à vida dessas mulheres.

E o poder soberano, a partir da questão do *Homo Sacer*, que eu não sei se vocês já viram, é de um livro chamado *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua*<sup>3</sup>, do filósofo italiano Giorgio Agamben. O que que é o *homo sacer*? É uma figura do direito romano arcaico que cometeu um crime, mas, na época, ela não seria condenada ou consagrada em sacrifício aos deuses. O tipo de delito que ela cometeu a colocou nessa categoria, que é a vida nua. E o que é isso? É uma vida matável, ou seja, o Estado não iria matá-la, mas qualquer um que a encontrasse e a matasse não responderia por homicídio. Então é uma coisa assim: a pessoa estava exposta à morte, viva – por isso a vida nua. Eu respeito sua condição enquanto espécie humana, mas a deixo ao julgamento dos deuses. E então, entende-se o seguinte: se ela fosse assassinada, não haveria responsabilidade para a espécie humana, porque isso foi um julgamento dos deuses. Por que estou trazendo isso? Porque isso é uma atualização do poder soberano: quando a gente pensa que ele faz morrer e deixa viver, ele escolhe. O poder soberano tem uma potência no sentido de matar e de deixar viver alguns, e, trazendo agora para o nosso contexto, o soberano é aquele que define esse estado de exceção.

Vou falar um pouco agora sobre o biopoder. Qual a diferença entre poder soberano e biopoder em relação a essas mulheres? O biopoder vai falar em defesa da vida, do controle; vai dar receitas de como viver bem, normatizando as condutas. Ele faz viver, ao contrário do poder soberano, que deixa morrer. Eu não estou dizendo que o Estado sai assassinando essas mulheres, ainda que em alguns momentos isso possa acontecer, mas as expõe à morte quando não lhe garante direitos que vieram muito antes do uso da droga, da situação de rua, da gravidez. Quando o Estado é negligente em algumas questões, está expondo uma parcela da população à morte. Então, o Agamben e os estudiosos que adotam essa linha teórica estão falando, por exemplo, dos meninos envolvidos no tráfico, que sofrem a violência do Estado, não só a violência policial, mas a violência estrutural do Estado de desigualdade que a gente tem desenhada no nosso país.

---

*“Eu não estou dizendo que o Estado sai assassinando essas mulheres, ainda que em alguns momentos isso possa acontecer, mas as expõe à morte quando não lhe garante direitos que vieram muito antes do uso da droga, da situação de rua, da gravidez”*

Para finalizar, eu trouxe um artigo que vai sair em breve, “Mães indignas: sobre o racismo e a arte de governar a vida de mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas em situação de rua e seus filhos recém-nascidos”<sup>4</sup>, e que vai tratar exatamente disso. Basicamente, a gente vai entender que essa mulher seria, então, a *homo sacer* da história: ela está exposta à morte, mas o que é sagrado no meio dessa história é a vida do bebê. O que é sagrado em todo esse contexto em que ela está vivendo é a vida do filho, e não a dela. A mulher sente isso: “O Estado só se aproximou de mim porque eu estou grávida e porque eles querem o meu bebê, não tem um interesse genuíno na minha saúde, no meu bem-estar, na minha proteção”. Por quê? Porque, se não teve antes e isso surge só no momento em que ela fica grávida, é claro que ela vai se questionar isso. Que vidas hoje a gente elenca como dignas ou indignas de serem vividas? Quais os referenciais que a gente tem?

Isso é um conceito político. Existe uma metamorfose do que é matável e daquilo em que vale a pena a gente investir recurso. É simples, vejam o orçamento dos municípios. Quem tem a responsabilidade de proteger a pessoa em situação de rua hoje? A assistência social. A saúde também tem. Tem o consultório de rua e algumas outras ações, mas a grande parcela está na assistência social. Vocês vão observar que em quase todos os municípios o orçamento destinado à assistência social é absurdo. É totalmente desproporcional para o tamanho da responsabilidade. Então, é essa discussão que eu queria trazer no sentido de que essas mulheres entram nesse conceito de vida indigna porque estão causando mal a uma criança. Tem todo um julgamento em torno disso, e é claro que essas intervenções não vão ter ne-

---

3 AGAMBEN, Giorgio. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua* I. Tradução de Henrique Burigo. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

---

4 O artigo citado ainda não se encontra disponível.

nhum efeito de cuidado. No fundo, eu não estou dizendo que a gente não tenha que realmente promover cuidado, mas concluir que, num dado momento, ela não tem a possibilidade de ser mãe é diferente de concluir que ela tem uma vida indigna. Eu estou falando do jeito radical porque é isso que está por trás dos julgamentos de relatórios e de uma série de coisas que a gente observa.

