

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA**

**AS CONFIGURAÇÕES SUBJETIVAS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO:  
PARA ALÉM DA PADRONIZAÇÃO PATOLOGIZANTE**

**ALESSANDRA DA ROCHA ARRAIS**

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção  
do título de doutor em Psicologia,  
Departamento de Psicologia Clínica,  
Instituto de Psicologia,  
Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Luiz González Rey

**Brasília - DF  
2005**

Tese apresentada ao Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, sob a orientação do Prof. Dr. Fernando Luiz González Rey.

Tese aprovada por:

---

Prof. Dr. Fernando Luiz González Rey – PUCAMP e IP/UNB  
Presidente

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Galinkin –IP/ UNB  
Membro

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>a</sup> Tânia Mara Campos de Almeida – UCB  
Membro

---

Prof. Dr. Maurício Neubern - UNICEUB  
Membro

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>a</sup> Liana Fortunato Costa - IP/UNB  
Membro

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>a</sup> Tereza Cristina Cavalcanti F. de Araujo- IP/UNB  
Suplente

**Mãe**

*Renovadora e reveladora do mundo  
A humanidade se renova no teu ventre.  
Cria teus filhos,  
não os entregues à creche.  
Creche é fria, impessoal.  
Nunca será um lar  
para teu filho.  
Ele, pequenino, precisa de ti.  
Não o desligues da tua força maternal.*

*Que pretendes, mulher?  
Independência, igualdade de condições...  
Empregos fora do lar?  
És superior àqueles  
que procuras imitar.  
Tens o dom divino  
de ser mãe  
Em ti está presente a humanidade.*

*Mulher, não te deixes castrar.  
Serás um animal somente de prazer  
e às vezes nem mais isso.  
Frígida, bloqueada, teu orgulho te faz calar.  
Tumultuada, fingindo ser o que não és.  
Roendo o teu osso negro da amargura.*

*Cora Coralina*

Aos meus pais **Luiz e Ivaniza**

...a quem não tenho palavras para agradecer a vida que me deram e continuam a dar, nas suas diárias demonstrações de cuidado, amor e apoio.

Às minhas filhas **Ana Clara e Sofia**

.....que mudaram minha vida para sempre, e me ensinam a ser mãe a cada dia, abrindo novas zonas de sentido jamais pensadas antes...

## AGRADECIMENTOS

*Nenhuma história de vida pode ser escrita sem a presença de mãos amigas que se estendem em nossa direção*

Atingir um alvo é sempre um desafio. Exige mudanças, recusas, isolamento e até mesmo sofrimento. Contudo, quando se atinge o motivo de tantas transformações, faz-se necessário comemorar, agradecer. A todos, que participaram desta conquista, meus sinceros agradecimentos.

Aos meus alunos do curso de graduação em psicologia da Universidade Católica de Brasília, pois no exercício de ensiná-los, orientá-los e supervisioná-los, me ajudaram a pensar, refletir e a construir este trabalho. Refiro-me principalmente, às minhas “alunas/filhas”: *Ludimila, Luciana, Letícia, Edna, Caroline, Kátia Rosa, Manoela, Cheila, Queila, Glauciene, Fernanda.*

Aos meus colegas docentes da Universidade Católica de Brasília, em especial às amigas-professoras *Alessandra Rocha de Albuquerque, Maria Aparecida Penso, Gleicimar Gonçalves Cunha, Cibelle Antunes Fernandes, Claudiene Santos e Sílvia Lordello* que gentilmente dividiram comigo os seus conhecimentos e suas experiências, me apoiando e ouvindo durante o longo percurso de construção deste estudo. Agradeço, também ao Prof. *Luciano Espírito Santo*, e às secretárias *Rose e Elaine*, que viabilizaram o trabalho de campo no Centro de Formação em Psicologia Aplicada – CEFPA, da UCB.

Aos professores de psicologia da UnB, pelo repasse de conhecimentos essenciais para minha formação de docente e pesquisadora, principalmente, às professoras doutoras *Gláucia Diniz e Ana Lúcia Galinkin*, que me introduziram na perspectiva da Psicologia do Gênero e à estimada professora *Albertina Mitjans Martinez*, pelas valiosas orientações epistemológicas e metodológicas da pesquisa qualitativa.

As minhas queridas amigas *Regina e Conceição*, pela confiança e estímulo, e em especial as minhas comadres *Ana Cláudia Miranda*, pelo companheirismo, e *Iracema Malheiros*, pelo incentivo e pela carinhosa apreciação desta tese.

Por último, porém o mais importante, agradeço a *Deus*, pois tenho clareza da Sua presença, intervindo por mim, em todos os momentos da construção deste trabalho. Tenho certeza de que Sua mão me segurou e guiou, sobretudo nos momentos mais angustiantes e conflitantes desta caminhada.

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Existiram ainda algumas pessoas a quem devo agradecimentos especiais, pois, sem elas, esta tese, com certeza, não seria uma realidade.

Às *mães participantes do estudo* e tantas outras pacientes que, através de seus legítimos sofrimentos, têm me mostrado, dia após dia, um grande sentido para minhas inquietações profissionais e pessoais.

Ao meu prezado orientador, *Prof. Dr. Fernando Luiz González Rey*, que me acompanhou como um pai atencioso, no árduo processo de gestar uma tese de doutorado, sempre confiando em mim, mesmo em momentos em que nem eu acreditava que mais esta “filha” chegaria a nascer.

À minha estimada analista, *Dra. Maria Fátima Silveira dos Santos*, que me OUVI e me ajuda a renascer como mulher, transformando a idéia de mãe “desnaturada” em vivência de mãe “in natura”. A ela meu eterno agradecimento.

Às minhas prezadas “ajudantes para assuntos domésticos”, *Adelcina e Márcia*, que zelaram por mim, pelas minhas filhas e pela minha casa, enquanto eu me dedicava à construção desta tese.

A toda minha família, em especial: aos meus preciosos pais *Luiz e Ivaniza*, que implantaram em mim a curiosidade e o acreditar, por terem proporcionado a minha formação profissional, pelo suporte afetivo e apoio incondicional.

Às minhas amadas filhas, *Ana Clara e Sofia*, que aceitaram afetuosamente dividir sua mãe com esta produção acadêmica, na esperança de um dia poderem sentar à sombra da árvore que eu estou plantando agora e colher seus frutos.

Ao meu esposo *Alex*, meu eterno companheiro que me acompanha desde o ensino fundamental, incitando-me, questionando e ajudando a resignificar os sentidos que minha vida toma...

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Caracterização das participantes da pesquisa.....	83
Quadro 2 - Como as mães se definem antes e depois da maternidade.....	108
Quadro 3 - Definição dos maridos sobre os papéis maternos e paternos.....	125

## INDICE

<b>INTRODUÇÃO – Por que a depressão pós-parto?.....</b>	<b>1</b>
<b>PARTE I - FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO 1 – Caracterizando o puerpério.....</b>	<b>6</b>
1.1 – Os distúrbios do puerpério.....	6
1.1.1 – O blues puerperal.....	7
1.1.2 – A psicose puerperal .....	8
1.1.3 - O distúrbio de pânico pós-parto.....	8
1.1.4 - A depressão pós-parto.....	8
<b>CAPÍTULO 2 - Um olhar subjetivado: uma crítica ao diagnóstico         padronizado da depressão pós-parto.....</b>	<b>14</b>
2.1 - A cisão entre mente e corpo.....	14
2.2 - A tendência da psicologia à fragmentação e à padronização do sujeito.....	15
2.3 - Os novos caminhos para a ciência psicológica: a valorização da subjetividade.....	17
2.4 – A teoria da subjetividade de González Rey.....	17
2.4.1 - A categoria de sentido subjetivo.....	18
2.4.2 - A categoria de configuração subjetiva.....	19
2.4.3 - A categoria de subjetividade.....	20
2.4.4 - A categoria de sujeito.....	22
2.5 – Crítica à perspectiva psicanalítica da depressão pós-parto.....	22
<b>CAPÍTULO 3 - A perspectiva sócio-histórica e suas contribuições para a         construção da maternidade e da depressão pós-parto.....</b>	<b>25</b>
3.1 - A importância do olhar histórico-cultural sobre o papel da mulher na sociedade.....	25
3.2 - A construção histórica da subjetividade feminina na tradição ocidental: de Eva a Maria.....	25
3.3 - O processo de naturalização da maternidade.....	27
3.4 - O mito do amor materno e da maternidade exclusiva.....	31
<b>CAPÍTULO 4 – A mãe contemporânea: nova história, velhas         representações.....</b>	<b>35</b>
4.1 – O declínio do patriarcalismo e o impacto dos movimentos feministas na sociedade.....	35
4.2 - A perspectiva de gênero como categoria de análise.....	36
4.3 - A mulher e a família na atualidade.....	37
<b>PARTE II - FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>43</b>
<b>CAPÍTULO 5 – A construção do estudo.....</b>	<b>43</b>
5.1 - O embate epistemológico da atualidade.....	43
5.2 - A crise dos paradigmas.....	43
5.3 – O campo epistêmico da psicologia e seus impasses: os caminhos	



alternativos para a ciência psicológica.....	46
5.4 - A escolha metodológica.....	47
5.5 – A epistemologia qualitativa: a ciência enquanto produção humana.....	48
5.5.1 - O conhecimento é uma produção construtiva-interpretativa.....	48
5.5.2- Caráter interativo do processo de produção do conhecimento.....	48
5.5.3 - Significação da singularidade como nível legítimo da produção do conhecimento.....	49
5.5.4 - O problema de pesquisa.....	49
5.5.5 - O papel da teoria na construção do conhecimento.....	50
5.5.6 - O papel do empírico na produção de conhecimentos científicos.....	50
5.5.7 - Os instrumentos como recursos alternativos para produção de informações.....	50
5.5.8 - “Os dados não são dados”.....	51
<b>CAPÍTULO 6 – A construção do objeto.....</b>	<b>52</b>
6.1 - O percurso de pesquisador.....	52
6.1.2 - Quem é a pesquisadora?.....	52
6.2 - Aproximação do objeto de estudo.....	54
6.3 - Objetivos geral e específicos do estudo.....	57
<b>CAPÍTULO 7 – A construção do método.....</b>	<b>58</b>
7.1 - Apresentação das mães participantes da pesquisa.....	58
7.2 – Recursos instrumentais para produção de informações.....	58
7.2.1 – Instrumento de completamento de frases.....	59
7.2.2 - Entrevista de acolhimento/triagem.....	59
7.2.3 - Grupo de apoio e orientação a mães com depressão pós-parto.....	60
7.3 - Os caminhos do momento empírico.....	61
7.3.1 - Primeiros contatos com o campo de pesquisa.....	62
7.3.2 - Primeiros contatos com as mães- participantes do estudo.....	62
7.4 - Procedimentos para construção das informações.....	64
<b>PARTE III - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>68</b>
<b>CAPÍTULO 8 – Construções a partir da vivência das participantes.....</b>	<b>68</b>
8.1 - Organização das informações sobre as participantes da pesquisa.....	69
8.2 - Apresentação e discussão dos casos.....	69
8.2.1 – Construções a partir das informações de Gabriela.....	69
8.2.1.1 - Núcleos de sentido de subjetivo construídos para Gabriela.....	74
8.2.2 – Construções a partir das informações de Larissa.....	78
8.2.2.1 - Núcleos de sentido subjetivo construídos para Larissa.....	84
8.2.3 - Construções a partir das informações de Lúcia.....	88

