



**Universidade do Estado do Amazonas**  
Escola Superior de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



Jéssica Magaly da Silva Ferreira

**A saúde mental materna no SUS: uma análise da construção de uma  
agenda de cuidados**

Manaus

2024

Jéssica Magaly da Silva Ferreira

**A saúde mental materna no SUS: uma análise da construção de uma agenda de cuidados**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Amazonas.

Orientador (a): Prof.<sup>a</sup> Dra. Munique Therense Costa de Moraes Pontes

Manaus  
2024

## Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.**

F383

Ferreira, Jessica Magaly da Silva

A saúde mental materna no SUS : uma análise da construção de uma agenda de cuidados / Jessica Magaly da Silva Ferreira .  
Manaus :[s.n], 2024

115 f.: color.; 21,0 cm.

Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva -PPGSC- Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2024.

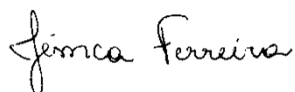
Inclui Apêndice.

Orientador: Munique Therense Costa de Moraes Pontes .

1. Saúde Materna. 2. Assistência à Saúde Mental. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Maternal Health. I. Munique Therense Costa de Moraes Pontes (Orient.) II. Universidade do Estado do Amazonas. III. Título

CDU(1997)614(043).

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.



Assinatura

Manaus, 16 de setembro de 2024.

Data



**PPGSC** Programa de  
Pós-graduação em  
Saúde Coletiva - UEA



**AMAZONAS**  
GOVERNO DO ESTADO

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS**

**ATA DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DO MESTRADO**

Aos 16 dias do mês de setembro de 2024, às 14h:00min, de forma presencial, ocorreu a sessão da Defesa de Dissertação do Mestrado, cujo título da dissertação é "A saúde mental materna no SUS: uma análise da construção de uma agenda de cuidados", apresentado por **Jéssica Magaly da Silva Ferreira**, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Munique Therense Costa de Moraes Pontes. A apresentação do trabalho foi realizada em sessão pública, compreendendo exposição da discente em um tempo de 30 a 40 minutos, seguida de arguição pelos examinadores. Ao término dos trabalhos, em sessão secreta, os examinadores exararam seus pareceres, a seguir discriminados:

Prof.<sup>a</sup> Dra. Munique Therense Costa de Moraes Pontes – Orientadora

Aprovada ( ) Reprovada Assinatura..... *Munique Therense CM Pontes*

Prof.<sup>a</sup> Dra. Socorro de Fátima Moraes Nina – Membro Titular

Aprovada ( ) Reprovada Assinatura..... *Socorro de Fátima Moraes Nina*

Prof.<sup>a</sup> Dra. Consuelena Lopes Leitão – Membro Titular

Aprovada ( ) Reprovada Assinatura..... *Consuelena Lopes Leitão*

**Parecer Final:**

Aprovada ( ) Reprovada

Proclamados os resultados, foram encerrados os trabalhos e, para constar, eu, Prof.<sup>a</sup> Dra. Munique Therense Costa de Moraes Pontes, presidente da sessão, lavrei a presente ata, que assino juntamente com os demais membros da banca examinadora e remeto à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas.

Manaus, 16 de setembro de 2024.

## **DEDICATÓRIA**

Esta dissertação é dedicada a todas as mulheres-mães que assumem a árdua tarefa de cuidar de seus filhos com amor e dedicação, muitas vezes sem ter a quem recorrer quando o cansaço e a sobrecarga batem à porta. Esta dissertação é um grito de reconhecimento da importância do seu papel e um chamado à ação para que a sociedade ofereça mais apoio e valorização às mulheres mães.

## AGRADECIMENTOS

Nesta etapa de conclusão da minha dissertação, me sinto impelida a expressar minha profunda gratidão àqueles que tornaram essa jornada possível e significativa.

Primeiramente, meu mais profundo e eterno amor à minha mãe, Marcilete Ferreira (*in memoriam*). Sua presença, mesmo que agora em minhas lembranças, foi e sempre será a chama que ilumina meu caminho. Sua força, bondade e amor incondicional me inspiraram a perseguir meus sonhos e me ensinaram o verdadeiro significado da perseverança.

Ao meu pai, Hiram Ferreira e à minha madrasta, Estela Sampaio, agradeço pelo incentivo constante, pelas felicidades e tristezas compartilhadas, e por tornarem nosso lar um refúgio de amor e apoio. Vocês me ensinaram a importância da família e dos valores que norteiam a vida.

Ao meu companheiro de vida, Vinicius Milhomem, meu mais sincero agradecimento pelo apoio incondicional, pela paciência infinita e por acreditar em mim mesmo nos momentos mais desafiadores. Sua presença ao meu lado foi fundamental para que eu me mantivesse motivada e certa do encerramento dessa etapa acadêmica.

Às mulheres da minha família, que foram cruciais na escolha do tema desta pesquisa, minha eterna gratidão por me inspirarem a abordar um tema tão relevante e transformador.

Agradeço também à minha orientadora, Munique Therense, pelo cuidado excepcional durante toda a minha trajetória. Sua orientação sábia, seus conselhos precisos e seu acolhimento me permitiram superar os desafios e alcançar meus objetivos.

Aos meus amigos do PPGSC, agradeço pelas valiosas amizades, pelo apoio mútuo e pelas profícuas discussões acadêmicas. Agradeço também aos amigos do grupo de estudos do NEPDS por todas as contribuições que enriqueceram minha pesquisa.

De forma especial, agradeço às minhas queridas amigas Sofia Barros e Fabry Figueiredo por estarem sempre em vibração positiva para as minhas realizações acadêmicas e se alegrarem por todas as minhas conquistas. Vocês me ajudam a perceber os avanços da vida e a importância de comemorar as vitórias. Agradeço a presença constante de vocês em minha jornada!

Por fim, estendo meus agradecimentos a todos os envolvidos na manutenção e no funcionamento do PPGPSC. O trabalho dedicado e incansável garante a qualidade do programa e contribui para a formação de profissionais qualificados e comprometidos com o desenvolvimento da sociedade.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM), à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio a pesquisa ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEA, fundamental durante a condução desta pesquisa.

Que, finalmente, o outro entenda que mesmo se às vezes me esforço, não sou, nem devo ser, a mulher-maravilha, mas apenas uma pessoa: vulnerável e forte, incapaz e gloriosa, assustada e audaciosa — uma mulher.

*Lya Luft*

## RESUMO

FERREIRA, Jéssica Magaly da Silva. **A saúde mental materna no SUS: uma análise da construção de uma agenda de cuidados.** 2024. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2024.

A construção social da maternidade como uma função essencialmente feminina contribui para o sentimento de culpa e sobrecarga nas mulheres-mães, devido à ideia de que a maternidade é isenta de dificuldades ou uma habilidade essencialmente feminina. Este estudo tinha como objetivo analisar a saúde mental das mulheres-mães nos documentos do Sistema Único de Saúde (SUS) como pauta de interesse para o SUS, para as mulheres a fim de compreender como são pensadas e quem são as mulheres que abrange as políticas de saúde. A pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, utilizando a metodologia da Etnografia Documental, que envolve a análise de documentos oficiais para entender como eles articulam o acesso e a garantia de direitos para gestantes e mães. Os resultados revelam que a construção social da maternidade, frequentemente vista como uma função exclusivamente feminina, contribui para sentimentos de culpa e sobrecarga nas mulheres-mães. A análise dos documentos mostra que as políticas de saúde mental materna ainda são fragmentadas e muitas vezes não atendem às necessidades reais dessas mulheres. A pesquisa concentrou-se em documentos importantes sobre saúde da mulher e saúde mental, estabelecendo uma análise relacional entre eles para aprofundar o debate sobre essas questões. Os resultados mostram que, apesar da criação do PAISM em 1983 e da PNAISM em 2004, que buscaram ampliar a perspectiva da saúde da mulher, ainda existe uma lacuna em relação à saúde mental materna no SUS. Falta espaço para discussões sobre os desafios emocionais e psíquicos vivenciados pelas mulheres durante a maternidade. A sobrecarga de tarefas decorrente da acumulação de papéis sociais pelas mulheres contemporâneas gera sofrimento físico e psíquico, sendo mais recorrente em mulheres com filhos. São necessárias mais discussões e políticas públicas específicas que reconheçam e acolham os desafios emocionais vivenciados pelas mulheres-mães no âmbito do SUS.

Palavras-chave: Saúde Materna. Assistência à Saúde Mental. Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

FERREIRA, Jéssica Magaly da Silva. **Maternal mental health in the SUS: an analysis of the construction of a care agenda.** 2024. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2024.

The social construction of motherhood as an essentially feminine function contributes to the feeling of guilt and burden in women-mothers, due to the idea that motherhood is free from difficulties or an essentially feminine skill. This study aimed to analyze the mental health of women-mothers in the documents of the Unified Health System (SUS) as an agenda of interest for the SUS, for women in order to understand how they are thought of and who the women are that covers the policies of health. The research adopted a qualitative approach, using the Documentary Ethnography methodology, which involves the analysis of official documents to understand how they articulate access and guarantee of rights for pregnant women and mothers. The results reveal that the social construction of motherhood, often seen as an exclusively feminine function, it contributes to feelings of guilt and overload in women-mothers. Analysis of the documents shows that maternal mental health policies are still fragmented and often do not meet the real needs of these women. The research focused on important documents on women's health and mental health, establishing a relational analysis between them to deepen the debate on these issues. The results show that, despite the creation of PAISM in 1983 and PNAISM in 2004, which sought to expand the perspective of women's health, there is still a gap in relation to maternal mental health in the SUS. There is a lack of space for discussions about the emotional and psychological challenges experienced by women during motherhood. The overload of tasks resulting from the accumulation of social roles by contemporary women generates physical and psychological suffering, being more common in women with children. More discussions and specific public policies are needed that recognize and embrace the emotional challenges experienced by women-mothers within the scope of the SUS.

Keywords: Maternal Health. Mental Health Assistance. Unified Health System.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Instrumento de coleta de dados.....	31
Figura 2. Iniciativas em Saúde mental.....	77
Figura 3. Ações em Saúde Mental.....	78
Figura 4. Caderneta da Gestante, 2016.....	93
Figura 5. Caderneta da Gestante, 2022.....	93
Figura 6. Caderneta da Gestante, 2023.....	95

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Documentos de Análise .....	25
Tabela 2. Identificação de iniciativa em saúde mental por documento. ....	71
Tabela 3. Síntese da identificação das iniciativas em saúde mental materna .....	85

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PNAISM	Política Nacional de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PBF	Programa Bolsa Família
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SGTS	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
1 OBJETIVOS.....	22
1.1 Geral .....	22
1.2 Objetivos Específicos .....	22
2 MÉTODOS.....	23
2.1 Sobre os documentos de assistência a saúde da mulher .....	25
2.2 Análise de dados .....	32
2.3 Procedimentos Éticos .....	34
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	35
3.1 Perspectivas no campo do cuidado .....	36
3.2 Saúde mental e gênero .....	40
3.3 Sofrimento materno .....	42
3.4 Raça, classe e gênero .....	47
4 RESULTADOS, DISCUSSÃO E ANÁLISE.....	52
4.1. As noções e representações de cuidado com a saúde mental materna .....	53
4.1.1 A Relação entre dignidade e humanização na promoção da saúde materna .....	53
4.1.2. O Modelo Medicalizante/Biomédico.....	59
4.1.3 O Modelo Sociopolítico.....	66
4.1.4 Ausências que comunicam .....	68
4.2. Saúde Mental Materna: iniciativas para cuidado em saúde.....	69
4.2.1. Recomendações diretrizes, protocolos ou orientações e informação e educação em saúde mental .....	71
4.2.2. Intervenções Práticas .....	75
4.3. As Personas e Estereótipos na Assistência à saúde da mulher-mãe no Sistema Único de Saúde (Sus). .....	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	98

## INTRODUÇÃO

O sexo biológico e a interpretação de papéis de gênero indicam as performances que homens e mulheres devem apresentar na sociedade. Retomando o cuidado como uma atividade a ser desempenhada, quase sempre ele é delegado como uma habilidade feminina. Assim, Mattar e Diniz (2012) afirmam que o entendimento de maternidade nas sociedades ocidentais, durante muito tempo, incumbiu essa função às mulheres, prendendo-as ao ideal de execução desse papel, bem como à sua essencialidade para o bem-estar da sociedade. A partir de então, pode-se notar um novo desenho sobre a maternidade, onde as mulheres tornam-se antagonistas e o bebê e a criança são as figuras privilegiadas da atenção materna e do cuidado (Moura; Araújo, 2004).

A construção da mulher e da maneira como se dá o entendimento sobre a maternidade advém do pensamento social iniciado no século XIX, totalmente relacionado à ascensão do capitalismo. Nesse momento, instalaram-se as hierarquias reprodutivas em relação aos homens e mulheres. Dessa forma, conforme Nunes (2011) afirma, consolidaram-se os ideais essencialistas que justificavam as inserções sociais como uma natureza predestinada. Assim, a atuação feminina se daria dentro da esfera doméstica, enquanto que para os homens seria na esfera pública.

Zanello (2022) aponta que, com a valorização dessa ideia essencialista e a massificação da hierarquia do homem em relação à mulher, formulou-se no imaginário social que as mulheres são as responsáveis pela procriação e pelo cuidado. Mesmo que as mulheres atualmente tenham conquistado o lugar no espaço público ao adentrar no mercado de trabalho, elas ainda ocupam o maior número de posições em profissões de cuidado, como pedagogia, enfermagem e psicologia. Estar nessa rede de exercer cuidados múltiplos pode fazer com que as mulheres se sintam "sozinhas na encruzilhada entre trabalho profissional e trabalho de cuidados múltiplos; cuidando muito e sendo pouco cuidadas; muito disponíveis para outros e pouco disponíveis para si" (Zanello, 2022, p. 01).

No entanto, Nunes (2011) afirma que os ideais essencialistas que correlacionavam feminilidade e maternidade não mais são suficientes para definir os paradigmas vivenciados pelas mulheres contemporâneas. Surge, assim, o novo ideal de mulher que precisa se encaixar em todas as exigências sociais impostas ao gênero feminino: "ser bonita, magra de preferência, bem-sucedida profissional e financeiramente ao mesmo tempo que mãe e esposa dedicada"

(Nunes, 2011, p. 112). Dessa maneira, apesar das novas perspectivas para as mulheres, ainda persiste a ideia de que a realização feminina só se completa com a maternidade.

Essa sobrecarga de tarefas, decorrente da acumulação de papéis sociais pelas mulheres contemporâneas, gera sofrimento físico e psíquico, sendo mais recorrente em mulheres que possuem filhos. Esse sofrimento pode se manifestar como esgotamento, estresse e questionamentos acerca da maternagem (Spindola; Santos, 2003).

Sehn e Lopes (2019) asseveram que a maternidade, embora permeada por sentimentos tanto positivos quanto negativos, tende a ter seus aspectos mais desafiadores silenciados. Devido à ênfase excessiva nos momentos felizes da experiência materna, cria-se a falsa ideia de que a maternidade é isenta de dificuldades, o que pode contribuir para sentimentos de culpa e sobrecarga nas mulheres. A falta de espaço para discussões sobre a saúde mental das mulheres-mães impede que se busquem soluções para os desafios vivenciados por elas.

As discussões iniciais no campo da saúde da mulher se deram de forma direta com a saúde materna com destaque na função reprodutiva, no entanto, com o passar dos anos esse paradigma foi sendo alvo de discussões na saúde e conseqüentemente questionado, dando espaço para que a saúde da mulher fosse tratada de maneira mais integral, considerando seus contextos e especificidades. É nesse cenário que está presente a saúde mental materna, assim, com o intuito de promover igualdade entre os sexos, ao longo da segunda metade do século passado as discussões acerca do tema têm buscado reconhecer e afirmar os direitos humanos de mulheres (Mattar; Diniz, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um dos seus princípios basilares, a integralidade, que visa promover a saúde atendendo a demanda dos seus usuários de maneira em que suas subjetividades e contextos sociais sejam consideradas para o se refere à promoção de saúde, “Podemos dizer que a integralidade não é apenas uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) definida constitucionalmente. Ela é uma "bandeira de luta", parte de uma "imagem objetiva" num enunciado de certas características do sistema de saúde” (Machado; Monteiro; Queiroz, 2007, p. 335) assim, se torna importante na criação de políticas públicas.

No Brasil, os programas de saúde que se preocupam com a mulher surgiram nos anos 1920 com a reforma sanitária proposta por Carlos Chagas, iniciando as ações para a proteção materno-infantil, em um momento em que os índices de mortalidade infantil no país estavam altos e assim, durante a Conferência Nacional de Proteção à Infância ficou estabelecido o programa de proteção materno-infantil, cujos objetivos seriam de garantir às crianças alimentação saudável e de boa qualidade, ofertar saneamento básico as famílias e incentivar a participação da mãe e da criança aos postos de higiene, portanto, a preocupação do governo se

dava especificamente com a condição da redução da mortalidade infantil e centrava-se na criança, a mulher era vista apenas como a procriadora, sendo essencial para o desenvolvimento das crianças (Iurconville, 2010).

Neste contexto, tudo que se produzia em relação à saúde da mulher nos anos seguintes era marcado pela lógica biologicista, enfatizando o papel que deveria ser exercido pelas mulheres: o de mãe e doméstica, unicamente responsável pela educação e cuidado da casa e dos filhos. O contexto que demarcava, as políticas de atenção à saúde da mulher efetiva a integralidade nos cuidados em saúde nos campos do pré-natal, parto, puerpério, menopausa e planejamento familiar para além de um olhar biologizante, pois como aponta Mesquita (2010):

“O modelo biológico tornara-se hegemônico e fragmentara o cuidado à saúde, o que se refletiu nos programas do Ministério da Saúde para assistência às mulheres, que até 2004 concentravam-se nos cuidados a determinadas partes do corpo, agravo ou função, em contradição com o modelo de atenção do SUS” (p. 13)

A perspectiva de saúde reprodutiva apresenta um olhar somente para um momento da vida, para uma parte do corpo e do cuidado com a saúde da mulher que envolve a gestação, parto e nascimento, como aponta Hillesheim *et al.* (2009) as políticas públicas de saúde da mulher se organizam de forma a produzir uma determinada maneira de perceber a mulher: como sujeitos mães. Esse cenário começou a mudar por volta da década de 60, quando os movimentos feministas surgiram com o slogan “Nosso corpo nos pertence” revisitando a discussão do destino das mulheres no âmbito privado, sendo tratados como uma demanda de saúde pública, ocasionando o foco ao direito de escolha e direito ao prazer, assim as provocações do movimento feminista induziram a discussões sobre a demanda da saúde da mulher fizeram com que o Ministério da Saúde se movimentasse, levando a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM em 1983.

A criação do PAISM (1984) possibilitou o surgimento da Política Nacional de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004, que parte do diagnóstico epidemiológico da situação da mulher no Brasil e que é o reconhecimento das diretrizes que orientam as políticas de Saúde da mulher, deixando de se tornar um plano, para se torna uma política. A intenção da Política é efetuar a integralidade na promoção da saúde da mulher, que fora prometida no PAISM, que, no entanto, não conseguiu se efetivar. O perfil epidemiológico da mulher no Brasil que baseou a criação do PNAISM trazia os dados da situação da mulher no país e os maiores em agravos em saúde que precisavam ser discutidos, como, por exemplo: a alta taxa de mortalidade materna; a precariedade da atenção obstétrica e em anticoncepção; abortamento

inseguro; Violências domésticas e sexuais; saúde da mulher no climatério; saúde mental e gênero; saúde da mulher lésbica e negra e entre outras demandas. Esse perfil epidemiológico foi importante para que fossem incluídas na PNAISM pautas de saúde mental, indígena, pessoas racializadas, mulheres lésbicas e aprisionadas, embora o documento não tipifique quais as ações em saúde seriam elaboradas e disponibilizadas para as mulheres dos grupos acima.

No entanto, embora o PAISM tenha a proposta de promover a saúde integral da mulher rompendo com o modelo materno-infantil, foi uma política pública que, como aponta Mesquita (2010) incorporava novos e velhos paradigmas da saúde da mulher: a tradicional assistência à maternidade e o novo papel da mulher na sociedade, mais ativo e autônomo. Assim, Hillesheim et al. (2009) aponta que a transição do PAISM (1983) para o PNAISM (2004) ainda seguiu com forte destaque nas questões reprodutivas:

“podemos entender que as questões reprodutivas seguem centrais nos dois momentos de pensar-se a saúde da mulher, seja para afirmá-las como parte de uma suposta essência feminina, seja para reivindicar outras formas de atenção à saúde e de direito ao corpo, incluindo o aborto, a contracepção, as relações entre homens e mulheres, entre outros temas.” (p.202)

Apesar da criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983 e sua consolidação como política nacional (PNAISM) em 2004, o sistema de saúde ainda enfrenta desafios para atender às demandas específicas das mulheres, como a saúde mental. Embora essa temática tenha sido incluída nas políticas públicas, na prática, faltam diretrizes claras sobre como esse acompanhamento deve ser realizado.

Delfino (2019) destaca a diversidade de atores sociais envolvidos no cuidado em saúde da mulher. Essa diversidade inclui mulheres de diferentes origens, como mulheres negras, indígenas, lésbicas, transexuais, pobres, ricas, portadoras de deficiências ou não. No contexto específico da maternidade, as demandas se tornam ainda mais complexas, considerando as necessidades de mães com deficiências, mães atípicas, mães solas, mães trabalhadoras, entre outras. Como afirma Delfino (2019, p. 16), "falar das intersecções que atravessam a vida das mulheres é enveredar em um movimento plural que não se restringe às relações de gênero, mas perpassa os meandros de raça, classe e outras dimensões".

Diante dessa complexa realidade, torna-se urgente que o sistema de saúde se adapte para atender às necessidades específicas das mulheres. Isso inclui a implementação de políticas públicas eficazes, a capacitação dos profissionais de saúde e a criação de serviços especializados que levem em consideração a diversidade das mulheres e suas vivências únicas.

Após um levantamento da literatura, as pesquisas realizadas acerca da temática saúde mental materna nos apresentam um panorama de como ela vêm sendo compreendida, por exemplo, encontramos diversas pesquisas concretizadas na perspectiva de investigar transtornos psicológicos (Mendes; Loureiro; Crippa, 2008 e Marques et al., 2016), também encontramos investigações com o intuito de compreender a relação da saúde mental materna na vinculação afetiva com o bebê e os seus impactos no desenvolvimento infantil (Alvarenga *et al.*, 2018; Nardi *et al.*, 2015), também é possível observar pesquisas que se preocupam com a saúde mental na gestação e puerpério (Guerra *et al.*, 2014; Da Silva, *et al.*, 2021). Apesar das pesquisas se preocuparem em investigar a saúde mental materna, conforme afirma Figueiredo e Pimentel (2022) não existe uma definição do que seria a saúde mental materna, assim, a temática acaba se relacionando com questões biofisiológicas, dessa maneira, se faz necessária ampliar a discussão acerca da temática visando promover o cuidado integral com mulheres e pessoas que gestam.

Uma rotina de cuidados com o bebê gera preocupações, privações de sono, cansaço e exaustão, constantes nos primeiros meses, potencializados por falta de apoio ou pouca participação da figura paterna e mesmo que a maternidade seja desejada ou planejada, é comum ser desgastante em algum nível e as dificuldades surjam (Barros *et al.*, 2017). Contudo, não é natural que mulheres sintam um peso maior que suas possibilidades. Essa exaustão devido à carga do trabalho materno pode fazer com que mulheres se culpabilizem ainda mais por não estar “dando conta” de ser mãe e não busque ajuda profissional para lidar com as demandas de seu esgotamento emocional, tendo em vista, o modo de produzir o sujeito materno como um ser perfeito e incansável (Mikolajczak; Roskam, 2018).

Posta a preocupação com a vida reprodutiva das mulheres, o que resta quando pensamos em saúde mental e especificamente em saúde mental materna? Essa perspectiva de centralidade no aspecto físico e biológico quando se refere à saúde da mulher diz de um ponto de vista que como aponta Costa (2006) transformou as questões populacionais e demográficas. O fazer ginecológico e obstétrico, tornava o corpo feminino uma apropriação médica, levando à medicalização dos corpos femininos, que por sua vez sustentam destinos úteis ao corpo feminino e conforme afirma (Serruya; Cecatti; Lago, 2004, p.1281,) “No Brasil, a atenção à mulher na gestação e parto permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático”.

Partindo desse pressuposto, este projeto tem o intuito de demonstrar ao longo da pesquisa os debates sobre a temática da saúde mental materna para que dessa maneira possam ser

pensadas políticas públicas que auxiliem mulheres-mães a exercerem a maternidade de forma saudável e sem esgotamento físico ou emocional. Como aponta Costa (2009) é necessário que a sociedade Civil e os movimentos feministas se unam em prol da luta pela integralização da saúde da mulher e “necessária articulação da saúde com as políticas sociais, incluindo as de seguridade social, para produzir mudanças efetivas na inclusão e no bem-estar social desta população” (Costa, 2009, p. 1082).

Portanto, este estudo visou analisar a construção da noção de saúde mental materna como temática de interesse para o Sistema Único de Saúde (SUS), para tanto, é necessário compreender que o corpo humano é como um "corpo situado", ou seja, ele é moldado e influenciado pelo ambiente em que está inserido, pois o espaço ao nosso redor não é neutro, mas sim carregado de significados e relações de poder que afetam a forma como construímos a identidade e subjetividade. Para entender melhor essa perspectiva, Butler (2019) utiliza-se dos conceitos topográficos e cenográficos, o que significa que ela analisa como o corpo é mapeado e regulado em diferentes contextos sociais e políticos.

Assim, no sentido topográfico, a maternidade pode ser pensada como um espaço ou lugar particular dentro de um campo social marcado por normas e padrões sobre o que é ser mãe. Tais normas, no entanto, encontram-se, geralmente, veiculadas em discursos de gênero, sexualidade e papel social, regendo, assim, como a maternidade e o ser mãe se fazem presentes, sejam valorizadas e/ou legitimadas. No sentido cênico, a perspectiva de maternidade para Butler (2019) trata a maternidade como um fazer, e assim, a maternidade não pode ser apreendida por meio de uma funcionalidade biológica ou por um estado natural, mas como um fazer a partir de uma série de repetições de atos que reiteram as normas sociais que prescrevem quais são os atos que fazem alguém ser mãe.

Butler (2019) postularia a maternidade como um fenômeno que é, ao mesmo tempo, localizado topograficamente dentro de um espaço social regulado e performado cenograficamente através de atos repetidos que conformam ou desafiam as normas sobre o que significa ser mãe. A maternidade, nesse sentido, não é um dado biológico fixo, mas uma construção social que envolve regulação, performance e potencial para subversão pois, as performances da maternidade podem desafiar ou subverter as normas estabelecidas, como casos de mulheres que rejeitam as expectativas tradicionais de maternidade ou que reinterpreta o que significa ser mãe (como mães não biológicas ou mães em relacionamentos não convencionais) que desafiam a normatividade cenográfica e criando novas formas de expressão da maternidade.

Este estudo buscou compreender a noção da saúde mental materna nas políticas públicas do SUS, analisando as intervenções e iniciativas propostas em documentos sobre saúde da mulher no período de 1984 a 2023. A metodologia qualitativa escolhida se baseou na pesquisa documental, por meio de uma etnografia documental, utilizando documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre saúde da mulher e foram analisados utilizando a Análise Temática de Braun e Clarke.

Cruz (2009) define o cuidado em saúde como uma atitude que envolve o reconhecimento das necessidades do outro, a compreensão das particularidades de cada indivíduo, a valorização da sua autonomia e a busca por um atendimento integral. A autora destaca que o cuidado deve ser compreendido como uma prática que ultrapassa as barreiras do tratamento clínico e que leva em consideração o contexto social, cultural, psicológico e emocional do paciente. Tendo como base essa perspectiva, para nortear a pesquisa, foram adotados os conceitos de Butler tendo em visto que a cenografia se refere à construção performativa do corpo sexuado, enquanto a topografia se refere à disposição espacial e localização dos corpos que moldam a percepção de gênero e sexualidade (Porchat, 2015; De Mauro Rucovsky, 2024). Esses conceitos são fundamentais na abordagem de Butler sobre a materialidade e a construção social do corpo e as discussões que se fazem pertinentes quando tentamos compreender as representações do cuidado na saúde da mulher.

Ao ser criado, o SUS conta com alguns princípios basilares para o seu funcionamento, sendo eles: universalidade, equidade e integralidade. A compreensão sobre integralidade é complexa visto que, ela se refere a uma subjetividade humana no cuidado em saúde de seus usuários no campo coletivo e individual. Dada a integralidade como um conceito de base do SUS, como se dá o cuidado integral presente nas políticas de assistência integral à saúde da mulher e mais especificamente o que é reservado para a mulher que é mãe? <sup>1</sup>

A experiência da gestação e da maternidade, como afirma Tourinho (2006), pode evidenciar fragilidades emocionais e psíquicas nas mulheres. As discussões sobre o tema, no entanto, muitas vezes se concentram em mães que apresentam depressão pós-parto ou outros transtornos mentais, negligenciando a amplitude das vivências maternas. Galvão (2020) destaca que a sobrecarga feminina em relação à maternidade é superior à masculina, considerando a quantidade de horas semanais dedicadas a esse trabalho. Essa dedicação, muitas vezes

---

<sup>1</sup> Até a elaboração deste trabalho, não existia uma política específica que contemplasse a temática do cuidado. No entanto, é relevante mencionar que durante o processo de construção, emergiu a Política Nacional de Cuidado, atualmente em fase de gestão de pessoas para a composição das propostas que nortearão as diretrizes desta política. Este documento reflete, portanto, o contexto vigente até o momento de sua produção, sujeito a eventuais atualizações e considerações provenientes do desenvolvimento da referida política.

invisibilizada, leva as mulheres a assumirem triplas jornadas de trabalho, gerando desgaste emocional e a busca por um padrão inalcançável de "mãe perfeita", como aponta Tourinho (2006). Esse padrão, construído ao longo de gerações, dita como as mulheres devem se comportar ao assumir a função materna.