E isso – é claro – é violência obstétrica. É nesse período de gestação que essas mulheres estão lutando para serem mães. Então, é uma ameaça ao direito à maternidade, entre outros direitos que são violados nessa situação, os produtos disso, desassistência, desamparo: se a vida dela não é importante, “por que eu vou fazer pré-natal? Por que mesmo eu tenho que ir ao ambulatório fazer tal exame?”. Não faz sentido, não chega nela. O preconceito, a discriminação, a violência, a judicialização, a gravidez de repetição, que é uma coisa muito comum de acontecer... a mulher perde o bebê para o Estado e fica grávida de novo depois de pouco tempo. Aí entra outra violência, que é fazer uma laqueadura não consentida, com falsa justificativa médica, não adotando os critérios que a gente tem na legislação para que seja feita a laqueadura. Então, se diz coisas como: “A gente não tem certeza se você vai ficar com o bebê, então é melhor você nem ver ele, nem criar vínculo” ou se dificulta o contato dessa mulher com o bebê até que se tenha certeza disso.

Enfim, são inúmeras as manifestações de violência que podem acontecer nesse desenho, como a exigência de emprego e de moradia. Eu cansei de ver mulheres que interromperam o uso de drogas durante a gestação e estavam se cuidando, estavam bem, mas aquilo não bastava: “Mas você não tem casa, não tem emprego, você não tem isso, você não tem aquilo”. Ainda que tentassem oferecer um plano de atendimento, um projeto terapêutico, “Olha, essa criança vai estar segura, tem essa rede de apoio, o local de moradia vai ser esse”, por vezes nem isso era suficiente. E o que observamos é que não é muito racional, que o julgamento sobre o acolhimento de um bebê e a separação de sua mãe é subjetivo.

Para finalizar, é importante falar sobre a ausência do pai. Na maioria dos casos ninguém está condenando esse pai com o mesmo peso com que vem condenando essa mãe – infelizmente, isso passa batido nos processos. Tudo isso é violência obstétrica. Enfim, a nossa Constituição garante que todo mundo tenha direito à vida, isso

---

*“Estou querendo dizer que existem mecanismos para possibilitar um cuidado conjunto, pensando em uma perspectiva de redução de danos, daquilo que é possível e daquilo que de fato faz sentido enquanto intervenção para a vida delas e para a vida desse bebê, porque, ainda que aconteça uma destituição do poder familiar, a forma como esse processo judicial acontece vai impactar sobre a vida de ambos”*

está posto, então, não se pode ameaçar explicitamente o direito à vida, mas se pode expor alguns à morte, expor a condições que não são adequadas para sua sobrevivência. Isso o Estado é capaz de fazer, e, por mais que tenhamos uma defesa intransigente do direito à vida, observamos essas nuances, essa violência estrutural que atravessa a vida dessas mulheres e que vem condenando a maternidade delas.