8.2.3.1 - Núcleos de sentido subjetivo construídos para Lúcia.....	93
8.2.4 - Construções a partir das informações de Isabela.....	97
8.2.4.1 - Núcleos de sentido subjetivo construídos para Isabela.....	100
<b>CAPÍTULO 9 –As zonas de sentido.....</b>	<b>103</b>
9.1 Zona a: Ser mãe é padecer, mas não no paraíso.....	103
9.1.1 - A ambivalência materna: esta ilustre (des) conhecida.....	107
9.1.2 - Retirando o manto sagrado da amamentação.....	110
9.2 Zona b: A mãe desnaturada: a luta pela maternidade inclusiva.....	114
9.3 Zona c: Identidade de enferma: a naturalização da depressão pós- parto.....	119
9.4 Zona d: Não basta ser pai, tem que participar!.....	123
9.4.1. O novo pai.....	129
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>132</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>139</b>

**ANEXOS**

Anexo A	Instrumento de Completamento de Frases
Anexo B	Ficha de inscrição do CEFPA
Anexo C	Termo de Compromisso do CEFPA
Anexo D	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Anexo E	Planejamento e realização do grupo de apoio e orientação a mães com depressão pós-parto
Anexo F	Técnica de recorte e colagem de Gabriela: “ Ser pai é...”
Anexo G	Técnica de recorte e colagem de Gabriela: “ Ser mãe é...”
Anexo H	Técnica de recorte e colagem de Larissa: “ Ser mãe é...”
Anexo I	Técnica de recorte e colagem de Júlia: “ Ser mãe é...”

## RESUMO

Arrais, Alessandra da Rocha (2005). *As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante*. Tese de doutorado. Curso de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade de Brasília.

Esta tese é o resultado de um estudo qualitativo, baseado na *Epistemologia Qualitativa* (González-Rey, 2005), cujo principal objetivo foi compreender as configurações subjetiva que estão na base da depressão pós-parto (DPP) em mães com este diagnóstico. Este escrito trata especialmente de 4 dos 13 casos atendidos no *Grupo de apoio e orientação a mães com DPP*, desenvolvido na Universidade Católica de Brasília, sob minha coordenação. Foi utilizada uma diversidade de recursos instrumentais para a construção de informações: a entrevista de acolhimento, as sessões do referido grupo, o instrumento de completamento de frases e técnicas projetivas. Os indicadores elaborados por meio da análise construtivo-interpretativa levaram a construção de quatro zonas de sentido acerca da configuração subjetiva da DPP: “ser mãe é padecer, mas não no paraíso”; “a mãe desnaturada: a luta pela maternidade inclusiva”; “identidade de enferma: a naturalização da DPP” e “não basta ser pai, tem que participar!”. Este trabalho forneceu-nos elementos reveladores sobre o quão prejudicial pode ser o ideal de maternidade, historicamente apresentado às mulheres como natural e instintivo. Esse ideal integrado a outros elementos subjetivos como, conflitos conjugais e parentais e com a vida profissional, se potencializam na configuração subjetiva da maternidade, por meio dos sintomas da DPP. Portanto, os sentidos subjetivos da DPP não estão limitados ao espaço simbólico, nem real da maternagem em si, mas está integrado por núcleos de sentido subjetivo gerados em outras zonas de sentido da vida da mulher. Assim, esta investigação mostrou-nos que a DPP tem configurações subjetivas que, como qualquer outra configuração humana, se constitui de uma multiplicidade de sentidos altamente subjetivos da história da pessoa e do contexto em que ela vive e foi criada. Por essa razão, este estudo serviu para reforçar nossa crítica a padronização e patologização da DPP, preferindo considerar a mãe sob este diagnóstico como uma mulher recém-parida em sofrimento!

**Palavras-chaves:** Depressão pós-parto, ambivalência materna, mito da mãe exclusiva, subjetividade.

## RESUME

Arrais, Alessandra da Rocha (2005). *Les configurations subjectives de la dépression post-partum: au delà de la standardisation pathologique*. Thèse de doctorat. Cours de Post-Graduation en Psychologie. Université de Brasília.

Cette thèse est le résultat d'une étude qualitative basée sur l'*Epistémologie Qualitative* (Gonzalez-Rey, 2005) dont le but principal fut de comprendre les configurations subjectives qui sont à la base de la dépression post-partum (DPP) chez les femmes ayant eu ce diagnostic. Cet écrit analyse spécialement 4 des 13 cas suivis par le *Groupe d'appui et d'orientation aux mères en DPP* développé à l'Université Catholique de Brasília, sous ma coordination. Une diversité de recours instrumentaux fut utilisée pour la construction des informations: l'entretien d'accueil, les séances du Groupe d'appui, le instrumente de finalisation des phrases et les techniques de projection. Les indicateurs élaborés par l'intermédiaire de l'analyse constructive-interprétative aboutirent à la construction de quatre zones de sens à propos de la configuration subjective de la DPP: *être mère c'est souffrir, mais pas au paradis; la mère dénaturée ; la lutte pour la maternité non exclusive; l'identité d'infirmes: la naturalisation de la DPP; et il ne suffit pas d'être père, il faut participer*. Ce travail nous a fourni des éléments révélateurs sur comment l'idéal de maternité peut porter préjudice aux femmes dans la mesure où historiquement il leur a été présenté comme naturel et instinctif. Cet idéal, intégré aux autres éléments subjectifs tels que les conflits conjugaux et parentaux ainsi que ceux liés à la vie professionnelle, s'amplifie dans la configuration subjective de la maternité à travers les symptômes de la DPP. Alors, les sens subjectives de la DPP n'est limité ni à l'espace symbolique ni à l'espace réel du maternage en soi, mais il est intégré par des noyaux de sens subjectifs créés dans d'autres zones de sens de la vie de la femme. Ainsi, cette investigation nous a montré que la DPP a configurations subjectives qui se constitue d'une multiplicité de sens hautement subjectifs de l'histoire de la personne et du contexte où elle vie et a été élevée. Pour cette raison cette étude a servi à renforcer notre critique sur la standardisation et la *pathologisation* de la dépression post-partum et a préféré considérer la mère ayant ce diagnostic comme une femme souffrante venant d'accoucher !

**Mots clés:** dépression post-partum, ambivalence maternelle, mythe de la mère exclusive, subjectivité.

## ABSTRACT

Arrais, Alessandra da Rocha (2005). *The subjectives configurations of postnatal depression: for beyond the standardized pathology*. Doctorate thesis. Postgraduate Course in Psychology. University of Brasilia..

This thesis is the result of a qualitative study, based on the *Qualitative Epistemology* (González-Rey, 2005), whose main objective was to understand the subjectives configurations that forms the base of postnatal depression (PND) in mothers with this diagnosis. This paper especially focuses on 4 of the 13 cases attended in the Group of support and orientation for mothers with PND, developed at the Catholic University of Brasilia, under my coordination. A variety of instrumental resources for the construction of information were used: coaching interview, group sessions, sentence-completion instrument and projective techniques. The indicators elaborated by the constructive-interpretive analysis led to the construction of four zones of meaning about the subjective configuration of PND: "To be a mother is to suffer, but not in paradise"; "the unnatural mother: the fight for inclusive maternity "; "Identity of patient: naturalization of the PND "and "It's not enough to be a father, you must participate ". This work gave us revealing elements to understand how harmful can be the ideal of maternity. Such an ideal has historically been presented to the women as natural and instinctive. This ideal when integrated to other subjective elements such as marital and parental conflicts and within the professional life, it potentializes the subjective configuration of maternity through the symptoms of PND. Therefore, the subjectives meanings of the PND is not limited to the symbolic space or to the real space of maternity itself, but it is integrated by core of subjective meanings generated in other areas of meaning in the woman's life. Thus, this research showed the PND has subjectives configurations that, as any other human configuration, is constituted by a multiplicity of meanings highly subjective in the person's history and in the context where she lives and was raised. For this reason, this study served to reinforce our critical view to the standardized pathology of postnatal depression, preferring to considerate the mother with this diagnostic as a suffering woman that had just given birth instead.

**Key-Words:** Postnatal depression, maternal ambivalent, myth of full-time mother, subjectivity.

## INTRODUÇÃO

### PORQUE A DEPRESSÃO PÓS-PARTO?

O que teria a depressão a ver com a festa que cerca o nascimento de um bebê? Como entender que esse momento considerado tão feliz e esperado do ciclo vital familiar se transforme em um momento depressivo? Por quê a chegada do bebê parece ter o poder de provocar um estado depressivo na mãe?

No período pré-natal, muitas vezes, as preocupações giram apenas em torno do chá de bebê, do quarto, do enxoval e das demais providências práticas a serem tomadas para a chegada de um filho. É rara a discussão séria acerca das dificuldades emocionais que a grande maioria das mães vivencia no período do parto e pós-parto, bem como sobre as tarefas familiares que o casal tem a cumprir para ultrapassar esta etapa. Quando esses temas surgem, geralmente ocorrem em tons de brincadeira e de forma caricata, que não provocam a reflexão necessária.

Certamente, carregar no próprio corpo um novo ser pode ser uma oportunidade ímpar e fascinante. Uma promessa de esperança, um potencial de luz, de continuidade e de amor. Entretanto, a maternidade implica em alterações em diversos espaços da vida da mulher, sejam eles pessoais, emocionais, profissionais ou sociais, que podem acarretar em mais sofrimento do que se pode supor, especialmente, porque a maternidade é uma viagem sem direito ao “bilhete de volta”. É um processo que tem um início, mas não tem um fim. Portanto, trata-se de uma função que implica um caráter de extrema responsabilidade, complexidade e longevidade (Bacca, 2005). Uma vez mãe, sempre mãe...