Para além dos transtornos psicológicos, a maternidade se apresenta como uma tarefa exaustiva que impacta a socialização das mulheres e seu rendimento em outras áreas da vida. Nesse sentido, pensar em políticas públicas de cuidado à saúde mental materna é fundamental, pois beneficia não apenas gestantes, mães e mulheres no puerpério, mas também a criança e a sociedade como um todo. Como aponta Galvão (2020), é necessário investigar os motivos pelos quais a sobrecarga emocional materna e seus impactos na saúde mental são naturalizados pela sociedade.

## **1 OBJETIVOS**

### 1.1 Geral

Analisar a construção da noção de saúde mental materna como temática de interesse para o Sistema Único de Saúde (SUS).

### 1.2 Objetivos Específicos

- a) Compreender as representações de saúde mental materna nos documentos oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS) para as mulheres;
- b) Identificar intervenções e iniciativas propostas para saúde mental materna nos documentos oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS) para as mulheres;
- c) Compreender personas e estereótipos na assistência à saúde da mulher-mãe nos documentos oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS) para as mulheres;

## 2 MÉTODOS

Para o desenvolvimento desta pesquisa, a proposta metodológica escolhida foi a qualitativa. Esta pesquisa possuía como objetivo principal compreender o cuidado com a saúde mental de mulheres-mães, assim a pesquisa qualitativa foi escolhida por se preocupar com aspectos da realidade que não podem ser mensurados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (Fonseca, 2002; Minayo, 2014). Dessa maneira, foi possível trabalhar com os significados, crenças, motivações, valores e expectativas dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

A pesquisa se baseou na metodologia da Etnografia Documental, a qual se configura como um caminho metodológico específico dentro da análise documental. Essa abordagem, conforme Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009, p. 5), consiste em "um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos". Dessa forma, a análise documental pode ser composta das mais variadas fontes de diferentes documentos, incluindo leis, jornais, vídeos e fotos.

Partindo do que os documentos preconizavam, a investigação documental neste trabalho buscou ir além, examinando como esses documentos articulavam, na prática, o acesso e a garantia de direitos para mulheres gestantes e mães. Essa abordagem, alinhada à Etnografia Documental, conforme Ferreira e Lowenkron (2020), vai além da mera análise do que os documentos apontam, registram e dizem. Ela permite explorar a materialidade dos documentos, sua capacidade de conectar pessoas ou gerar rupturas, seus efeitos na ocultação ou na exposição de assimetrias, hierarquias e autoridades, e, ainda, os afetos, agenciamentos e poderes que exercem em diferentes contextos.

A pesquisa documental se tornou importante nesta pesquisa, pois permitiu pesquisar um fato e, ao reconstruir essa história, compreender como era o pensamento de um determinado momento histórico. Conforme Cellard (2008) aponta, o documento é o único vestígio da atividade humana, sendo testemunha de atividades particulares ocorridas em determinado período, favorecendo a evolução do objeto dessa pesquisa.

Portanto, para a execução dessa pesquisa as análises se concentraram como fonte primárias nos seguintes documentos: 1) Documentos que instituem o PAISM (1983): Plano de Assistência Integral à Saúde da Mulher (publicado em 1984); 2) Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (2000-2014); 3) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) - Princípios e Diretrizes (2004); 4) Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico (2005); 5) Saúde Mental no SUS acesso ao

tratamento e mudança do modelo de atenção (Relatório de Gestão 2003 – 2006); 6) Portaria de Consolidação Nº 1.459- Rede Cegonha (2011); 7) Caderno de Atenção Básica – Saúde Mental (2012); 8) Monitoramento e acompanhamento da política nacional de atenção integral à saúde da mulher (2015); 9) Relatório Final da VI Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (2016); 10) Caderneta da Gestante (2016); 11) Caderneta da Gestante (2022) e 12) Portaria GM/MS Nº 230 - Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde – SUS (2023). O objetivo deste estudo foi estabelecer uma análise relacional entre os documentos selecionados, com a possibilidade de inclusão futura de outros documentos que contribuíssem para a pesquisa. A escolha desses documentos se baseou em sua relevância para o debate sobre saúde da mulher, saúde materna e saúde mental, além de apresentarem reflexões sobre gênero e a condição feminina.

<b>Título/Nome do documento</b>	<b>Ano</b>	<b>Tipo de documento</b>	<b>Instituição emissora</b>
PAISM	1984	Protocolos Clínicos e Diretrizes	Ministério da Saúde
Humanização do parto - No pré natal e nascimento	2002	Normas e Manuais técnicos	Ministério da Saúde
PNAISM	2004	Protocolos Clínicos e Diretrizes	Ministério da Saúde
Manual Técnico - Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada	2006	Normas e Manuais técnicos	Ministério da Saúde
Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006	2007	Normas e Manuais técnicos	Ministério da Saúde
Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial	2010	Normas e Manuais técnicos	Conselho Nacional de Saúde
Portaria - Rede Cegonha	2011	Portaria	Ministério da Saúde
Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental	2013	Cadernos de Saúde	Ministério da Saúde
Plano Nacional de Políticas para as Mulheres	2013	Protocolos Clínicos e Diretrizes	Ministério da Saúde
Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher	2015	Normas e Manuais técnicos	Ministério da Saúde

Caderneta da Gestante	2016, 2022 e 2023	Protocolos Clínicos e Diretrizes	Ministério da Saúde
Programa Nacional de Equidade de Gênero, raça e valorização das Trabalhadoras no SUS	2023	Portaria	Ministério da Saúde

Tabela 1. Documentos de Análise. Elaboração Própria, 2023.

## 2.1 Sobre os documentos de assistência a saúde da mulher

### 2.1.1 PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher)

O PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) foi implementado no Brasil em 1984 durante o contexto político e histórico da ditadura militar, que durou de 1964 a 1985. O PAISM foi uma iniciativa do Ministério da Saúde do Brasil em 1984, durante o governo de João Baptista de Oliveira Figueiredo e embora o programa tenha sido desenvolvido por uma equipe de profissionais da área de saúde e especialistas, não há um autor específico atribuído à redação do PAISM, ele foi redigido sob a supervisão do então ministro da Saúde Carlos Corrêa de Menezes Sant'anna, que era médico pediatra. Durante a ditadura militar, o acesso aos serviços de saúde no Brasil era restritos e desiguais, com pouca atenção voltada para as necessidades específicas das mulheres, a atenção à saúde materno-infantil era insuficiente, e as mulheres enfrentavam dificuldades para ter acesso a métodos contraceptivos, planejamento familiar e cuidados pré-natais.

Assim, o PAISM foi criado como parte de um movimento que buscava uma abordagem mais abrangente e igualitária para a saúde. O programa tinha como objetivo principal oferecer atendimento de saúde integral às mulheres, contemplando desde a prevenção de doenças até a assistência durante a gravidez, o parto e o pós-parto. Além disso, o PAISM também visava promover a educação sexual e o planejamento familiar, fornecendo informações sobre métodos contraceptivos e incentivando o direito das mulheres a fazer escolhas reprodutivas conscientes, se propunha também a combater a violência contra as mulheres e promover a equidade de gênero.

### 2.1.2 Humanização Do Parto: Humanização No Pré-Natal E Nascimento (2002)

O documento Humanização do Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento foi publicado em 2002 e faz parte de uma série de diretrizes e recomendações relacionadas à saúde

materna e infantil no Brasil. O contexto histórico e político em que esse documento foi publicado é marcado por mudanças nas políticas de saúde, especialmente no que se refere à atenção à saúde da mulher e ao parto, devido aos ideais interligados a reforma sanitária, durante a década de 1990 e início dos anos 2000, houve uma crescente conscientização sobre a importância de garantir uma assistência humanizada durante a gravidez, o parto e o pós-parto, buscando respeitar os direitos e a autonomia das mulheres.

No Brasil, o movimento pela humanização do parto ganhou força nesse período, com a mobilização de organizações da sociedade civil, profissionais de saúde, pesquisadores e ativistas. Diversas evidências apontavam para a necessidade de mudanças nas práticas obstétricas, buscando reduzir a medicalização excessiva, os procedimentos desnecessários e a violência obstétrica, além de promover uma maior participação da mulher nas decisões relacionadas ao parto. A Humanização do Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento foi produzido pelo Ministério da Saúde do Brasil, por meio da Secretaria de Políticas de Saúde, com a colaboração de especialistas, pesquisadores e profissionais de saúde. Ele reflete os avanços e as diretrizes estabelecidas naquele momento para promover uma assistência humanizada no pré-natal e no parto, reconhecendo a importância da autonomia e do respeito aos direitos das mulheres durante esse processo.

O documento Humanização do Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento foi publicado pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2002 e é possível encontrá-lo no site oficial do Ministério da Saúde ou em sua biblioteca virtual, por intermédio do site do Ministério da Saúde ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)), lá, é possível fazer uma busca pelo título do documento ou pelos termos relacionados à humanização do parto. Geralmente, o Ministério da Saúde disponibiliza seus documentos em formato PDF para download gratuito. Caso não encontre o documento diretamente no site do Ministério da Saúde, também podemos encontrar em bibliotecas virtuais, como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que reúne publicações na área da saúde de diversos países, incluindo o Brasil. Além disso, é válido mencionar que o documento pode estar disponível em instituições de ensino, como universidades e faculdades que possuam cursos na área da saúde, ou em organizações que atuam especificamente com a temática da humanização do parto. Nesses casos, é possível que você precise entrar em contato diretamente com a instituição para obter acesso ao documento.

### **2.1.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes (PNAISM)**

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes é um documento que estabelece diretrizes e orientações para a saúde da mulher no Brasil. Foi publicado em 2004 e faz parte dos esforços do Ministério da Saúde para promover a saúde e os direitos das mulheres. O contexto histórico e político em que esse documento foi publicado está relacionado aos avanços e discussões no campo da saúde pública, direitos das mulheres e equidade de gênero no Brasil. No início dos anos 2000, o país estava em um período de consolidação das políticas de saúde e ampliação do acesso aos serviços de saúde e o ano de 2004 foi considerado um ano de extrema importância e visibilidade para a saúde da mulher. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi redigida por uma equipe multidisciplinar do Ministério da Saúde, em colaboração com especialistas, profissionais de saúde e representantes da sociedade civil. O processo de elaboração contou com a participação de consultas, debates e contribuições de diversos atores envolvidos na saúde e nos direitos das mulheres. É possível encontrá-lo no site oficial do Ministério da Saúde ou em sua biblioteca virtual, por intermédio do site do Ministério da Saúde ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)), lá, é possível fazer uma busca pelo título do documento ou pelos termos relacionados à humanização do parto. Geralmente, o Ministério da Saúde disponibiliza seus documentos em formato PDF para download gratuito. Caso não encontre o documento diretamente no site do Ministério da Saúde, também podemos o encontrar em bibliotecas virtuais, como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que reúne publicações na área da saúde de diversos países, incluindo o Brasil.

#### **2.1.4 Manual Técnico: Pré-Natal e Puerpério Atenção: Qualificada e Humanizada (2006)**

O documento Manual Técnico: Pré-Natal e Puerpério - Atenção Qualificada e Humanizada foi publicado em 2006 e faz parte dos esforços do Ministério da Saúde do Brasil para melhorar a qualidade e humanização da assistência pré-natal e pós-parto. O contexto histórico e político em que esse manual foi publicado está relacionado ao desenvolvimento das políticas de saúde materna e infantil no país. O Brasil, nessa época, buscava fortalecer a atenção à saúde da mulher durante a gestação e no período pós-parto, buscando reduzir a mortalidade materna e infantil, além de melhorar o cuidado prestado às mulheres.

O manual foi redigido por uma equipe de profissionais de saúde do Ministério da Saúde, em colaboração com especialistas e pesquisadores da área de obstetrícia e saúde materna. O processo de elaboração envolveu a revisão da literatura científica, a consulta a diretrizes e recomendações internacionais e a experiência de profissionais que atuam na área. Para encontrar o manual, você pode acessar o site oficial do Ministério da Saúde ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)) e procurar pela seção de publicações ou documentos técnicos. Utilize os

termos Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério ou Atenção Qualificada e Humanizada na busca. O Ministério da Saúde disponibiliza muitas de suas publicações em formato PDF para download gratuito.

#### **2.1.4 RELATÓRIO DE GESTÃO - 2003 – 2006: Coordenação Geral de Saúde Mental**

O "RELATÓRIO DE GESTÃO - 2003 – 2006: Coordenação Geral de Saúde Mental" é um documento que apresenta um panorama das ações e resultados da Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde do Brasil no período de 2003 a 2006. O contexto histórico e político desse relatório está relacionado aos avanços e transformações na política de saúde mental no país durante aquele período. Esses anos foram marcados pela implementação da Reforma Psiquiátrica brasileira, que buscou substituir o modelo tradicional de internação em hospitais psiquiátricos pelo cuidado em serviços de saúde comunitários, com ênfase na inclusão social e na participação dos usuários.

O relatório teve como objetivo apresentar os avanços, desafios e impactos das ações da Coordenação Geral de Saúde Mental no período em questão. Ele fornece informações sobre as políticas, programas e estratégias desenvolvidas, bem como os resultados alcançados na promoção da saúde mental e no fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Quanto à autoria do documento, ele foi redigido pela própria Coordenação Geral de Saúde Mental, com base em informações e dados provenientes de gestores, profissionais de saúde, usuários dos serviços e outros atores envolvidos na implementação da política de saúde mental no Brasil.

O RELATÓRIO DE GESTÃO - 2003 – 2006: Coordenação Geral de Saúde Mental, pode ser encontrado no site oficial do Ministério da Saúde ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)) e procurar pela seção de publicações ou documentos técnicos. Utilize os termos "Relatório de Gestão Coordenação Geral de Saúde Mental" na busca. O Ministério da Saúde disponibiliza muitas de suas publicações em formato PDF para download gratuito. Caso não encontre o relatório diretamente no site do Ministério da Saúde, você também pode entrar em contato com a Coordenação Geral de Saúde Mental ou buscar em bibliotecas virtuais especializadas em saúde, como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que reúne publicações na área da saúde de diversos países, incluindo o Brasil. Essas bibliotecas podem oferecer acesso ao relatório em formato digital.

#### **2.1.5 Portaria Nº 1.459/2011 - Rede Cegonha**

A Portaria Nº 1.459/2011 - Rede Cegonha foi um documento emitido pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2011. Ela estabeleceu diretrizes e ações para a implementação da Rede

Cegonha, uma estratégia de atenção integral à saúde materna e infantil. O contexto histórico e político desse documento está relacionado aos esforços do governo brasileiro para melhorar a assistência à saúde materna e infantil no país. A Rede Cegonha foi criada como uma resposta aos desafios enfrentados na atenção à gravidez, ao parto e ao puerpério, visando garantir o acesso universal e qualificado aos serviços de saúde nesse período.

O objetivo da Portaria Nº 1.459/2011 foi estabelecer as diretrizes, os princípios e as ações prioritárias da Rede Cegonha. Ela buscou promover uma atenção integral, humanizada e de qualidade às mulheres durante a gestação, o parto, o puerpério e o cuidado com o recém-nascido, por meio do fortalecimento da rede de cuidados e da integração dos serviços de saúde. A Rede Cegonha inclui propostas relacionadas à saúde mental materna e infantil. A estratégia reconhece a importância da saúde mental durante a gestação, o parto, o puerpério e o cuidado com o recém-nascido.

Dentro da Rede Cegonha, há diretrizes e ações voltadas para a promoção da saúde mental das mulheres durante a gravidez, com atenção especial às demandas emocionais e psicológicas que podem surgir nesse período, também abrange a atenção à saúde mental do recém-nascido e da criança, promovendo o vínculo afetivo entre mãe e bebê, a amamentação e o desenvolvimento saudável. Essa abordagem considera a importância dos aspectos emocionais e relacionais no cuidado com a criança desde os primeiros momentos de vida..

Quanto à autoria do documento, a Portaria foi redigida pela equipe técnica do Ministério da Saúde, com base em estudos, evidências científicas, experiências exitosas e diálogo com profissionais de saúde, especialistas e representantes da sociedade civil envolvidos na área da saúde materno-infantil. Para encontrar a Portaria Nº 1.459/2011 - Rede Cegonha, você pode acessar o site oficial do Ministério da Saúde ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)) e procurar pela seção de legislação ou publicações. Utilize os termos "Portaria 1.459/2011 Rede Cegonha" na busca. O Ministério da Saúde geralmente disponibiliza suas portarias em formato PDF para download gratuito. Caso não encontre a portaria diretamente no site do Ministério da Saúde, você também pode entrar em contato com o Ministério ou buscar em bibliotecas virtuais especializadas em saúde, como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que reúne publicações na área da saúde de diversos países, incluindo o Brasil. Essas bibliotecas podem oferecer acesso à portaria em formato digital.

### **2.1.6 Caderno de Atenção Básica – Saúde Mental (2012)**

É um documento elaborado pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2013, que tem como objetivo fornecer informações e orientações para a organização e o desenvolvimento das ações de saúde mental na Atenção Básica. O documento foi produzido pela Secretaria de Atenção à

Saúde, por meio do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, em parceria com especialistas em saúde mental de todo o país. O documento também aborda a integração das ações de saúde mental com outros serviços de saúde, como a Estratégia Saúde da Família, e a importância da participação da comunidade no cuidado em saúde mental.

### **2.1.7 Relatório Monitoramento e acompanhamento da política nacional de atenção integral à saúde da mulher (2015)**

Foi um documento produzido pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2015, durante o governo da ex-presidente Dilma Rousseff. O Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher estabeleceu uma série de indicadores e metas para monitorar a implementação da política de atenção integral à saúde da mulher, incluindo a redução da mortalidade materna e neonatal, a ampliação do acesso a métodos contraceptivos, a prevenção e o combate à violência contra a mulher e a promoção da saúde sexual e reprodutiva. O documento também enfatiza a importância do cuidado integral à saúde da mulher, abrangendo aspectos físicos, mentais e sociais, e a necessidade de fortalecer a participação social e a integração dos serviços de saúde para garantir a efetividade da política de atenção integral à saúde da mulher.

### **2.1.8 Relatório Final da VI Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (2017)**

É um documento que reúne as principais deliberações, propostas e recomendações discutidas e aprovadas durante a Conferência, realizada em 2017. Na época da realização da VI Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, o presidente do Brasil era Michel Temer. A Conferência foi promovida pelo Conselho Nacional de Saúde em parceria com o Ministério da Saúde e outras instituições, e teve como objetivo aprofundar o debate sobre a política de saúde mental no Brasil, visando à sua consolidação e melhoria.

### **2.1.9 Caderneta da Gestante (2016, 2022 e 2023)**

A Caderneta da Gestante é um instrumento utilizado no Brasil para acompanhar a saúde e o desenvolvimento das gestantes e de seus bebês durante a gestação e nos primeiros anos de vida. Em 2022, foi lançada uma nova versão da Caderneta da Gestante, que traz algumas alterações em relação à versão anterior. Entre as mudanças, destaca-se a inclusão de informações sobre os direitos das mulheres gestantes e lactantes, como a licença-maternidade e a amamentação em locais públicos e privados. Além disso, a nova versão da Caderneta da Gestante traz informações atualizadas sobre a prevenção e o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e sobre os cuidados com a saúde mental da gestante e do bebê.

### 2.1.10 Portaria GM/MS Nº 230 - Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde – SUS (2023)

O objetivo desse programa é promover a equidade de gênero e raça no SUS, com ações voltadas para a valorização das trabalhadoras e a promoção de condições de trabalho saudáveis e seguras, além de estratégias para a atenção integral à saúde das mulheres, especialmente aquelas que vivem em situações de vulnerabilidade social. Entre as principais diretrizes do Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no SUS, estão: o fortalecimento da participação das mulheres na gestão do SUS, a promoção da saúde integral da mulher, a valorização das trabalhadoras do SUS e a promoção da equidade de gênero e raça no acesso aos serviços de saúde.

### 2.2 Instrumento para coleta de dados

Para a coleta de dados, desta pesquisa foi elaborada, pela pesquisadora um instrumento específico utilizando o *Microsoft Excel* (Apêndice A). Este instrumento foi desenhado para alinhar-se com os objetivos específicos da pesquisa. O *Excel* foi escolhido como a plataforma para criar o instrumento de coleta de dados devido à sua flexibilidade e capacidade de manipulação de grandes volumes de dados, quanto a estrutura do instrumento inclui-se 3 abas, cada uma dedicada a um objetivo desta pesquisa, dentro de cada aba, foram criadas tabelas com colunas que representam o conteúdo dos documentos oficiais de saúde pública, como anexado abaixo.

1. Representação de saúde mental materna nas políticas públicas no Sistema Único de Saúde (SUS)	
CONTEÚDO	1 - PAISM (1984)
CONTEÚDO	2 - Humanização do parto - Pre natal e nascimento (2002)
CONTEÚDO	2 - Humanizacao do parto (2014)
CONTEÚDO	3 - PNAISM (2004)
CONTEÚDO	4 - MANUAL TECNICO - PRÉ NATAL E PUERPÉRIO (2006)
CONTEÚDO	5- SAÚDE MENTAL NO SUS: RELATÓRIO (2007)
CONTEÚDO	6 - Final da IV Conferência Nacional de Saúde mental (2010)
CONTEÚDO	7 - PORTARIA REDE CEGONHA (2011)
CONTEÚDO	8 - CADERNOS DA ATENÇÃO BÁSICA - SAÚDE MENTAL (2013)

Figura 1. Instrumento de coleta de dados.

A utilização do Excel como ferramenta de coleta e organização de dados foi fundamental para a estruturação e análise das cinco categorias analíticas: mulher, cuidado, gênero, saúde mental e maternidade, estas categorias foram escolhidas com base nos objetivos específicos da pesquisa e constituem os principais temas de investigação. A estrutura do quadro

no Excel facilitou a coleta, organização e análise dos dados relacionados a essas categorias, proporcionando uma visão clara e detalhada das interrelações e dinâmicas presentes nos contextos estudados.

### **2.3 Análise de dados**

Para realizar uma etnografia documental é fundamental definir categorias analíticas que orientem a análise dos dados. Privilegiou-se a perspectiva antropológica, que concebe o arquivo como campo etnográfico, onde buscou-se, metaforicamente, mais ouvi-lo do que fazê-lo falar, ao tratar tanto o documento quanto seus autores e autoras como interlocutores, a fim de compreender as maneiras como eles constituem, hierarquizam, separam e relacionam pessoas (Des Chenes, 1997; Cunha, 2004; Ferreira; Lowenkron, 2020).

A delimitação cuidadosa de categorias de análise emerge como imprescindível metodológico incontestável no âmbito da pesquisa científica, especialmente quando se visa a compreensão abrangente de temáticas multifacetadas. A meticulosa divisão dessas categorias não apenas confere clareza conceitual ao processo analítico, mas também constitui uma estratégia eficaz para elucidar nuances intrínsecas a cada componente do tema de pesquisa, portanto, para embasar a escolha e divisão das categorias de análise deste trabalho utilizou-se da Análise temática proposta por Virginia Braun e Victoria Clarke.

A análise temática é uma abordagem metodológica para identificar, analisar e relatar padrões dentro de dados (Braun; Clarke, 2006). Ela minimamente organiza e descreve seu conjunto de dados em detalhes e vai além disso para interpretar vários aspectos do tema de pesquisa (Braun; Clarke, 2006), e é realizada através de seis fases: familiarização com os dados, geração de códigos iniciais, busca por temas, revisão de temas, definição e nomeação de temas e produção do relatório, conforme na tabela:

Fase	Descrição
1) Familiarização com dados	Transcrever os dados e revisá-los; ler e reler o banco; anotar ideias iniciais durante o processo.
2) Gerando códigos iniciais	Codificar aspectos interessantes dos dados de modo sistemático em todo o banco; reunir extratos relevantes a cada código.
3) Buscando temas	Reunir os códigos em temas potenciais; unir todos os dados pertinentes a cada tema em potencial.
4) Revisando os temas	Checar se os temas funcionam em relação aos extratos e ao banco de dados como um todo; gerar mapa temático da análise.
5) Definindo e nomeando os temas	Refinar os detalhes de cada tema e a história que a análise conta; gerar definições e nomes claros a cada tema.
6) Produzindo o relatório	Fornecer exemplos vívidos; última análise dos extratos escolhidos na relação com pergunta de pesquisa e literatura; relato científico da análise.

Tabela 1. SOUZA, Luciana Karine de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. Arq. bras. psicol., Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019.

A Análise Temática de Braun e Clarke (2006) se configura como uma ferramenta valiosa para pesquisadores que desejam realizar análises qualitativas de dados de forma acessível e flexível. Nesse sentido, este estudo identificou cinco categorias analíticas e cabe salientar que tais categorias servem como ponto de partida para o cumprimento dos objetivos específicos da pesquisa, sendo elas:

**Mulher:** com esta categoria pretende-se analisar as representações da mulher nas políticas públicas e nos documentos oficiais. Essas representações podem ser explícitas ou implícitas e servirá para identificar as personas que surgem nas políticas. Por exemplo, um documento oficial pode definir a mulher como "mãe" ou "cuidadora", o que pode indicar que a saúde mental da mulher é vista como secundária à sua função materna ou cuidadora;

**Saúde mental:** A categoria saúde mental analisa as concepções de saúde mental e as formas de cuidado com a saúde mental da mulher mãe. Essas concepções podem ser baseadas em diferentes paradigmas, como o biomédico, o psicossocial ou o cultural. Um documento oficial pode definir a saúde mental como a ausência de doença mental, o que pode indicar que o cuidado com a saúde mental da mulher mãe está pouco focado na prevenção ou no cuidado com a saúde mental.

**Maternidade:** nesta categoria analisa-se os significados da maternidade para os documentos que reúnem a perspectiva do cuidado com mulheres-mães. Tendo em vista que as experiências relacionadas a maternidade podem ser positivas, negativas ou ambivalentes, como esse cenário é retratado nas políticas de saúde.

**Cuidado:** a categoria cuidado analisa as práticas e os discursos sobre o cuidado com a saúde mental da mulher mãe. Essas práticas podem ser fornecidas por profissionais de saúde,

familiares ou amigos. Um documento oficial pode definir o cuidado com a saúde mental da mulher mãe como um processo centrado na mulher, o que pode indicar que o cuidado deve ser personalizado e respeitar as necessidades da mulher.

**Gênero:** a categoria gênero analisa as relações de gênero e as formas como elas impactam o cuidado com a saúde mental da mulher-mãe. Essas relações podem ser baseadas em diferentes normas e expectativas sociais. Um documento oficial pode definir a mulher como a principal responsável pelo cuidado dos filhos, o que pode indicar que as mulheres enfrentam barreiras para acessar o cuidado com a saúde mental.

Dessa maneira, as cinco categorias analíticas - gênero, mulher, maternidade, cuidado e saúde mental - quando entrelaçadas com os conceitos de topografia e cenografia de Judith Butler (2019), nos convidam a uma desconstrução da realidade complexa do cuidado com a saúde mental materna no âmbito do SUS. Essas categorias nortearam a pesquisa, desde a coleta de dados até a análise e interpretação dos resultados.

### **2.3 Procedimentos Éticos**

Para levantar as informações necessárias, a dissertação trabalhou, sobretudo, com fontes de informação todas públicas e de acesso livre e universal, portanto, não se foi necessário a aplicação no comitê de ética em pesquisa, conforme formula a Resolução 466/2012 e 510/2016 do CNS. O cronograma desta pesquisa durou 31 meses e foi organizado conforme as diretrizes e orientações do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

A sociedade em que vivemos é um mosaico complexo, formado por diferentes discursos que se entrelaçam e moldam nossas experiências. Quando olhamos a maternidade através das lentes do gênero, raça e classe, podemos ver um panorama abstruso e desafiador, onde a saúde mental se torna um campo turvo. Por essa razão, vamos iniciar explorando as discussões realizadas por Hannah Arendt, Carol Gilligan e Michel Foucault sobre o conceito e práticas que envolve o cuidado.

Em seguida iremos compreender a relação entre saúde mental e gênero, a forma como vivenciamos a saúde mental é profundamente influenciada pelo nosso gênero, tendo em vista as expectativas sociais, os papéis de gênero e as desigualdades de poder afetam a saúde mental de homens e mulheres de maneiras diferentes. No caso das mulheres, elas enfrentam pressões sociais que podem levar a uma sobrecarga emocional e à internalização de expectativas irreais. O ideal de feminilidade tradicional, que enfatiza o cuidado e a abnegação, pode ser um fardo pesado.

As vivências relacionadas à saúde reprodutiva, como menstruação, gravidez, parto e menopausa, também podem gerar desafios específicos para a saúde mental das mulheres. Infelizmente, muitas vezes essas questões são negligenciadas. A maternidade, por muitas vezes romantizada e idealizada, pode se tornar um terreno fértil para o sofrimento psíquico quando se chocam com a realidade complexa dos cuidados maternos. A pressão por ser uma "mãe perfeita" gera culpa, ansiedade e baixa autoestima. Em um contexto social que glorifica a maternidade e ignora as dificuldades reais, as mães podem se sentir sobrecarregadas com as responsabilidades. Conciliar trabalho e cuidados com os filhos pode gerar esgotamento físico e emocional, afetando negativamente a saúde mental das mães.

A falta de apoio social, como uma rede de familiares, amigos ou serviços de creche, intensifica o sofrimento das mães, especialmente aquelas que são mães solas ou estão em situação de vulnerabilidade social. Muitas vezes, as mães acabam negligenciando sua própria saúde, priorizando a saúde dos filhos em detrimento da sua própria.