Temos trabalhado em Jundiaí no sentido de pensar o acolhimento conjunto, isto é, da mãe e do bebê. Existem alternativas: existe família extensa, família guardiã, que é a guarda subsidiada para a família extensa. Existem vários desenhos possíveis. Ninguém está dizendo “Ah, tá bom, ela vai ficar com essa criança que, às vezes, nasce prematura em uma situação complicada”, “Ah, ela vai criar na rua?”. Não, eu não estou dizendo isso. Estou querendo dizer que existem mecanismos para possibilitar um cuidado conjunto, pensando em uma perspectiva de redução de danos, daquilo que é possível e daquilo que de fato faz sentido enquanto intervenção para a vida delas e para a vida desse bebê, porque, ainda que aconteça uma destituição do poder familiar, a forma como esse processo judicial acontece vai impactar sobre a vida de ambos. E ainda que aconteça essa perda do poder familiar, a forma como isso é conduzido deve possibilitar uma elaboração melhor por parte dessa mulher. Não é aquela coisa de engravidar novamente porque “meu filho foi roubado”, porque ela entendeu, ela fez parte de um plano, ela foi participativa, mas não foi possível naquele momento. E aí, se a entrega acontece ou se é uma decisão do juiz, é uma coisa que fica mais aceitável, menos traumática. 🌱

*Psicóloga. Mestre, doutora e pós-doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB). Psicóloga Hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Docente permanente e orientadora do Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS) da FEPECS/ SES-DF. Pesquisadora da Fundação de Apoio à Pesquisa do DF (FAP-DF).*

Fui incumbida de falar sobre a atuação crítica da psicologia obstétrica. Eu defendi a minha tese de doutorado em 2005 e sofri muito porque estava estudando as mulheres com depressão pós-parto e só encontrava referenciais dentro da área da psicologia que desconsideravam esse contexto, que ficavam muito mais no intrapsíquico, especialmente a psicanálise. As linhas teóricas que focavam muito nisso, então eu encontrava registros de que uma mulher com depressão era basicamente imatura e tinha problemas com a mãe. E eu falava “Tá, e aí? Ela está aqui na minha frente, tem um bebê para amamentar daqui a quatro, três horas, duas horas. E aí? Nós vamos ter que resolver o problema dela com a mãe primeiro? Como é que é?”. Eu não sentia respaldo. Só consegui encontrar algo quando saí da psicologia e parti para a teoria do gênero. Foi absolutamente libertador; para mim, foi a saída para poder entender aquela mulher, o contexto da maternidade.

O que eu trouxe aqui, bem brevemente, é uma evolução dessa área denominada psicologia obstétrica, que surgiu na defesa de um pré-natal humanizado. Ela é um braço da psicologia clínica e um braço da psicologia hospitalar ou da saúde. Então, inicialmente, recebeu alguns nomes, como psicologia da gravidez, nos livros da Maldonado de 1980<sup>1</sup>. Depois, foi publicado um livro que também foi um marco na área, que é o *Psicologia aplicada à prática obstétrica*<sup>2</sup>, da Bortoletti, que traz o termo “psicologia perinatal”. Bortoletti sintetiza, em psi-

cologia obstétrica, e reforça ainda mais esse braço da psicologia da saúde e hospitalar, muito associada à área da obstetrícia. Mais recentemente, eu e minhas parceiras de trabalho – a Bianca Amorim e a Luciana Rocha – temos tentado juntar os termos “psicologia perinatal” e “parentalidade”.

---

*“Nós temos que cuidar das mães não com olhar interesseiro, como se ela fosse uma hospedeira que está ali apenas para gestar um bebê, interessada apenas na saúde do bebê, mas como alguém que está interessada na própria saúde. É preciso que a gente mude esse referencial e tenha um olhar mais complacente e inclusivo para essa mulher, deixando de olhar para ela como a causa dos problemas de seus filhos”*

Então, todo o trabalho que venho desenvolvendo desde 2005 e antes, ao elaborar a tese, tem como base a teoria do gênero, um olhar ampliado para essa mulher. Eu me incomodava – e me incomodo até hoje – que o olhar seja voltado para o bebê, tanto que escrevo isso na minha tese e sempre falo disso: a minha bandeira é pelas mulheres. Nós temos que cuidar das mães não com olhar interesseiro, como se ela fosse uma hospedeira

1 MALDONADO, Maria Tereza. *Psicologia da gravidez*. São Paulo: Vozes, 1981.

2 BORTOLETTI, Fátima Ferreira. *Psicologia aplicada à prática obstétrica*. São Paulo: Manole, 2007.

deira que está ali apenas para gestar um bebê, interessada apenas na saúde do bebê, mas como alguém que está interessada na própria saúde. É preciso que a gente mude esse referencial e tenha um olhar mais complacente e inclusivo para essa mulher, deixando de olhar para ela como a causa dos problemas de seus filhos.