Ser mãe, no sentido de gerar, é uma possibilidade exclusiva da mulher. Inerente a essa realidade, entretanto, é comum essa potencialidade originar crises, conflitos e sentimentos contraditórios entre si. Erikson (1976) ilumina nossas idéias nessa direção, ao lembrar-nos que cada uma das fases evolutivas do ciclo vital de uma pessoa carrega em si uma situação potencialmente crítica, a qual pode ocasionar uma crise, sendo esta entendida como uma ruptura do *status quo* psíquico que requer novas respostas adaptativas. Portanto, a crise da depressão pode ocorrer em qualquer época da vida, inclusive durante momentos socialmente felizes, como o parto e o nascimento de um filho (Ribeiro, 2002).

O puerpério é um desses períodos vulneráveis, constituindo-se portanto como um período de risco psiquiátrico aumentado no ciclo de vida da mulher (Erikson, 1976). Por essa razão, acreditamos que o pós-parto seja um momento peculiar para avaliar os recursos subjetivos de uma mulher, período que pode nos dizer muito a respeito da configuração subjetiva de cada uma delas e, conseqüentemente da depressão pós-parto (DPP).

Na fase pós-natal, a sociedade espera que a mãe esteja muito feliz e satisfeita com o seu novo rebento. Todos cobram da mulher grávida estar radiante: seu companheiro, sua família, seus amigos e até os profissionais que a assistem na gestação, e, por isso, geralmente desconsideram seus reais sentimentos. As mesmas atitudes são vistas no pós-parto. Poucos sabem, e ainda trata-se de um tabu na sociedade ocidental, que a maternidade é vivida, por muitas mulheres, com mais sofrimento do que prazer (Lucena, 2004). Ao contrário do esperado, a literatura, minha experiência como mãe e nossa prática com gestantes e puérperas nos mostram que a maioria das mulheres, sobretudo as de classe média e alta, encontra na vivência da maternidade algum nível de sofrimento psíquico, físico e social no período pré e pós-parto. Normalmente, nessas fases, observa-se nas mães uma vivência relativamente contínua de tristeza ou de diminuição da capacidade de sentir prazer (Santos, 1995), a qual poderá ser transitória ou se cronificará caso não sejam assistidas adequadamente.

A percepção de sentimentos de tonalidades negativas e contraditórias, justamente no momento quando só deveria existir espaço para a plenitude e a felicidade, provoca em muitas mães uma sensação de estranhamento e inadequação. Tanto na gestação quanto no pós-parto,

são comuns assertivas do tipo: “ Você está com saúde, vai ser mãe, o que mais você quer?”, “Reaja, gravidez não é doença!” “Como você pode estar triste, com um bebê tão lindo nos braços?”. Se a mulher ousa expressar qualquer sentimento negativo, mesmo em relação à gestação ou a uma não-aceitação temporária da gravidez, ou por estar enjoando muito, ou por ter parado suas atividades pelas intercorrências de uma gravidez de risco, logo se diz que “ela está rejeitando o filho”.

Esse tipo de associação é superficial, de cunho excludente e pejorativo, que acarreta na caracterização da mãe com DPP como uma “aberração da natureza”. Assim, a mulher nesse caso sofre duplamente: primeiramente, pelos sentimentos negativos vivenciados e, segundo, pela culpa em senti-los. Tudo isso, pouco alivia a dor da mãe com depressão, quando não atrapalha ou agrava o seu sofrimento, pois a isola, a culpabiliza e a impede de pedir ajuda. Por sentirem-se na “contra-mão” do que é socialmente esperado e desejado, a mãe quase sempre reluta em relatar seu incômodo a outros e a pedir ajuda profissional, mesmo que sinta muitas dificuldades no desempenho de tarefas maternas e domésticas e que consiga perceber a sua alteração no humor.

Por isso, este sofrimento psíquico é vivido isoladamente e, o que é pior, sem um acompanhamento profissional especializado, podendo acarretar na cronificação dos sintomas depressivos ou somáticos e num prejuízo para a relação mãe-bebê-pai. Santos (2001, p. 20) reafirma isso ao mostrar-nos que “a depressão pós-parto é raramente trazida para o consultório por quem a experimenta, é vivida com dolorosa perplexidade, com questionamentos morais, mas sobretudo, em silêncio”. A autora acrescenta ainda que este é um fato constatado em pesquisas estrangeiras e que se repete no Brasil.

Isso acaba acarretando não só em uma pobreza estatística sobre o fenômeno, como também em um parco interesse e um número restrito de publicações científicas sobre o tema. Esta realidade se reproduz na psicologia, haja vista a constatação de nossa revisão bibliográfica revelar que a DPP é um tema ainda pouco explorado. Dentre os escassos trabalhos psicológicos que abordam esse assunto, muitos o interpretam do ponto de vista do bebê, levando em consideração apenas as conseqüências negativas da DPP para o desenvolvimento e a constituição da personalidade deste, como nos estudos de Camorotti (2001), Catão (2002), Ribeiro (2002), Andrade (2002) e Schwengber e Piccinini (2003). Estes não se atentam aos profundos prejuízos que ela pode trazer também para as mães e para a díade mãe-bebê, e até mesmo, para a tríade mãe-pai-bebê. O último relatório sobre a saúde da mulher do Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2004) nos confirma essa tendência unilateral em prol do bebê.

Particularmente, nós advogamos que a DPP e seu prolongamento pode ter conseqüências ruins não só para o desenvolvimento emocional e cognitivo do bebê, como também sobre o bem-estar da mulher, sua saúde física e psíquica, seus relacionamentos conjugal, familiar e social, a qualidade de sua vivência materna, e sobretudo, para o seu processo global de subjetivação como mulher. Por essas razões, nessa investigação, optamos deliberadamente, assim como fizeram Badinter (1985), Serrurier (1993), Parker (1997), Forna (1999) e Azevedo (2003), por escutar o “lado” das mães e a versão dada por elas, sobre as suas percepções da vivência da maternidade.

Assim, focalizamos a DPP do ponto de vista da mulher/mãe sem, contudo, esquecer o aspecto essencial do relacionamento mãe-filho, mas procurando excluir qualquer determinismo linear do tipo causa e efeito. Para nós, existe uma diversidade tão grande de sentidos subjetivos para as mães, para os bebês e seus familiares, que nos impede de manter um olhar reducionista e linear sobre a maternidade e a depressão após o parto. Isso nos impulsiona para olhar a complexidade destes fenômenos e dos sujeitos neles implicados.

É sabido que a DPP acontece com mulheres de todas as idades, classes sociais e de todos os níveis escolares. Ela pode ocorrer com mulheres que desejam muito ter um filho,



bem como aquelas que não aceitam o fato de ter engravidado. Pode ocasionar-se no nascimento do primeiro filho, do segundo, do terceiro, ou de outros. Os autores que estudam essa temática têm posições diversas sobre o aparecimento da DPP, e a literatura não é concorde quanto a sua etiologia.

Temos percebido que o sentido subjetivo da maternidade e da DPP é diferente em cada mãe concreta, e a visibilidade de cada configuração subjetiva será o resultado de inúmeros desdobramentos que são sensíveis a integrações de sentido associadas a diferentes áreas da vida da mulher, mantendo assim uma processualidade constante em diferentes formas de organização e expressão. Isso significa que tanto os papéis de mãe, de filho, de pai e os sintomas da DPP estão intimamente relacionados aos conceitos de configuração de sentidos subjetivos, sujeito e subjetividade de cada um deles. Por essa razão, esses serão conceitos “âncoras” na nossa pesquisa, a qual terá como parâmetro epistemológico e metodológico a Teoria da Subjetividade e a Epistemologia Qualitativa desenvolvidas por González Rey (1992, 1993, 1995, 1997, 1999, 2001, 2002, 2004, 2005a, 2005b), dentro da perspectiva histórico-cultural.

No nosso entender, essas categoria conceituais são essenciais para o estudo psicológico do homem e da mulher, pois expressam a rota diferenciada de produção de sentido subjetivo para cada pessoa e, por isso, apresentam melhores recursos para acessar a complexidade do nosso tema de estudo – a mãe com DPP. Suspeitamos que seja justamente esta configuração multifacetada e de sentidos subjetivos que compreende e explica melhor a razão pela qual nem todas as mulheres apresentam os sintomas da DPP, apesar de todas sofrerem as bruscas alterações hormonais no parto, como vem sendo justificado na literatura da área.

Assim, apesar de terem muitos sentidos que podem ser subjetivados de forma semelhante na vivência da maternidade e do pós-parto, cada mulher terá uma vivência única e singular, que não deve ser padronizada e nem “vendida” para as demais como o “retrato da maternidade” e nem “enclausurada” no diagnóstico da DPP. Em outras palavras, levantamos nesta tese o seguinte questionamento: seria a DPP uma psicopatologia, classificada no CID-10<sup>1</sup> (1993) sob a rubrica de F53.0, ou poderíamos suspeitar tratar-se apenas de mais uma maneira de vivenciar a maternidade? Talvez seja ela uma das formas mais sofridas, porém não menos legítima que as demais formas mais convencionais de ser mãe. Através dos sintomas depressivos, a mãe não estaria apenas revelando o lado obscuro da maternidade, socialmente negado?

Isto posto, não pretendo discutir a relação da DPP a partir da perspectiva biológica, que confere às alterações hormonais e às modificações corporais grande influência no comportamento das mães e na etiologia da depressão puerperal; e nem pela perspectiva psicodinâmica, como tradicionalmente vem sendo feito sobretudo pelos estudos psicanalíticos. Mas buscarei privilegiar o fenômeno do ponto de vista histórico-cultural e da categoria de gênero, que aponta para os contextos e para as transformações históricas ocorridas nos papéis sociais da mulher e dos homens e na sua integração com a vivência atual.

Assim, assumimos que a motivação para gestarmos o presente trabalho se deve principalmente a algumas razões de ordem sócio-histórico-culturais, as quais cremos ser fundamentais considerar quando se pensa na mãe com DPP, como, por exemplo, o fenômeno da entrada da mulher no mercado de trabalho. Este fenômeno vem provocando transformações tão profundas no casamento, na família e na sociedade e na saúde da mulher (Diniz, 1999) que nos levou a acoplar a categoria de gênero ao nosso olhar, com a finalidade

---

<sup>1</sup> *Classificação dos Transtornos Mentais e do comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Coord. Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas.

de ajudar a compreender a saúde da mulher nesse contexto. Dessa forma, não seria a DPP, da forma como vem se apresentando hoje, também uma consequência desta nova realidade?