Por fim, vamos abordar as interseccionalidades entre raça, classe e gênero, que intensificam as desigualdades e o sofrimento psíquico, criando barreiras adicionais ao acesso à saúde mental de qualidade. As mulheres negras enfrentam o racismo e o sexismo de forma simultânea, o que as coloca em maior risco de transtornos mentais, como depressão e ansiedade. Além disso, o acesso precário à saúde e aos serviços de apoio social intensifica o sofrimento.

Mulheres de baixa renda também enfrentam desafios adicionais. A pobreza limita o acesso à saúde mental de qualidade, dificultando o diagnóstico e tratamento adequados. Além disso, a falta de recursos financeiros aumenta o risco de exposição a situações de violência e estresse. Grupos marginalizados, como LGBTQIA+, também sofrem com a discriminação e a exclusão social. É importante reconhecer que as desigualdades não existem isoladamente, mas estão interligadas e se reforçam mutuamente.

Em resumo, a saúde mental materna é construída socialmente por diversos fatores, como gênero, raça, classe. É preciso reconhecer as diferentes experiências e desafios enfrentados por mulheres, além de considerar as interseccionalidades que agravam as desigualdades, o que nos propomos a discutir nos capítulos a seguir.

### 3.1 Perspectivas no campo do cuidado

Diferentes perspectivas podem nos ajudar a refletir sobre o papel do cuidado em nossas vidas e na sociedade e principalmente como este conceito se aplica as temática de gênero e as discussões que rodeiam o campo da saúde da mulher, para isso, neste trabalho iremos conferir as perspectivas proposta por Hannah Arendt, Carol Gilligan e Michel Foucault.

Hannah Arendt, filósofa e teórica política do século XX, oferece uma perspectiva singular sobre o cuidado em sua obra, desafiando concepções tradicionais e expandindo seu significado para além dos limites do âmbito privado. O pensamento arendtiano é notável por sua abordagem multifacetada da condição humana, e o cuidado emerge como um elemento central em sua reflexão, ao contrário de abordagens que confinam o cuidado ao âmbito doméstico e à esfera privada, Arendt propõe uma redefinição que incorpora suas dimensões políticas, sociais e éticas (César; Duarte,2010).

A visão de Hannah Arendt sobre o cuidado na esfera privada e sua dimensão política é bastante relevante. Segundo Gonzaga e Couto (2019) Arendt vê a esfera pública como o lugar de práxis política, do debate e discussão entre pares. Na sociedade moderna, essa esfera é invadida por preocupações e ações que, para Arendt, dizem respeito exclusivamente à esfera privada, portanto, o cuidado na esfera privada, quando vinculado à preservação do mundo comum, adquire uma dimensão política, a atenção dedicada à educação das gerações futuras é um exemplo de um ato de cuidado que contribui para a continuidade e a renovação do tecido social.

A visão arendtiana do cuidado ganha destaque na esfera pública, onde ela o conecta diretamente à preservação do mundo comum. O cuidado, nesse contexto, não é apenas uma preocupação pessoal, mas uma responsabilidade compartilhada com implicações políticas

significativas, essa forma de conectar as pessoas baseia-se principalmente no cuidado e na preocupação com o outro, próximo ao conceito de *amor mundi* proposto por Arendt (Silva; Freitas, 2021), a preocupação coletiva com as condições que possibilitam a vida em comunidade.

Arendt destaca que a preservação do mundo comum implica a consideração das gerações futuras (Almeida, 2022), assim o cuidado responsável implica não apenas na manutenção do presente, mas na construção de um legado que honre a diversidade e a pluralidade humanas ao longo do tempo, nesse sentido, o cuidado torna-se um ato político de grande envergadura, com implicações éticas profundas (Cestari; Florêncio; Pessoa, 2022).

O cuidado na ação política manifesta-se na atenção às necessidades e aspirações da comunidade, a criação de espaços públicos de deliberação, o diálogo autêntico e a busca por soluções que beneficiem o coletivo são expressões desse cuidado. Arendt propõe que a verdadeira política é aquela que reflete uma forma elevada de cuidado pelo mundo compartilhado, dessa forma, Arendt aborda o cuidado em meio às crises contemporâneas, especialmente em um contexto marcado por fenômenos como o totalitarismo e a alienação, alertando para os perigos da indiferença e da negligência do cuidado na esfera pública.

Arendt, ao enfatizar a importância do cuidado, sugere que ele pode ser um antídoto contra essas crises. O engajamento ativo na esfera pública, a responsabilidade coletiva e a promoção da pluralidade são, para Arendt, expressões concretas do cuidado necessário para enfrentar os desafios contemporâneos. Em síntese, a visão de Hannah Arendt sobre o cuidado transcende concepções convencionais, transformando-o em um princípio ético e político de grande relevância. O cuidado, para Arendt, não é apenas uma atividade pessoal ou doméstica, mas uma força dinâmica que permeia a esfera pública, a ação política e a responsabilidade intergeracional. Ao integrar o cuidado em sua filosofia política, Arendt oferece uma abordagem que destaca a importância do compromisso ativo com o mundo compartilhado, o cuidado, assim compreendido, emerge como um elemento vital na construção de uma sociedade mais justa, sustentável e preocupada com o bem-estar coletivo.

Dessa maneira, a discussão acerca da temática do cuidado proposta por Hannah Arendt apontam para a importância do cuidado para a construção da identidade e da moralidade humana, na perspectiva da moralidade humana, também encontramos a discussão do termo proposta por Carol Gilligan, uma renomada psicóloga e feminista que é reconhecida por suas contribuições teóricas no campo da ética do cuidado.

Seu trabalho, especialmente evidenciado em sua obra *In a Different Voice* (1982), desafia as abordagens éticas tradicionais, predominantemente masculinas, que se baseiam na

moralidade de justiça. Gilligan (1982) argumenta que as mulheres tendem a adotar uma perspectiva ética centrada no cuidado, que valoriza as relações interpessoais e a responsabilidade para com os outros, levando a conclusão de que o desenvolvimento moral entre meninos e meninas ocorrem de maneiras diferentes.

A teoria do cuidado de Gilligan surge como uma crítica às teorias éticas predominantes, como a proposta por Lawrence Kohlberg, que trazia uma abordagem baseada em estágios de desenvolvimento moral centrados na justiça e nos direitos individuais. Dessa maneira Gilligan (1982) aponta que os estudos empíricos de Kohlberg apresenta uma perspectiva masculina com enfoque em regras, justiça e direito em detrimento a outros aspectos tão importantes quanto para a moralidade, como as emoções, sentimentos e relações interpessoais.

Assim, Missaggia (2020) aponta que Gilligan não nega a importância das moralidades propostas por Kohlberg, no entanto, a autora enfatiza a necessidade de reconhecer e valorizar uma ética do cuidado que, segundo ela, é igualmente válida e crucial para uma compreensão abrangente da moralidade. Em sua análise, Gilligan destaca as diferenças entre a forma como homens e mulheres abordam questões éticas, propondo que as mulheres muitas vezes priorizam o cuidado e a responsabilidade interpessoal sobre a justiça abstrata, a autora argumenta que essa diferença não é uma questão de superioridade ou inferioridade moral, mas sim uma expressão legítima de uma ética do cuidado que merece ser reconhecida e valorizada.

Uma das principais contribuições de Gilligan é sua crítica à invisibilidade do cuidado nas teorias éticas tradicionais. Ela observa que a ênfase na justiça muitas vezes negligencia as relações interpessoais e as nuances das situações éticas concretas. Ao destacar a importância do cuidado, Gilligan busca preencher essa lacuna e fornecer uma perspectiva mais abrangente sobre o desenvolvimento moral. Gilligan baseia sua teoria do cuidado em estudos empíricos, incluindo entrevistas com mulheres de diferentes idades, culturas e contextos sociais. Suas descobertas indicam que as mulheres muitas vezes articulam preocupações éticas em termos de responsabilidade para com os outros, preservação de relacionamentos e promoção do bem-estar emocional. Essa ênfase no cuidado, segundo Gilligan, não implica uma falta de consideração pela justiça, mas sim uma abordagem mais integradora que reconhece a interconexão entre os indivíduos e as complexidades das relações humanas.

Ao analisar as diferenças de gênero em relação ao desenvolvimento moral, Gilligan destaca a presença de duas vozes éticas distintas: a voz da justiça, mais comumente associada aos homens, e a voz do cuidado, associada às mulheres. Ela argumenta que as mulheres frequentemente enfrentam um dilema ético ao tentar equilibrar as demandas da justiça e do cuidado, o que pode levar a mal-entendidos ou subvalorização de suas perspectivas éticas. Além

disso, Gilligan destaca a importância de superar as dicotomias de gênero em abordagens éticas. Em vez de perpetuar a ideia de que homens são essencialmente justos e as mulheres essencialmente cuidadoras, ela defende uma abordagem mais inclusiva que reconheça a presença de ambas as vozes éticas em homens e mulheres. Isso implica uma compreensão mais matizada e complexa do desenvolvimento moral, que vai além das categorizações simplistas de gênero.

A teoria do cuidado de Gilligan também tem implicações práticas e políticas. Ela argumenta que uma ética do cuidado pode informar e transformar práticas sociais e políticas, promovendo uma abordagem mais compassiva e centrada nas relações humanas. Gilligan destaca a importância de incluir uma perspectiva ética do cuidado na tomada de decisões em áreas como a educação, saúde e justiça, a fim de criar sociedades mais justas e equitativas. Em conclusão, a contribuição de Carol Gilligan para a ética do cuidado representa uma importante expansão do debate ético, desafiando as abordagens tradicionais centradas na justiça. Sua teoria destaca a importância do cuidado nas decisões éticas e busca integrar uma perspectiva mais abrangente e inclusiva no campo do desenvolvimento moral. Ao reconhecer a validade tanto da voz da justiça quanto da voz do cuidado, Gilligan oferece uma abordagem mais rica e complexa para compreender a natureza multifacetada da moralidade humana.

Dentro desse contexto, a perspectiva de cuidado em Michel Foucault se destaca como uma temática que perpassa suas análises sobre as dinâmicas de poder, controle social e subjetividade. Foucault se interessou pelo cuidado de si a partir de suas pesquisas sobre a cultura greco-romana. Ele observou que, na antiguidade, o cuidado de si era considerado uma prática essencial para a vida virtuosa, os gregos e romanos acreditavam que o cuidado de si era necessário para alcançar a sabedoria e a felicidade.

Foucault introduz a noção de biopolítica como uma forma de poder que se concentra na gestão da vida e da população. Nessa perspectiva, o cuidado está intrinsecamente relacionado à administração da vida biológica e social. A biopolítica representa uma mudança de foco do poder disciplinar, que se concentrava nas instituições fechadas, para um poder que busca regular e controlar a vida em sociedade. O cuidado, nesse contexto, não é uma expressão benevolente, mas sim uma ferramenta do poder que visa otimizar, normalizar e regular a vida da população. Foucault destaca como práticas como a medicina, a higiene e as políticas de saúde tornam-se instrumentos através dos quais o Estado exerce seu cuidado sobre a vida dos cidadãos. Contudo, esse cuidado é permeado por relações de poder que moldam a vida de acordo com padrões socialmente estabelecidos.

Na contemporaneidade, o cuidado de si é frequentemente associado ao autocuidado, no entanto, Foucault argumenta que o cuidado de si é mais do que apenas autocuidado. Ele é uma prática ética e política que implica uma relação positiva consigo mesmo e com o mundo. Foucault defende que o cuidado de si é uma forma de resistência às formas de poder que tentam controlar e disciplinar os corpos e as mentes. As formas de poder modernas, como o poder médico, o poder psiquiátrico e o poder jurídico, procuram controlar os indivíduos por meio da normatização do corpo e da mente. O cuidado de si, por outro lado, permite aos indivíduos resistirem a essas formas de poder, desenvolvendo uma relação positiva consigo mesmos e com o mundo.

A análise do cuidado em Foucault destaca a necessidade de uma abordagem crítica nas discussões sobre práticas de cuidado na sociedade contemporânea. Ao reconhecer as complexidades e dinâmicas de poder inerentes ao cuidado, os indivíduos podem desenvolver uma consciência crítica que os capacita a questionar, resistir e buscar formas alternativas de cuidado que promovam a liberdade, a autonomia e a diversidade e nos ajuda a desenvolver uma relação positiva conosco mesmos e com o mundo.

### 3.2 Saúde mental e gênero

Neste primeiro momento se faz necessário refletir acerca dos debates de saúde mental e os seus demarcadores de gênero, “uma vez que historicamente a ciência tratou as mulheres e sua história às margens das grandes questões, elaborando o conhecimento a partir da visão hierárquica e dominante do masculino” (Silva; Torres, p. 61, 2019). Para Beauvoir (2016) não nascemos mulheres, mas tornamo-nos, portanto, ser mulher é uma construção social. Esta constituição é estabelecida na relação com o outro ao longo da vida, dependendo das normas e valores inseridos em cada grupo que categorizam a definição de masculino e feminino.

Como vivemos em uma sociedade marcadas por desigualdades, as relações de gêneros não se distanciam dessa realidade, onde, neste caso, se predomina o ponto de vista patriarcal, compreendendo o homem como provedor da casa e chefe da família e a mulher como uma figurante, com papel secundário dentro dessa relação. Seguindo o que lhe é rescrito pelo patriarcalismo e apesar de na contemporaneidade se compreender a mulher como sujeito, não houve alterações no conceito patriarcal de família: homens trabalham e são os responsáveis pelos provimentos da casa e as mulheres cuidam dos afazeres domésticos e dos filhos.

Com a chegada do Capitalismo foi-se criado a noção de particular e privado Gradvohl, Osis e Makuch, (2014), que foi um grande reforço para a ideia de que a família é uma

propriedade privada e nesse sentido, cabia aos pais cuidar, alimentar, educar e prover tudo aos seus filhos. Era essencial para o desenvolvimento do trabalho a força bruta, logo, homens exerciam esse papel e o ideal social era de que mulheres que apresentavam pouca força física, por isso, geralmente, ficavam em casa, sendo-lhes atribuídos o papel de cuidados domésticos e a maternidade. Apesar de que “sabemos que o capitalismo não criou o modelo de família patriarcal em questão, contudo não podemos deixar despercebido que esta vem se alimentando das desigualdades entre os sexos” (Matos, 2008, p. 173) sendo assim foi dada aos homens um conjunto de normativas a serem seguidas como chefe, e a mulher com pouco destaque, deveria sempre estar subordinada a esse homem, seja ele, seu pai ou marido, assim “cabe à mulher o espaço privado e ao homem o público” (Matos, 2012, p. 122) sendo dessa forma a mulher como “segundo sexo” pode trabalhar para a complementação de renda, mas não há garantias de direitos como para os homens. “Os teóricos da modernidade, da emergente sociedade burguesa buscaram uma explicação ‘científica’ para justificar a inferioridade feminina a partir das suas particularidades biológicas, por suas funções de maternidade” (Matos, 2008, p. 175) difundindo a ideia de que todas as mulheres deveriam ser mães, de forma que impossibilitaria dissociar a maternidade como o destino para as mulheres. Assim, a maternidade é anunciada através do determinismo biológico “Até aqui, evidencia-se que para a ideologia patriarcal na reprodução das relações de gênero, um corpo de mulher tem o dever de gerar filhos” (Grisci, 1995, p.15) e também de um processo de construção social desde a infância, que por vezes é reforçado pela religião, para Badinter (1985) nesta construção social a mulher foi e continua sendo vista a partir da perspectiva biológica, salientando a capacidade de gerar e parir filhos.

Hirata e Kergoat (2007) definem a divisão sexual do trabalho como a divisão social do trabalho decorrente das relações sociais entre os sexos que gera um fator de sobrevivência social entre eles, tal divisão é construída histórica e socialmente, instituindo prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a apropriação pelos homens das funções com maior valor social adicionado (políticos, religiosos, militares etc.) (2007). Assim, a divisão sexual do trabalho apresenta as funções a serem exercidas por homens e mulheres por via uma divisão hierárquica, reservando para as mulheres um destino essencialista, focado em atividades domésticas “a divisão sexual do trabalho está no âmago do poder que os homens exercem sobre as mulheres” (Hirata; Kergoat, 2003, p.111).

Dessa maneira, o desempenho de atividades múltiplas, sendo elas remuneradas (trabalho fora de casa) e as não-remuneradas (trabalho doméstico privado) aliadas as desigualdades de gênero podem derivar-se em adoecimento físico e mental em mulheres, pois mesmo com a

ocupação feminina no mercado de trabalho ter crescido exponencialmente, a participação de homens nos serviços domésticos não acompanhou esses índices.

### 3.3 Sofrimento materno

Desde cedo a maternidade surge na vida das mulheres, logo na infância com socialização dos papéis que cada gênero deve performar. “Meninos e meninas são inegavelmente diferentes em termos biológicos, mas a socialização exagera essas diferenças” (ADICHIE, 2015, n.p), dessa forma, meninas são apresentadas as bonecas e as brincadeiras de “casinha” que simulam os afazeres domésticos que na vida adulta, recai majoritariamente sob as mulheres, enquanto os meninos são ensinados a brincar com carros ou manutenção de residências, pois, quando mais tarde, eles estarão aptos a escolherem suas profissões. Esse processo Mary Del Priore (2009) denomina como o processo de domesticação feminina, pois desde cedo meninas são ensinadas que ao tornar-se adulta a maternidade e matrimônio as representaria, assim, o processo de construção social sobre a maternidade pôde se estabelecer, mulheres passaram a ser criadas para se tornarem mães na vida adulta, enquanto dos homens “espera-se sempre que sejam indivíduos sem família, às mulheres exige-se que a família sobreponha-se à profissão” (TORRES, 2000, p. 143).

A concepção de que a criação, o bom desenvolvimento físico e emocional de uma criança como uma função inata da mulher se fortificou no século XX, estabelecendo o desempenho da maternagem como uma habilidade biológica atrelada ao feminino. Conforme explica Badinter (1985) neste mesmo século havia discursos que faziam a manutenção do lugar materno como feminino, não somente como uma habilitação biológica das mulheres (seus corpos serem projetados para a gestação) mas também por uma questão de sobrevivência da humanidade com o discurso do “em defesa da criança” levantando a afetividade e o amor materno como incondicional e feminino.

Badinter (1985) propõe o *instinto materno*, como a prática de naturalização dos corpos femininos à procriação e ao desejo de ser mãe, de tal modo que, toda mulher deveria ter a habilidade de ser mãe (biologicamente e emocionalmente), renunciando aos seus desejos em nome do bem-estar da família, bem como, cuidar e servir aos filhos, não deixando espaço para que a mulher apresente algum sofrimento que seja recorrente de quaisquer fase envolvendo a maternidade, seja no pré-natal, gestação, amamentação ou criação dos filhos, romantizando o ato da maternagem e trazendo sofrimento às mulheres que não conseguem se encaixar nesse modelo ou que negam a maternidade como destino “ou as mulheres tentavam imitar o melhor

possível o modelo imposto, reforçando com isso sua autoridade, ou tentavam distanciar-se dele, e tinham de pagar caro por isso” (BADINTER, 1985, p. 239) atribuir única e exclusivamente a mulher os cuidados com os filhos nada mais é, para Ribeiro (2017) que sobrecarregar a mulher:

(...) diariamente as mulheres mães são coagidas, orientadas e instruídas a adquirir certas práticas relacionadas à maternidade, sendo obrigadas a se desdobrar física e psicologicamente em nome do “cuidado materno”, frequentemente tendo suas vontades próprias e características subjetivas surrupiadas com o propósito de manutenção do sistema patriarcal (RIBEIRO, 2017, p. 27).

Zanello (2018) salienta que durante a gestação, em muitos momentos, não se ouvem as demandas da gestante, mas romantizam essa função, de forma que gera sofrimento emocional e psíquico à essas gestantes, que se sentem desamparadas, é comum mulheres-mães relatarem que se sentem sozinhas, pois não encontram espaços para dialogar, devido à construção social romantizada da maternidade. Conforme Silva *et al.* (2021) o contexto pandêmico da COVID-19 escancarou as desigualdades de gênero, pois devido à divisão sexual do trabalho, mulheres-mães estariam mais expostas à vulnerabilidade, pois mesmo com a presença do pai ou outras figuras de apoio na maternagem, essas mulheres acabavam por enfrentar uma tripla jornada de trabalho, que conforme Travassos-Rodriguez e Férescarneiro (2013) aponta o lugar de mãe perfeita<sup>2</sup> e bem-sucedida se traduz em sobrecarga emocional e adoecimento mental. Para além da sobrecarga, também há o fator de que a pandemia exigiu o momento de distanciamento e isolamento social, fazendo que o sentimento de solidão fosse potencializado (Silva *et al.*, 2021. n.p)

A maternidade é um ato social, se apresentando de maneiras diferentes nas mais diversas culturas existentes, portanto, não poderia haver um entendimento homogêneo sobre ela, tendo em vista a sua pluralidade em vivência, no entanto, a maternidade acaba por obter uma experiência singular para todas as pessoas que exercem a função materna. A maternidade suscita muitas mudanças na vida de uma mulher, podendo ser elas de ordem biológica, social e psicológica, que iniciam na gestação e vão se transformando ao logo do processo e vivência da maternagem. A maternidade está alocada dentro da gama de serviços domésticos e por ser mais uma função atribuída às mulheres devemos reconhecê-la como um fator que afeta diretamente na saúde mental de mulheres, obstando suas performances identitária de forma tão intrínseca que cria uma forma de subjetivar as vivências emocionais de mulheres que Zanello (2018)

---

<sup>2</sup> O termo “mãe-perfeita” é uma categoria adotada pelas autoras Travassos-Rodriguez e Férescarneiro (2013).

denomina como *dispositivo materno*. Zanello (2018) apoia-se no conceito de dispositivo desenvolvido por Foucault (2000) que define o dispositivo como:

“um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos” (Foucault, 2000, p. 244).

A função do dispositivo afirmado por Foucault (2000) e recuperado por Zanello (2018) é produzir o assujeitamento do indivíduo. Ele vira sujeito, no caso das mulheres-mães, elas se subjetivam nesse assujeitamento do ser mãe. Desse modo o principal aspecto do dispositivo materno se relaciona com o controle do corpo permeado pelo sentimento de culpa, cultivado por muitas mulheres responsabilizadas pelo desenvolvimento de bebês e crianças, dessa maneira, é gerado a concepção de que não é possível errar e se há erro, a mulher é a única responsável por isso, dessa forma, não era admissível legitimar os demais fatores que envolvem o cuidado com o desenvolvimento de uma criança.

Assim, conforme Azevedo e Arrais (2006), a maneira que a maternidade é vendida mostra-se como um momento que proporciona apenas momentos positivos. Dessa forma, seria injusto considerar que a maternidade poderia conter algum aspecto negativo, portanto pouco se fala como a romantização<sup>3</sup> da maternidade afeta a saúde mental das mulheres, dado que tornar-se mãe traz renúncias, sendo que não deveria ser necessariamente dessa maneira. Homens e mulheres deveriam assumir papéis enquanto pais e trabalharem coletivamente nos cuidados com os filhos, mas na herança histórica e cultural a mulher assume sozinha os cuidados, enquanto o homem assume seu destino biológico de colaborador e “ajudante”, conforme explana Bernardes; Loures; Andrade (2019). Desse modo, não é admitido que a mulher possa falhar sendo mãe, não importando a maneira como ela se sinta e pense, enquanto para homens, é permitido a escolha se assumirão a paternidade. São colocados na maternagem padrões que nunca serão atingidos por mulheres reais, justamente porque elas se cansam, precisam de um tempo sozinhas, se esgotam, como em todo trabalho sem folgas e sem intervalos. Não existe instinto materno e dom biológico que nos prepare para ser mães ou pais, é uma atividade que se aprende no exercício, durante a caminhada.

Neste contexto, surge a sobrecarga física, emocional e psíquica que muitas mulheres vivenciam devido às atividades aliadas com o trabalho doméstico somado às demandas do

---

<sup>3</sup> O termo romantização da maternidade, surge a partir das autoras Arrais e Azevedo (2006) que discutem o termo através de uma “imagem romanceada da maternidade”, além das autoras, várias outras que também são citadas nesta pesquisa, discutem o mesmo termo.

mercado de trabalho, pois como afirma Federice (2019) “Não ganhamos o direito de trabalhar, mas de sermos mais exploradas” (p.05), justamente porque ao “ganhar” o direito de adentrar no mercado de trabalho, acabamos obtendo duplas jornadas de trabalho, aquele que se refere a esfera pública e privada, “conseguir um segundo emprego nunca nos libertou do primeiro. Ter dois empregos apenas significou para as mulheres possuir ainda menos tempo e energia para lutar contra ambos” (Federice, p.69, 2019). Historicamente relegado à esfera privada e invisibilizado, esse tipo de trabalho esteve por muito tempo associado a obrigações naturais da mulher, desvalorizado e sem reconhecimento legal. Assim, o trabalho doméstico, predominantemente exercido por mulheres, representa uma questão central na luta pelos direitos femininos, tendo em vista, a conquista de direitos trabalhistas para as trabalhadoras domésticas que representa um marco significativo na luta por igualdade de gênero, reconhecendo o trabalho doméstico como uma atividade laboral e garantindo direitos como jornada de trabalho, descanso semanal remunerado, férias e FGTS, a legislação brasileira contribui para a valorização dessa atividade e para a emancipação das mulheres.

Foucault (1985) aponta que o pensamento moderno que molda a sociedade é marcado pela educação de corpos, dessa forma, pode-se notar o enaltecimento da função maternal engendrada pelo discurso médico em articulação ao discurso religioso moldando as práticas em saúde da mulher. Machado, Penna e Caleiro (2019) salienta que “ao implementar políticas de natalidade, saúde, higiene etc., a biopolítica revela as formas de assujeitamento dos indivíduos” (p.1122), como resultado, a assistência em saúde da mulher que deveria considerar todos os contextos que envolvem a saúde como forma de cuidado integral e direito da mulher, conforme preconiza a OMS (2014) na verdade, o que acaba acontecendo na assistência em saúde é uma institucionalização do corpo, tornando o corpo da mulher público, resultando em desrespeito, invasão, manipulação para essas mulheres, levando facilmente a contextos de violências, como exemplo, a violência obstétrica.

Mesmo nas políticas públicas que se direcionam a saúde da mulher à naturalização e institucionalização dos corpos femininos continuam a silenciar mulheres, tendo em vista o direcionamento de uma perspectiva reprodutiva que permeiam fortemente o discurso presente em tais políticas, direcionando práticas e procedimentos em saúde muitas vezes sem evidências científicas que só vem prejudicar à saúde de mulheres-mães, indo ao desencontro da suposta felicidade como um estado ideal, tão propagado como um lugar para as mães. Rothman (1982) sugere que o modelo cartesiano nas práticas médicas cria a logística de que o corpo é um objeto que precisa ser consertado e o médico é o técnico, quem irá promover o conserto que aquele corpo precisa, portanto, nos entrega uma visão do que é da mulher e o que é do médico, assim,

a naturalização é a base da medicalização do corpo feminino, conforme explana (Vieira, 2003, p.71):

“por meio da legitimação do saber médico construíram-se parâmetros de normalidade restritos para a formação da identidade feminina, limitando as mulheres à função de boa reprodutora e educadora dos filhos. O gênero feminino constrói-se, então, sancionado como verdade pela incontestabilidade da ciência, inexoravelmente natural, no espaço estreito de uma normalidade reprodutora”. (Vieira, 2003, p.71)

O dispositivo materno nos apresenta, então, um ponto de vista sobre a maternidade que contempla uma ideia de um sujeito materno hegemônico, uma experiência que se dá de forma comum à todas as mulheres “Há características que são relatadas como específicas de um modo de ser mãe, as quais configuram a norma relativa à maternidade, a partir da qual as mães 'se' avaliam como 'boas' mães, ou não, utilizando-se, para isso, de diferentes discursos” (Moreira, 2009, p.571). Os discursos que baseiam o ideal de “boa mãe ou de “má” mãe recaem na culpabilização materna que reincide sob as mulheres, para além da medicina as ciências da saúde em geral construíram uma maneira limitada de tratar a mulher e o discurso materno,

Edmonds (2012) aponta que tanto médicos quanto psicólogos atribuem à mãe o cuidado com a criança, assim todos os possíveis problemas de saúde que a criança tenha ou possa vir ter, a mãe é a única responsável por isso, bem como, dentro do mundo da psicologia conforme afirma Zanello (2016) possuímos as teorias que corroboram com a visão de uma mãe perfeita, quando nos deparamos com teorias que utilizam termos como “mãe suficientemente boa”, “seio bom” e “seio mal”, marcando a plena execução do dispositivo materno até mesmo por quem deveria cuidar “sem julgamentos”, segundo Mansur (2003) essa noção de identidade dos sujeitos maternos levou um tempo para ser alcançada e assim, perpetuada. A ideia de um sujeito materno hegemônico ignora as diversas formas de matinar, as diferentes realidades sociais e culturais das mulheres e as particularidades de cada relação mãe-filho, assim desconsideração leva à exclusão de muitas mulheres e de suas experiências, contribuindo para o aumento do sofrimento psíquico, bem como, o termo carrega em si uma série de pressupostos que limitam e excluem diversas experiências, especialmente as de pessoas transsexuais, ao centrar-se em uma figura materna cisgênero e biológica, ele naturaliza um modelo de família tradicional e heteronormativo, invisibilizando outras formas de parentalidade e cuidado.