Eu concordo com a Valeska Zanello: a psicologia prestou um desserviço muito grande, ao lado da pediatria, e as mães foram crucificadas. A gente aprende no curso de psicologia que, quando você faz uma anamnese, vai atrás de quem? Da mãe. Se esse menino tem problema, a culpa é de quem? Da mãe. É sempre da mãe, ninguém fala do pai, e, quando o menino tem sucesso, ninguém culpa a mãe. A culpa é sempre da mãe. A gente prestou um desserviço e precisa reverter esse olhar na área da psicologia obstétrica.

A terminologia Psicologia Obstétrica não é consensual. É uma área nova, em construção, que eu tenho chamado de psicologia perinatal. Estuda os fenômenos psíquicos que ocorrem em torno do nascimento e da parentalidade, entendendo a parentalidade como uma construção, e aí eu vou me apoiar nas teorias de gênero. Ela não está dada, não está pronta, não é natural. Ser mãe não é natural, a mulher não nasceu para ser mãe; apesar de andarem dizendo muito isso ultimamente, não é a realidade. Assim como um pai também não nasceu para ser pai. Todos vão ter que aprender, desejar, estudar, treinar, construir esses papéis. As funções materna e paterna deveriam ser de acolhimento e provisão. Então, tanto o homem quanto a mulher fazem os dois, cuidado e provisão; essas são as funções. Não necessariamente tem que ter um pai e uma mãe; pode ser uma vó, pode ser um tio, alguém que cuide e também que sustente essa criança.

E essa área não se restringe ao momento do parto, mas compreende todo o ciclo gravídico puerperal, e suas fronteiras teóricas e práticas se relacionam com todas as disciplinas ligadas à área da obstetrícia, em que devemos incluir a teoria do gênero. Temos que saber de obstetrícia, mas também que entender essa construção sócio-histórica da mulher. Isso é fundamental para atuar criticamente nessa área, senão vamos simplesmente estar reproduzindo discursos históricos, tradicionais, vamos reproduzir estereótipos de gênero. Eu me lembro de uma vez em que um bebê foi tirado de uma usuária e ela dizia: "Eu já tinha parado, eu parei!". Foi uma cena horrorosa, teve até polí-

---

*"A terminologia Psicologia Obstétrica não é consensual. É uma área nova, em construção, que eu tenho chamado de psicologia perinatal. Estuda os fenômenos psíquicos que ocorrem em torno do nascimento e da parentalidade, entendendo a parentalidade como uma construção, e aí eu vou me apoiar nas teorias de gênero. Ela não está dada, não está pronta, não é natural. Ser mãe não é natural, a mulher não nasceu para ser mãe; apesar de andarem dizendo muito isso ultimamente, não é a realidade. Assim como um pai também não nasceu para ser pai. Todos vão ter que aprender, desejar, estudar, treinar, construir esses papéis. As funções materna e paterna deveriam ser de acolhimento e provisão"*

cia. Então, nós, psicólogas, precisamos... Sabem o peixinho, quando sobe o rio? Está todo mundo descendo e ele está subindo sozinho. Nós somos esse peixinho: temos que ir contra a maré, porque geralmente a maré padroniza, a maré objetifica, a maré não contempla a subjetividade, e acabamos reproduzindo e reforçando esses discursos. Temos que pensar na bioética. Não é só fazer o bem, não é só o princípio da beneficência, é o da não maleficência; podemos estar causando o mal quando perpetuamos esses estereótipos.