O primeiro passo para a realização desta investigação foi realizar uma revisão bibliográfica para conhecer e aprofundar o tema da DPP. Quanto mais se conhecia sobre a “entidade” da DPP e da maternidade, mais me convencia de que seria necessário incluir uma contextualização antropológica e histórica da mulher, com ênfase na perspectiva da teoria de gênero, enfatizando suas três principais dimensões: a relacional, o gênero como construção social da diferença entre os sexos e como um campo primordial onde o poder se articula (Scott, 1995).

Por meio dessa ótica, foi possível tecer uma retrospectiva do papel histórico-político das mulheres no Brasil e no mundo, recuperar a trajetória e os rumos que tomaram a organização familiar, as condições de subordinação ao homem e o movimento feminista, além de abordar a construção histórica de mitos e estereótipos que a mulher carrega até os dias atuais e que ainda pesam nas decisões da justiça e da sociedade. Também foi possível compreender os papéis sexuais a partir de uma construção social, incluindo o machismo, a submissão feminina, o sistema patriarcal e a violência.

Outro tópico que mereceu destaque foi a maternidade e a relação pais e filhos, considerando a difícil tarefa de se tornar mãe. Foi importante conhecer a construção social do papel feminino, as mudanças no decorrer da história e relacionar as inúmeras amarras ideológicas no plano social e da própria representação que a mulher tem de si mesma na família e no mundo.

No entanto, ainda que toda esta revisão teórica fosse bastante instigante, sabia desde o início que não seria suficiente para contemplar o propósito deste estudo. Era preciso ir a campo, era preciso “viver” as mães! Ouvir “ao vivo” seus relatos, sofrimentos, alegrias, dúvidas, medos, conceitos, pré-conceitos, mitos sobre a maternidade e a depressão, pois havia o desejo de se conhecer “de perto” a vivência da maternagem permeada pela DPP. Para atender a este propósito, criamos o *Grupo de apoio e orientação a mães com DPP*, que foi a nossa maior oportunidade de contato com o momento empírico.

Dessa forma, pretendemos analisar e construir informações sobre as mulheres que participaram desta investigação, com o objetivo de compreender as configurações subjetivas que estão na base da DPP, em mães com este diagnóstico. Buscaremos, ainda, tecer uma análise crítica sobre o diagnóstico de DPP enquanto entidade padronizada, estimulando a sua despatologização e o apoio psicológico precoce em maternidades. Também é nossa intenção apresentar uma alternativa teórico-metodológica para a compreensão e estudo da DPP. Finalmente, temos o forte propósito de trazer uma nova contribuição para iluminar a compreensão sobre o processos de subjetivação das mães com DPP, na esperança de no futuro ajudar os profissionais de saúde e os acadêmicos que atuam em áreas da saúde perinatal e do desenvolvimento humano a evoluir em sua compreensão e maneira de pensar a mãe que se apresenta depressiva no pós-parto. Esperamos que esta tese nos permita criar fissuras em territórios tão cristalizados!

## CAPÍTULO 1 CARACTERIZANDO O PUERPÉRIO...

O puerpério é definido como o período que sucede o parto, podendo estender-se a até sessenta dias após o nascimento do bebê. Durante esse tempo, o organismo da mulher sofre uma série de mudanças com o objetivo de retornar ao estado pré-gestacional. Os órgãos e sistemas envolvidos com a gravidez sofrem um processo regenerativo, havendo também uma grande adaptação psicológica frente à nova realidade (Corrêa & Corrêa, 1999).

Nesta fase de ajustamento psicológico, além dos sentimentos de plenitude, euforia e felicidade, também observa-se frequentemente sentimentos de angústia e ansiedade, incapacidade para cuidar do outro, baixa auto-estima e a presença de sintomas somáticos, como alterações do apetite, sono, libido e registro de fadiga, em diferentes graus de intensidade. Esses sintomas são acompanhados de pensamentos recorrentes nas mães, relacionados principalmente a: auto- recriminação por não estarem gostando da experiência da maternidade e/ou do bebê como “deveriam”; o receio de cederem ao impulso agressivo e machucarem o bebê, ou a si próprias, o que está relacionado a uma presente vontade de morrer; a culpa, por não estarem cumprindo bem e com satisfação o papel de mãe e a sobrecarga de trabalho que acreditam estar acarretando a seus companheiros ou a suas famílias (Santos, 1995; Santos 2000).

Obviamente, muitos desses sintomas, sobretudo nos três primeiros meses após o nascimento do filho, são transitórios e podem ser considerados reflexos do período de adaptação que a nova condição de mãe impõe, pois a chegada do bebê, pelo impacto emocional que ele gera na vida da mãe, do pai e dos demais familiares, congrega talvez a maior sobrecarga de esforços pelo qual uma mulher pode passar em sua vida. A maternidade implica em uma mudança radical na vida não só da mãe, mas do casal. Inaugura-se uma nova família, marido e mulher saltam para uma nova etapa do seu desenvolvimento e avançam uma geração. Tornam-se pais, deixam de ser cuidados pela geração mais velha para virar cuidadores de uma geração mais jovem. Porém, nem todos vão conseguir fazer esta transição de papéis de forma tranqüila e alguns podem entrar em crise, a qual pode variar de intensidade (Erikson, 1976). Veremos que esta variação vai caracterizar os chamados distúrbios do puerpério (Trucharte & Knijnik, 1995).

### 1.1- OS DISTÚRBIOS DO PUERPÉRIO

Santos (1995) destaca que há relatos sobre distúrbios mentais no puerpério desde Hipócrates, em 400 a.C. Em nossa pesquisa bibliográfica encontramos um dos primeiros registros sobre esses distúrbios em 1617<sup>2</sup>, referente a um comentário sobre uma mulher que, ao dar à luz, se tornara “melancólica e louca”:

A formosa esposa de Carcinator, que trabalha junto da praça, sempre havia gozado de ótima saúde, mas depois do parto foi logo atacada de melancolia e durante um mês ficou como louca. Com a aplicação de remédios adjuvantes voltou à primitiva saúde. A causa desta doença parece ser o humor melancólico, excitado no tempo de parturição.

Santos (2001) revela que a história dos estudos sobre a DPP tem uma trajetória mais linear que a dos distúrbios psicóticos puerperais; sendo que a presença na literatura de estudos

---

<sup>2</sup> Em um relato feito por Rodrigues de Castro e documentado no livro *Motherhood and Mental Health*, de Ian Brockington.

incluindo quadros moderados de depressão começa apenas na década de 50. O estudo considerado pioneiro em termos descritivos foi realizado por Pitt (1968, citado por Santos, 2001), o qual afirma que essa síndrome é uma variante branda da depressão fisiológica freqüentemente vista em mulheres jovens ou personalidades imaturas.

Nas últimas décadas, tais fenômenos têm sido estudados em muitos países onde o assunto já é reconhecido e tratado como problema de saúde que afeta a população feminina, com destaque para a Grã-Bretanha, os Estados Unidos e, mais recentemente, o Japão. De acordo com Santos (1995), em termos acadêmicos, os transtornos psicológicos do puerpério vêm recebendo atenção por parte dos pesquisadores e profissionais envolvidos com saúde mental, culminando na criação, em 1982, da *Marcé Society*, entidade internacional que tem como objetivo estimular a pesquisa e a comunicação no campo dos distúrbios mentais do puerpério. No Brasil, a importância do assunto também já começa a ser reconhecida e, segundo Santos (1995), foi fundado na década de 90, em São Paulo, o primeiro ambulatório para tratamento de distúrbios mentais puerperais, no Hospital das Clínicas. Entretanto, os estudos e publicações em português sobre o tema se restringem a pequenos capítulos no interior de livros de medicina sobre a gravidez ou preparação para a maternidade.

Atualmente, a DPP se insere em uma trilogia de distúrbios da psiquiatria perinatal (Santos, 2001), classicamente caracterizada por três entidades distintas: O *baby blues* ou *Blues Puerperal*, as psicoses puerperais e as depressões pós-parto (Trucharte & Knijnik, 1995; Santos, 1995; Miranda & Miranda, 1999; Rocha, 1999; Baptista, Baptista & Oliveira, 1999; Santos, 2001; Catão, 2002). Recentemente um quarto quadro foi acrescentado por Baptista, Baptista e Oliveira (1999), e por eles intitulado de distúrbio de pânico pós-parto. Grosso modo, o *Blues* constitui-se em um distúrbio benigno que desaparece sem seqüelas, a depressão não acontece antes da sexta semana pós-parto e se assemelha aos sintomas da depressão em geral e a *psicose* apresenta sintomas como surto, delírios e alucinações (Rocha, 1999; Baptista, Baptista & Oliveira, 2004). É importantíssimo o diagnóstico diferencial entre esses quadros, pois a confusão entre eles aumenta ainda mais o preconceito existente em torno da DPP e inviabiliza o tratamento adequado. Por essa razão, descreveremos a seguir, sucintamente, cada um destes quadros, mas caracterizaremos com mais profundidade a DPP, alvo do nosso estudo.

### 1.1.1 - O blues puerperal

Em torno do terceiro dia após o parto, a maioria das mulheres apresenta o que se denomina *Baby Blues*. O aspecto lábil do *blues* é bastante conhecido pelas mães, e caracteriza-se basicamente pelo sentimento de tristeza, crises de choro, emotividade exacerbada, hipersensibilidade e labilidade. Podem ocorrer ansiedade, fadiga e preocupações excessivas com a lactação e com a saúde do bebê. Pode haver ainda distúrbios cognitivos leves, como dificuldade de concentrar-se, dificuldade de raciocinar e problemas com a memória e o choro fácil, mas não chegam a impedir a realização das tarefas pela mãe. Segundo os estudos clássicos, pesquisados por Rocha (1999), este quadro apresenta prevalência entre 50 e 80% das puérperas, com média de 66,7% dos casos.

É uma condição benigna que dura de alguns dias a poucas semanas; e é considerada a forma mais leve dos distúrbios de humor do pós-parto (Rocha, 1999; Ballone, 2001; Botega & Dias, 2002; Andrade, 2002). É de intensidade leve, não requerendo em geral uso de medicações, pois é auto-limitado e cede espontaneamente. Por essa razão, o “tratamento” do pós-parto *blues* consiste em esclarecimento, compreensão e apoio familiar, sobretudo do marido (Rocha, 1999). Provavelmente, devido ao seu caráter benigno, não tem sido uma condição muito estudada (Botega & Dias, 2002).