Os discursos que desenham o sujeito materno também apresentam uma concepção de sujeito materno único que abarcam geralmente um tipo de mulher: cis, brancas, casadas e de classe média. A percepção do sujeito materno homogêneo gerou até mesmo um ditado o: "Mãe é tudo igual, só muda de endereço" e apesar de na maternidade haver muitas preocupações similares e dificuldades na criação e educação dos filhos, a questão que devemos levantar é:

como se concebe a maternidade para mulheres inseridas em contextos diferentes? A hegemonia presente dentro do discurso sobre quem seriam os sujeitos maternos, criam hierarquias quando falamos de maternidade e tudo que foge do “modelo”, como as maternidades de mulheres em situação de rua, mães solas, mães adotivas, mães lésbicas ou pertencentes aos grupos LGBTQIA+.

### 3.4 Raça, classe e gênero

Nos últimos anos a mulher introduziu-se ao mercado de trabalho, no entanto, o trabalho doméstico parece não ter passado pelas mesmas modificações com o decorrer do tempo. A contemporaneidade pôde contar com auxílio da tecnologia para facilitar a realização de algumas atividades do lar, porém de toda maneira, esses adornos tecnológicos precisam ser administrados por alguém, e geralmente, é a mulher quem desempenha esse papel majoritariamente. O trabalho doméstico é por sua vez, um trabalho marcado pela invisibilidade, seja porque é um lugar social determinado para o feminino e, no recorte sócio-histórico, é realizado em maioria por mulheres de baixa renda e negras. Dada a falta de reconhecimento ao trabalho doméstico que pode ser remunerado ou não, a consequência gerada é a baixa remuneração baixa e a invisibilidade do trabalho como alvo de políticas públicas.

O trabalho doméstico não remunerado se compõe por atividades como o cuidado com bebês, crianças, doente, idosos e a manutenção do lar, como aponta (Arruzza; Bhattacharya; Fraser, 2019) o trabalho de produção de pessoas sempre existiu e sempre foi associado às mulheres, esse processo de reprodução da família foi feminizado e sentimentalizado, criando-se assim, a lógica de cuidado em oposição a trabalho, portanto, seria inadmissível cobrar ou ser remunerado por essas atividades, visto que é uma atribuição do amor Federici (2019). Dessa forma, o trabalho doméstico tem como intuito perfazer as necessidades emocionais dos moradores da casa e sobretudo do chefe de família, a quem tem a função da força de trabalho e por isso, precisa gozar sempre do bem-estar físico e psicológico, afirmando a reprodução das relações de produção capitalista.

Os movimentos feministas contribuem para que a problemática da reprodução social ganhe visibilidade, dessa forma, podemos questionar o funcionamento e naturalização das atividades domésticas e de cuidado como uma atividade predominantemente feminina. Garcia e Marcondes (2022) afirma que discorrer sobre o conceito de divisão sexual do trabalho possibilitou a reflexão sobre o “trabalho produtivo e reprodutivo enquanto relações de poder que se moldam e se transformam histórica e geograficamente, bem como para o entendimento

da inter-relação da divisão do trabalho que é socialmente produzida” (p.56). Tais reflexões permitiram desdobramentos teóricos e empíricos sobre outras temáticas como: mulheres em liderança, participação feminina na política, violência de gênero e entre outras. Conforme articula (Hooks, 2019) a opressão sexista patriarcal vivenciada por muito indivíduos faz com que adquirimos uma postura passiva em relação a essa estrutura, assim o naturalizamos e adquirimos meios para lidar quaisquer outras opressões sociais num campo mais coletivo, como as opressões de classe e raciais, portanto, a luta pelo fim da opressão sexista favorece outras lutas por libertação.

Segundo o relatório Tempo de Cuidar: O trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade (Oxfam, 2020), uma organização da sociedade civil brasileira, sem fins lucrativos e independente publicado em 2020, destaca que as mulheres ao exercerem atividades de cuidado não remuneradas, subsidiam um sistema econômico sexista, tendo em vista que O modelo dominante de capitalismo explora e promove ativamente ideias sexistas tradicionais que enfraquecem mulheres e as meninas. Neste mesmo relatório, a instituição salienta que o trabalho de cuidado não remunerados de meninas e mulheres (a partir de 15 anos) agrega pelo menos US\$ 10,8 trilhões à economia, dessa maneira “As mulheres estão apoiando não apenas a economia de mercado, disponibilizando uma mão de obra mais barata e gratuita, mas também o Estado, prestando cuidados que deveriam ser oferecidos pelo setor público” (p.9)

Vale ressaltar que mesmo com a participação de movimentos feministas que desde os anos 70 vem se debruçando sobre mulheres e a opressão feminina, e tanto nas classes média/alta quanto nas camadas populares/periféricas as atividades relacionadas ao cuidado e a maternagem estão relacionadas à figura feminina, pois como afirma Davis (2016) nas sociedades capitalistas o serviço doméstico é atrelado ao ato de servidão, sendo as mulheres servas de seus maridos. No entanto, as mulheres pertencentes a classes sociais mais privilegiadas e favorecidas entram no mercado de trabalho com intuito de realização profissional e pessoal, enquanto para as mulheres periféricas e de classe social mais baixa, o estereótipo do cuidado feminino se mantém e o trabalho representa o sustento do núcleo familiar. Assim se reforça o lugar do cuidado para as mulheres que advém de classes sociais mais vulneráveis e baixas, pois, agora a mulher que adentrou no mercado de trabalho, geralmente, delega essas atividades domésticas e com cuidado das crianças à essas mulheres periféricas ou a outras figuras femininas (Sarti, 2011). Mulheres negras estadunidenses, conforme afirma Davis (2016) eram a maioria contratada para realização do trabalho doméstico de forma remunerada, reforçando as evidências da relação entre sexismo e racismo, visto as atribuições com o serviço doméstico dessas mulheres em seus

próprios lares e também havia a demanda de suprir necessidades de outros lares, assim “enquanto empregadas remuneradas, elas eram convocadas a ser mães e esposas substitutas em milhões de casas de famílias brancas” (Davis, p.239, 2016).

O pensamento feminista moderno tinha como preceito o ideal de que todas as mulheres são oprimidas e ao afirmar isso, confirma um sofrimento que desconsidera as questões de classe, raça, religião e orientação sexual dentro de uma sociedade que é marcada pelas desigualdades, no entanto, para o movimento feminista a opressão se relacionava com a falta de opções que na prática, não se constatava (Hooks, 2015). Mulheres eram capazes de fazer escolhas, dessa forma havia expressões que melhor se encaixavam para falar da realidade comum da mulher, como, discriminação ou exploração, em a Teoria feminista: da margem ao centro (2019), Bell Hooks aponta a ideia de opressão como um artifício do movimento feminista para formar uma narrativa única, assim, se centralizando nos interesses de mulheres brancas de classes privilegiadas ignorando as dificuldades e realidade da maioria das mulheres. Como exemplo Davis (2016) retrata a vivência das mulheres negras residentes no Estados Unidos onde o trabalho doméstico não era a centralidade de suas vidas, portanto, não se encaixava na experiência de mulheres brancas de classe alta, cujas sofreram com a submissão feminina e a perda do papel na economia, isso se dá porque mulheres negras sempre trabalharam fora, devido a dependência de sua família disso para subsistência.

Retomando o lugar da mulher negra ao longo da história Priore (2013) afirma que elas não tinham o direito de exercer a maternidade, sendo-lhes reservado o papel de “amas de leite”, e assim, por exemplo, lhes eram dadas a prioridade cuidar dos bebês de seus “donos” em detrimento de seu próprio filho, reduzindo o corpo negro reduzido à condição biológica do aleitamento materno, assim, “ser uma mulher mãe negra, nesse sentido, é estar submetida a padrões sociais de controle dos corpos” (NASCIMENTO; COSTA, 2021, p. 13). Ribeiro (2018) sugere que mesmo após a abolição da escravatura as mulheres negras continuaram vivenciando o mesmo ciclo:

“As mulheres negras escravizadas eram obrigadas a abandonar seus filhos para alimentar e cuidar dos filhos das sinhás. Após a abolição, a estrutura não se transforma, é reificada. As ex-escravizadas seguem trabalhando como domésticas e, mais uma vez, são obrigadas a abandonar seus filhos, seja porque moram no trabalho, porque saem de suas cidades em busca de trabalho em grandes centros ou porque simplesmente passam o dia trabalhando e são forçadas a pensar em arranjos familiares para dar conta dos filhos menores. (RIBEIRO, 2018, p. 65).

No Brasil, aproximadamente metade da população negra é composta por mulheres, sendo elas mais de 41 milhões de pessoas, o que representa 23,4% do total da população

brasileira, é o que afirma os dados do IPEA (2003), esta mesma pesquisa aponta para o índice duplo que afeta as mulheres negras, como o racismo e sexismo, assim mulheres negras acumulam vulnerabilidades e desvantagens sociais. Pesquisas do IBGE (2010) apontam que as mulheres cada vez mais assumem o papel de chefas de famílias, suscitando a seguinte questão: Mulheres brancas e negras chefes de famílias são iguais social e economicamente? E como as vulnerabilidades e desvantagens sociais afetam o maternar para essas mulheres?

Atualmente as famílias brasileiras chefiadas por mulheres negras representam ao menos 55% (IBGE, 2010), esta mesma pesquisa realizada pelo IBGE mostram a situação socioeconômica e a desigualdade social que recai sob as famílias negras no país. O recorte de gênero e étnico permite visualizar conforme explana Priore (2013) que são as mulheres negras que padecem dos piores índices de desigualdade, assim, dialogar sobre a realidade de mães negras, é sobretudo denunciar o lugar de invisibilidade e inexistência que fora ocupado por essas mulheres, Davis (2016) afirma que a maternidade negra desde o século XIX é invisibilizada por tanto porque a mulher negra nunca foi considerada mãe, mas uma máquina reprodutora:

“A exaltação ideológica da maternidade – tão popular no século XIX – não se estendia às escravas. Na verdade, aos olhos de seus proprietários, elas não eram realmente mães; eram apenas instrumentos que garantiam a ampliação da força de trabalho escrava. Elas eram “reprodutoras” – animais cujo valor monetário podia ser calculado com precisão a partir de sua capacidade de se multiplicar. Uma vez que as escravas eram classificadas como “reprodutoras”, e não como “mães”, suas crianças poderiam ser vendidas e enviadas para longe, como bezerros separados das vacas”. (Davis, 2016, p. 19-20).

Para além do imaginário social alocado para as mães negras, a renda e o trabalho também se apresentam como pauta importante quando retratamos a maternidade, isso porque, grande parte das mulheres pobres no Brasil, são negras. Mariano; Carloto (2013) afirmam que a presença notável de mulheres negras entre as pessoas pobres é reflexo de um processo histórico de (re)produção de desigualdades sociais, e é importante reconhecer que o conjunto de mulheres pobres não é uma categoria universal, assim, políticas sociais de combate à pobreza devem ser capazes de distinguir fatores como gênero, classe social, cor/raça/etnia, geração, território e localização (centro e periferia das regiões urbanas; zona rural (Mariano; Carloto, 2013).

O Programa Bolsa Família é exemplo de uma das medidas de políticas sociais de combate à pobreza, por meio de transferência de renda condicionada, foi instituído pelo Governo Federal por meio da Lei n.º 10.836, de 9 de janeiro de 2004, regulamentado pelo Decreto n.º 5.209, de 17 de setembro de 2004, alterado pelo Decreto n.º 6.157 de 16 de julho de

2007 e integra ações do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. As pessoas mais beneficiadas pelo programa, são mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social, logo, Rego; Pinzani (2013) afirmam que no Brasil a pobreza tem cor: sendo ela mulata; negra. O PBF possui uma influência na vida de seus beneficiários, pois muitas vezes é a única renda que o núcleo familiar possui, no entanto, em um estudo realizado por Mariano; Carloto (2011) demonstra que se comparado a avaliação de mulheres negras e não negras, as mulheres negras se sentem mais respeitadas em relação à titularidade do benefício, pois muitas mulheres afirmam que conseguem administrar melhor o dinheiro e também há a ideia de emancipação/independência de uma figura masculina (Rego; Pinzani, 2013).

No entanto, embora os direitos adquiridos por intermédio de programas sociais apresentem suas benesses para as mulheres, que são alvo preferencial, o debate de gênero continua distante, pois a responsabilidade de administrar e cuidar é centralizada na mulher, assim mantendo a perspectiva patriarcal e essencialista, a qual as mulheres são subjetivadas na sociedade (Carloto, 2006).

#### **4 RESULTADOS, DISCUSSÃO E ANÁLISE**

A construção social da maternidade compreende a internalização e a reprodução de normas, expectativas e valores que variam no tempo, no espaço e nas estruturas sociais. Estas normas caracterizam não apenas quem pode ou deve ser mãe, mas também como deveria ser a mãe, isto é, a maternidade (Rapoport; Piccinini, 2011). Assim, a imagem da "boa mãe" é frequentemente associada ao perfil da mulher devotada, dedicada, sacrificada, altruísta, que coloca seus desejos e interesses de lado pelo bem-estar de seus filhos. Este modelo é profundamente influenciado pelos ideais naturalizados do que seria o "ser mulher" e o "ser mãe".

Considera-se que a mulher, em virtude de sua biologia, é responsável pelos papéis de mãe, mãe de seus filhos e mãe da família e esta ideologia entra pouco em discussão. Entretanto são normas e expectativas, cabíveis de serem mudadas. As normas e os ideais de maternidade, numa perspectiva de Foucault (2020) são manifestações de poder e de práticas de poder da sociedade, pois discursos e instituições operam no controle social, regulam e propõem padrões de maternidade, reforçando práticas e ignorando outras. Assim, nesta dissertação, foi realizada uma investigação sobre as representações de saúde mental materna no SUS, analisando-a sob diferentes perspectivas, como resultados encontraremos as classificações a seguir:

Na sessão 4.1, vamos explorar o conceito de saúde mental materna, entendendo suas várias facetas presente nos documentos de assistência a saúde da mulher. Foi realizada uma análise crítica das ideias sobre cuidado e como estas perspectivas foram se superando e abrindo espaços para outras práticas em saúde.

Na sessão 4.2, foi realizado um levantamento das iniciativas existentes no Brasil para o cuidado da saúde mental materna, abrangendo os programas governamentais disponíveis em documentos oficiais disponibilizados pelo MS. Assim, foram descritas as iniciativas com intuito de avaliar criticamente a efetividade dessas iniciativas, apontando desafios e oportunidades para aprimorá-las.

Na sessão 4.3, o debate se centraliza nas personas e estereótipos que influenciam a assistência à saúde da mulher-mãe no Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando os impactos desses modelos preconcebidos, fazendo com que as barreiras institucionais e sociais que dificultem o acesso das mulheres-mães a um cuidado em saúde mental de qualidade no SUS.

Durante a leitura, o convite se dá para a reflexão sobre a importância da saúde mental materna, reconhecendo-a como um pilar fundamental para o bem-estar das mulheres na sociedade e como as representações influenciam subjetividades e políticas de saúde.

#### 4.1. As noções e representações de cuidado com a saúde mental materna

##### 4.1.1 A Relação entre dignidade e humanização como propulsores da saúde mental materna

A humanização do parto e do nascimento surge como um movimento fundamental para garantir o bem-estar integral das mulheres, reconhecendo sua autonomia e protagonismo durante todo o processo gestacional. Brüggemann (1998) define humanização como "uma atitude de respeito à dignidade e à natureza humana, voltada para a essência, singularidade, totalidade e subjetividade do ser humano" (p. 71) no entanto, as definições de humanização do parto variam entre autores e pesquisadores, mas convergem em alguns pontos centrais que revelam a complexa e natureza desse conceito, entre eles as convergências surgem em: 1) Busca-se uma síntese entre a medicina baseada em evidências e o respeito aos direitos das usuárias, fundamentando as práticas obstétricas em um estatuto científico e humanista; 2) A mulher é protagonista do seu parto, detendo o direito de escolher o tipo e as condições do processo, incluindo o alívio da dor e o acompanhamento desejado; 3) relação entre a parturiente e a equipe de saúde deve ser pautada pelo respeito, empatia e comunicação clara, promovendo um ambiente acolhedor e seguro; 4) a participação de profissionais não médicos qualificados, como doulas e enfermeiras obstétricas, enriquece a assistência e contribui para uma abordagem mais humanizada e 5) o cuidado deve ser permeado por princípios éticos, valorizando a autonomia da mulher e promovendo um parto livre de violência e discriminação (Bourguignon; Grisotti, 2018).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído em 2002, teve como papel fundamental fornecer diretrizes e princípios para promover a humanização na saúde materna. Nesse contexto, a compreensão da relação entre dignidade humana e humanização é estreita, pois ambos são elementos basilares nesta política de saúde para a promoção da saúde das mulheres. Essa perspectiva se aplica durante todo o ciclo gravídico-puerperal, conforme expresso no documento:

*“O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a **humanização** da Assistência Obstétrica e Neonatal é a condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende*

*pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com **dignidade** a mulher, seus familiares e o recém-nascido [...] o outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos”. (p.5)*

*“Toda gestante tem direito ao acesso a **atendimento digno** e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério [...] toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja **realizada de forma humanizada** e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica” (p.6)*

As citações apresentadas destacam princípios fundamentais do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, reforçam a ideia de que a humanização no cuidado à gestante não se limita a um tratamento técnico, mas envolve um compromisso com a dignidade, respeito e segurança, integrando práticas baseadas em evidências que visam o melhor desfecho para a mãe e o bebê.

No Brasil, a assistência à mulher durante a gestação e o parto era marcada por desafios que transcendiam a qualidade técnica. Alicerçada em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático, a realidade obstétrica encontrava dificuldades de compreender os princípios filosóficos do cuidado, relegando a mulher a um papel passivo e desvalorizando seus direitos reprodutivos (Serruya; Cecatti; Lago, 2004). Oliveira *et al* (2017) explana que a conquista do direito à saúde está estreitamente conectada a outros direitos humanos, como a não discriminação, o acesso à informação e a participação nas decisões, entre outros, e isto envolve também, o direito de controlar a própria saúde e o corpo (como nos direitos sexuais e reprodutivos).

Ciente dessa realidade e reconhecendo a necessidade de uma mudança profunda, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em junho de 2002, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que passou a preocupar-se com a humanização e o respeito aos direitos da mulher como pilares da assistência materno-infantil, pois Serruya; Cecatti; Lago (2004) aponta que estas preocupações eram interesses nacional e internacional no campo da saúde e dos direitos reprodutivos.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) apresenta como anexados nos trechos anteriores, uma associação da humanização com a ideia do que seria benéfico para a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, Cordeiro *et al* (2018) aponta que termo "parto humanizado" varia entre os profissionais de saúde. Para alguns, o parto

humanizado se resume à ausência de dor, essa visão coloca a analgesia no centro da experiência, tornando a ideia de benefício a ausência da dor durante o trabalho de parto. Outros associam o parto humanizado à posição vertical (vaginal), reconhecendo os benefícios dessa postura para o parto e para a recuperação da mãe.

Para muitos, a presença de um acompanhante durante o parto é fundamental, essa figura oferece apoio emocional, prático e informacional à mulher, contribuindo para uma vivência mais positiva e segura do parto. Já outros profissionais enfatizam a importância do suporte físico e emocional durante todo o processo, desde a gestação até o pós-parto, reconhecendo que a humanização vai além do momento do parto em si.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), tem como princípio basilar defender a humanização do parto e puerpério. O objetivo é assegurar que todas as mulheres tenham acesso a um processo seguro, respeitoso e digno. No entanto, o programa também enfrenta desafios relacionados às diversas interpretações e contextos históricos do termo "humanização". Ressaltamos que, há associação do termo humanização como forma de promoção de cuidado, porém no documento do PHPN (2002) recaímos às mais variadas recomendações à saúde física da gestante, tais como:

*Em relação ao adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e a puérpera deverão ser realizadas as seguintes atividades:*

*1 Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4.º mês de gestação;*

*2 Garantir os seguintes procedimentos:*

*2.1 Realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.*

*2.2 Realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento.*

*2.3 Realização dos seguintes exames laboratoriais [...]*

*2.4 Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes.*

*2.5 Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.*

*2.6 Realização de atividades educativas.*

*2.7 Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes.*

*2.8 Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco. (p. 7)*

Dessa maneira, o trecho descreve uma série de atividades essenciais que devem ser realizadas para assegurar um acompanhamento pré-natal adequado e uma assistência eficaz à gestante e à puérpera. As orientações visam garantir cuidados com a saúde física, desde o início

da gestação até o período pós-parto, com foco na prevenção de complicações e na promoção da saúde materna e infantil.

No entanto, no PNAISM (2004) reconhece-se que as formas de compreensão da humanização precisam ser superadas e quebrar as barreiras com o modelo biomédico para se chegar à integralidade à saúde:

*a qualidade da atenção deve estar referida a um conjunto de aspectos que englobam as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais. Isso implica em superar o enfoque biologicista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde e a adoção do conceito de saúde integral e de práticas que considerem as experiências das usuárias com sua saúde.(p. 59)*

O trecho apresentado argumenta que a saúde não se limita a aspectos biológicos e médicos, mas envolve uma complexa interação de fatores psicológicos, sociais, sexuais, ambientais e culturais. Criticando o modelo hegemônico na saúde, que prioriza o enfoque biologicista e medicalizador, que é centrada em doenças e tratamentos, assim, ignora a complexidade da experiência humana com a saúde e as diversas determinantes sociais que a influenciam.

A humanização do parto tem sido abordada na literatura nacional como explicita Santos; Melo e Cruz (2015) como um processo em ascensão e de grande importância para a melhoria da qualidade da assistência à parturiente e seus familiares. Desde a década de 80, houve uma preocupação crescente com a desapropriação do protagonismo da mulher durante o parto, devido ao aumento da medicalização e intervenções desnecessárias, assim a atenção voltada para o parto, que antes era exclusiva das parteiras, passou por mudanças significativas com a hospitalização do parto, levando a medidas intervencionistas de rotina.

Santos; Melo e Cruz (2015) ainda aponta que a partir dessas mudanças, foi que surgiu a necessidade de humanizar o momento do parto, com a valorização do protagonismo da mulher, a promoção de um ambiente acolhedor e respeitoso e a redução de práticas desnecessárias que possam interferir no processo natural do parto. A humanização do parto também está relacionada à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, impulsionada pelo movimento feminista e pela mobilização social, dessa forma as Políticas e programas, como o

Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) foi criado para promover a humanização do parto no Brasil, evidenciando a relevância do tema na agenda de saúde pública.

Nesse contexto, é fundamental compreender que a humanização não se limita apenas ao ambiente físico ou às práticas durante o parto, mas também envolve a garantia de que as mulheres sejam tratadas com dignidade e respeito em todas as etapas do cuidado, o que inclui

o reconhecimento e a proteção de seus direitos humanos, implicando em um esforço contínuo para assegurar que todas as mulheres tenham acesso equitativo aos serviços de saúde, sem discriminação ou tratamento inadequado nos serviços de saúde.

Desse modo, Diniz (2005) aponta que a compreensão sobre humanização na saúde possui em uma de suas vertentes, relação com os direitos humanos baseando-se nos princípios de dignidade, respeito à vida humana e ética na relação entre usuários e profissionais reconhecendo-os como seres humanos com direitos e necessidades individuais, isso significa garantir que todos tenham acesso igualitário aos serviços de saúde, sem discriminação ou injustiça(Zampieri; Erdmann, 2010). Nesta perspectiva, Junior; De Eston Armond; Juliano (2011) propõe ainda que a humanização engloba as circunstâncias sociais, educacionais, psicológicas e sociais que estão presentes em todos os relacionamentos humanos, dessa forma como explicita Leite *et al* (2022) quando as maternidades operam acima de seus limites, as mulheres sentem-se negligenciadas em relação aos seus direitos e este sentimento dificulta a comunicação com a equipe de saúde.

Passados 14 anos, nos Cadernos HumanizaSUS - Humanização do Parto e Nascimento, as questões conceituais sobre humanização, dignidade e promoção da saúde foram reformuladas, onde a definição de acolhimento e humanização preocupam-se com questões que excedem a saúde física e contempla a promoção da saúde como um processo que vai além da assistência individualizada, considerando seus fatores emocionais:

*O objetivo principal de assistência materna de qualidade é favorecer experiência positiva para a mulher e sua família, manter a sua saúde física e emocional, prevenir complicações e responder às emergências.  
(p.30)*

O trecho apresentado, ao descrever o objetivo principal da assistência materna de qualidade, abre um leque de possibilidades para discutir a importância da humanização no cuidado à saúde da mulher e, conseqüentemente, na promoção da saúde mental materna. A frase "favorecer experiência positiva para a mulher e sua família" indica que a assistência materna de qualidade deve ir além do cuidado técnico. A experiência da mulher durante a gestação, parto e pós-parto deve ser positiva, o que envolve o acolhimento, a escuta ativa e o respeito às suas escolhas e necessidades, e essa experiência positiva contribui significativamente para a construção de uma ideia de saúde mental materna.

Explorando o que concerne a respeito da relação entre dignidade e humanização na promoção da saúde materna a humanização do parto e dos cuidados pré-natais é um conceito utilizado para se referir às práticas que visam garantir a saúde das mulheres durante a gravidez

e o parto (Bourguignon; Grisotti, 2020) e embora a humanização do parto possa contribuir para a promoção da saúde mental, é essencial distinguir entre esses dois conceitos. A humanização segundo Deslandes (2004) diz respeito à: oposição à violência; capacidade de oferecer atendimento de qualidade; melhoria das condições de trabalho do cuidador, e ampliação do processo comunicacional, por outro lado, a promoção da saúde mental abrange um espectro mais amplo de intervenções e estratégias destinadas a prevenir transtornos mentais, fortalecer a resiliência psicológica e promover o bem-estar emocional, segundo Vescovi; Flach; Teodózio (2022) na promoção da saúde mental no campo da gestação, do nascimento e da primeira infância o entendimento de Deslandes (2004) é o que tem sido aplicado como estratégias de enfrentamento eficazes.

Apesar das distinções conceituais, para Silva (2015) é inegável que a humanização do parto desempenha um papel importante na promoção da saúde mental materna, ao oferecer um ambiente de cuidado empático e centrado na gestante, no entanto, mesmo com a implementação das ações humanizadas em saúde, como a “Humanização no Pré-natal e Nascimento (2000), passando pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a estratégia Rede Cegonha (2011)” (Policarpo et al, 2021, p. 27), permanecem brechas na implementação da humanização do parto e obstáculos a serem enfrentados, como o exemplo apontado por Correia (2012) que afirma o apoio humanizado não substitui a intervenção psicológica. Assim Policarpo et al (2021) ressalta que a prevalência da cultura do modelo biomédico resulta na rigidez de alguns serviços de saúde, que continuam a adotar práticas rotineiras que, em muitos casos, configuram-se como formas de violência obstétrica, que só é mencionada no documento Humanização no Pré-natal e Nascimento na versão de 2014, até os anos 2000, o debate sobre violência não ocorria nas políticas de saúde da mulher, a pauta da saúde mental neste contexto, alinhavam-se ao modelo biomédico, no sentido que o bem-estar emocional poderia ser promovido através do bem-estar da saúde física ou dos entendimentos de prevenção ao sofrimento:

*“Esse fórum trabalha intensivamente para a humanização do parto e do nascimento, incentivando a participação da mulher e da família nestes momentos tão singulares nas suas vidas. Incentiva e recoloca a mulher como protagonista neste processo, e isso tem a ver com a redução de procedimentos desnecessários, especialmente na redução de cesáreas desnecessárias, como o uso indiscriminado da ocitocina, bem como estimular as boas práticas em neonatologia, o aleitamento materno, a formação de vínculo e as práticas como o Cuidado Canguru”. (Caderno HumanizaSUS, 2014)*

Acima, podemos notar o destaque do trabalho de um fórum dedicado à humanização do parto e do nascimento, enfatizando a importância de reposicionar a mulher como protagonista desse processo e promover a participação ativa da família.

Há uma lacuna significativa entre as diretrizes políticas e a prática clínica, estudos mostram que muitos profissionais de saúde ainda resistem às práticas humanizadas devido à formação predominantemente biomédica que receberam, onde o parto é frequentemente tratado como um evento patológico que requer controle rigoroso, bem como pesquisas demonstram que mulheres no mundo sofrem maus tratos, desrespeitos, abusos ou mesmo violência durante a gestação, o parto e o puerpério por parte dos profissionais de saúde (Diniz *et al*, 2015; Leite *et al*, 2022).

O que nos leva a debater sobre o cuidado sob a perspectiva biomédica que é uma questão complexa que permeia os sistemas de saúde em todo o mundo, pois como afirma Nicida *et al* (2020) "Tal modelo contribuiu significativamente para a redução da mortalidade materna e perinatal" (p. 4532). A abordagem medicalizante, muitas vezes, enfoca a intervenção médica como a principal solução para garantir a saúde e a segurança da mãe e do bebê durante a gestação, parto e pós-parto.

#### 4.1.2. O Modelo Medicalizante/Biomédico

Para compreender a medicalização do parto, é crucial analisar como o corpo feminino se tornou objeto de controle e intervenção médica ao longo da história, essa prática, inserida no âmbito do modelo biomédico, se apresenta como uma forma de medicalizar a saúde. Michel Foucault, em sua obra *História da Sexualidade*, explora essa questão, salientando que "O corpo é o lugar de uma multiplicidade de relações de poder e saber." (Foucault, 2020, p. 24). Nesse contexto, a medicalização do parto se configura como uma forma de biopoder, onde o corpo da mulher é medicalizado e controlado sob a justificativa da segurança e do bem-estar materno e fetal.