O foco é a mulher que se encontra nessas fases, seja ela uma tentante, uma gestante, uma parturiente, uma puérpera ou uma mãe, além dos seus bebês e familiares. Devemos tentar manter o olhar voltado para ela, mas não dá para isolar. Eu trouxe algumas possibilidades de atuação com essa visão crítica na obstetrícia. A psicóloga perinatal e da parentalidade ou a psicóloga obstétrica pode atuar com as seguintes demandas: nos casos de óbitos fetais e perinatais, a gente tem que se lembrar de todo esse contexto. Quando a mãe perde o bebê, acontece o contrário:

---

*“E essa área não se restringe ao momento do parto, mas compreende todo o ciclo gravídico puerperal, e suas fronteiras teóricas e práticas se relacionam com todas as disciplinas ligadas à área da obstetrícia, em que devemos incluir a teoria do gênero. Temos que saber de obstetrícia, mas também que entender essa construção sócio-histórica da mulher. Isso é fundamental para atuar criticamente nessa área, senão vamos simplesmente estar reproduzindo discursos históricos, tradicionais, vamos reproduzir estereótipos de gênero”*

todo mundo volta o olhar para a mãe e esquece o pai; ninguém cuida do pai enlutado, ninguém cuida da avó enlutada. Então, temos também que ter esse olhar. Nos casos de aborto espontâneo ou mesmo de aborto legal – eu atuo como psicóloga na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, e lá nós temos um programa de aborto legal que é chamado Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei –, as questões de gênero são atravessadas o tempo inteiro.

Eu trabalho com vítimas de estupro que engravidaram, e brinco que a gente sofre *bullying* dos outros profissionais de saúde dentro do hospital. Muitas vezes, a mulher sofre violência obstétrica, além da violência sexual que já sofreu. Então, ela vai fazer uma ecografia e a gente vai junto, porque, se não formos, vão mostrar o feto para ela e dizer “Olha aqui o batimento cardíaco do bebê que você quer tirar”. E nós vamos como guardiãs mesmo. Eu falo que somos guardiãs da subjetividade dessa mulher: a gente cuida para que ela não sofra violência institucional, não seja violentada novamente, até porque os próprios procedimentos são violentos. Esta semana recebemos uma africana que mal falava português. Acho que foi um dos casos mais difíceis, porque ela não suportava fazer o exame da ecografia transvaginal, então foi um problema absurdo. O trauma era tão grande que tiveram que fazer uma ecografia pél-

vica, aí não dava para datar – foi muito complicado o caso. Tiveram que entrar em contato com o Itamaraty e lidar com uma série de questões. Então, temos que ter muito cuidado com isso. E o mesmo ocorre nos casos de malformação fetal. Quantas vezes tem aquele discurso de “Mas Deus escolheu você porque você é uma mãe muito especial para receber essa criança”, e então a mulher não pode abrir mão da criança que, às vezes, tem anomalias e malformações importantes.

É por isso que apenas o mundo intrapsíquico não serve de base para a gente. A subjetividade é construída de acordo com uma visão sócio-histórica, assim como os profissionais de saúde. Então, eles vão deixar que isso apareça em sua prática; de alguma forma, às vezes muito bem-intencionados, vão acabar atravessando e usando esse discurso, que é muito opressor. É o discurso ativista, como já foi falado aqui. Hoje, toda mulher tem que amamentar, e esse discurso é opressor.

---

*“Hoje eu defendo que a depressão pós-parto é uma grande decepção com a maternidade, pelo pacto do silêncio que a sociedade faz, porque ninguém quer falar do lado B da maternidade, ninguém quer falar do lado ruim, do lado difícil”*

Quando escrevi minha tese de doutorado, captei as participantes da minha pesquisa no banco de leite; todas as mulheres que eu encontrei com depressão pós-parto foi no banco de leite. Por quê? Por causa desse discurso opressor. A mulher que não consegue amamentar se vê como uma mulher defeituosa, como uma mulher que não serve para ser mãe, que é incapaz. Esse é o *start* para a depressão pós-parto. Já ouviram isto: “Eu sou uma mãe desnaturada?”. Porque o natural é saber amamentar, o natural é ter um parto normal, o natural é amar incondicionalmente um filho, o natural é ser exclusiva para o filho. Então, quando a mulher não se identifica com isso, começa a achar que é um monstro, que “Eu não nasci para ser mãe”, e aí começam todas as decepções.