É fundamental esclarecer que a possibilidade de um *Blues* puerperal evoluir para um quadro de DPP propriamente, num escalonamento de gravidade, é tido como remota. Um caso típico de DPP já se instala com características mais severas e intensas, apesar de comumente estes quadros serem confundidos no início de suas manifestações, sendo distinguidos posteriormente, pela manutenção e intensidade dos sintomas, para além das duas semanas preconizadas para o *blues* puerperal (Ballone, 2001; Botega & Dias, 2002).

### **1.1.2 - A psicose puerperal**

Dentro da fundamentação teórica intitulada conseqüências de um “Mau Puerpério” (Trucharte & Knijnik, 1995, p. 77), encontramos também a psicose puerperal. Rocha (1999) esclarece que os distúrbios psicóticos puerperais são perturbações graves, que têm seu início de forma brusca até três meses após o parto. A puérpera com este distúrbio experimenta alterações no humor e no teste de realidade.

Trata-se de um quadro com ideação delirante, alucinações e, com frequência, alterações de ordem cognitiva. Tem como característica principal a rejeição ao bebê, quando a mãe sente-se completamente aterrorizada e ameaçada por ele, como se fosse um inimigo em potencial. Disso decorre o risco aumentado de infanticídio ou de ataque direto ao bebê. Há também as tentativas de suicídio, mas, em geral, antes de chegar à ação de fato, a puérpera comunica suas intenções, pedindo ajuda, mas o problema é que raramente são escutadas e compreendidas (Santos, 1995). Em muitos casos, a internação psiquiátrica e o afastamento físico do bebê são recomendados para proteção de ambos (Botega & Dias, 2002).

Felizmente, os quadros psicóticos puerperais são muito menos comuns que os de DPP, apresentando uma incidência de um a dois casos por mil partos realizados. No entanto, a chance de desenvolvimento de psicose nos três primeiros meses pós-parto é 16 vezes maior que em qualquer outro período de vida de uma mulher (Rocha, 1999), confirmando a potencialidade crítica deste período. Para as mulheres que já apresentaram surtos psicóticos anteriores à gravidez, o risco de recorrência está entre 30% e 50%. (APA, 1994 conforme citado por Baptista, Baptista & Oliveira, 2004).

Atualmente, se observa no CID.10 (Classificação Internacional de Doenças) uma tendência a considerá-la, juntamente com a DPP, como um tipo de Transtorno do Humor, iniciada ou precipitada pelo puerpério. Talvez, por isso, frequentemente os quadros de psicose são erroneamente divulgados como DPP, temática de repercussão na mídia.

### **1.1.3 - O distúrbio de pânico pós-parto**

Baptista, Baptista e Oliveira (2004) acrescentaram um outro distúrbio associado ao puerpério, que ainda não havia sido classificado, até o momento, nas diversas referências que lemos sobre este tema. O distúrbio de pânico pós-parto é constituído por manifestações de ordem cognitiva, emocional e comportamental. São eles: palpitações, taquicardia, sudorese, tremores, pensamentos obsessivos relacionados à morte, perda de controle e sensação de enlouquecimento e de sufocamento, entre outros. Não encontramos dados sobre a prevalência deste distúrbio.

### **1.1.4 - A depressão pós-parto**

A depressão pós-parto (DPP) é um episódio depressivo não psicótico. É classificada assim sempre que iniciado nos primeiros doze meses após o parto. Sua manifestação clínica é igual a das depressões em geral (Rocha, 1999; Baptista, Baptista & Oliveira, 2004). Ou seja, a pessoa sente uma tristeza muito grande de caráter prolongado, com perda de auto-estima,

perda de motivação para a vida, é incapacitante, requerendo na maioria das vezes o uso de antidepressivos (Ballone, 2001).

Conforme esclarecido anteriormente, e como qualquer outro tipo de depressão, a pós-parto atinge mulheres de qualquer idade. Os sintomas do estado depressivo variam quanto à maneira e intensidade com que se manifestam, pois dependem do tipo de personalidade da puérpera, da sua própria história de vida, da sua predisposição natural, das circunstâncias de sua gravidez, das condições do relacionamento com o companheiro, da situação financeira, bem como, no aspecto fisiológico, das mudanças bioquímicas que se processam logo após o parto.

A puérpera pode apresentar-se com um profundo retraimento, necessidade de isolamento, principalmente se há uma quebra muito grande do que se esperava, tanto em relação ao bebê idealizado quanto a si própria enquanto figura materna. De acordo com Botega e Dias (2002), podem existir nessas mães sentimentos ambivalentes em relação à maternidade e às responsabilidades que a acompanham: "mães deprimidas podem acreditar que o recém-nascido sofre de doenças ou malformações, podem se sentir culpadas por não sentirem amor pelo bebê, por não estarem cuidando dele." (p. 291).

A mãe também pode ter uma reação maníaca, apresentar-se cheia de energia, eufórica, falante, preocupada com seu aspecto físico e com a ordem e limpeza exagerada do ambiente. As visitas são recebidas calorosamente e parece tão disposta, auto-suficiente, como se não precisasse de ajuda externa. Em contrapartida, manifesta alguns transtornos do sono, somatizações, como febre, constipação e outros sintomas físicos. Do mesmo modo, podem surgir as ansiedades depressivas de modo ocasional ou em acessos de choro, ciúmes, aborrecimento, tirania ou em expressões de auto-depreciação e de auto-acusação (Santos, 1995, 2001, Andrade 2002).

As mães deprimidas apresentam redução do contato afetivo e maior dificuldade para expressar sentimentos positivos pelo bebê (Camorotti, 2001; Catão, 2002; Schwengber & Piccinini, 2003). Elas percebem suas crianças como mais difíceis de lidar e como mais incômodas. Por essa razão, se não adequadamente diagnosticada e tratada, a DPP pode se tornar um fator que dificulta o estabelecimento de um vínculo afetivo seguro entre mãe e filho, podendo interferir nas futuras relações interpessoais estabelecidas pela criança.

Estatisticamente, Santos (1995) apresenta os seguintes dados relacionados à incidência da DPP: Europa e Estados Unidos apresentam uma frequência do fenômeno de 10 a 20% na população de puérperas. Em nosso continente, estudo realizado no Chile encontra frequência de 10% em puérperas de classe média. No estudo realizado por Santos (1995, 1999) para verificação da validade no Brasil da Edimburgh Postnatal Depression Scale, encontrou-se uma frequência de 13,4% em amostra de puérperas de nível sócio-econômico elevado. Portanto, a prevalência, desses quadros depressivos não-psicóticos no pós-parto variam de 7 a 20%, com média de 13%. Porém no recente estudo realizado por Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005), a prevalência de DPP encontrada para municípios do Estado de São Paulo foi de 37,1%. Os autores afirmam que o único trabalho encontrado que obteve resultado semelhante foi realizado por Cooper e cols (2002, citado por Cruz, Simões & Faisal-Cury, 2005), na África do Sul, que mostrou prevalência de 34,7%.

Parece não haver diferença entre a prevalência em outros períodos de vida. Estima-se que o risco de desenvolver depressão, ao longo da vida, seja de 10% para os homens e de 20% para as mulheres (Cruz, Simões & Faisal-Cury, 2005). No entanto, há indícios de aumento de incidência de depressão nas cinco primeiras semanas após o parto (Rocha, 1999; Baptista, Baptista & Oliveira, 2004).

A maioria dos estudos sobre as prováveis causas da DPP centram-se na causalidade biológica. Apesar das pesquisas neste sentido não serem conclusivas, de acordo com Santos (2001), elas partem da premissa de que vários transtornos afetivos estão associados às

mudanças hormonais que ocorrem no puerpério, no ciclo menstrual, e na menopausa. Na gestação, o corpo feminino produz muito mais progesterona do que no seu estado normal, e parte dela fica concentrada na placenta. Na ocasião do parto, quando a placenta também é retirada, há uma queda abissal nos níveis hormonais em questão de horas, e esta queda é apontada como causa determinante para a instalação do quadro de depressão. Assim, sob o ponto de vista médico, a depressão é resultante da grande variação nos níveis de hormônios sexuais circulantes (estrogênio e progesterona) e de uma alteração no metabolismo das catecolaminas (Santos 2001; Botega & Dias, 2002).

Baseados nessa hipótese com ênfase hormonal, se estabelece que, no ciclo vital da mulher, há três períodos críticos de transição, biologicamente determinados: a adolescência, a gravidez e o climatério. Essas seriam fases, demarcadas hormonalmente, com acentuada repercussão comportamental e humoral. Ainda que essas alterações de fato ocorram, não podemos desconsiderar que, da menarca à menopausa existam rituais, tabus, mitos e estereótipos que permeiam as relações sociais e que geram transtornos emocionais em mulheres, especialmente nestes períodos críticos - adolescência, gravidez, menopausa- que nos levam a crer que as funções reprodutivas constituem um fator de risco para a saúde mental das mulheres (Diniz, 1999; Ribeiro, 2002). As grandes perspectivas de mudanças envolvidas nessas fases podem resultar em estados temporários de desequilíbrio, devido a conflitos de ajustamento aos aspectos sociais esperados e também em reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e, na identidade da mulher, em função da necessidade de novas adaptações (Diniz, 1999; Maldonado, Dickstein, & Nahoum, 2000; Botega & Dias, 2002).

Por essas necessidades de ajustamento, para nós esta explicação biológica, por si só, não tem sido suficiente para justificar o acometimento da DPP. Se considerarmos que todas as mulheres apresentam essas alterações hormonais, tanto na gravidez quanto no parto, mas apenas cerca de 20% delas vão apresentar os sintomas depressivos após o parto, podemos pensar que outros fatores estão envolvidos nesta problemática, e que eles vêm sendo negligenciados na literatura médica da área. Portanto, apesar de reconhecermos que existe uma “subjetividade biológica”, relacionada, por exemplo, às diferentes respostas que os organismos dão ao mesmo medicamento, não estamos convencidos de que um fenômeno tão complexo, como é uma mulher recém-parida deprimida, possa ser reduzido a uma única explicação de cunho fisiológico, e de inspiração biomédica! Enfim, concordamos com Chodorow (1990, p.40) quando ela afirma: “seja qual for a dose hormonal para o comportamento materno, está claro que tais hormônios não são necessários nem suficientes para determiná-los”. Na opinião dessa autora, a maternação é marcadamente uma função de base psicológica, que consiste na experiência pessoal e psicológica do eu materno em relação ao filho.