As práticas obstétricas modernas são fortemente influenciadas pelo conhecimento científico sobre parto centrado em médicos e profissionais de saúde. Embora tenha contribuído para avanços significativos na redução de mortalidade materna e neonatal, a centralização desse conhecimento resultou em uma medicalização excessiva do parto e na redução da autonomia das mulheres. Federici (2017) destaca sobre o impacto da medicalização do parto na expropriação do corpo feminino "ao negar às mulheres o controle sobre seus corpos e sua reprodução, o patriarcado se apropria de sua capacidade procriativa e a transforma em uma fonte de lucro para a indústria médica." (Federici, 2017, p. 245) podendo contribuir para a

despersonalização da experiência de parto, reduzindo o papel da mulher a um objeto passivo de intervenção médica.

Ao longo da história, o parto sempre foi um momento liderado por mulheres, com parteiras desempenhando um papel fundamental no suporte e cuidado às gestantes. Essas parteiras possuíam um conhecimento transmitido de geração em geração, combinando práticas tradicionais com uma compreensão profunda das necessidades físicas e emocionais das mulheres que estavam dando à luz. No entanto, a partir do século XVIII, com o surgimento da Revolução Científica e o crescimento da medicina como uma disciplina científica, o conhecimento sobre o parto começou a ser cada vez mais medicalizado e centralizado nas mãos dos profissionais de saúde, especialmente os médicos obstetras. Esse processo foi ainda mais acentuado no século XIX, com o avanço das tecnologias médicas e a profissionalização da obstetrícia. A mudança do parto em casa para o parto em hospitais consolidou ainda mais o domínio dos médicos sobre esse processo, deixando as parteiras em um papel secundário ou até mesmo marginalizado. A obstetrícia moderna, ao se tornar a principal fonte de conhecimento autoritário sobre o parto, passou a enxergar o nascimento como um evento potencialmente patológico que necessita de intervenção médica.

Essa visão foi fortalecida a partir do século XIX, com o avanço das ciências médicas e o desenvolvimento de tecnologias que permitiram um maior controle sobre o processo de parto. A centralização do conhecimento sobre o parto nas mãos dos médicos obstetras resultou na diminuição da autonomia das mulheres e das parteiras tradicionais, cujo conhecimento foi desvalorizado e frequentemente desacreditado. Assim, o conhecimento médico, historicamente construído sob uma perspectiva positivista e androcêntrica, assume posição de autoridade no discurso sobre o parto.

Os documentos que foram analisados nesta pesquisa na tentativa de promover uma abordagem mais humana e centrada na mulher, acabam recaindo nos ideais da perspectiva medicalizante, fazendo com que, uma perspectiva sociopolítica (que será discutida na próxima sessão) coexista com o modelo biomédico. Por exemplo, o Manual Técnico - Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada (2006) destaca a importância do pré-natal como uma oportunidade para identificar e tratar precocemente possíveis complicações da gravidez. Assim como, o documento também aborda o reforço a ideia de inatismo da mulher no ciclo gravídico-puerperal:

*“Durante o pré-natal e no atendimento após o parto, a mulher, ou a família, devem receber informações sobre os seguintes temas: Saúde mental e violência doméstica e sexual; Modificações corporais e*

*emocionais; incentivar o protagonismo da mulher, potencializando sua capacidade inata de dar à luz” (p.33-34).*

*“Dando continuidade ao pré-natal, observam-se, ao longo da gestação, algumas ansiedades típicas, que podem ser percebidas de acordo com o período gestacional.*

*Primeiro trimestre:*

- *Ambivalência (querer e não querer a gravidez);*
- *Medo de abortar;*
- *Oscilações do humor (aumento da irritabilidade);*
- *Primeiras modificações corporais e alguns desconfortos: náuseas, sonolência, alterações na mama e cansaço;*
- *Desejos e aversões por determinados alimentos”. (Manual Técnico - Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada, p. 36)*

Embora a detecção precoce de problemas durante a gestação seja importante, o documento em questão apresenta um desequilíbrio preocupante ao focar excessivamente nos aspectos físicos da saúde, assim as necessidades emocionais e psicossociais das mulheres grávidas são relegadas a um segundo plano, em um momento onde as mulheres enfrentam diversos desafios, como alterações hormonais, inseguranças sobre o futuro, medos relacionados ao parto e à maternidade, além de possíveis complicações na gravidez.

A ideia de inatismo da mulher para dar à luz, como apresentada no texto, sugere que a capacidade de parir é uma característica intrínseca e natural das mulheres, quase como se fosse um instinto que todas possuíssem de maneira igual e automática, essa noção, embora possa ser vista como uma tentativa de empoderamento, apresenta algumas limitações na promoção de saúde da mulher. Por outro lado, pôde ser observada a incorporação de um novo tema: a redução da violência sexual, demonstrando a preocupação das políticas em atender a mulher em seus aspectos mais gerais, assim foi se chegando a temática da violência doméstica que é notada diversas vezes:

*“A avaliação do Programa de Combate à Violência contra a Mulher, implantado em Campo Grande, além de confirmar a elevada prevalência do problema da violência contra a mulher, também demonstra que uma boa divulgação facilita o acesso das mulheres aos serviços de saúde”. (PNAISM, 2004, p.39)*

*A violência contra a mulher constitui uma das mais antigas e amargas expressões da violência de gênero, representando inaceitável violação de direitos humanos, sexuais e reprodutivos. (Manual técnico – Do Pré Natal ao nascimento, 2006, p.134)*

Este trecho, extraído do Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), apresenta duas informações cruciais sobre a violência contra a mulher, sendo elas: 1) a alta prevalência de violência contra a mulher, fazendo com torno-se um problema muito comum, indicando a necessidade de políticas públicas robustas para enfrentá-la; bem como 2) a pesquisa também evidenciou que uma boa divulgação dos serviços de saúde é fundamental para que as mulheres tenham acesso a esses serviços e busquem ajuda. Ou seja, a comunicação eficaz sobre os recursos disponíveis pode aumentar o número de mulheres que denunciam a violência e procuram apoio. Assim, Os dois trechos acima, se complementam ao apresentar diferentes facetas do problema da violência contra a mulher, o primeiro trecho aborda a dimensão prática do problema, destacando a importância da divulgação dos serviços de saúde. Já o segundo trecho apresenta uma visão mais ampla e histórica, situando a violência contra a mulher no contexto dos direitos humanos.

Embora o Manual técnico – Do Pré Natal ao nascimento mencione as necessidades emocionais e psicossociais, a ausência de diretrizes específicas as torna meros elementos decorativos, sem a devida atenção e suporte, dessa maneira, é mais comum encontrar recomendações para as questões físicas (nutrição; desenvolvimento do bebê; sinais de alerta na gravidez como dores abdominais, sangramentos e outros sintomas incomuns) que encontrar recomendações diretas para a saúde mental/emocional da mulher, como se destaca no trecho a seguir:

*“Na primeira consulta de pré-natal, deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguido por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Inicialmente, deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatório sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais”. (Manual Técnico - Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada, p. 25)*

Assim, o trecho descreve detalhadamente como deve ser conduzida a consulta de pré-natal, especialmente a primeira consulta, apresentando uma perspectiva individualizante de saúde.

Uma das principais críticas à perspectiva medicalizante é a sua tendência a promover o uso excessivo de intervenções médicas, como cesarianas, episiotomias e induções do trabalho

de parto. Essas intervenções, embora possam ser necessárias em certos casos, muitas vezes são realizadas de forma rotineira e sem considerar as necessidades individuais da mulher, resultando em taxas elevadas de procedimentos desnecessários e complicações associadas (Zorzanelli; Ortega; Bezerra, 2014).

Assim, há a procriação de um *ethos* individualizante e psicologizante (Salem, 2007), perpetuado pelo conhecimento autoritário sobre o parto, que desagua em um discurso hegemônico que culpabiliza e responsabiliza a mulher individualmente pelas experiências e resultados do parto, essa perspectiva suprime as complexas dimensões socioculturais, políticas e econômicas que influenciam o processo de nascimento.

Podemos notar essa inclinação no documento Humanização do parto - Do pré-natal e nascimento (2014) que reconhece a importância de promover um parto humanizado, respeitando os direitos e desejos das mulheres durante o processo de parto, reafirmando que o parto deve ser uma experiência respeitosa e personalizada para cada mulher, no entanto, muitas vezes a ênfase na humanização do parto se concentra apenas em reduzir as intervenções médicas, dessa maneira, ignorando as raízes da medicalização excessiva na assistência à saúde materna, se assemelhando a um mero tratamento paliativo, incapaz de solucionar a causa primária do problema:

*“A humanização da assistência ao parto implica também e, principalmente, que a atuação do(a) profissional respeite os aspectos da fisiologia da mulher, que não intervenha desnecessariamente, que reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e do nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê” (p.189).*

Em resumo, esses documentos reconhecem a importância de uma abordagem mais humanizada e centrada na mulher, mas ainda há espaço para melhorias, tendo em vista que ambos os documentos focam principalmente em aspectos biológicos da gestação, parto e puerpério, com menor atenção à saúde mental da mulher. Por exemplo o Manual Técnico (2006) dedica grande parte do conteúdo à descrição de alterações físicas e fisiológicas da gestação, já o Programa Humanização do parto (2014) aborda a temática da saúde mental da mulher em um capítulo específico, mas ainda com foco em aspectos biológicos e individualizantes como depressão pós-parto, como demonstra os trechos a seguir:

*“De acordo com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, é critério fundamental para o acompanhamento pré-natal a solicitação dos seguintes exames:*

- *Grupo sanguíneo e fator Rh (quando não realizado anteriormente);*
- *Sorologia para sífilis (VDRL);*
- *Urina tipo I;*
- *Hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht);*
- *Glicemia de jejum;*
- *Teste anti-HIV com aconselhamento pré-teste e consentimento da mulher;*
- *Sorologia para hepatite B (HBsAg), se disponível;*
- *Sorologia para toxoplasmose, se disponível;*
- *Colpocitologia oncótica, quando indicada”.*

*(Manual Técnico do pré-natal ao Nascimento, 2006, p. 68).*

*“O apoio proporcionado pelas doulas promove, em várias evidências, uma série de benefícios para as mulheres. Metanálise de estudos randomizados envolvendo 15.061 mulheres demonstrou que, para aquelas alocadas para o suporte contínuo, houve uma maior incidência de parto vaginal espontâneo, menor necessidade de analgesia e maior satisfação com a experiência do parto” (Caderno HumanizaSUS - Humanização no Pré-Natal e Nascimento, 2014, p. 38).*

O trecho do manual técnico destaca a importância de uma série de exames laboratoriais para o acompanhamento da gestante. Já o caderno do HumanizaSUS apresenta evidências científicas sobre os benefícios do apoio de doulas durante o parto. As doulas são profissionais que oferecem suporte emocional e físico às gestantes durante o trabalho de parto e o pós-parto. Embora focadas na saúde mental, as intervenções descritas se concentram a métodos de redução da dor. Essa abordagem reforça a lógica medicalizante, perpetuando o *ethos* medicalizante e individualizante:

*“O grande desafio que se coloca, para todos os(as) profissionais que prestam esta assistência, é o de investir em uma abordagem que estimule a participação ativa da mulher e seu acompanhante, que priorize a presença constante do profissional junto da parturiente, que preconize o suporte físico e emocional e o uso de técnicas não farmacológicas de cuidado que permitam o alívio da dor, como o estímulo à deambulação e à mudança de posição, uso da água para relaxamento e massagens. (Caderno HumanizaSUS - Humanização no Pré-Natal e Nascimento, 2014, p. 195).*

*“É necessário intervir no modelo vigente de atenção à saúde mental das mulheres, visando a propiciar um atendimento mais justo, mais humano, eficiente e eficaz, em que a integralidade e as questões de gênero sejam incorporadas como referências na formação dos profissionais que atendem a esse grupo populacional e podem intervir positivamente nessa realidade”. (PAISM, 2004, p.46).*

A crítica também se estende à reprodução biomédica e individualizante, que gera violências e violações contra as mulheres, perpetuando a medicalização do parto e da maternidade e ignorando as dimensões sociais e culturais que impactam profundamente a saúde mental materna. Fatores como violência obstétrica, desigualdade social, pobreza, machismo e discriminação de gênero são pouco discutidas nas análises e intervenções dos documentos que compuseram esta pesquisa.

Neste ponto, retomamos a crítica de Salem (2007) ao *ethos* psicologizante e individualizante, que atribui a saúde e o adoecimento exclusivamente ao indivíduo. Essa perspectiva, como aponta Fernandes (2023), promove uma visão solitária e autônoma do 'eu', desconsiderando o contexto social e fatores sociais como elementos importantes para a saúde mental. Ao priorizar a responsabilidade individual, essa abordagem ignora as desigualdades sociais, as pressões do cotidiano e outros determinantes sociais que influenciam significativamente o bem-estar psicológico, essa visão limitada não apenas sobrecarrega o indivíduo com a responsabilidade por sua própria saúde mental, como também dificulta a implementação de políticas públicas eficazes para promoção da saúde mental coletiva.

É essencial que as políticas públicas e as práticas de saúde considerem os fatores citados acima pois, é necessário promover um ambiente de cuidado que supere as barreiras estruturais e culturais que marginalizam as mulheres (Oliveira, 2020). A violência obstétrica, por exemplo, deve ser abordada de forma crítica e multidisciplinar, uma vez que sua erradicação está diretamente associada à promoção de um sistema de saúde que valorize a dignidade e os direitos das pacientes (Silva; Pereira, 2019). Além disso, a desigualdade social e a pobreza são fatores que afetam desproporcionalmente as mulheres, especialmente aquelas pertencentes a grupos vulneráveis. É essencial implementar estratégias interdisciplinares que visem reduzir essas desigualdades, garantindo que todas as mulheres tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade como preconiza o SUS.

Em resumo, a medicalização do parto é uma expressão da longa história de controle e intervenção no corpo feminino, que reflete o domínio do conhecimento biomédico sobre os

saberes tradicionais e a autonomia das mulheres. A noção de saber-poder de Michel Foucault (2020) por via do biopoder esclarece a compreensão do corpo como um campo de relações de poder e controle, sobretudo exemplificado pela centralização de práticas obstétricas nas mãos dos profissionais de saúde, particularmente médicos obstetras. Apesar que avanço científicos e tecnológicos têm contribuído para as reduções de mortalidade materna e neonatal, também levaram a um excesso de medicalização do parto que marginalizam as parteiras e diminuem a autonomia das mulheres.

#### 4.1.3 O Modelo Sociopolítico

As políticas públicas voltadas para as mulheres no Brasil têm evoluído ao longo das últimas décadas, buscando promover a equidade de gênero e garantir o acesso a serviços de saúde integral e de qualidade. A visão sociopolítica da saúde mental transcende o conceito tradicional de bem-estar individual, reconhecendo que os determinantes sociais exercem um papel crucial na saúde mental da população, essa perspectiva aborda as diversas formas pelas quais as desigualdades sociais, a pobreza, a exclusão social, o racismo, o sexismo, a homofobia e outros fatores socioeconômicos podem influenciar o desenvolvimento de transtornos mentais e o acesso ao tratamento adequado, assim, a saúde mental não é vista apenas como uma questão individual, mas como um fenômeno complexo que é moldado por fatores estruturais e contextuais.

Os documentos que foram analisados nesta pesquisa que corroboram com uma visão sociopolítica do cuidado em saúde mental materna são: PNAISM (2004); Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2013); Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (2015); Programa Nacional de Equidade de Gênero, raça e valorização das Trabalhadoras no SUS (2023) nestes a visão sociopolítica da saúde mental reconhece a interconexão entre questões sociais, políticas e de saúde mental, e defende uma abordagem integrada que promova a igualdade, a justiça social e o respeito pelos direitos humanos das mulheres afetadas por questões de saúde mental.

Por exemplo no PNAISM (2004) podemos notar a preocupação em abordar questões como violência de gênero, acesso à educação e ao mercado de trabalho, além de promover a participação política das mulheres:

*“Para que os profissionais de saúde possam compreender as reais necessidades das mulheres que buscam um atendimento em serviço de saúde mental, é necessário que se dê um processo de incorporação, à prática das ações de saúde, da perspectiva de que a saúde mental das mulheres é, em*

*parte, determinada por questões de gênero, somadas às condições socioeconômicas e culturais. Dentro dessa realidade, o SUS poderá propiciar um atendimento que reconheça, dentre os direitos humanos das mulheres, o direito a um atendimento realmente integral a sua saúde” (p.46).*

O trecho defende a necessidade de uma transformação na forma como a saúde mental das mulheres é abordada no SUS. Essa transformação passa pela incorporação da perspectiva de gênero na prática clínica, pela valorização das experiências das mulheres e pela oferta de um atendimento integral e humanizado.

O PNPM (2013) envolve a luta pela igualdade de gênero no Brasil. A Perspectiva Sociopolítica do plano é fundamental para garantir que as políticas públicas sejam eficazes na promoção da autonomia das mulheres e na superação das desigualdades de gênero. O PNPM foi construído com a participação de diversos movimentos sociais de mulheres, garantindo que as diferentes vozes e necessidades das mulheres fossem consideradas. O plano também prevê mecanismos para a participação social na implementação e monitoramento das políticas públicas.

*Promoção da atenção à saúde mental das mulheres, considerando as especificidades raciais, étnicas, de origem, de classe social, de idade, de orientação sexual, de identidade de gênero, de deficiência, as mulheres em situação de prisão ou em situação de violência, incluindo mulheres do campo, da floresta, de quilombos e de comunidades tradicionais. (p.33)*

O Monitoramento e acompanhamento da PNAISM em 2015 foi importante para avaliar a implementação das diretrizes estabelecidas pela política. Identificaram-se avanços em alguns indicadores, como a redução da mortalidade materna e o aumento do acesso a métodos contraceptivos. No entanto, persistiram desafios relacionados à qualidade do atendimento, à falta de investimentos em infraestrutura e à desigualdade regional no acesso aos serviços de saúde:

*“Além disso, depara-se com frequência com dificuldades para encontrar dados sistematizados sobre determinados temas, tais como orientação sexual, sexualidade, saúde mental, violência contra a mulher ou mesmo dados desagregados por sexo, faixa etária e raça/cor/etnia” (p.24)*

O trecho em questão aponta para uma lacuna significativa na produção e disponibilização de dados sobre temas cruciais para a saúde da mulher. Essa falta de dados sistematizados e desagregados impede uma compreensão mais profunda das realidades específicas enfrentadas por diferentes grupos de mulheres e dificulta a elaboração de políticas públicas e programas de saúde mais eficazes e direcionados.

O Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no SUS de 2023 reflete um esforço para enfrentar as desigualdades de gênero e raça no âmbito do sistema de saúde brasileiro. Ele busca garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde e valorizar o trabalho das mulheres, especialmente aquelas que atuam no setor da saúde:

*“Desenvolver, em conjunto com as gestoras e os gestores municipais e estaduais, programas de valorização, segurança e saúde da trabalhadora garantindo ações de promoção e reabilitação a saúde mental considerando as interseccionalidades; b) Estimular o acolhimento e construção de fluxos de acionamento à rede intersetorial para providências cabíveis às trabalhadoras da saúde que apresentem vivenciar situação de violência doméstica, garantindo a confidencialidade” (p.06).*

Apesar do crescente reconhecimento das questões sociopolíticas envolvidas no debate sobre saúde mental das mulheres nas políticas públicas, é evidente que ainda enfrentamos desafios significativos na efetivação dessas medidas. A conscientização sobre a interseccionalidade das questões de gênero, raça, classe social e orientação sexual tem impulsionado discussões fundamentais e promovido avanços no entendimento das complexidades que permeiam a saúde mental feminina, no entanto, a tradução dessas discussões em políticas e ações concretas que atendam às necessidades específicas das mulheres continua sendo um obstáculo.

Muitas vezes, os serviços e programas são projetados com uma abordagem genérica que não leva em consideração as experiências e necessidades específicas das mulheres, isso resulta em lacunas na prestação de cuidados adequados, especialmente em áreas como o apoio à vítima de violência de gênero, o tratamento de transtornos alimentares ou a assistência no processo de maternagem, em última análise, embora tenhamos feito progressos no reconhecimento das questões sociopolíticas relacionadas à saúde mental das mulheres, ainda há um longo caminho a percorrer na garantia de que essas preocupações sejam adequadamente abordadas nas políticas públicas e que as mulheres tenham acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade.

#### 4.1.4 Ausências que comunicam

Os documentos de saúde da mulher, desde o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) frequentemente mencionam o princípio da integralidade na saúde, esse princípio propõe um cuidado abrangente que engloba as dimensões física, mental e social da saúde, reconhecendo a interdependência entre esses aspectos. No entanto, uma análise crítica desses documentos revela que a integralidade ainda não se estabeleceu na prática, especialmente no que se refere à saúde mental das mulheres, e essa lacuna é ainda mais profunda

quando se consideram as mulheres-mães, que enfrentam desafios específicos que muitas vezes são ignorados pelos sistemas de saúde, na PNAISM é possível notar a saúde mental como temática que necessita ser desenvolvida:

*“Nesse balanço são apontadas ainda várias lacunas como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; **saúde mental**; doenças infecto-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas”. (PNAISM, p.19).*

*“É necessário intervir no modelo vigente de atenção à saúde mental das mulheres, visando a propiciar um atendimento mais justo, mais humano, eficiente e eficaz, em que a integralidade e as questões de gênero sejam incorporadas como referências na formação dos profissionais que atendem a esse grupo populacional e podem intervir positivamente nessa realidade [...] Dentro dessa realidade, o SUS poderá propiciar um atendimento que reconheça, dentre os direitos humanos das mulheres, o direito a um atendimento realmente integral a sua saúde.”. (PNAISM, p.46).*

Isto se dá, porque em as ausências se interligam com os modos de fazer e produzir saúde. No âmbito da saúde da mulher, a verdadeira concretização do princípio da integralidade exige uma ruptura com a tradicional abordagem centrada nas características anatômicas e fisiológicas do sexo feminino. É fundamental transcender essa visão limitada e adotar uma conduta direcionada às questões de gênero, reconhecendo as nuances e as interseccionalidades que moldam a experiência de saúde das mulheres (Santana, 2019).

Embora a estruturação de serviços específicos para a saúde da mulher, baseados na concepção reprodutiva, tenha facilitado o acesso aos cuidados nessa área, essa abordagem também gerou consequências negativas. Ao focar exclusivamente na reprodução, essa perspectiva fragmenta o atendimento à mulher, relegando a segundo plano outras dimensões essenciais para sua saúde e bem-estar.

#### 4.2. Saúde Mental Materna: iniciativas para cuidado em saúde

A saúde mental materna, carregada de estigmas, têm ascendido ao palco principal das discussões em saúde pública. É inegável a necessidade premente de medidas abrangentes que

assegurem o bem-estar das mulheres-mãe durante a jornada da maternagem. Nesse contexto, as políticas públicas de saúde no SUS assumem um papel fundamental, embora ainda estejam engatinhando em sua efetividade. Através dos recursos propostos pela análise temática (AT), este estudo identificou três categorias principais de iniciativas propostas para a saúde mental materna no SUS, sendo estas Recomendações, Informação/Educação em Saúde e Intervenções Práticas, como ilustra a tabela:

Título/Nome do documento	Iniciativas em saúde mental
PAISM	Não menciona iniciativas.
Humanização do parto - No pré-natal e nascimento (2002)	Não menciona iniciativas.
Humanização do parto - No pré-natal e nascimento (2014)	Intervenções Práticas
PNAISM	Recomendações
Manual Técnico - Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada	Não menciona iniciativas.
Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006	Não menciona iniciativas.
Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial	Não menciona iniciativas.
Portaria - Rede Cegonha	Não menciona iniciativas.
Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental	Não menciona iniciativas.
Plano Nacional de Políticas para as Mulheres	Recomendações/ Informação/Educação em Saúde
Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher	Recomendações
Caderneta da Gestante (2016;2022 e 2023)	Não menciona iniciativas.

Programa Nacional de Equidade de Gênero, raça e valorização das Trabalhadoras no SUS	Intervenções Práticas
--	-----------------------

Tabela 2. Identificação de iniciativa em saúde mental por documento.

Entende-se por Recomendações diretrizes, protocolos ou orientações formuladas para promover a saúde mental materna. Estas podem incluir recomendações sobre práticas de autocuidado, estratégias de prevenção de doenças mentais, encaminhamento para serviços especializados, entre outras medidas que visam melhorar o bem-estar psicológico das mães.

Já a categoria Informação/Educação em Saúde aborda iniciativas voltadas para a disseminação de informações e a educação sobre questões relacionadas à saúde mental materna, incluindo campanhas de conscientização, programas de educação perinatal, materiais educativos para gestantes e mães, workshops para profissionais de saúde, entre outras atividades que visam aumentar o conhecimento e a compreensão sobre a importância da saúde mental durante a maternidade.

As intervenções práticas compreendem ações diretas realizadas para abordar e tratar problemas de saúde mental em mulheres grávidas e mães, como psicoterapia, grupos de apoio, programas de reabilitação psicossocial, acesso a medicamentos psicotrópicos quando necessário, entre outras medidas que visam fornecer suporte prático e terapêutico para as mães que enfrentam desafios de saúde mental.

#### 4.2.1. Recomendações diretrizes, protocolos ou orientações e informação e educação em saúde mental

Na análise documental realizada sobre saúde mental, é evidente a presença de diversas lacunas, especialmente no que diz respeito às Recomendações, Informação/Educação em Saúde e Intervenções Práticas, os documentos revelam muitas ausências, deixando um vazio significativo no contexto do apoio à saúde mental. Ao examinar as recomendações apresentadas, observa-se que estas predominam como forma de abordar os desafios em saúde mental, embora as recomendações sejam importantes, representam apenas um aspecto do espectro necessário para abordar efetivamente questões de saúde mental. Elas fornecem diretrizes e sugestões, mas sem um respaldo prático ou educacional robusto, podem não ser implementadas de forma eficaz.

A informação e educação em saúde mental são elementos essenciais para capacitar indivíduos a compreenderem melhor suas próprias condições mentais e as dos outros, bem

como a buscar apoio quando necessário, no entanto, estas áreas estão notavelmente ausentes ou sub-representadas na análise documental, a falta de educação em saúde mental pode contribuir para estigmas, falta de compreensão e até mesmo para a falta de procura por ajuda quando necessário.

A integralidade do atendimento à saúde mental das mulheres no Sistema Único de Saúde (SUS) exige a compreensão de suas necessidades específicas, as quais são moldadas por diversos fatores interligados. Gênero, condições socioeconômicas e culturais se entrelaçam e influenciam significativamente a saúde mental feminina. Nessa perspectiva, o SUS deve garantir um atendimento que reconheça e respeite os direitos humanos das mulheres, incluindo o direito à saúde mental integral, portanto, dentro da PNAISM, as ações em saúde mental, encontram-se como recomendações, como as citadas:

- *Melhorar a informação sobre as mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS;*
- *Qualificar a atenção à saúde mental das mulheres;*
- *Incluir o enfoque de gênero e de raça na atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais e promover a integração com setores não-governamentais, fomentando sua participação nas definições da política de atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais (p.71)*

No Manual Técnico: Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada (2006) pode-se identificar um diálogo acerca da saúde emocional de gestantes que enfatiza a importância de identificar e tratar adequadamente os problemas de saúde mental que possam surgir durante o pré-natal e puerpério, como a depressão pós-parto, a ansiedade e o estresse, por exemplo. Além disso, destaca a necessidade de oferecer um atendimento humanizado e acolhedor, que considere as necessidades emocionais e psicológicas da mulher, promovendo o diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção da equipe de saúde que acompanha o pré-natal. No Manual Técnico: Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada (2006), as medidas também estão no campo de iniciativas e recomendações, centralizada na relação mãe-bebê, como podemos observar no documento:

*“Puerpério: estado de alteração emocional essencial, provisório, em que existe maior vulnerabilidade psíquica, tal como no bebê, e que, por certo grau de identificação, permite às mães ligarem-se intensamente ao recém-nascido, adaptando-se ao contato com ele e atendendo às suas necessidades básicas” (p.38).*

O Manual também propõe que os cuidados com a saúde emocional devem partir de uma escuta ativa pelo profissional o que documento atesta como “Entrevista Centrada na Pessoa”:

*“Muitos dos sintomas físicos manifestos mascaram problemáticas subjacentes. Por isso, em vez de fazer uma série de rápidas perguntas, específicas e fechadas, é importante encorajar a mulher a falar de si. Essa abordagem é chamada de “entrevista centrada na pessoa”. Saber ouvir é tão importante quanto saber o que dizer, pois essa habilidade pode ser crucial para a elaboração de um diagnóstico correto. Outra habilidade importante de ser desenvolvida pelos profissionais de saúde é a empatia, que se refere à habilidade de compreender a realidade de outra pessoa, mesmo quando não se teve as mesmas experiências. Uma presença sensível infunde serenidade e confiança à mulher” (p.35).*

Assim, podemos observar no trecho, a relevância de uma abordagem humanizada e integral na assistência à saúde da mulher, enfatizando a necessidade de ir além da mera coleta de dados e sintomas físicos.

O Relatório de gestão do Ministério da Saúde sobre a saúde mental no SUS 2003-2006 (2007) que debate as questões de saúde mental que precisam de ação, não faz menção direta à saúde mental de mães, no entanto, há uma referência à necessidade de melhorar a informação sobre as mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS:

*“Crescem as internações de mulheres por transtornos de humor, o uso de benzodiazepínicos entre as mulheres é significativo, e crescem os transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério [...] implantar estratégias de atenção, sob enfoque de gênero, à saúde mental das mulheres para: 1) melhorar a informação sobre as mulheres com sofrimento psíquico no SUS” (p.53).*

Bem como há menção a uma maior sensibilização dos gestores e dos profissionais de saúde para as questões de gênero e de raça como determinantes de sofrimento psíquico:

*3) incluir o enfoque de gênero e de raça na atenção às mulheres com sofrimento psíquico; 4) promover a integração com setores da sociedade civil, fomentando a participação nas definições da política de atenção às mulheres com sofrimento psíquico; (p.108).*

Cabe ressaltar que há uma referência aos transtornos mentais associados ao puerpério, que conta com a participação da Coordenação Geral de Saúde Mental em discussões sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos, além disso, é mencionado que o tema da gravidez na adolescência, bem como do sexo inseguro (associado ou não ao consumo de drogas) são pontos da agenda comum.