Hoje eu defendo que a depressão pós-parto é uma grande decepção com a maternidade, pelo pacto do silêncio que a sociedade faz, porque ninguém quer falar do lado B da maternidade, nin-

guém quer falar do lado ruim, do lado difícil. Eu tive uma colega que fez uma tese também lá na UNB sobre depressão pós-parto e tentou falar sobre isso nos postos de saúde de Brasília. Ela foi expulsa. As mães diziam assim: “Você está aqui agou-rando a nossa gestação. Nada disso vai acontecer com a gente; não queremos falar disso”. E isso, na-quele época, era muito forte. Hoje melhorou muito. As pessoas já se permitem falar mais do assunto, porém, tem um limite importante. Eu não sei se vo-cês se lembram de um caso recente no Facebook envolvendo uma puérpera que tinha acabado de ter o filho e que não postou as fotos lindas que geralmente vemos por aí. Ela postou as fotos dela acabada de tanto amamentar e o título do *post* dela era: “Amo meu filho, mas estou odiando ser mãe”. Ela foi banida do Facebook. Vocês conhe-cem alguém que já foi banido do Facebook? Eu não conheço. Ela foi banida porque não se pode falar disso; a gente tem que manter essa noção idealizada do que é ser mãe, e isso, como a teoria do gênero vai mostrar, foi construído ideologica-mente, de maneira proposital. E aí vem o pacto do silêncio: a gente não fala disso.

A psicóloga, para atuar com tudo isso, não pode compactuar com essas coisas. Não pode entrar e reforçar esse discurso. Eu dou algumas palestras nos cursos do IHAC, que é o Hospital Amigo da Criança, sobre os sete passos da ama-mentação. Disse para a minha colega enfermeira que me convida: “Não espere ouvir de mim que ela tem que amamentar, que o leite materno é o amor líquido, que ela tem que fazer o sacrifício, que ser mãe é padecer no paraíso. Não é isso”. Quando eu cheguei lá, ela me deu uns *slides* que vêm do Ministério da Saúde. Eu simplesmente não uso esses *slides*, porque tem um que diz que o alei-tamento materno previne a depressão pós-parto. Aí eu perguntei: “Como?”. Dependendo do caso, pode prevenir se ela tiver sucesso na amamenta-ção, mas, como isso é muito difícil – se tem uma das coisas em que a gente mais peleja, realmente, é a amamentação –, pode levar à depressão, tan-to que na minha tese um dos capítulos eu chamei “Mais vale uma mamadeira com amor do que um peito com terror”. Falar disso para o pessoal do banco de leite é a morte. Eu disse: “Então vocês não me convidem, porque eu vou falar disso”.

O que eu recebo de mulher deprimida no con-sultório porque não teve um parto normal orgás-tico maravilhoso e transcendental que venderam para ela, deprimidíssima e acabada porque não consegue amamentar, porque o pai virou o irmão

---

*“No meu pós-doutorado, descobri que essa visão ajuda a prevenir o adoecimento psíquico no puerpério, a depressão pós-parto, o adoecimento, porque essa mulher vai chegar vacinada, com uma visão mais realista, com menos opressão em relação ao que é ser uma boa mãe. Ela vai imprimir na relação com o bebê o jeito dela de ser mãe. Se for necessário trabalhar a amamentação possível, não é uma amamentação a qualquer custo, a qualquer preço. Isso não vai fazer dela mais mãe ou menos mãe, assim como o tipo do parto; também se inclui aqui a parentalidade compartilhada”*

mais velho do filho e não assume. Não trabalha-mos com a paternidade compartilhada, com a pa-rentalidade. Então, acho que nós, enquanto psi-cólogas, precisamos imprimir tudo isso na nossa atuação. Eu faço muito isso no trabalho do pré-na-tal psicológico, uso tudo o que estou falando aqui, porque acredito que isso é uma vacina psíquica para a gestante. Precisamos pegar essa mulher já na gravidez e ir desconstruindo essas ideias, es-ses estereótipos com ela. Eu tive uma que brincou assim: “Olha, Alessandra, meu marido até que me ajuda muito” – é aquela história da dimensão da ajuda: “Ele lava a louça, mas fecha as cortinas para ninguém ver, porque os amigos não podem vê-lo lavando a louça”. Então, são estereótipos muito fortes. Temos que trabalhar sempre com a paren-talidade possível, não com o que é impossível, que é idealizado – isso traz muito sofrimento.