Na revisão feita por Baptista, Baptista e Oliveira (2004), os preditores para a DPP variam segundo diferentes estudiosos. Apesar das controvérsias, a maioria dos estudos por eles citados, é concorde quanto à relação marital empobrecida, eventos de vida estressantes, falta de apoio social e história psiquiátrica pessoal e/ou familiar, como fatores mais freqüentemente mencionados como possíveis causas da DPP. Miranda e Miranda (1999) acrescentam ainda alguns eventos que aumentam o risco de DPP, a saber: história de depressão não puerperal (+ 24% de risco), história de depressão gravídica (+35% de risco), história de DPP prévia (+50% de risco). Outros fatores estão relacionados às condições do parto e à situação social e familiar da mulher (Ribeiro, 2002). Por outro lado, no estudo de Cruz, Simões & Faisal-Cury (2005), não se observou associação entre risco de DPP e características obstétricas, tais como: gestações prévias, abortamento, prematuridade e risco obstétrico. Mas foi observada que, quanto maior o suporte social do marido, menor a prevalência de DPP. Ou seja, a presença de suporte social do marido funciona como um protetor sobre a presença de DPP.

Portanto, se a mãe apresentou alguma dessas histórias, ela requer mais atenção dos familiares e profissionais de saúde desde a gestação (Botega & Dias, 2002); o que normalmente não é feito nem mesmo pelos obstetras que as acompanham no pré-natal.

Catão (2002) destaca que, apesar da alta incidência, a grande maioria das depressões pós-parto têm intensidade leve e/ou moderada, por isso podem passar despercebidas. Normalmente, os profissionais que estão diretamente envolvidos com as puérperas, como o ginecologista, o pediatra, profissionais de aleitamento materno, não se atentam para os sintomas da DPP e têm muita dificuldade de fazer o diagnóstico, tratamento e encaminhamentos adequados. Constatamos esta falta de atenção especializada em recente estudo feito por Galvão (2003), que teve como objetivo investigar a representação dos profissionais de saúde (ginecologistas/obstetras, pediatras, psicólogos e enfermeiros) acerca da DPP.

Ademais, existe ainda o preconceito de muitos profissionais de saúde em relação a esta mãe, como podemos observar no relato de uma amiga grávida, que esteve no serviço médico do seu trabalho:

Sexta-feira eu estive com um ginecologista do serviço médico que me assustou muito! Fui lá apenas para pegar autorização para o parto e por acaso resolvi perguntar se ele recebia em seu consultório muitas mulheres que apresentavam sintomas compatíveis com os da DPP e qual era o seu procedimento nesses casos. Qual não foi a minha surpresa! Ele me disse que não recebia muito não, mas quando recebia ele mesmo resolvia, mandava a mulher ir trabalhar, por que esse negócio de DPP, é coisa de mulher que não tem o que fazer, fica muito tempo sem fazer nada e por isso acha tempo para frescura. Nossa, essa resposta eu não esperava ouvir de um profissional da área da saúde, principalmente eu estando grávida! Daí porque muitas sofrem em silêncio, não é? (Azevedo, 2004)<sup>3</sup>.

A dificuldade é que a disponibilidade, ou não, de recursos, ainda na gravidez, ou até mesmo antes dela, não está clara, até porque não se sabe de que recursos a mulher terá que dispor para enfrentar esta nova condição. Portanto, não se trabalha preventivamente antes da concepção ou do nascimento. Quando muito, a mulher se prepara para uma maternagem ideal, mas após o parto ela se depara com uma maternidade real, dura, sem todo o glamour esperado.

Ainda neste capítulo, achamos importante abordar um tema normalmente associado ao quadro de DPP e que se generalizou entre o senso-comum e até entre profissionais da saúde e educação: atrelar a DPP à rejeição e ao infanticídio do filho. Particularmente, fico bastante incomodada com este tipo de associação, sobretudo quando me deparo com explicações lineares do tipo causa-e-efeito, como, atribuir a falta de desejo de engravidar como justificativa para desenvolvimento da DPP, a qual teria como consequência a rejeição e até o infanticídio do filho. É mister esclarecer que tanto a rejeição do bebê quanto o infanticídio não são preponderantes, nem a principal característica dos quadros de depressão. Muito menos são presença obrigatória em todos os casos diagnosticados.

Inclusive, cabe ressaltar que há, sim, a presença de impulsos suicidas em mães com o diagnóstico de DPP (Botega & Dias, 2002). O relatório sobre a saúde da mulher do Ministério da Saúde, apresenta os resultados da pesquisa desenvolvida por Laurenti (2002, citado por Brasil, 2004, p. 46), que levantou um “total de 97 mortes por suicídio associado à depressão no pós-parto”. Portanto, é o risco de suicídio, assim como em qualquer depressão maior, que está aumentado, e não o de infanticídio. Como exposto anteriormente, o infanticídio é mais comum nos quadros de psicose puerperal, apesar de não poder ser descartado para a DPP como numa situação em que a mãe se suicida junto com o bebê; ou quando ela quer poupar o filho da mãe incapaz que ela julga ser.

<sup>3</sup> Relato escrito por Kátia Rosa Azevedo, em 17/10/04, por e-mail.



Cabe ainda esclarecer que considerando isoladamente esta variável “desejo de engravidar”, podemos incorrer em um erro básico, na avaliação do quadro depressivo e puerperal. Na opinião de Rohenkohl (2005), a pergunta mais tola e inadequada que se pode fazer a uma mãe é questioná-la se a sua gravidez e ou se o seu filho foram desejados. Essa autora alerta para o fato de que uma realidade é desejar, outra é querer e outra, ainda, são as condições físicas, emocionais, conjugais e sociais da mulher naquele momento. A mãe pode estar vivendo uma situação de perda, de luto, de tristeza, ou de abandono pelo parceiro ou por sua família e esses sentimentos podem estar misturados aos demais que nutre pelo filho, fazendo com que pense que rejeita o filho que carrega em seu ventre nos alerta Bacca (2005). É preciso, antes de mais nada, ajudá-la a separar os sentimentos, sugere Rohenkohl (2005). Pode-se pensar que o mesmo tipo de mistura de sentimentos acontece no pós-parto.

Baptista, Baptista e Oliveira (2004) alertam para a importância de se considerar que as puérperas podem associar as sensações do *blues* e da depressão puerperal com um sentimento negativo em relação a maternidade e ao bebê. Ele concorda com Rohenkohl (2005) sobre o fato de que se faz necessário distinguir se os sentimentos conflituosos da mulher se relacionam a si mesma no papel de mãe, ao bebê, ao companheiro ou a si mesma, como filha de sua própria mãe.

Trucharte e Knijnik (1995) falam de um outro aspecto importante. Muitas vezes a mulher consegue amar o filho enquanto está dentro dela, e amar uma imagem idealizada do bebê, mas não a realidade do recém-nascido. As mulheres tendem a acreditar que seu bebê será diferente, tranquilo, chorando pouco, dormindo à noite desde o início, negando antecipadamente a realidade de um bebê nas primeiras semanas de vida. Assim, Maldonato (2000) chama atenção, para a realidade de que a mãe pode ter reações variadas ao ver o seu bebê pela primeira vez, diferentemente do esperado momento, impactante, único e emotivo. Algumas vezes, é possível que haja apenas uma curiosidade, ou simples alívio, porque o filho nasceu bem, ou, pelo contrário, tristeza e apreensão por sentir uma grande responsabilidade ao notar que precisa cuidar de alguém por muitos anos. E até mesmo uma decepção pelo filho não ser o bebê dos seus sonhos e possuir alguma malformação. Portanto, após o parto, a mulher se dá conta de que o bebê é outra pessoa: torna-se então necessário elaborar a perda do bebê da fantasia, para entrar em contato com o bebê real.

A condição da gestação também é um fator a ser avaliado. Uma gestação em que houve problemas mais sérios nos níveis pessoal e conjugal pode provocar uma associação do problema ao bebê. Pode também estar passando por dificuldades conjugais pelo impacto que a chegada do bebê geralmente causa no casal e na família. Ou ainda pode estar sozinha, porque seu parceiro ou sua família a abandonou ainda na gravidez. Tais fatores também podem desencadear um quadro depressivo, caso a mãe acredite que a gravidez foi um mal, ressalta Bacca (2005). Principalmente, porque estudos apontam que a aceitação do bebê pelo companheiro é um fator significativo para o desenvolvimento do apego materno ao filho. (Piccini, Silvia, Lopes, Gonçalves & Tudge, 2004); e, por isso, o suporte emocional do companheiro à gestante e a puérpera é uma importante função atribuída recentemente ao pai.

Toda essa miscelânea de sentimentos e conflitos não significa que ela esteja rejeitando o filho, mas toda a complexidade da situação, para a qual talvez não estivesse preparada (Bacca, 2005). Assim, Serrurier (1993), Maldonato (2000), Rohenkohl (2005) e Bacca (2005) alertam para o fato de que muitas mulheres acabam por rejeitar não o bebê em si, mas a maternidade como instituição e muito do que isso acarreta, como por exemplo a mudança de vida, os sacrifícios e as obrigações. Associar estados de humor entristecido ou quadros de DPP com rejeição ao filho, como comumente é feito não só pelos familiares e pelo senso-comum, mas também por muitos profissionais de saúde, e da educação, é um grande e preconceituoso equívoco, que acentua ainda mais o sofrimento e isolamento materno e deve ser terminantemente combatido.

À guisa de conclusão deste capítulo, podemos afirmar que é instigante notar que, se somarmos os índices de incidência para cada tipo de distúrbios relacionados ao puerpério, aliadas a tantas dificuldades que podem surgir na fase do pós-parto, podemos concluir que, quase 100% das puérperas vão apresentar algum nível de dificuldade emocional neste período, o que não quer dizer que todas precisarão de tratamento especializado. Portanto, ao contrário do que se “vende”, é comum e esperado na mãe recém parida a ocorrência de tristeza, de retraimento, de labilidade, de descuido pessoal, de cansaço ou de hiperatividade, de idéias persecutórias, sem chegar ao nível alarmante da psicose puerperal (Rocha, 1999; Santos 2001). Se esse sofrimento é tão comum e inerente à vivência da maternagem, porque será, então, que poucos ousam revelar este lado “feio” da maternidade?