O documento menciona que a Coordenação Geral de Saúde Mental participou de discussões sobre transtornos mentais associados ao puerpério, mas não especifica quais ações foram propostas para o cuidado integral dessas mulheres. O documento levanta a questão sobre como discutir efetivamente o movimento da Coordenação Geral de Saúde Mental em relação aos transtornos mentais associados ao puerpério. Para abordar essa questão, seria importante investigar profundamente o que ocorreu dentro desse contexto específico. Quais foram as principais propostas discutidas para o cuidado integral das mulheres durante o puerpério? Como essas propostas foram formuladas e quais foram os resultados esperados? Além disso, é crucial avaliar se essa abordagem da Coordenação Geral de Saúde Mental se traduziu em uma aproximação eficaz entre os campos da saúde mental e da saúde materna, ou se há lacunas que precisam ser preenchidas para um cuidado mais integral e humanizado à saúde da mulher.

No entanto, o documento destaca a importância da construção de uma rede de atenção de base comunitária e da articulação entre as instâncias do SUS para o processo de gestão da política de saúde mental, o que pode contribuir para a prevenção e o tratamento de transtornos mentais em geral, incluindo os associados ao puerpério:

*“Não há dúvida de que é necessário melhorar a informação sobre as mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS. Uma maior sensibilização dos gestores e dos profissionais de saúde para as questões de gênero e de raça como determinantes de sofrimento psíquico também é uma tarefa ainda a ser realizada. A entrada destes temas na agenda da saúde mental, ainda que no nível da sensibilização, é, no entanto, um grande passo. Para os próximos anos, uma discussão mais densa sobre estas problemáticas, e o estabelecimento de diretrizes de atenção à saúde mental da mulher devem ser preocupações de todos os gestores” (p. 54).*

O trecho enfatiza a importância de uma abordagem mais interseccional e sensível às especificidades das necessidades de saúde mental das mulheres. O acesso a serviços de saúde de qualidade e a promoção da saúde integral das mulheres são cruciais para o sucesso dessa perspectiva.

Em 2010 houve a IV Conferência Nacional da Saúde Mental – Intersetorial, na qual foi redigido um relatório final, onde as articulações em saúde mental também seguem no campo das recomendações e iniciativas. No que concerne a saúde da mulher, as recomendações se relacionam maior parte das vezes, com o campo da violência:

*“Desenvolver nos meios de comunicação falada, televisionada e escrita campanhas de informação e de mobilização para encaminhamento de denúncias e combater os diversos tipos de violência física e psicológica (preconceito, assédio moral, discriminação, violência verbal, entre outros), abuso, cárcere privado e exploração das pessoas com transtornos mentais e do usuário de álcool e outras drogas, especialmente as mulheres” (p. 150).*

No entanto, cabe ressaltar que o mesmo documento propõe:

*“Implantar um modelo de atenção em saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero:*

- *Melhorar a informação sobre as mulheres portadoras de sofrimento psíquicos no SUS;*
- *Qualificar a atenção em saúde mental das mulheres;*
- *Incluir o enfoque de gênero e de raça na atenção às mulheres portadoras de sofrimento psíquico;*
- *Promover a integração com setores não governamentais, fomentando sua participação nas definições da política de atenção às mulheres com sofrimento psíquico” (p. 183).*

O trecho apresentado acima, delinea um conjunto de ações estratégicas para a implementação de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres que leve em consideração as especificidades de gênero e raça, priorizando as necessidades e as experiências das mulheres com sofrimento psíquico, considerando as múltiplas dimensões da identidade das mulheres, incluindo gênero, raça, classe social e outras, o mesmo já havia sido uma meta da PNAISM, mas reforçada no documento proveniente da IV Conferência Nacional da Saúde Mental – Intersetorial.

A Portaria da Rede Cegonha (2011) prevê a elaboração de um Plano de Ação Regional com a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, no entanto, não há nenhuma menção explícita quanto a questão da saúde mental de mulheres no ciclo gravídico puerperal, o documento reconhece a importância da saúde e dos direitos das mulheres no contexto da saúde (física) materna e infantil.

#### 4.2.2. Intervenções Práticas

As intervenções práticas em saúde mental também são escassas no documento. As ações tangíveis e diretas são fundamentais para proporcionar suporte real e efetivo às pessoas que enfrentam desafios em sua saúde mental, sem intervenções práticas, as recomendações e a educação podem se tornar teóricas e ineficazes na prática.

No Cadernos de Atenção Básica, n. 34 (2013) que se volta para o debate em saúde mental na Atenção Básica (AB) há uma discussão sobre o que seria as intervenções em saúde mental, neste ele faz uma breve explanação:

*“Entendemos que as práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental devem ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de Saúde com os usuários, mais do que a escolha entre uma das diferentes compreensões sobre a saúde mental que uma equipe venha a se identificar” (p. 22).*

Dessa maneira, no documento há duas práticas possíveis para a promoção de saúde mental na Atenção básica: a escuta e o acolhimento:

*“O acolhimento realizado nas unidades de Saúde é um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário. Em uma primeira conversa, por meio do acolhimento, a equipe da unidade de Saúde já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a UBS está disponível para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços” (p. 24)*

*“Neste projeto, tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral. Um Projeto Terapêutico Singular deve ser elaborado com o usuário, a partir de uma primeira análise do profissional sobre as múltiplas dimensões do sujeito” (p. 33)*

No entanto, é válido advertir que ações específicas em saúde mental materna, não está no cerne do debate, que visualiza a questão de forma generalista, dessa forma, apesar de se discutir transtornos mentais associados ao período pós-parto, muitas vezes essas discussões não estão centradas em ações específicas direcionadas à saúde mental materna. Em vez disso, o debate tende a abordar a questão de forma mais generalista, sem a devida ênfase nas necessidades específicas das mães em termos de saúde mental. No entanto, o documento sinaliza um procedimento visando a saúde mental de mulheres em 2001, devido as altas taxas de medicalização que envolviam este grupo na AB, onde foi implementado um projeto piloto para encontro em Grupo de Mulheres com a finalidade de discutir as questões de gênero, empoderar e reafirma a autonomia da mulher, valorizando o seu ser mulher no mundo. Nestes encontros grupais as duas intervenções proposta em saúde mental na AB eram adotadas, a escuta ativa e acolhimento:

*“A metodologia adotada foi a de grupo operativo cuja tarefa era conversar sobre a vida da mulher e seus sentimentos. As participantes do grupo não estavam ali por sua função de ser mãe, do seu papel de mulher, do planejamento familiar e outros. Elas estavam no grupo por serem mulheres. As mulheres falavam de suas dores e como começaram a tomar antidepressivos e tranquilizantes” (p. 126).*

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2013) destaca a importância de promover a atenção à saúde mental das mulheres, levando em consideração raça, etnia, origem, classe social, idade, orientação sexual, identidade de gênero, deficiência, as particularidades das mulheres encarceradas ou vítimas de violência, inclusive aquelas oriundas de áreas rurais,

florestas e comunidades tradicionais. Dessa maneira, é possível encontrar um quadro de ações propostas:

Ações	Órgão responsável	Parceiros	PPA Objetivo/ Meta ou Iniciativa
3.10.1. Fomentar estudos e pesquisas que avaliem a correlação de desigualdades de gênero, raça/cor, etnia, classe social, deficiência, com sofrimento mental e transtorno mental em mulheres.	MS SPM	Seppir	0727/02TE 0718/02RE 0715/02QS 0713/02PR 0724/02S6 0975/045U
3.10.2. Implantar na rede de atenção psicossocial (atenção básica, centros de atenção psicossocial, unidades de acolhimento, leitos de saúde mental em hospital geral) estratégias de cuidado que considerem a determinação de gênero no sofrimento mental e transtornos mentais das mulheres.	MS	SPM, SDH	0718/02RE 0715/02QS 0975/045U
3.10.3. Elaborar estratégias de educação permanente para profissionais da rede de saúde mental, matriciadores e profissionais dos Nasfs (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) que abordem como as desigualdades de gênero, raça/cor, classe social e situação de vulnerabilidade podem ser determinantes na produção e/ou agravamento de sofrimento mental e transtorno mental entre as mulheres.	MS	SPM, SDH	0975/045U 0721/02RT 0715/02QS 0718/02RE 0713/02PR
3.10.4. Implantar ações específicas para atenção às mulheres em situação de violência nos serviços de saúde e nos serviços de saúde mental.	MS	SPM	0998/ -

Figura 2. Iniciativas em Saúde mental. PNPM, p. 39, 2015.

O quadro acima, apresenta um conjunto de ações estratégicas com o objetivo de promover a saúde mental das mulheres. Essas ações, distribuídas em quatro eixos principais, demonstram a complexidade e a multidimensionalidade das questões envolvidas na saúde mental feminina. Esta se divide em 4 grupos, sendo estes: pesquisa, educação em saúde, rede de cuidado e ações para público específicos, como mulheres em situação de violência.

No mesmo ano, foi lançado o Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2015) que relembra a Portaria nº 1.459/ GM/MS de 24 de junho de 2011 instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha:

*“Trata-se de uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis”. (p.14)*

Apesar do compromisso, estabelecido pelo Ministério da Saúde nas políticas públicas de saúde, o Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2015) fez um rastreamento da implementação das ações em saúde, que mesmo após os seis anos da Portaria Rede Cegonha em sua maioria não havia indicadores registrados, pois o documento afirma “Os serviços de

saúde ainda não possuem uma cultura de avaliar as suas ações, o que dificulta o planejamento e a implantação das políticas públicas baseadas numa análise correta da situação de saúde e do que realmente significam as demandas da população” (p.27) e a tabela abaixo apresenta esta realidade:

Objetivo 3: Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes, tendo como estratégia a Rede Cegonha			
	Indicadores, por raça, cor/etnia e idade	Informação Obtida	
Parto	3.17. Existência de doulas na atenção ao parto	Sim	
		Não	
		s/i	
	3.18. Proporção de partos cesáreos em relação ao total de partos	%	
Parto		s/i	
	3.19. Percentual de partos por tipo de partos (normal, cesárea)	% normal	
		% cesárea	
Parto		s/i	
	3.20. Número de casos confirmados de tétano neonatal	Nº	
Puerpério		s/i	
	3.21. Percentual de mulheres que realizaram pelo menos uma consulta no puerpério	%	
Humanização da atenção ao parto		s/i	
	3.22. Número de unidades hospitalares que incluem acompanhante de livre escolha no pré-parto, parto e puerpério.	Nº	
Humanização da atenção ao parto		s/i	
	3.23. Existência de atividades de humanização da atenção ao parto (tapete, bola etc.)	Sim	
		Não	
Atenção ao abortamento		s/i	
	3.24. Número de internações por abortos incompletos	Nº	
		s/i	
	3.25. Número de procedimentos de curetagem em abortamento incompleto	Nº	
Aborto por anencefalia		s/i	
		Nº	
	3.27. Número de mulheres que solicitaram e realizaram aborto e antecipação do parto por anencefalia	s/i	
Aconselho pós-aborto		s/i	
	3.28. Percentual de mulheres que tiveram consulta de aconselhamento reprodutivo pós-aborto	%	
		s/i	
Humanização da atenção ao abortamento		s/i	
	3.29. Existência de aconselhamento e distribuição de método anticoncepcional pós-aborto	Sim	
		Não	
		s/i	
Humanização da atenção ao abortamento		s/i	
	3.30. Existência de tratamento para dor durante a internação (antes e depois dos procedimentos)	Sim	
		Não	
		s/i	
Humanização da atenção ao abortamento		Nº	
	3.31. Número de abortamentos com presença de acompanhante	s/i	

Figura 3. Ações em Saúde Mental. Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (p. 38, 2015).

Nas Cadernetas da Gestante (2016, 2022 e 2023) apesar das diferentes versões, o conteúdo presente nestas se assemelham bastante, onde o foco é a saúde mental da família, incluindo o parceiro(a). A adaptação da família à chegada do bebê, também é considerada de forma indireta, uma vez que o apoio emocional e psicológico durante a gravidez e no pós-parto pode impactar toda a família. Nas versões de 2016 e 2022, não menção de intervenções em saúde mental para a gestação, apenas na versão de 2023 há uma menção que entra no campo de informação/orientação:

*Doulas são mulheres que sabem ajudar outras mulheres no momento do trabalho de parto e no parto, dando coragem e confiança, ajudando a achar as melhores posições durante o trabalho de parto. Elas oferecem apoio físico e emocional neste momento intenso. Veja se na maternidade há disponibilidade deste apoio pelas doulas (p.31)*

Já o Programa Nacional de Equidade de Gênero (2023) - o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde (SUS) aborda a saúde mental em diversos pontos, ele busca desenvolver programas de valorização, segurança e saúde da trabalhadora, garantindo ações de promoção e reabilitação da saúde mental considerando as interseccionalidades. Além disso, o programa estimula o acolhimento e a construção de fluxos de acionamento à rede intersetorial para providências cabíveis às trabalhadoras da saúde que enfrentem situações de violência doméstica, garantindo a confidencialidade, também promove práticas integrativas e complementares para minimizar estressores provenientes do trabalho na saúde e elabora programas e projetos de promoção à saúde mental nos serviços de saúde considerando a equidade de gênero e raça, assim promove intervenções diretivas:

*“III - Acolhimento às trabalhadoras da saúde no processo de maternagem:*  
a) *Estimular a construção de ambiência adequada e espaço acolhedor para as mulheres lactantes dentro da instituição de trabalho, destinado às trabalhadoras que retornam da licença-maternidade e desejam continuar amamentando seus filhos;*  
b) *Flexibilizar horários de trabalho garantindo dois descansos especiais, de meia hora cada um, durante a jornada de trabalho até o 6º mês de vida do bebê, além dos intervalos normais para repouso e alimentação, mesmo tratamento estendido para casos de adoção (art. 396 da CLT);*  
c) *Sensibilizar as gestoras e os gestores para redução da carga horária e redução metas de trabalho no primeiro mês após o retorno da licença-maternidade, visando a readaptação da mulher no trabalho na saúde;*  
d) *Fomentar estratégias de acolhimento e respeito às particularidades das mulheres que retornam do processo de licença maternidade e necessitam de reorganização do seu processo de trabalho;*  
e) *Promover a reflexão, na rede de serviços de saúde, sobre a relação da maternidade com o trabalho na saúde;*  
f) *Evitar constrangimento às trabalhadoras no processo de cuidado de seus filhos que exigem reorganização da jornada de trabalho; e*  
g) *Incentivar adoção de medidas para acolhimento às trabalhadoras da saúde que necessitam cuidar de seus filhos dependentes durante a jornada de trabalho;” (p. 05).*

As intervenções propostas acima ainda está inserida no âmbito institucional, o que se evidencia pelas medidas que visam a adaptação do espaço de trabalho e das condições laborais para essas profissionais. As ações sugeridas, como a criação de um espaço adequado para amamentação, a flexibilização dos horários de trabalho, a redução da carga horária e metas, e a sensibilização das gestoras e gestores, visam garantir que as trabalhadoras sejam acolhidas e respeitadas em suas necessidades durante o o período de amamentação e retorno ao trabalho após a licença-maternidade.

No contexto das políticas públicas de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), as intervenções e iniciativas propostas para a saúde mental materna representam um importante avanço na promoção do bem-estar das mulheres durante o período gestacional e pós-parto. Ao longo deste estudo, foi possível examinarmos três vertentes fundamentais: recomendações, informação/educação em saúde e intervenções práticas, embora tenhamos observado esforços significativos nesses domínios, é inegável que ainda há um longo trajeto a ser percorrido na implementação efetiva e abrangente da saúde mental materna.

As intervenções práticas compreendem ações diretas realizadas para abordar e tratar problemas de saúde mental em mulheres grávidas e mães, como psicoterapia, grupos de apoio, programas de reabilitação psicossocial, acesso a medicamentos psicotrópicos quando necessário, entre outras medidas que visam fornecer suporte prático e terapêutico para as mães que enfrentam desafios de saúde mental.

Já no eixo das intervenções de saúde mental materna, as práticas em saúde materna ainda se encontram quase inexistentes, no PAISM (1984) o texto disposto no documento não aborda em algum momento explicitamente a saúde mental, o que soa um tanto quanto contraditório, tendo em vista que ele se concentra principalmente na assistência integral à saúde da mulher. Segundo a Portaria Nº 2.436, De 21 De Setembro De 2017 a integralidade “inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade” (n.p), dessa maneira, mesmo o entendimento de integralidade presumindo o cuidado psicológico, este, não se explicita. O destaque se dá para a atenção ao pré-natal, parto e puerpério, controle de doenças sexualmente transmissíveis, câncer cervical e mamário, e assistência para concepção e contracepção, ou seja, a assistência integral se dá especificamente para os assuntos que envolvam as preocupações com o nascimento e planejamento familiar, como pode ser notado nos trechos:

*O câncer do colo uterino e da mama tem apresentado altas taxas de morbimortalidade, devido às baixas coberturas dos serviços, em termos de identificação precoce da patologia, e das dificuldades de acesso aos serviços de maior complexidade por parte das pessoas com diagnóstico positivo. [...] Outro problema, que surge com frequência cada vez maior, esta relacionado às doenças sexualmente transmitidas. A experiência clínica em diversas*

*regiões do Brasil revela um aumento progressivo de infecções gonocócicas e da sífilis.*

*As mulheres com mais de 49 anos de idade apresentam um risco mais elevado de câncer cérvico-uterino e mamário, além dos problemas próprios da menopausa, decorrentes do desaparecimento das funções ovarianas e da conseqüente queda de produção estrogênica. (PNAISM, p.7-8, 1984)*

*“garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva; ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções; de métodos anticoncepcionais; [...] articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/aids; – promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual” (PAISM, p. 09, 2004).*

Os trechos acima refletem preocupações importantes relacionadas à saúde da mulher, abordando tanto o diagnóstico precoce e o acesso a tratamentos, quanto a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, oferta de métodos anticoncepcionais. Os trechos também evidenciam a preocupação com o nascimento e o planejamento familiar.

Os programas de saúde que se preocupavam com a mulher no Brasil, surgiram nos anos 20 com a reforma sanitária proposta por Carlos Chagas se atentando aos altos índices de mortalidade infantil no país, assim deu início ações para a proteção materno-infantil. Em 1933, foi publicado o documento proveniente da “Conferência Nacional de Proteção à Infância: fins e organização de associações de proteção higiênica à infância”, pelo médico Gastão de Figueiredo, que na época ocupava cargo na Inspetoria de Higiene Infantil.

A conferência teve como objetivo principal assegurar o pleno desenvolvimento da criança e combater a alta mortalidade infantil na época. Para tanto, ficou estabelecido o programa de proteção materno-infantil, cujos objetivos seriam de garantir às crianças alimentação saudável e de boa qualidade, ofertar saneamento básico as famílias e incentivar a participação da mãe e da criança aos postos de higiene, portanto, a preocupação do governo se dava especificamente com a condição da redução da mortalidade infantil e centrava-se na criança, a mulher era vista apenas como essencial para o desenvolvimento infantil, sendo razão de uma persona secundária nas discussões de promoção em saúde (Iurconvite, 2010), tal perspectiva pode se verificar no PAISM (1984):

*“Todas as ações destinadas a prevenir as doenças ou promover e recuperar a saúde da mulher e da criança deverão nortear-se pelo princípio da integralidade da assistência” (PAISM, 1984, p.09)*

A interseção entre a saúde da mulher e da criança tem sido historicamente uma área de interesse considerável dentro do campo da saúde pública. A centralidade da maternidade na articulação da saúde da mulher e da criança tem sido uma característica proeminente dessa abordagem. Essa concepção, embora possa ser fundamentada em princípios de proteção materno-infantil, tende a reduzir a mulher ao papel de procriadora, corroborando para que a integralidade do cuidado em saúde da mulher, não se associe com as questões de saúde mental, pois, na realidade, a preocupação não se torna a mulher, mas a criança.

Neste mesmo cerne, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (2002) não realiza menções diretas a medidas ou ações de saúde mental. O foco deste documento é a importância de garantir atendimento digno e de qualidade (itens debatidos nos pontos 6.1.1) para toda gestante durante a gestação, parto e puerpério, além de assegurar o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto e à assistência ao parto e ao puerpério de forma humanizada e segura, enfatizando a importância da humanização nos serviços de saúde que assegurem a dignidade da mulher. Em 2014 saiu uma nova versão deste documento, neste já é possível identificar uma preocupação com a saúde emocional da mulher o documento destaca a importância da prevenção e do tratamento de transtornos mentais durante a gestação e o pós-parto, reconhecendo que esses transtornos podem afetar significativamente a saúde e o bem-estar da mulher e de sua família. Então, neste sentido, as medidas em saúde eram mais interventivas, pois:

*As atividades de apoio no trabalho de parto para minimizar a dor, podem ser divididas em categorias, sendo elas: o suporte emocional, o conforto físico e o oferecimento de informações de todo o processo que está sendo vivenciado neste momento (p.189).*

É possível observar que o suporte emocional durante o parto é compreendido como um conjunto de práticas destinadas a garantir o bem-estar físico e emocional da mãe. Essas práticas abrangem desde a ansiedade pré-parto até a satisfação pós-parto, considerando que as emoções podem variar e influenciar a experiência da mulher. O suporte emocional se manifesta em ações como oferecer um espaço para que as mulheres expressem suas emoções e recebam apoio e orientação, lidando com sentimentos como cansaço, esgotamento e vontade de chorar sem motivo aparente. Além disso, inclui-se uma rede de apoio formada por pessoas que inspiram confiança na mulher, como a presença do pai e de outros familiares. Também faz parte desse suporte o papel das doulas durante o parto, nascimento e puerpério (Brüggemann; Parpinelli; Osis, 2005).

Já com a PNAISM (2004) conseguimos visualizar algumas alterações importantes, pois o documento cita a relevância das ações em saúde mental para as mulheres diretamente e propõe alterações no modelo vigente de atenção à saúde mental das mulheres que foca demasiadamente no pré-natal, parto e puerpério, visando propiciar um atendimento mais justo, humano e eficiente, em que a integralidade e as questões de gênero sejam incorporadas como referências na formação dos profissionais que atendem a esse grupo populacional e possam intervir positivamente nessa realidade, como é possível acompanhar abaixo:

*É necessário intervir no modelo vigente de atenção à saúde mental das mulheres, visando a propiciar um atendimento mais justo, mais humano, eficiente e eficaz, em que a integralidade e as questões de gênero sejam incorporadas como referências na formação dos profissionais que atendem a esse grupo populacional e podem intervir positivamente nessa realidade. (PAISM, p.46, 2004).*

Dessa forma, a maneira de enxergar a saúde da mulher passa por alterações. A PNAISM visa desconstruir a visão de que a saúde da mulher seja focada no pré-natal, parto e puerpério, explorando como este ciclo tem carregado significado emocional, influenciado por crenças culturais, vivências pessoais e expectativas individuais e coletiva. Russo; Nucci; Silva (2019) aponta que o enfrentamento da dor durante o parto é associado ao empoderamento feminino e ao protagonismo da mulher nesse momento, a ideia é que as mulheres são capazes de superar a dor e dar à luz de forma autônoma e informada, no entanto, ao decorrer da história, esse processo de parturição foi tomando outros sentidos e transformando-se em emocional.

Russo; Nucci; Silva (2019) direcionam que para a construção da narrativa emocional do parto temos alguns elementos-chaves: 1) O parto é percebido como uma experiência singular na vida de uma mulher, caracterizada por uma ampla gama de emoções intensas, que vão desde a ansiedade e o medo até a alegria e o êxtase; 2) Reconhece-se a dor como uma faceta inerente ao processo de parto, não como um fenômeno a ser evitado, mas sim vivenciado em sua plenitude; 3) Destaca-se o protagonismo da mulher durante o parto como uma expressão significativa do empoderamento feminino. Encoraja-se a mulher a assumir o controle de seu próprio corpo e do processo de parto, transcender a dor e estabelecer uma conexão com sua força interior; 4) Sublinha-se a importância do acolhimento e da proteção durante o parto como fatores determinantes para o bem-estar emocional da mulher, é importante que mulheres sintam-se apoiadas e seguras durante todo o processo, evitando intervenções excessivas que possam gerar sofrimento adicional; 5) Observa-se uma valorização da dimensão sacrificial

associada à maternidade durante o parto, refletindo um modelo idealizado que atribui à mulher a capacidade de suportar a dor em prol do bem-estar do filho. Estas concepções que foram se construindo contribuíram para novas perspectivas de cuidado em saúde com a mulher.

Ao longo dessa foram exploradas as intervenções em saúde mental materna, destacando suas abordagens. A análise das práticas e estratégias adotadas em diferentes contextos na promoção da saúde nos proporciona uma visão abrangente das ações disponíveis para a saúde mental das mães. O quadro a seguir (Quadro 3) sintetiza as intervenções identificadas, oferecendo um panorama das opções existentes.

<b>Título/Nome do documento</b>	<b>Categoria</b>	<b>Iniciativa encontrada</b>
Caderno HumanizaSUS Humanização do Pre-natal ao Nascimento (2014)	Intervenções Práticas	Neste documento há a recomendação da importância do acolhimento realizado nas unidades de Saúde, visando o estabelecimento de um Projeto Terapêutico Singular que se adeque às questões integrais da saúde da mulher
PNAISM (2004)	Recomendações	O PNAISM propões a necessidade de melhorar a informação sobre as mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS, bem como qualificar a atenção à saúde mental das mulheres;
PNPM (2013)	Recomendações	O documento apresenta a recomendação: - Implementação de uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; - Ações de divulgação sobre os serviços de saúde.
Monitoramento e Acompanhamento da PNAISM e PNPM (2015)	Recomendações e Educação/Informação em saúde	O documento realiza um rastreamento da implementação das ações em saúde e faz a recomendação de: - Existência de doulas no momento do parto;

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência de atividades de humanização da atenção ao parto;</li> <li>- Existência de aconselhamento e distribuição de método contraceptivo pós-aborto.</li> </ul>
<p>Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde (2023)</p>	<p>Intervenções Práticas</p>	<p>Acolhimento às trabalhadoras da saúde no processo de maternagem de forma que haja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Flexibilização de horários;</li> <li>- Espaço acolhedor para as mulheres lactantes dentro da instituição de trabalho;</li> <li>- Promoção de estratégias de acolhimento e respeito às particularidades;</li> <li>- Evitar constrangimento às trabalhadoras no processo de cuidado com os filhos;</li> <li>- Redução da carga horária e redução metas de trabalho no primeiro mês após o retorno da licença-maternidade.</li> </ul>

Tabela 3. Síntese da identificação das iniciativas em saúde mental materna

Essa revisão não apenas ilustra a diversidade de abordagens, mas também sublinha a importância de um suporte adequado e personalizado para enfrentar os desafios específicos que as mães podem enfrentar. Ao integrar intervenções no planejamento de cuidados, podemos avançar na construção de um sistema mais eficaz e sensível às necessidades das mulheres durante a maternidade, diante desse cenário, futuras pesquisas devem aprofundar o conhecimento sobre a efetividade das diferentes intervenções, além de investigar os fatores que influenciam a adesão às mesmas;

#### 4.3. As Personas e Estereótipos na Assistência à saúde da mulher-mãe no Sistema Único de Saúde (Sus).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema público de saúde do Brasil, cujo serviços são os responsáveis por garantir o acesso à saúde a toda a população, independentemente de sua condição socioeconômica, raça/etnia ou outras condições, como permeiam os três

princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade. No que diz respeito à saúde mental materna, o SUS oferece uma série de serviços e ações em saúde, como grupos de apoio, práticas estas discutidas no tópico anterior. No entanto, a assistência em saúde mental materna no SUS ainda apresenta alguns desafios, como por exemplo, os estigmas associados à saúde mental e quando se refere à saúde das mulheres muitas vezes, esses estigmas são permeados por estereótipos que reduzem a complexidade das experiências das mulheres.

Faz-se importante debater o uso do termo “personas” nesta pesquisa se refere às categorias as quais mulheres são compreendidas nas políticas de promoção da saúde. Partindo da perspectiva de Ian Hacking (2007) as classificações científicas, médicas, ou sociais, ao descreverem e categorizarem certos grupos de pessoas, não apenas identificam características existentes, mas também contribuem para a formação e transformação dessas características, dessa maneira, as classificações não são neutras; elas têm o poder de moldar as pessoas que são classificadas, moldando a vida social e individual das pessoas.

Algumas personas, são frequentemente observadas nas discussões em saúde mental materna, e é possível identificar que em todos os documentos analisados nesta pesquisa é comum o uso de termos como gestante, grávida, puérpera e entre outros termos para se referir a mulher, este torna-se então um ponto de partida nesta discussão, que entendemos que são perspectivas generalistas de compreender as complexidades em saúde da mulher, no entanto, também surgem personas e estereótipos específicos para se referir a mulher em alguns dos documentos de forma mais marcada.

Na PNAISM (2004) iniciou-se um movimento de pensar na mulher para além das categorias genéricas, e neste, primeiro referencia as ações presentes na política a um grupo específico de mulheres:

*“A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher deve contemplar a população feminina acima de 10 anos [...] As mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, são 58.404.409 e representam 65% do total da população feminina, conformando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde” (p. 21).*

A abordagem presente no trecho citado da política de saúde reflete uma perspectiva limitada e excludente em relação ao cuidado com as mulheres, ao direcionar a importância das políticas de saúde às mulheres em idade reprodutiva, exclui-se uma parte significativa da população feminina que não se enquadra nesse critério, negligenciando suas necessidades de saúde e bem-estar.