No meu pós-doutorado, descobri que essa visão ajuda a prevenir o adoecimento psíquico no puerpério, a depressão pós-parto, o adoecimen-to, porque essa mulher vai chegar vacinada, com uma visão mais realista, com menos opressão em relação ao que é ser uma boa mãe. Ela vai imprimir na relação com o bebê o jeito dela de ser mãe. Se for necessário trabalhar a amamentação pos-

---

*“Temos que ter muito cuidado para não termos um discurso opressor, não ir nem para um lado nem para o outro; temos que garantir que o sujeito possa existir, e, quando garantimos isso, acabamos prevenindo também a violência obstétrica”*

sível, não é uma amamentação a qualquer custo, a qualquer preço. Isso não vai fazer dela mais mãe ou menos mãe, assim como o tipo do parto; também se inclui aqui a parentalidade compartilhada. Nós, da psicologia, temos que ter uma postura crítica. Não interessa se eu acho que o leite é a coisa mais maravilhosa do mundo, se aquela paciente não tiver sido trabalhada, se ela não desejar isso, se ela não quiser. Por que eu digo isso? É complicado! O ativismo faz você perder a subjetividade; você não consegue enxergar aquele sujeito que está lá na frente. Eu acho que temos que ter uma postura, sim, na luta pelas políticas públicas, no que escrevemos, no que falamos. Agora, na relação é complicado. Temos que ter muito cuidado para não termos um discurso opressor, não ir nem para um lado nem para o outro; temos que garantir que o sujeito possa existir, e, quando garantimos isso, acabamos prevenindo também a violência obstétrica.

Já tivemos uma paciente que disse para o médico assim: “Olha, eu não quero mais que você faça meu parto. Pode chamar outro médico, porque eu não quero mais você aqui. Quem é o chefe do plantão? O que você está fazendo aqui? Eu não mereço isso. Por que você está fazendo isso comigo?”. Então, você vai conscientizando essa mulher para que ela não permita que algumas violências aconteçam. A última coisa que eu quero falar sobre esse tema é que esse é um conceito novo, um conceito ainda muito amplo. Particularmente, não o associo apenas à equipe de saúde; falo também da violência obstétrica, por exemplo, relacionada à família. Eu já vi, por exemplo, casais grávidos na hora do parto em que o pai dizia assim: “Tem que nascer normal. Eu nasci normal, minha mãe me teve. Por que você não vai ter? Você vai aguentar, você vai ter”. Isso também é uma violência. Então, todo esse discurso opressor não está só na equipe, e nós da psicologia precisamos remar contra a maré.

Eu tenho muito cuidado com essa questão do discurso ativista, porque nós temos sempre que lembrar que a obstetrícia não é a nossa casa de origem. Se chegarmos metendo o pé na porta, vamos ser convidadas a sair, como eu já vi acontecer com várias colegas. Ninguém chega à casa dos outros falando “lh, credo, isto não devia estar aqui, isto não devia estar ali! Você não sabe fazer, você é isso, você é aquilo”. Você vai ser convidada a se retirar, e aí não vai conseguir fazer nada. Então, é melhor transitar – eu também tenho essa postura – entre os saberes, entre os vários profissionais, tentar sensibilizar com argumentos e tudo o mais, porém, sem ser um confronto direto, porque não vamos sair ganhando. 🌱

---

*“A última coisa que eu quero falar sobre esse tema é que esse é um conceito novo, um conceito ainda muito amplo. Particularmente, não o associo apenas à equipe de saúde; falo também da violência obstétrica, por exemplo, relacionada à família. Eu já vi, por exemplo, casais grávidos na hora do parto em que o pai dizia assim: ‘Tem que nascer normal. Eu nasci normal, minha mãe me teve. Por que você não vai ter? Você vai aguentar, você vai ter’. Isso também é uma violência. Então, todo esse discurso opressor não está só na equipe, e nós da psicologia precisamos remar contra a maré”*





**Realização:**



Conselho  
Regional de  
**PSICOLOGIA SP**