## CAPÍTULO 2

### O OLHAR SUBJETIVADO: UMA CRÍTICA AO DIAGNÓSTICO PADRONIZADO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

“O doente é, todavia, mais que o portador impessoal de uma moléstia.

O estar doente inclui a vivência da doença pelo próprio paciente, assim como sua atuação sobre a situação social.

Uma medicina restrita à descrição da doença desconsidera amplamente a apreciação de um paciente sobre os efeitos mutantes entre o organismo agredido, a reação psíquica e o meio social alterado”

Engels

#### 2.1 – A CISÃO ENTRE MENTE E CORPO

Existe uma tendência nas ciências da saúde, inclusive na psicologia, de considerar que somos compostos por duas partes: de um lado, o corpo, de outro, a mente, como se uma parte não tivesse ligação com a outra, sendo que o enfoque dirigiu-se quase que exclusivamente para o biológico. Exclui-se, dessa forma, a influência do subjetivo e da cultura no desenvolvimento, manutenção e cura das patologias, limitando-se, assim, à compreensão de um grande número de enfermidades que atingem o ser humano (Okay, 1986). Essa é uma cultura remanescente do modelo biomédico, de inspiração cartesiana, que consiste na expressão da visão mecanicista de vida que, ainda hoje, norteia as ciências biológicas e da saúde.

De acordo com Ramos (1994), o modelo biomédico tem como características principais: a ênfase na doença e não no doente; a compartimentalização do corpo; a objetividade; a concretude; a padronização; o reducionismo; o determinismo e o universalismo. Essas premissas favoreceram uma visão fragmentada do homem, na qual o sistema corporal foi reduzido a partes menores, tratadas de forma isolada. O foco não é o indivíduo, mas os aspectos universais das patologias. Tanto que este modelo marca a origem da semiologia, que é a ciência que busca e categoriza os sinais das doenças. Identificar a doença e, conseqüentemente, enumerar-se o que é patológico, “além de ser uma tarefa crucial, tornou-se uma tarefa insana” afirma Romano (1999, p. 38).

Com essa ênfase nos sintomas, a doença passou a ser concebida como uma entidade separada, marcada pelo desvio de normas fixas e fisiológicas. O interesse prevaleceu apenas sob os aspectos das doenças que pudessem ser considerados universais, padronizáveis e generalizáveis (Okay, 1986; Ramos, 1994, Chiattonne, 2000). A medicina foi cercado-se de métodos cada vez mais sofisticados para garantir o diagnóstico, reunindo o seu saber objetivado em revisões conceituais, manuais, guias estatísticos, entre outros.

Dessa maneira, as medidas experimentais, os testes e diagnósticos podiam ser feitos sem que se fosse necessário considerar as características sociais, morais e psicológicas dos pacientes; afinal, não se reconhecia nesses fatores qualquer impacto sobre o organismo enfermo (Ramos, 1994). Esses elementos “não materiais” não eram suscetíveis de serem medidos facilmente nos laboratórios e, assim, foram negligenciados, sendo considerados “epifenômenos”, ou seja, à parte do tratamento de saúde, ou restritos aos casos de doenças mentais/psiquiátricas (Okay, 1986; Ramos, 1994; Remen, 1993, Chiattonne, 2000). A influência do modelo biomédico foi tão preponderante que, ainda hoje, uma queixa de mal-estar orgânico sem fundamento biológico é considerada “ puramente” psicológica ou “falsa” pela medicina tradicional – portanto, de “menos valia” (Okay, 1986; Ramos, 1994; Remen, 1993, Chiattonne, 2000).

O mais lamentável é constatar que este mesmo movimento dualista e excludente se deu (e ainda se dá!) dentro da própria psicologia, pois tudo aquilo que fazia parte da experiência subjetiva deixou de ter lugar na ciência psicológica nos seus primórdios. Os precursores da psicologia que pretendiam reservar a esta “nova ciência” um território próprio e independente buscaram elevá-la ao *status* científico da época, rompendo com as suas bases filosóficas e “obscuras”, tentando enquadrá-la nas exigências do positivismo (Figueiredo & Santi, 1999). Assim, a psicologia situou-se, nesta perspectiva, totalmente subordinada ao campo das ciências naturais, ao custo de uma redução de alcance, de interesse e de eliminação do sujeito e dos contextos histórico e cultural na construção do objeto psicológico. Figueiredo e Santi (1999) e González Rey (2002) chamam atenção para o fato de que este fenômeno reducionista, infelizmente, se repetiu muitas vezes na história da psicologia.

## 2.2 - A TENDÊNCIA DA PSICOLOGIA À FRAGMENTAÇÃO E À PADRONIZAÇÃO DO SUJEITO

De fato, a psicologia sofreu grande influência do modelo biomédico em expansão no início do século XX e isso levou-a ao desenvolvimento de visões naturalistas e médicas sobre os fenômenos sociais. Assim, a patologia passou a ser o foco de estudo da psicologia, dando origem aos grandes manuais de psicopatologia. O “anormal” passou a dominar tão profundamente o pensamento psicológico, que localizou esta anormalidade no sujeito (González-Rey, 2004).

Sob um olhar epistemológico, o ideal comportamentalista do behaviorismo radical de Skinner enfatizou a padronização, a medição e a universalidade dos problemas estudados, para tentar estabelecer leis de caráter dedutivo que influenciaram toda a psicologia (Figueiredo & Santi, 1999). Atualmente, este movimento se revela muito claramente numa prática que vem sendo tradicional e indiscriminadamente realizada na psicologia – o ato de classificar um sujeito em uma entidade semiológica, “enclausurando-o” num psicodiagnóstico estático e imutável.

A partir desta ênfase no sujeito patológico, desenvolveu-se um tipo de psicologia descritiva e descontextualizada, fortemente baseada nos testes e na padronização do sujeito, à imagem e semelhança da semiologia cultuada pela medicina. Nesta, o homem deixa de ser um indivíduo e passa a ser um insignificante leito ou uma “CID- qualquer”, ou ainda, um “F- alguma coisa”! De acordo com Guidano (1994), isso inevitavelmente acontece quando se adota uma descrição nosográfica como a dos DSM’s (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) ou das CID’s (Classificação Internacional de doenças), ou quando se empregam listas de critérios “supostamente” específicos da angústia, da depressão e das fobias. Vejamos, a título de ilustração, como vem sendo definida a DPP de acordo com estes manuais internacionais de classificação de doenças:

Na CID-10 (1993), a DPP encontra-se classificada sob a rubrica de F.53, que significa: transtornos mentais e comportamentais leves, associados ao puerpério, não classificados em outra parte. Neste, recomenda-se que a classificação englobe apenas os transtornos mentais associados ao puerpério que apareçam durante as seis primeiras semanas após o parto e que não satisfazem os critérios diagnósticos de um outro transtorno classificado em outra parte no capítulo intitulado: “Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez, o parto e o puerpério”.

De acordo com a CID-10 (1993), a depressão pós-parto faz parte dos transtornos mentais associados ao puerpério, no entanto esta categorização parece paradoxal, na medida em que leva a recomendação de que deve ser usada apenas quando inevitável. Sua inclusão consiste em um reconhecimento dos problemas práticos em muitos países em

desenvolvimento, que tornam o agrupamento de detalhes acerca de doenças puerperais virtualmente impossíveis.

A inclusão dessa categoria não deve ser tomada como implicação de que uma parcela significativa dos casos de doenças mentais pós-parto não possam ser enquadradas em outras categorias (CID-10, 1993)

Segundo os critérios diagnósticos previstos pelo DSM IV (2002) o especificador *Com Início no Pós-Parto* pode ser aplicado ao Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco ou Episódio Misto atual (ou mais recente) do Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Bipolar I ou Transtorno Bipolar II ou ao Transtorno Psicótico Breve, se o início ocorre no período de quatro semanas após o parto.

Atualmente, predomina a concepção, nos meios biomédicos, que os quadros de depressão e DPP, no que concerne à sintomatologia, têm características muito semelhante àquelas dos distúrbios depressivos não puerperais (Rocha, 1999; Baptista, Baptista & Oliveira, 2004).

Para Guidano (1994), Romano (1999) e González Rey (2005b), com os quais concordo plenamente, as enfermidades não deveriam ser classificadas e consideradas desta forma, como uma entidade constituída por conteúdos específicos originários de conhecimentos, suscetíveis de se definirem de uma única vez e para sempre! Isso significa “aprisionar” o sujeito desde o início em uma classificação, aplicando-lhe um “rótulo”, estático e definitivo. É rotulando, ou seja, classificando em categorias sociais quem nos cerca, que processamos psicologicamente as informações. Assim, as pessoas fazem com os outros e consigo mesmas. Por isso, os rótulos nos controlam, orientam o pensamento e determinam o comportamento dos médicos frente a seus pacientes, afirmam Botega, Fortes e Brasil (2002). Esses autores alertam para a finalidade de controle social e subjaz aos rótulos, principalmente nas grandes cidades, onde “os diagnósticos e tratamentos psiquiátricos podem ser consignados a um sem número de problemas de natureza social e econômica” (Botega, Fortes & Brasil, 2002, p. 271).

Também compartilhamos desta crítica às entidades nosológicas e concordamos com González Rey (2002) quando afirma que: “a psicologia já tem condições para deixar de lado as práticas de rotular, que caracterizaram por um longo tempo o diagnóstico (...), e este não deveria significar dissolver o sujeito nas categorias utilizadas para diagnosticá-lo” (p. 105). Mesmo os médicos, se atendessem a uma possibilidade de resignificação dos sintomas e dos rótulos, ampliariam suas visões sobre seus pacientes e seus problemas de saúde, apostam Botega, Fortes e Brasil (2002).

Acreditamos que a psicologia deveria estar preocupada em conhecer o ser humano e em se interessar, principalmente, em “escutar” o seu sofrimento visando o seu bem estar como pessoas em sua singularidade e complexidade. Pretendemos caminhar cada vez mais para uma percepção biopsicossocial do ser humano, buscando compreendê-lo em sua totalidade, não só visando aspectos orgânicos ou só psíquicos ou sociais, mas em sua forma inteira de estar no mundo. González Rey, em quase toda sua obra (1995, 1999, 2001, 2002, 2004 e 2005a), propõe esta forma de trabalho. Sua proposição não é procurar falhas, doenças, defeitos ou disfunções por si. Não ir atrás do que está *errado* e sim do que está *certo* de acordo com o que aquela pessoa mostra-lhe desde o início, o que implica em ouvi-la e respeitá-la em sua subjetividade e individualidade. Nesta direção é pertinente lembrar Sterian (2001, p. 18/19) quando este afirma:

Não cabe mais, em nossos dias, pensar a subjetividade humana desvinculada do seu contexto. Esses novos marcos referenciais para a compreensão do psiquismo impõem-se às atuais propostas terapêuticas.(...) a doença, assim como o indivíduo, carregam a marca da cultura. Essa marca deixa sua estampa no aparelho psíquico e, por isto, as psicoterapias têm que levar em consideração esta realidade.