Para a formulação de políticas de saúde, as mulheres em idade reprodutiva tem suas demandas consideradas como relevantes, no entanto, essa perspectiva desconsidera uma série

de realidades e desafios enfrentados por mulheres de todas as idades, como as mulheres com idades mais avançadas, que independentemente de estarem em idade reprodutiva, têm suas próprias preocupações de saúde que merecem atenção e cuidado adequados, além disso, ao centrar a atenção apenas na capacidade reprodutiva, essa abordagem perpetua uma visão estreita do papel da mulher na sociedade, reduzindo-as meramente à sua função biológica de procriação, indo ao encontro a própria proposta discutida sobre a mulher na PNAISM (2004) onde o debate de gênero ocorre como central para se pensar na saúde da mulher, as contradições surgem páginas depois, onde é possível identificar o seguinte trecho:

*“A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras)” (p.63).*

A contradição entre os dois trechos está na discrepância entre a abordagem abrangente expressa no segundo trecho, e a limitação implícita no primeiro trecho que prioriza apenas as mulheres em idade reprodutiva, enquanto o segundo trecho reconhece a importância de atender às necessidades de saúde das mulheres em todos os ciclos de vida e de diferentes grupos populacionais, o primeiro trecho restringe a atenção apenas às mulheres em idade reprodutiva, deixando de fora uma parte significativa da população feminina.

Também é possível notar a criação de uma persona para permear o cuidado com as mulheres, representada como "grupos populacionais" o que implica que as necessidades de saúde das mulheres são consideradas dentro do contexto de suas identidades de grupo (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras) no entanto, essa perspectiva fragmentada pode levar a lacunas na prestação de cuidados de saúde, onde certos grupos de mulheres podem ser subatendidos ou negligenciados com base em sua identidade demográfica e o cuidado, se afasta de uma perspectiva integrada (Pedrosa, 2005).

No Manual Técnico: Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada (2006) pode-se identificar uma persona desenvolvida presente fortemente, como a adolescente grávida:

*“Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, notadamente se ela for adolescente” (p.15)*

Dessa forma, mulheres adultas, mulheres negras, indígenas, imigrantes, mulheres com deficiência, entre outros grupos, que antes foram parte dessa classificação, agora tem-se o destaque para a gestante adolescente, ao destacar apenas essa persona, corre-se o risco de desconsiderar as diversas realidades e necessidades de outras mulheres gestantes, perpetuando assimetrias e lacunas no sistema de saúde, também, é possível notar outro trecho que retoma o foco a adolescente grávida:

*No entanto, as condutas baseadas somente nos aspectos físicos não são suficientes. Elas necessitam ser potencializadas, especialmente pela compreensão dos processos psicológicos que permeiam o período grávido- puerperal, notadamente, no caso de **gestantes adolescentes** que, pelas especificidades psicossociais da etapa evolutiva, vivenciam sobrecarga emocional trazida pela gravidez (p.35).*

Heinborn *et al* (2008) destaca que é importante lembrar que quando falamos de gravidez na adolescência, estamos nos referindo àquela que ocorre antes dos vinte anos, seja da moça ou do rapaz que engravida sua parceira. Embora geralmente identifiquemos essa experiência como negativa, é essencial refletir sobre o assunto. Afinal, em alguns casos, a gravidez pode ser uma escolha do casal, o que não diminui as responsabilidades e dificuldades, especialmente as financeiras, que os jovens enfrentarão.

A utilização da categoria "etapa evolutiva" para descrever a gravidez na adolescência pode ser problemática, pois implica uma visão simplificada e estereotipada do desenvolvimento humano, considerando um único conjunto predefinido de características comportamentais e psicológicas para esta fase de vida, essa perspectiva desconsidera fatores sociais, econômicos e culturais que também influenciam as experiências das gestantes adolescentes, como acesso limitado à educação sexual, falta de apoio familiar, vulnerabilidade socioeconômica e discriminação. Além disso, ao categorizar a gravidez na adolescência, corre-se o risco de desconsiderar a agência e autonomia das gestantes adolescentes, tratando-as como meras vítimas de suas circunstâncias, isso pode obscurecer suas capacidades de tomada de decisão e resiliência, além de desvalorizar suas experiências individuais e únicas durante a gravidez e o período pós-parto, pois como aponta Heilborn (2008) a gravidez na adolescência torna-se um problema quando não planejada, vem afetar negativamente os projetos de vida dos jovens pais, seja dificultando sua entrada no mercado de trabalho e/ou continuidade dos estudos.

O Relatório de Gestão 2003- 2006: Saúde Mental no SUS acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção (2007) também centraliza e retoma esta persona “adolescente grávida” em seus registros, como podemos observar no trecho:

*“crescem os transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério [...] O tema da **gravidez na adolescência**, bem como do sexo*

*inseguro (associado ou não ao consumo de drogas), são outros pontos desta agenda comum” (p.53)*

No entanto, é válido ressaltar que outra persona surge neste documento como central nos debates de saúde mental as “mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS” e apresenta os novos horizontes em produção de saúde mental no SUS:

*Não há dúvida de que é necessário melhorar a informação sobre as **mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS**. Uma maior sensibilização dos gestores e dos profissionais de saúde para as questões de gênero e de raça como determinantes de sofrimento psíquico também é uma tarefa ainda a ser realizada. A entrada destes temas na agenda da saúde mental, ainda que no nível da sensibilização, é, no entanto, um grande passo. Para os próximos anos, uma discussão mais densa sobre estas problemáticas, e o estabelecimento de diretrizes de atenção à saúde mental da mulher devem ser preocupações de todos os gestores. (p.54)*

Também foi neste ano (2007), que pela primeira vez puderam ser discutidas as pautas de gênero para o Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental pois, a construção de personas e estereótipos de mulheres no acesso aos serviços de saúde mental poderia não abranger a realidade das mulheres-mães brasileiras, tendo em vista que, essas construções reforçam o estigma associado à saúde mental, dificultando o acesso a serviços de saúde e contribuindo para a exclusão social de mulheres em relação aos cuidados em saúde mental.

Em 2010, durante a IV Conferência Nacional da Saúde Mental – Intersetorial, foi elaborado um relatório que, mesmo sendo produzido três anos após o Relatório de Gestão 2003-2006: Saúde Mental no SUS, abordando o acesso ao tratamento e a mudança do modelo de atenção, ainda perpetua o estereótipo da "mulher portadora de", agora fazendo uma leve mudança de transtorno para sofrimento psíquico:

*“sobre as mulheres portadoras de sofrimento psíquicos no SUS” (p.183).*

Nos próximos três anos após este relatório, de acordo com a análise realizada nesta dissertação, observa-se uma ausência significativa de debate sobre saúde mental materna nos documentos examinados (Portaria Rede Cegonha, 2011; Cadernos de Atenção Básica, n. 34, 2013), esta lacuna é preocupante, pois negligência um campo crucial da saúde que afeta diretamente o bem-estar das mulheres. A falta de atenção à saúde mental materna pode contribuir para o estigma em torno da saúde mental, desencorajando as mulheres de buscar ajuda quando necessário, dessa maneira perpetuando o dispositivo materno, discutido por Zanello (2019).

A discussão foi retomada com o lançamento do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2013), e é importante ressaltar que neste período houve marcos políticos muito significativos. A eleição da primeira mulher presidente do Brasil, Dilma Rousseff, proporcionou um impulso considerável à agenda de gênero no país, sua eleição representou um marco simbólico na construção do empoderamento das mulheres, como debate Gonçalves e Abreu (2018) “O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres estava ancorado nos principais debates feministas das últimas décadas, com caminhada internacional de lutas, reivindicações e discussões feitas pelos movimentos de mulheres” (p.755).

Durante seu mandato, a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) foi elevada ao status de Ministério, o que demonstrou o comprometimento do governo com a promoção da igualdade de gênero, no entanto Gonçalves e Abreu (2018) assinala que é importante frisar que as pautas com cerne nas demandas femininas não nasceram com este governo, pois os movimentos feministas angariavam esta luta muito antes. No PNPM (2013) é possível enxergar um debate marcado pelas transversalidades de gênero nas políticas públicas, como aponta Bandeira (2005) “Esta transversalidade garantiria uma ação integrada e sustentável entre as diversas instâncias governamentais e, conseqüentemente, o aumento da eficácia das políticas públicas, assegurando uma governabilidade mais democrática e inclusiva em relação às mulheres” (p. 5), assim, no PNPM (2013) há uma associação com as categorias debatidas na PNAISM (2004):

*“Promoção da atenção à saúde mental das mulheres, considerando as especificidades raciais, étnicas, de origem, de classe social, de idade, de orientação sexual, de identidade de gênero, de deficiência, as mulheres em situação de prisão ou em situação de violência, incluindo mulheres do campo, da floresta, de quilombos e de comunidades tradicionais” (p.33).*

Assim, os debates em políticas públicas para as mulheres ocorriam de forma transversal, mas estava sempre no núcleo das discussões as associações à classe social e o feminino, Soares (2011) afirma que a partir disso, ela analisa o conceito de "feminização da pobreza", destacando um fenômeno emergente que fundamenta a formulação e implementação de políticas públicas direcionadas especialmente para as mulheres em situação de vulnerabilidade econômica e coloca que mulheres negras, indígenas, lésbicas, mães solteiras, fazem parte dessa categoria.

Soares (2011) afirma ainda que a maneira como debatemos políticas públicas para as mulheres, mesmo quando somado a perspectiva transversal e interseccional de gênero, é quem “cria a necessidade de políticas fragmentadas, desarticuladas e focalizadas nas mulheres” (p.8) pois em muitos momentos quando se cria o “foco dentro do foco” podemos estar estamos

produzindo essas mesmas categorias a quem interessa as políticas públicas e estar reduzindo o impacto das políticas.

Assim, Bandeira (2005) ressaltar que há discrepância entre políticas com enfoque de gênero e políticas com centralidade na mulher, pois o que se reflete numa perspectiva de gênero e que, em tese encontramos como debate desde o PNAISM (2004) é uma visão que almeja o enfrentamento das desigualdades sociais partindo da sociedade como um todo, já as com a centralidade na mulher avalia a mulher em seus diferentes contextos sem associações com o que produz as desigualdades, dessa maneira, a autora afirma: “A partir do momento em que os/as agentes públicos não têm clareza em relação a tais pressupostos, voltam-se para tratar, por exemplo, a violência e as condições de saúde centradas na mulher, exclusivamente, e não na natureza das relações e nos padrões de comportamento entre os sexos, o que acaba reduzindo as possibilidades de sua resolução” (p. 9).

Esta perspectiva apresentada por Bandeira (2005); Soares (2011) se aproxima com o que o documento publicado no ano seguinte Humanização do Parto (2014) vem afirmar:

*“Aponta, ainda, que a tecnologia é usada abusivamente, baseada em uma crença preconceituosa e falsa em relação à mulher, de que a tecnologia é mais segura do que as mulheres para dar conta do nascimento. Por estas questões marcadamente filosóficas, pode-se dizer que a humanização do nascimento é também uma questão de gênero, porque a matriz desta visão distorcida desconsidera a mulher e sua fisiologia. O projeto global de humanização do nascimento representa uma forma de colocar a mulher em uma posição de destaque, respeitando seu corpo, valorizando sua função social e oferecendo-lhe o protagonismo de seus partos”.* (p. 189).

A partir deste trecho é possível identificar a centralidade na mulher, o que aponta para uma mulher fisiologicamente preparada para o parto, o que leva Bandeira (2005) a concluir que no Brasil as políticas públicas mencionam as questões de gênero, mas a sua centralidade no feminino ainda propaga os ideais da reprodução social. Na Política de Humanização do Parto (Caderno HumanizaSUS) (2014) ainda referencia às “tecnologias abusivas” que seriam quaisquer equipamentos, intervenções medicamentosas ou técnicas que viessem a alterar processo evolutivo, como a essência feminina em parir, dialogando com os conceitos de essência feminina e reprodução social:

*“Em consequência, várias tecnologias sofisticadas são utilizadas sem a devida avaliação da sua real necessidade e eficácia e, principalmente, sobre a sua segurança.”* (p.25).

No ano seguinte foi lançado o Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2015) que continuou com o debate centralizado nos diversos grupos populacionais compostos por mulheres somando-se a persona da adolescente grávida que retorna às discussões, pois em seus objetivos encontramos:

- *“Fortalecer e implementar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, considerando as mulheres em sua diversidade.*
- *Promover os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminações.*
- *Contribuir para a redução da gravidez na adolescência.” (p.16).*

Após o ano de 2015, o cenário político brasileiro pós-2016 foi marcado por uma série de eventos que tiveram um impacto significativo nas políticas públicas para as mulheres. O impeachment da presidente Dilma Rousseff (PT) em 2016 e a ascensão de Michel Temer (PMDB) inauguraram um período de intensa polarização política, crescimento da direita e da extrema direita e a ascensão do período de conservadorismo social e religioso, que encontra forte apoio e consolidação com a eleição do Presidente Jair Bolsonaro, como aponta Peixoto; Salvador; Bianchetti (2023).

De acordo com Bravo; Pelaez; Menezes (2020) no que se refere à políticas de saúde mental, Por meio da Portaria 3.588/2017 (BRASIL, 2017) propunha alterações na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ameaçando as conquistas do movimento da Reforma Psiquiátrica e os pressupostos basilares do SUS, pois as ações enfatizavam as internações psiquiátricas, bem como a preparação de leitos serviços hospitalares e ambulatoriais, tal portaria foi aprovada em 21 de Dezembro de 2017, sem que houvesse participação social, como propõe os princípios do SUS.

Esse contexto teve um impacto negativo nas políticas públicas para mulheres, com diversos retrocessos em áreas como combate à violência, igualdade de gênero, saúde e educação, por esse motivo há um salto de 2015 nas análises documentais para 2022 com a Caderneta da Gestante que já compunham as intervenções e orientações que convergiam com os ideais políticos do Governo de Jair Bolsonaro. No âmbito da Saúde Mental, dentro da Caderneta da Gestante (2022) não nenhuma menção, é válido ressaltar que da versão anterior (2016) para a de 2022 os estereótipos são possíveis de visualizar na capa dos documentos, onde a disposição das cores e a presença são alterados para convergir com o momento político, como podemos observar:

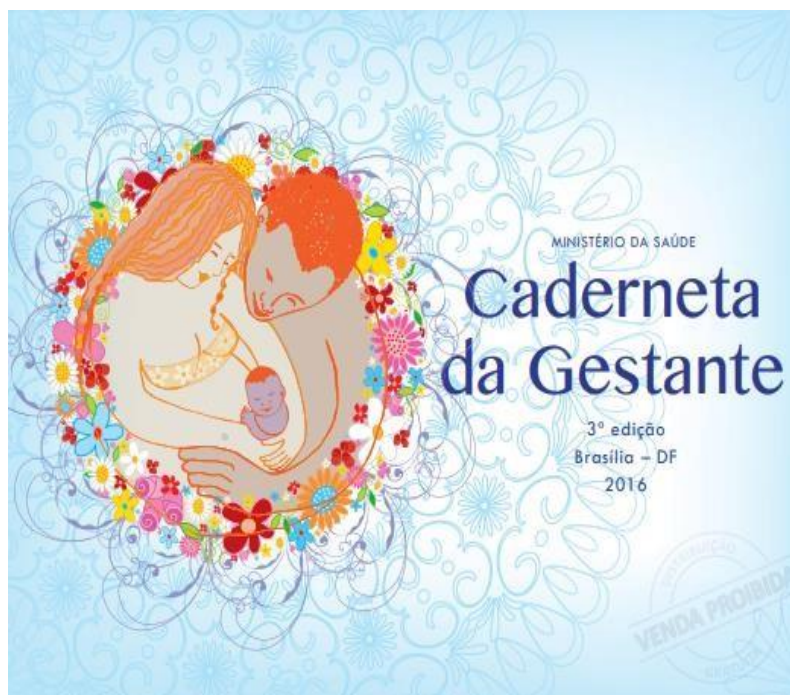


Figura 4. Caderneta da Gestante, 2016.



Figura 5. Caderneta da Gestante, 2022.

Faz-se importante ressaltar o ponto levantado por Gonçalves; Abreu (2018), reafirmado por Bravo; Salvador; Bianchetti (2023) a reforma administrativa implementada por Temer dissolveu ministérios, por exemplo, a Secretaria de Política para as Mulheres e os temas relacionados à igualdade racial e aos direitos humanos fora incorporada no Ministério da Justiça e Cidadania, bem como em seu discurso no dia internacional da mulher, seu posicionamento sobre as demandas das mulheres fica ainda mais acentuada, pois reduz o papel das mulheres ao pertencimento do espaço doméstico e sua manutenção, como cuidar da casa e dos filhos (Gonçalves; Abreu, 2018).

Bravo; Salvador; Bianchetti (2023) aponta que as ações nos primeiros anos de mandato de Bolsonaro continuaram a perpetuar as ações de desmonte de Temer, pois com tanto fundamentalismo presente pelas pessoas que pertencentes ao governo, foram aprofundadas racistas, machistas e violentas, como a questão aborto legal, para tanto tem-se a necessidade de citar a Portaria no. 2.282, de 27 de agosto de 2020, que “Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS” (BRASIL, 2020), no mesmo ano tramitou também no Senado Federal o PL de no. 5435/2020 (Estatuto da Gestante) que restringia direitos já conquistados anteriormente sobre aborto.

No que concerne o comparativo das duas versões da Caderneta da Gestante (2016 - 2022) apresentadas acima, podemos perceber o fundamentalismo político explicitamente, revogando a maternidade como imperativo da mulher pois na versão de 2022 a mulher encontra-se sozinha em divergência a versão anterior, e é necessário fazer uma reflexão, ao conceber um documento de cunho educativo e orientativo há um planejamento na comunicação. Por exemplo, se pensa: Quem é o público-alvo? Qual público deve ser identificado ao se deparar com este documento? Quais os objetivos se pretendem atingir? e para isso, fazem-se escolhas prioritárias ao destacar um item, no caso da caderneta atualizada em 2022, não se fez importante ressaltar a participação da paterna/família no documento, por essa razão, Moreira; Nóbrega; Silva (2003) aponta para a importância de fotos, infográficos, ilustrações na emissão de mensagens.

Faz-se importante ressaltar que na versão 2022 (6ª edição) da caderneta havia o estímulo a práticas não recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) pois configurava atos de violência contra gestantes e puérperas, visto que, não havia evidências científicas de que tais práticas, favoreciam à saúde integral da mulher, a experiência do parto, embora natural, pode ser marcada por práticas que configuram violência obstétrica, impactando negativamente a saúde mental das mulheres. Dentre essas práticas, destacam-se na caderneta a episiotomia, a raspagem dos pelos púbicos e a aplicação de ocitocina para aceleração do parto:

*Alguns procedimentos, como os listados abaixo, podem ser indicados pela equipe médica após avaliação da necessidade.*

- *Rompimento da bolsa das águas – pode aumentar os riscos de infecção e problemas com o cordão umbilical do bebê. Porém, em certos momentos, como no trabalho de parto prolongado, pode ser considerado de grande ajuda à mulher e ao bebê.*
- *Soro com ocitocina – quando necessário, tem a capacidade de estimular e coordenar as contrações, ajudando a diminuir o tempo do trabalho de parto prolongado.*
- *Episiotomia – não deve ser realizada de rotina; porém, de forma restrita, sempre antes avaliando seus riscos, após rigorosa avaliação médica, pode ser útil em situações excepcionais.. (Caderneta da gestante, 2022).*

No ano seguinte (2023) surge uma nova versão da caderneta da gestante, que retomava algumas práticas humanizadas presente nas versões anteriores a 6ª edição (2022) e se visualiza a importância da promoção da autonomia da gestante, por intermédio da informação, a capa

também retoma a importância da participação parental na capa, como pode ser observado na imagem abaixo:



Figura 6. Caderneta da Gestante, 2023.

No entanto, faz necessário trazer algumas críticas a reprodução visual, pois apesar das modificações realizadas, a repercussão da capa desta representa um casal heteronormativo cisgênero, o que aponta uma perspectiva político, educativo e pedagógico centralizada no modelo hegemônico. A representação visual do casal grávido no livro “O casal grávido”, de Tania Salem, relaciona-se com a crítica à representação heteronormativa e cisgênero na reprodução visual por meio de sua ênfase na dinâmica de gênero e poder no contexto da gravidez, Salem (2007) investiga a construção do casal grávido como fenômeno social e cultural, destacando as formas como os papéis e expectativas tradicionais de gênero são desafiados, pois há envolvimento ativo de ambos os parceiros no processo de gravidez, isto desafia as representações tradicionais da gravidez, que muitas vezes se concentram apenas na mulher grávida e reforçam as expectativas de gênero relacionadas com a reprodução.

Por fim, em ordem cronológica o último documento investigado nesta pesquisa é Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde – SUS estabelecido por meio da Portaria Gm/Ms Nº 230, em 7 de março de 2023, que debate uma persona não abordada em nenhum dos documentos analisados anteriormente, sendo ela a “mulher trabalhadora”. O documento recupera que as mulheres são

maioria no exercício das profissões da saúde e que conforme a secretária adjunta da SGTES, Laíse Rezende (2023) “Diante desse contexto e reconhecendo o papel do Estado como promotor e articulador de estratégias e políticas públicas que alterem as desigualdades sociais presentes no País, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES) lançou o Programa Nacional de Equidade e vem trabalhando arduamente com secretarias municipais, estaduais, movimentos sociais e instituições de ensino para a formalização de parcerias estratégicas e a execução de ações que possam promover ambientes seguros e relações que favoreçam o diálogo, a participação, a transparência, a ética, a valorização da trabalhadora e o respeito à diversidade”.

A jornada pela maternidade é uma experiência única para cada mulher, marcada por uma variedade de fatores que incluem idade, contexto socioeconômico, orientação sexual, raça e etnia (Scavone, 2018), pontos que foram discutidos neste trabalho anteriormente e ao estabelecer no Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde – SUS, pensamos transcendemos a visão essencialista da mulher que cuida, gesta e pare, pois agora, esta mulher-mãe que também é trabalhadora, torna-se alvo de políticas públicas e assume-se um compromisso de enfrentamento às desigualdades de gênero e raça, para além das estruturas dominantes.

Portanto, é imperativo que a assistência em saúde mental materna leve em conta a multiplicidade, adaptando-se às necessidades individuais e fornecendo um suporte personalizado de cada mulher-mãe, dessa maneira legitimando as vivências de muitas mulheres não são legitimadas, tendo em vista que, o trabalho contínuo que hoje existe, não são visibilizadas nas políticas públicas: mulheres adultas maduras, mulheres em situação de vulnerabilidade social, Mulheres LGBTQIAPN+, entre outros grupos conforme discutido no capítulo 3 dessa dissertação, o próprio Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) (2015) conceitua que as ações de saúde da mulher retornou como política e não mais como programa, por entender que, conceitualmente, o termo política é mais abrangente que o termo programa, assim o Governo Federal pode enfatizar seu empenho em atender às necessidades específicas das mulheres, considerando as desigualdades sociais e as questões reprodutivas e não reprodutivas.

Esta pesquisa, aponta como, por sua vez, a saúde da mulher tem sido associada há muito tempo apenas à saúde materna, destacando as suas funções reprodutivas e maternas, o que resultou em muitos direitos de saúde das mulheres não protegidos (Brasil, 2004), este paradigma começou a ser debatido para que então, as políticas públicas de saúde da mulher não

continuem a reproduzir os mesmos entraves, visando melhorar os cuidados e a manutenção da saúde, prevenindo, promovendo e protegendo a saúde e elaborando ações quando for necessária a restauração da saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo delinea a complexa realidade da saúde mental materna no Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando as persistentes lacunas que impedem a integralidade do cuidado. A maternidade, culturalmente enraizada como função feminina essencial, aprisiona as mulheres em um ideal inalcançável, gerando culpa e sobrecarga. Apesar da criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, que visava transcender a visão da mulher apenas como ser reprodutor, ainda há um hiato no que concerne à saúde mental materna. A ausência de espaços para discussões sobre os desafios vivenciados pelas mulheres-mães impede o reconhecimento de suas demandas específicas. As políticas de saúde mental, apesar dos avanços, ainda apresentam lacunas significativas no que diz respeito à saúde mental das mulheres. Essa invisibilização se manifesta de diversas formas, desde a subnotificação de problemas de saúde mental específicos ao gênero, até a falta de serviços especializados para atender às demandas particulares das mulheres.

O SUS, norteado pelo princípio da integralidade, busca promover a saúde considerando as subjetividades e os contextos sociais dos usuários. No entanto, no âmbito da saúde mental materna, a abordagem frequentemente se mostra fragmentada e biologicista, desconsiderando os aspectos psicossociais que influenciam a saúde das mulheres nesse período. Portanto, é fundamental ampliar os debates e introduzir políticas públicas específicas em matéria de saúde mental materna no SUS. É essencial ter um sistema de saúde que acolha as mulheres mães e lhes dê o apoio de que necessitam para viverem uma vida melhor e se sentirem melhor consigo mesmas e com as suas famílias. As políticas de saúde, no Brasil, apresentam um paradoxo intrigante: por um lado, há um arcabouço legal e normativo robusto, com diretrizes claras e promissoras para a atenção à saúde mental. Por outro lado, na prática, a efetividade dessas políticas muitas vezes deixa a desejar, tornando o campo da saúde mental meramente decorativo, um cumprimento burocrático de requisitos sem um compromisso efetivo com a realidade.

No que concerne ao objetivo de analisar as representações da noção de saúde mental materna no SUS, tornou-se evidente a complexidade e a dinamicidade das representações sociais sobre o cuidado em saúde mental materna, revelando um cenário marcado por contradições e desafios. Inicialmente, a pesquisa demonstrou que a noção de cuidado em saúde mental materna não é estática e homogênea, mas sim construída socialmente e em constante transformação, tanto que há uma ausência de um conceito unívoco e consensual sobre o que se

entende por “saúde mental materna”, que não chega a ter essa nomenclatura em nenhum documento.

A análise dos dados revelou que a perspectiva do cuidado em saúde mental materna emerge, em grande medida, associada à ideia de “saúde emocional”, essa associação, por um lado, demonstra uma preocupação com o bem-estar psicológico das mulheres durante o período gestacional e puerperal. No entanto, por outra perspectiva, revela uma tendência à individualização do cuidado, que pode obscurecer as dimensões sociais e coletivas do sofrimento psíquico.

A pesquisa também evidenciou a coexistência de duas perspectivas contraditórias sobre o cuidado em saúde mental materna: a biomédica e a sociopolítica. A perspectiva biomédica, centrada no indivíduo e na doença, ainda exerce forte influência nas práticas de saúde, mesmo em um contexto em que se busca superar o modelo biomédico tradicional. A perspectiva sociopolítica, por sua vez, considera as determinações sociais da saúde e a importância de um cuidado integral e humanizado, que leve em conta as experiências e as necessidades das mulheres. A coexistência dessas duas perspectivas revela a complexidade do campo da saúde mental materna e a necessidade de um diálogo constante entre diferentes atores sociais, como profissionais de saúde, pesquisadores, gestores públicos e mulheres. É fundamental superar a dicotomia entre o biológico e o social, reconhecendo a interação entre esses fatores na produção do sofrimento psíquico e na construção de práticas de cuidado mais adequadas.

Em relação a busca por identificar intervenções e iniciativas propostas para saúde mental materna nos documentos oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS) para as mulheres, pode-se observar que a análise dos documentos nesta pesquisa revela que as ações em saúde, que orientam tanto as políticas de saúde voltadas para as mulheres quanto as práticas institucionais, estão intimamente alinhadas com as representações discutidas no objetivo específico 1. Essas representações, marcadas pela coexistência de uma perspectiva biomédica e uma sociopolítica, encontram eco nas políticas e intervenções identificadas.

A pesquisa evidenciou que as políticas de saúde propostas pelo SUS para as mulheres, em particular no que se refere à saúde mental materna, refletem uma abordagem predominantemente orientada pelo mapeamento da situação e das demandas de saúde, o que se traduz na realização de diagnósticos situacionais e na identificação de necessidades específicas, reforçando a importância da formação continuada dos profissionais de saúde e da criação de uma rede de cuidado sensível às questões de saúde da mulher.

Nesse sentido, o mapeamento das condições de saúde das mulheres no Brasil, tal como orientado pelos documentos do SUS, pode ser compreendido como uma estratégia fundamental

para a efetivação de um cuidado integral e contextualizado. No entanto, ao mesmo tempo que essa prática de mapeamento se mostra fundamental para a adequação das políticas de saúde, ela também evidencia a lacuna existente no que tange ao enfoque específico na tarefa do cuidado.

De fato, a tarefa do cuidado, apesar de sua relevância central para a saúde mental materna, ainda não ocupa uma posição de destaque nas políticas de saúde vigentes. A ênfase nas intervenções diagnósticas e nas ações voltadas para a regulação da saúde emocional das mulheres, conforme discutido no objetivo específico 1, revela uma tendência a desconsiderar as dimensões sociais e relacionais do cuidado. Essa lacuna, no entanto, pode ser revista na elaboração da Política Nacional de Cuidado, que pode ser uma oportunidade ímpar para redefinir as bases do cuidado em saúde mental materna, integrando as dimensões do cuidado relacional e comunitário como componentes centrais das intervenções em saúde.

Assim, a análise das intervenções e iniciativas propostas nos documentos oficiais do SUS evidencia tanto os avanços quanto os desafios ainda presentes no campo da saúde mental materna. Embora as orientações atuais reflitam uma tentativa de responder às demandas específicas das mulheres, ainda há um caminho a ser percorrido para que as políticas de saúde incorporem plenamente a complexidade do cuidado materno.

Com relação ao objetivo específico 3, que visava compreender personas e estereótipos na assistência à saúde da mulher-mãe nos documentos oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS) para as mulheres, a análise dos documentos do SUS permitiu identificar as personas de mulheres que são predominantemente atendidas pelas políticas de saúde. Entre essas, destacam-se as mulheres em idade reprodutiva, as heterossexuais, as adolescentes e as vítimas de violência doméstica. Essas categorias refletem uma compreensão das necessidades de saúde das mulheres que, embora relevante, ainda se mostra limitada e insuficiente para abarcar a totalidade das experiências femininas em saúde no Brasil.

Por exemplo, a figura da mulher em idade reprodutiva é central nas políticas de saúde, o que evidencia uma preocupação com a saúde sexual e reprodutiva. No entanto, essa ênfase acaba por restringir a compreensão do papel das mulheres na sociedade, vinculando sua identidade e suas necessidades de saúde exclusivamente à capacidade reprodutiva, o que reforça estereótipos tradicionais sobre a feminilidade, como também invisibiliza outras demandas de saúde que não se encaixam nesse modelo normativo. A adolescente, por exemplo, é frequentemente representada como vulnerável e em risco e, embora essa representação encontre lugar no desenvolvimento de políticas públicas específicas, ela também limita a compreensão das diversas formas de ser e viver dessas adolescentes, deixando de lado aspectos de suas realidades.

Um dos principais desafios identificados na pesquisa é a ausência de políticas de saúde direcionadas a outras categorias de mulheres, que não se encaixam nas personas mais amplamente representadas nos documentos oficiais. Entre as categorias de mulheres que permanecem invisíveis nos documentos analisados estão as mães LGBTQIA+, pois essas mulheres, desafiam as preceitos heteronormativas de gênero e sexualidade, dessa maneira, raramente encontram políticas de saúde que abordem suas necessidades específicas.

Outro grupo negligenciado é o das mães que são vítimas ou sobreviventes de violência do Estado, essas mulheres, que muitas vezes enfrentam ações estatais como prisões arbitrárias, violência policial ou outras formas de repressão, carecem de políticas de saúde que reconheçam e abordem essa experiência tão particular. A ausência de tais políticas evidencia uma insensibilidade das instituições de saúde em relação às consequências psicossociais de tais violências, perpetuando a marginalização dessas mulheres.

As mães de crianças com deficiências também constituem um grupo frequentemente ignorado nas políticas de saúde do SUS, pois a responsabilidade constante e intensa do cuidado com crianças com necessidades especiais exige um suporte robusto, tanto em termos de saúde física quanto mental. Contudo, as políticas atuais tendem a se concentrar na criança com deficiência, e colocando em segundo plano, as necessidades da mãe, dessa maneira, essa invisibilização contribui para o esgotamento e o isolamento dessas mães, ampliando as desigualdades no acesso a cuidados de saúde integral.

Além disso, as políticas de saúde para mães que exercem o cuidado de outros familiares, como idosos ou pessoas com doenças crônicas, também são escassas. Essas mulheres, que muitas vezes acumulam múltiplas responsabilidades de cuidado, enfrentam um grande desgaste físico e emocional, sem o devido reconhecimento e suporte institucional. A ausência de políticas que reconheçam e apoiem essas mães reforça o estereótipo da mulher como cuidadora natural, sem considerar as implicações dessa sobrecarga em sua própria saúde mental e física.

Por fim, a pesquisa apontou a ausência de políticas voltadas para mães inseridas em eventos climáticos extremos, como enchentes, secas, deslizamentos e outros desastres ambientais. Essas mulheres, que frequentemente se encontram em situações de grande vulnerabilidade, necessitam de cuidados específicos que levem em conta os impactos desses eventos em suas vidas e na saúde de suas famílias.

Portanto, a identificação de personas e estereótipos nos documentos oficiais revelam não apenas quem são as mulheres visíveis para o sistema de saúde, mas também quem são aquelas que permanecem invisíveis e desassistidas. Para avançar na construção de uma assistência à saúde da mulher-mãe mais equitativa, é fundamental que as políticas de saúde

considerem as diversas realidades e desafios enfrentados por diferentes grupos de mulheres, isso requer que possamos enxergar além dos estereótipos e das categorias normativas, reconhecendo e respondendo às necessidades específicas de todas as mães, independentemente de sua orientação sexual, identidade de gênero, experiências de violência, responsabilidades de cuidado ou condições de vida.

No entanto, é importante salientar que as limitações desta pesquisa podem ser analisadas a partir de diferentes perspectivas, considerando tanto os aspectos metodológicos quanto as implicações teóricas e práticas dos resultados obtidos. A pesquisa se baseou em documentos oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS), e essa dependência de fontes oficiais pode ter limitado a compreensão das nuances e complexidades das políticas de saúde, pois documentos oficiais, por sua natureza, podem refletir uma visão institucional padronizada, deixando de lado as vozes de grupos minoritários ou experiências divergentes, bem como, a pesquisa, ao se concentrar nos documentos oficiais do SUS, pode não ser generalizável para outros contextos, como iniciativas de saúde locais, privadas ou de organizações não governamentais.

É válido ressaltar que as políticas de saúde são dinâmicas e podem evoluir rapidamente em resposta a mudanças sociais, políticas e econômicas, assim, os documentos analisados nessa pesquisa representam um retrato em um momento específico no tempo e as conclusões tiradas podem não se aplicar a futuras diretrizes ou mudanças políticas. Essa limitação destaca a importância de estudos contínuos e atualizados para captar as mudanças e novas tendências nas políticas de saúde.

Essas limitações sugerem caminhos para pesquisas futuras, como a realização de estudos empíricos que investiguem as experiências diretas das mulheres nos serviços de saúde, a análise longitudinal das políticas de saúde para capturar sua evolução ao longo do tempo, e a exploração de novas categorias de análise que considerem interseccionalidades mais complexas. Ao reconhecer essas limitações, esta pesquisa busca contribuir de forma crítica para o debate sobre saúde materna no Brasil, promovendo uma reflexão contínua sobre como as políticas públicas podem ser aprimoradas para atender de forma mais eficaz às necessidades das mulheres-mães.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Suzana Oliveira de. Ação, espaço público e memória na perspectiva de Hannah Arendt. *Griot : Revista de Filosofia, Amargosa – BA*, v.22 n.3, p.55-62, outubro, 2022.
- ALVARENGA, Patrícia et al. Impacto da saúde mental materna na interação mãe-bebê e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil. *Psico*, v. 49, n. 3, p. 317-327, 2018.
- ARRUZZA, Cinzia; BATTACHARYA, Tithi; FRASER, Nancy. *Feminismo para os 99%: um manifesto*. São Paulo: Boitempo, 2019.
- AZEVEDO, K.; ARRAIS, A. R. O Mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, v. 19, n. 2, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/GS9STNVGFxTFh3qTFZJYv4Q/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 29 dez 2021.
- BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira: 1985.
- BANDEIRA, Lourdes. Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres: avançar na transversalidade da perspectiva de gênero nas políticas públicas. Convênio Comissão Econômica para América Latina e Caribe–CEPAL, Secretaria Especial de Política para as Mulheres–SPM UnB, Brasília, 2005.
- BARROS, A. L. O.; BARROS, A. O.; BARROS, G. L. M.; SANTOS, M. T. B. R. Sobrecarga dos cuidadores de crianças e adolescentes com Síndrome de Down. *Revista Ciência & Saúde Coletiva, Aracaju*, v. 22, n. 11, 2017. Acesso em: 03/03/2023
- BERNARDES, Ruane; LOURES, Amanda Freitas.; Andrade, Barbara Batista Silveira. A romantização da maternidade e a culpabilização da mulher. *Revista Mosaico*, v. 10 n. 2Sup (2019) Jul./Dez. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/1956/1342>. Acesso em 15 jan 2022.
- BOURGUIGNON, Ana Maria ; GRISOTTI, Marcia. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 27, n. 2, p. 485–502, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000200010>. Acesso em: 09 de março de 2024.
- BOURGUIGNON, Ana Maria e GRISOTTI, Marcia. Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras. Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). **Saúde e Sociedade** [online]. 2018, v. 27, n. 4 [Acessado 12 Julho 2024] , pp. 1230-1245. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170489>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170489>.
- BRAUN, Virginia.; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.
- BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; DE MENEZES, Juliana Souza Bravo. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. *SER Social*, [S. l.], v. 22, n. 46,

p. 191–209, 2020. DOI: 10.26512/ser\_social.v22i46.25630. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25630](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630).

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria, PARPINELLI, Mary Angela ; OSIS, Maria José Duarte. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 5, p. 1316–1327, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500003>. Acesso em 10 de Jun de 2024.

BUTLER, Judith. *Corpos que importam: os limites discursivos do "sexo"*. n-1 edições, 2019.

CELLARD, A. A Análise Documental. In: POUPART, J. et al. (Orgs.). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

CESTARI, Virna Ribeiro Feitosa, FLORÊNCIO, Raquel Sampaio; PESSOA, Vera Lúcia Mendes de Paula. Vulnerabilidade em saúde, educação e liberdade: reflexão à luz de Hannah Arendt. *Escola Anna Nery*, v. 26, p. e20210207, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0207>

CORREIA, Maria de Jesus. et al. *A psicologia na saúde da mulher e da criança: Intervenções, práticas e contextos numa maternidade*. 1ª edição, Lisboa: Placebo, Editora LDA, 2012.

CORREIA, Maria de Jesus. Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*, 1998, 365-371.

COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2009, v. 14, n. 4 [Acessado 22 Dezembro 2021] , pp. 1073-1083. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400014>.

COSTA, Tonia et al. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2006, v. 10, n. 20 [Acessado 15 Novembro 2022] , pp. 363-380. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200007>>. Epub 09 Ago 2007. ISSN 1807-5762.

CRUZ, Márcia Cristiane Carvalho. O conceito de cuidado à saúde. 2009. *Ufba*. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10398>. Acesso em: 10 de jan de 2023.

CUNHA, Brunna Tavares da. *Violência obstétrica: enfrentamentos via um estudo comparativo das Cadernetas da Gestante do SUS*.

DA SILVA, Adson Manoel Bulhões; TORRES, Iraildes Caldas. PARA UMA FENOMENOLOGIA DA ALMA FEMININA: O PROTAGONISMO E A VISIBILIDADE DA MULHER. *Somanlu: Revista de Estudos Amazônicos*, v. 19, n. 1, 2019.

DA SILVA, Ana Luiza Miranda et al. Os impactos no pré-natal e na saúde mental de gestantes durante a pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, v. 34, p. e8633-e8633, 2021.

DAVIS, Angela. *Mulheres, raça e classe*. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

DE MAURO RUCOVSKY, Martín. *Corpos em cena: materialidade e corpo sexuado em Judith Butler e Paul B. Preciado*. 2024.

DELFINO, Cristiane Cordeiro da Silva. **Atenção integral à saúde da mulher: um olhar sobre processo interseccional de gênero e raça**. 2019. 106 f. Dissertação (Mestrado em Política Social)

-Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/23469>. Acesso em: 10/03/2023.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, p. 7-14, 2004.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627–637, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>. Acesso em: 09 de março de 2024.

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

DOS SANTOS FIGUEIREDO, Letícia Marlene; PIMENTEL, Adelma. Saúde Mental Materna e suas Representações no Instagram da Campanha Maio Furta-cor. *Revista Científica Gênero na Amazônia*, v. 22, n. 2, p. 45-58, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/generoamazonia/article/view/13481>. Acesso em: 10/03/2023.

FARIAS, Lídia; MONTEIRO, Taís. A identidade adquirida nas redes sociais através do conceito de persona. XIX Prêmio Expocom, 2012.

FEDERICI, Silvia. *Calibã e a Bruxa: Mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Editora Elefante, 2017.

FEDERICI, Silvia. *O ponto zero da revolução – Trabalho doméstico, reprodução e luta feminista*. Tradução de Coletivo Sycorax. São Paulo: Editora Elefante, 2019.

FERNANDES, Rhuann. “Psicologizando a sociedade”: as ciências psi e a perspectiva moderna do eu: “Psychologizing Society”: the psi sciences and the modern perspective of self. *Simbiótica. Revista Eletrônica*, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 82–105, 2023. DOI: 10.47456/simbitica.v10i1.38475. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/simbiotica/article/view/38475>. Acesso em: 29 jul. 2024.

FERREIRA, Letícia; LOWENKRON, Laura. *Etnografia de documentos: pesquisas antropológicas entre papéis, carimbos e burocracias*, Rio de Janeiro: E-papers, 2020.

FOUCAULT, Michel. *A Ordem do Discurso*. 3 - ed. Edições Loyola, São Paulo, 1996.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**: na idade clássica. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2014.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**: As confissões da carne (Vol. 4). Editora Paz e Terra, 2020.

GALVÃO, Lize Borges. Mãe solteira não. Mãe solo! Considerações sobre maternidade, conjugalidade e sobrecarga feminina. *Revista Direito e Sexualidade*, v. 1, n. 1, 2020.

GARCIA, Bruna Carolina e MARCONDES, Glaucia dos Santos. As desigualdades da reprodução: homens e mulheres no trabalho doméstico não remunerado. *Revista Brasileira de Estudos de População* [online]. 2022, v. 39 [Acessado 02 Novembro 2022], e0204. Disponível em: <<https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0204>>. E-pub 13 maio 2022.

GONÇALVES, Renata; ABREU, Suellen. Do plano nacional de políticas para as mulheres ao machistério de Temer. *Revista de Políticas Públicas*, v. 22, n. 2, p. 753-771, 2018.

GONZAGA, Ana Carolina Magalhães; DO COUTO, Dilnéia Rochana Tavares. A dicotomia público/privado em Hannah Arendt e Jürgen Habermas: Interações e reflexões a luz da teoria crítica contemporânea. *Complexitas—Revista Interdisciplinar de Estudos Fenomenológicos e Hermenêuticos*, v. 2, n. 2, p. 18-33, 2019.

GUERRA, Maria João et al. Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, v. 1, p. 117-124, 2014.

HACKING, Ian. *Kinds of people: Moving targets..* Oxford University Press Inc., 2007.

HEILBORN, Maria Luiza et al. Gravidez na adolescência e sexualidade: uma conversa franca com educadores e educadora. 2008.

HILLESHEIM, Betina et al . Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, v.37, n.132, p.595-609, set.-dez. 2007.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. *Nova Divisão Sexual do Trabalho? um olhar voltado para a empresa e a sociedade.* São Paulo: Boitempo, 2003.

HIRSCH, Olivia. N. O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. **Civitas: revista de Ciências Sociais**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 229–249, 2015. DOI: 10.15448/1984-7289.2015.2.17933. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17933>. Acesso em: 25 jun. 2024.

HOOKS, Bell. *Teoria feminista: da margem ao centro.* São Paulo: Perspectiva, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE] (2014). *Estatísticas de Gênero: uma análise dos resultados do Censo Demográfico 2010.* <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv88941.pdf>.

IURCONVITE, Adriano dos Santos. **A Evolução Histórica dos Direitos Sociais:** da Constituição do Império à Constituição Cidadã. Disponível em: [http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=7417](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7417). Acesso em: 01/03/2023

JESUS, Carla Mariana Sousa de; JUCÁ, Vlândia Jamile dos Santos; BARBOSA, Adilane dos Santos. Maternidade, sofrimento psíquico e redes sociais. *Revista EPOS: genealogias, subjetivações e violências*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 191-193, jul./dez. 2014.

JUNIOR, Mariano Chinaia; DE ESTON ARMOND, Jane; JULIANO, Yara. Humanização no serviço público de saúde: percepção da qualidade da assistência materno-infantil por usuárias de Unidades Básicas de Saúde. **Saúde Coletiva**, v. 8, n. 50, p. 103-108, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/842/84217984002.pdf>. Acesso em: 06 de março de 2024.

LEANDRO-FERREIRA, M. C. *Da ambiguidade ao equívoco: a resistência da língua nos limites da sintaxe e do discurso.* Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2000.

Leite, Tatiana Henriques et al. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 27, n. 02, 2022. [Acessado 24 Junho 2024], pp. 483-491. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>.

LEMOS, Flavia Cristina Silveira ; CARDOSO JÚNIOR, Hélio Rebello. A genealogia em Foucault: uma trajetória. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 353–357, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000300008>.

MACHADO, J. S. DE A.; PENNA, C. M. DE M.; CALEIRO, R. C. L.. Cinderela de sapatinho quebrado: maternidade, não maternidade e maternagem nas histórias contadas pelas mulheres. *Saúde em Debate*, v. 43, n. Saúde debate, 2019 43(123), out. 2019.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa, MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; QUEIROZ, Danielle Teixeira. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. Ciênc. saúde coletiva, 2007 12(2), p. 335–342, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>. Acesso em: 07/03/2023.

MANSUR, L.H.B. Experiências de mulheres sem filhos: a mulher singular no plural. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 23, n.4, 2003, p. 2-11.

MARIANO, Silvana Aparecida; CARLOTO, Cássia Maria. "Gênero e combate à pobreza no Programa Bolsa Família". In: BONNETI, A. L.; ABREU, M. A. (org.). *Faces da desigualdade de gênero e raça no Brasil* Brasília: Ipea, 2011.

MARIANO, Silvana Aparecida; CARLOTO, Cássia Maria. Aspectos diferenciais da inserção de mulheres negras no Programa Bolsa Família. *Sociedade e Estado*, v. 28, n. Soc. estado., 2013 28(2), 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922013000200011>.

MARQUES, Luzilene de Carvalho et al. Saúde mental materna: rastreando os riscos causadores da depressão pós-parto. 2016.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 40, p. 107-120, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/v16n40/aop0212.pdf>. Acesso em: 03/03/2023

MENDES, Ana Vilela; LOUREIRO, Sonia Regina; CRIPPA, José Alexandre S. Depressão materna e a saúde mental de escolares. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 35, p. 178-186, 2008.

MESQUITA, Cecília Chagas de. Saúde da mulher e redemocratização: ideias e atores políticos na história do PAISM. 2010. 157 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Rio de Janeiro, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002. Programa Humanização do Parto. Humanização no pré-natal e nascimento. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acessado em: 15/12/2022.

MISSAGGIA, Juliana. Ética do cuidado: duas formulações e suas objeções. *Blogs de Ciência da Universidade Estadual de Campinas: Mulheres na Filosofia*, v. 6, n. 3, p. 55-67, 2020.

MORAES, Marcos Vinicius Malheiros. 2018. "Genealogia - Michel Foucault". In: *Enciclopédia de Antropologia*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de Antropologia. Disponível em: <<http://ea.fflch.usp.br/conceito/genealogia-michel-foucault>>

MOREIRA, Lisandra Espíndula ; NARDI, Henrique Caetano. Mãe é tudo igual? Enunciados produzindo maternidade(s) contemporânea(s). *Revista Estudos Feministas*, v. 17, n. Rev. Estud. Fem., 2009 17(2), 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/zVjmyrs7XY6WrJNtbB66PnM/?lang=pt#>.

MOREIRA, Maria de Fátima, NÓBREGA, Maria Miriam Lima da ; SILVA, Maria Iracema Tabosa da. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 56, n. 2, p. 184–188, 2003.

MOURA, Solange Maria Sobottka Rolim de ; ARAÚJO, Maria de Fátima. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 24, n. Psicol. cienc. prof., 2004 24(1), p. 44–55, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000100006>. Acesso em: 03/03/2023.

NICIDA, Lucia Regina de Azevedo et al. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4531-4546, 2020.

NUNES, Silvia Alexim. Afinal, o que querem as mulheres? Maternidade e mal-estar. *Psicologia Clínica*, v. 23, n. Psicol. clín., 2011 23(2), p. 101–115, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-56652011000200007>. Acesso em: 03/03/2023.

OLIVEIRA, M. R. Desigualdade de gênero e políticas públicas de saúde: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, v. 10, n. 2, p. 45-60, 2020.

OLIVEIRA, Maria Helena Barros de et al. Direitos humanos e saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos. In: **Direitos humanos e saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos**. 2017. p. 332-332.

OMS – Organização Mundial DA Saúde. (2014). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. Cad. Saúde Pública, 1998 14 suppl 1, p. S25–

OXFAM. Relatório sobre nós e a desigualdade "tempo de cuidar". Fórum Econômico Mundial de 2020, Davos. [documento da Internet]. 2020 Jan. Acessado em 15 de Mar. De 2024. Disponível em: <https://oxfam.org.br/justica-social-e-economica/forum-economico-de-davos/tempo-de-cuidar>

PEDROSA, Michele. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 1, n. 3, p. 72-80, 2005.

PEIXOTO, Valdenízia Bento; SALVADOR, Evilásio; BIANCHETTI, Ana Luiza Rosenbaum. Direitos sexuais e reprodutivos: políticas e orçamentos nos governos Temer e Bolsonaro. *Argumentum*, v. 15, n. 1, p. 23-37, 2023.

POLICARPO, Aryanne Gabrielle et al. Humanização no parto e nascimento: caminhos e estratégias de cuidado de um serviço referência em humanização. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/38304>. Acesso em: 09 de março de 2024.

PORCHAT, Patrícia. Um corpo para Judith Butler. *Periódicus*, Salvador, v. 1, n. 3, p. 37-51, 2015.

RAPOPORT, Andrea; PICCININI, Cesar Augusto. Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Psico-USF*, v. 16, p. 215-225, 2011

REGO, Walquíria Leão; PINZANI, Alessandro. *Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania*. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

RIBEIRO, Flavia Gripp. Mães estudantes: desafios da maternidade e da permanência na Universidade enfrentados pelas alunas do Curso de Serviço Social da UnB. 2017. Orientadora: Camila Potyara Pereira. 2016. 63f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social), departamento de serviço social, Universidade de Brasília, Brasília. 2016. Disponível em: [https://bdm.unb.br/bitstream/10483/17382/1/2016\\_FlaviaGrippRibeiro\\_tcc.pdf](https://bdm.unb.br/bitstream/10483/17382/1/2016_FlaviaGrippRibeiro_tcc.pdf). Acesso em 16 dez 2021.

RIBEIRO, Patrícia Loraine Miranda. Humanização Do Parto: Política Pública, Realidade Obstétrica E Psicologia. In: *Psicologia E Políticas Públicas Na Saúde: Experiências, Reflexões, Interfaces E Desafios*, p. 259-267. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

ROSKAM, I.; RAES, M. E.; MIKOLAJCKAZ, M. Exhausted Parents: Development and Preliminary Validation of the Parental Burnout Inventory. *Frontiers in Psychology*. Bélgica, fev. 2017. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.00163/full>. Acesso em: 07/03/ 2023.

RUSSO, Jane, NUCCI, Marina ; SILVA, Fernanda Loureiro. Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. *Mana*, v. 25, n. 2, p. 519–550, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-49442019v25n2p519>. Acesso em: 17 de março de 2024.

SALEM, Tania. 2007. *O Casal Grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária*. Rio de Janeiro: Editora FGV. 230 pp. Campos, v. 9, n. 1, p. 177-181, 2008.

SANTANA, Tamiles Daiane Borges et al. Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: reflexão teórica. *Revista de Atenção à Saúde*, v. 17, n. 61, 2019.

SARTI, C. A. (2011). *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. (7a ed.)

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História e Ciências Sociais*, São Leopoldo, RS, Ano 1, n.1, Jul., 2009.

SEHN, Amanda Schöffel ; LOPES, Rita de Cássia Sobreira. A Vivência Materna da Função de Cuidar no Período de Dependência da Criança. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 35, n. Psic.: Teor. e Pesq., 2019 35(spe), p. e35nspe8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35nspe8>. Acesso em: 01/03/2023.

SERRUYA, Suzanne Jacob, CECATTI, José Guilherme ; LAGO, Tania di Giacomo do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. Cad. Saúde Pública, 2004 20(5), p. 1281–1289, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500022>. Acesso em: 09 de mar.de 2023.

Silva, A. B.; Pereira, C. D. Violência obstétrica: desafios para a saúde pública no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 123, p. 256-270, 2019.

SILVA, Juliana Marcia Santos et al. A feminização do cuidado e a sobrecarga da mulher-mãe na pandemia. *Revista Feminismos*, [S. l.], v. 8, n. 3, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/42114>. Acesso em: 12 nov. 2022.

SILVA, Nataly Luana Gomes; FREITAS, Carla Kalline Alves Cartaxo. Relato de experiência: o amor mundi como expressão do cuidado em saúde mental. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 33-44, jul. 2021. ISSN 2447-1798. Disponível em: <https://www.revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/344/212>

SOARES, Suamy Rafaely. A feminização da pobreza e as políticas sociais focalizadas nas mulheres: um debate a ser repensado. Trabalho apresentado na V Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luiz, MA, 2011.

SOUZA, Luciana Karine de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro , v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 27 jan. 2024. <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i2p.51-67>.

SOUZA, Marli Aparecida Rocha de; WALL, Marilene Loewen ; THULER, Andrea Cristina de Moraes Chaves. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03353, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>.

SPINDOLA, Thelma ; SANTOS, Rosângela da Silva. Mulher e trabalho: a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 11, n. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2003 11(5), p. 593–600, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000500005>. Acesso em: 01/03/2023.

TOURINHO, J. G. A mãe perfeita: idealização e realidade - Algumas reflexões sobre a maternidade. *IGT na Rede*, v.3, n. 5, 2006. públicas. *Psicol. rev.* (Belo Horizonte), Belo Horizonte , v. 15, n. 1, p. 196-211, abr. 2009 . Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682009000100012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682009000100012&lng=pt&nrm=iso). acesso em 08 Jul. 2022.

TRAVASSOS-RODRIGUEZ, Fernanda; FERES-CARNEIRO, Terezinha. Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. *Tempo psicanalítico*: Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p. 111-121, jun. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v45n1/v45n1a08.pdf>.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. Medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota ; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 10, n. 3, p. 359–367, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000300009>. Acesso em: 06 de março de 2024.

ZANELLO, Valeska. et al. Maternidade e cuidado na pandemia entre brasileiras de classe média e média alta. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 30, n. 2, p. 1-12, 2022. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n286991>. Acesso em: 01/03/2023.

ZANELLO, Valeska. Saúde mental, gênero e dispositivos: Cultura e processos de subjetivação. 1. ed. - Curitiba: Editora Appris, 2018.

ZANELLO, Valeska; PORTO, Madge. Conselho Federal de Aborto e (Não) Desejo de Maternidade(s): questões para a Psicologia. Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2016.

**APÊNDICE – Instrumento formulado para a coleta de dados**

<b>1. Representação de saúde mental materna nas políticas públicas no Sistema Único de Saúde (SUS)</b>	
<b>1 - PAISM (1984)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	-
<b>2 - Humanização do parto - Pre natal e nascimento (2002)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>2 - Humanizacao do parto (2014)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>3- PNAISM (2004)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>4- MANUAL TECNICO - PRÉ NATAL E PUERPÉRIO (2006)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>5- SAÚDE MENTAL NO SUS: RELATÓRIO (2007)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>6 - Final da IV Conferência Nacional de Saúde mental (2010)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	-
<b>7 - PORTARIA REDE CEGONHA (2011)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	-
<b>8 - CADERNOS DA ATENÇÃO BÁSICA - SAÚDE MENTAL (2013)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	-
<b>9 - Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2013)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>10 - Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (2015)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>11 - Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde mental (2010)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	-
<b>12 - CADERNETA DA GESTANTE (2022)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>12 - CADERNETA DA GESTANTE (2023)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>13 - Programa Nacional de Equidade de Gênero, raça e valorização das Trabalhadoras no SUS</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	

<b>2. Identificar intervenções e iniciativas propostas para saúde mental materna nas políticas públicas do Sistema Único de Saúde</b>	
<b>1 - PAISM (1984)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	-
<b>2 - Humanização do parto - Pre natal e nascimento (2002)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>2 - Humanizacao do parto (2014)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>3- PNAISM (2004)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>4- MANUAL TECNICO - PRÉ NATAL E PUERPÉRIO (2006)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	-
<b>5- SAÚDE MENTAL NO SUS: RELATÓRIO (2007)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>6 - Final da IV Conferência Nacional de Saúde mental (2010)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	-
<b>7 - PORTARIA REDE CEGONHA (2011)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	-
<b>8 - CADERNOS DA ATENÇÃO BÁSICA - SAÚDE MENTAL (2013)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	-
<b>9 - Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2013)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>10 - Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (2015)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>11 - Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde mental (2010)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	-
<b>12 - CADERNETA DA GESTANTE (2022)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	-
<b>12 - CADERNETA DA GESTANTE (2023)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>13 - Programa Nacional de Equidade de Gênero, raça e valorização das Trabalhadoras no SUS</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	

<b>3. Personas e estereótipos na assistência à saúde da mulher-mãe</b>	
<b>1 - PAISM (1984)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	-
<b>2 - Humanização do parto - Pre natal e nascimento (2002)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>2 - Humanizacao do parto (2014)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>3- PNAISM (2004)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>4- MANUAL TECNICO - PRÉ NATAL E PUERPÉRIO (2006)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>5- SAÚDE MENTAL NO SUS: RELATÓRIO (2007)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>6 - Final da IV Conferência Nacional de Saúde mental (2010)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>7 - PORTARIA REDE CEGONHA (2011)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	-
<b>8 - CADERNOS DA ATENÇÃO BÁSICA - SAÚDE MENTAL (2013)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	-
<b>9 - Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2013)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>10 - Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (2015)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	
<b>11 - Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde mental (2010)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	-
<b>12 - CADERNETA DA GESTANTE (2022)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	-
<b>12 - CADERNETA DA GESTANTE (2023)</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	-
<b>13 - Programa Nacional de Equidade de Gênero, raça e valorização das Trabalhadoras no SUS</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	