Este trabalho é uma tentativa de seguir este caminho e contribuir para uma psicologia menos abstrata, ahistórica e descontextualizada, que se refugia nos rótulos, para delimitar espaços de ação, muitas vezes, em detrimento do sujeito em sofrimento.

### 2.3 - OS NOVOS CAMINHOS PARA A CIÊNCIA PSICOLÓGICA: A VALORIZAÇÃO DA SUBJETIVIDADE

Vimos anteriormente que cultura positivista e centrada no comportamento que tem hegemonizado a psicologia não deixou espaço para a representação da pessoa como sujeito. O caráter individualista da psicologia tradicional nos apresenta um indivíduo basicamente reativo, respondente a estímulos imediatos do ambiente através de traços que atuavam como pré-disposições fixas para determinados tipos de comportamento e psicopatologias. Essa posição excluía todo o posicionamento criativo, proativo e responsável da pessoa, onde ela não tinha nenhuma possibilidade de produção de opções na sua trajetória, sendo seu comportamento apenas a expressão de traços ou tendências já formadas que atuavam como causas desse comportamento.

Acontece, porém, que a subjetividade não deixa de existir porque é classificada, rotulada ou mesmo negada (Figueiredo & Santi, 1999). Desde 1970, observamos a retomada da questão da subjetividade na ciência, por tanto tempo abandonada, durante os anos de 1935 à 1970 (Brito & Leonardos, 2001). Cada pessoa é única e deve ser vista na sua singularidade. As totalidades são dinâmicas, evolucionárias e criativas. Não podem ser compreendidas pelo estudo de suas partes (Ramos, 1994). “O sujeito é profundamente singular e rompe com a tendência da psicologia de produzir indivíduos em série” (González Rey, 2004, p. 21). Assim, retorna às cenas médicas e psicológicas, a subjetividade humana!

O sujeito é uma pessoa viva, ativa, criativa, pensante, que se posiciona, que sente e também reage, mas, acima de tudo, é aquele que dá sentido subjetivo ao próprio curso da atividade em que está inserido. Por isto, nos alerta González Rey (2004), não existe nenhuma organização ou elemento que a priori determine a expressão do sujeito numa situação concreta. O curso que toma uma situação vivida pelo sujeito representa uma configuração complexa de processos e elementos em que o resultado se definirá dentro do mesmo processo.

Felizmente, muitos outros psicólogos/pesquisadores têm atribuído o aumento de danos à saúde mental não apenas a fatores individuais e intrapsíquicos (Sterian, 2001). Incluíram-se concepções sociológicas, antropológicas e políticas. Nessa linha, surgiram estudos sobre a interação entre os fatores “externos” e “internos”, a constituição psíquica na formação da subjetividade, de sintomas e de doenças. No cenário atual, o caminho parece ser convergente, no sentido de unir o *objetivo* ao *subjetivo*, o *racional* ao *intuitivo*, a *síntese em si*, sem que as ciências humanas *percam seu status* de legitimidade para o modelo positivista (Chiattonne, 2000). Como reforça González Rey (2004, p. 123), “é importante considerar o impacto subjetivo da doença, para designar, entender e descobrir os processos de subjetivação do doente em relação à sua doença e a si mesmo”.

Ao tomarmos contato com a literatura psicológica sobre a DPP, vemos que este fato se repete, pois os estudos sobre este fenômeno privilegiam o mundo interno ou a psiqué individual de cada mãe, sem relacioná-lo à cultura e ao momento histórico em que a mãe e o bebê estão inseridos. Foi contrária à essa concepção, que adotamos como referencial teórico-epistemológico a teoria da subjetividade de González Rey (2005a), que passaremos a apresentar no tópico, a seguir.

### 2.4 - A TEORIA DA SUBJETIVIDADE DE GONZÁLEZ REY

Para nós, é importante pensar o psiquismo humano inserido em seu contexto sócio-econômico-cultural, pois, como afirma Demo (2001, p. 24): “não há ser humano que não seja sujeito e que não esteja contextualizado no espaço e no tempo”. O sujeito tem sido o ponto de intersecção de uma teoria da subjetividade e uma perspectiva histórico-cultural, pois, sem o sujeito, a subjetividade permaneceria a-sujeitada e substanciada em um plano intrapsíquico, como ocorre em algumas tendências da psicologia, com a quais não nos identificamos.

A teoria da subjetividade de González Rey, como vem sendo recentemente denominada por Martínez (2005), situa-se nesta perspectiva histórico-cultural, na qual seu idealizador se inspirou para definir as categorias de **subjetividade**, de **sujeito**, de **configuração subjetiva** e de **sentido subjetivo**. De acordo com esta autora, uma profunda estudiosa e colaboradora da construção da Teoria da Subjetividade de González Rey, essas categorias que configuram este *corpus* teórico demonstram o valor heurístico na construção de um novo pensamento psicológico. Assim, elas legitimam uma nova representação do tema da subjetividade, por serem categorias assumidamente e intencionalmente subversivas, ao romperem com a representação da psiqué como um conjunto de entidades estáticas, individuais e universais, e desnaturalizarem essa representação, sem contudo, substituí-la por uma sociologização da psiqué, levando à compreensão do social como espaço de produção de sentidos.

Essas categorias subvertem a ordem porque se distanciam da lógica dualista entre o bem e o mal, o justo e o injusto, o moral e o imoral, reconhecendo e até valorizando o direito a posições distintas, as contradições e os conflitos como parte fundamental da construção dos sujeitos individuais (Martínez, 2005; González Rey, 2005a). Na nossa concepção, esse pensamento subversivo é primordial para construirmos um novo olhar sobre a DPP e nos afastarmos das perspectivas de ênfase intrapsíquica, padronizadas e patologizantes.

Passemos a ver como estas categorias são conceituadas nesta perspectiva teórica.

#### **2.4.1 - A categoria de sentido subjetivo:**

O conceito de sentido subjetivo é visto como central na definição de subjetividade de González Rey (2005a, 2005b), pois o desenvolvimento acontece através de unidades de sentido capazes de implicar aspectos psicológicos diferentes em um sujeito concreto. Estes elementos não respondem a etapas universais, senão a momentos concretos da vida do sujeito.

A produção de sentidos subjetivos e suas diferentes configurações são processos que estão além da representação consciente do sujeito, ou seja, vão além dos significados atribuídos pelos sujeitos às suas ações e vivências. Constituem-se num tipo de unidade auto-organizada da subjetividade que se caracteriza por uma integração de significados e processos simbólicos em geral e de emoções, nas quais um elemento não está determinado pelos outros, embora tenha o poder de evocá-los (González Rey, 2004, 2005a). Representam complexas combinações de emoções e processos simbólicos que estão associados a diferentes esferas e momentos da vida do sujeito e que podem estar envolvidos em configurações subjetivas distintas.

As emoções se associam a diversos registros simbólicos ao longo da história de vida do sujeito e, dessa integração, surge um sistema psíquico qualitativamente diferente. Não há, portanto, de acordo com González Rey (2005a), uma relação imediata entre uma emoção e um conjunto de palavras, pois o sentido subjetivo sempre se produz num espaço simbólico, que normalmente não está evidente aos nossos olhos. Isso significa dizer que a conjunção simbólico mais emocional não se refere a ter apenas uma representação de algo e nem uma emoção em relação a algo ou alguém, pois a relação com este “algo” estará perpassada pela história do sujeito e pela cultura em que ele vive. Assim, o sentido subjetivo está relacionado àquilo que mobiliza afetiva, simbólica e historicamente de alguma forma o sujeito. Por isso,

nem tudo tem o mesmo sentido subjetivo para todos, apesar de poder ter um mesmo significado, compartilhado socialmente.

Desta forma, as emoções se relacionam com as palavras num espaço de sentido, e não em relação abstrata e fora do contexto de ação do sujeito. Os sentidos subjetivos integram-se em torno de delimitações simbólicas produzidas pela cultura e de processos históricos de relação. Estes, por sua vez, são acompanhados de uma emocionalidade que sintetiza a qualidade específica de uma história singular de relacionamento. Portanto, nenhuma demanda externa é inerente ao meio, mas é determinada pela produção de sentido do sujeito no seu enfrentamento.

Por isso, o sentido nunca representa uma expressão psicológica pontual. Ele aparece somente na expressão plena do sujeito, a qual sempre comunica a integridade inseparável de processos simbólicos e emocionais que legitimam uma zona do real para ele. Usado dessa forma, o conceito de sentido subjetivo só pode ser construído teoricamente por meio de expressões diferenciadas dos sujeitos estudados, o que pressupõe uma atividade construtivo-interpretativa permanente do pesquisador, a qual pretendemos implementar nesse estudo.

Assim, o estudo do sentido subjetivo da maternidade nos permite compreender a história das mães pelo modo com que se organizam os sentidos subjetivos em suas diferentes configurações diante da depressão após o parto.

#### **2.4.2 – A categoria de configuração subjetiva:**

Esta categoria tem um caráter sistêmico que permite compreender as diferentes expressões do sujeito, em qualquer atividade particular, como uma manifestação da subjetividade individual em seu conjunto. Essa manifestação, por sua vez, tomará formas diversas em função do contexto da subjetividade social em que a sua atividade ocorre. Por isso, Martínez (2005) afirma que essa categoria representa a articulação de diferentes momentos e de recursos subjetivos do sujeito que funcionam organicamente, caracterizando sua qualidade constitutiva.

As configurações subjetivas de cada sujeito, que são as formas mais complexas de organização da subjetividade individual, filtram, selecionam, organizam, negam, enfim, dão uma tonalidade própria para cada “coisa” que passará para “dentro”. Em outras palavras, Demo (2001, p. 24) corrobora esta concepção: “a realidade que temos em mente é aquela reconstruída por nós. O mundo que nos tem como sujeito é um mundo reconstruído também subjetivamente”. Ou seja, não há uma internalização passiva do social.

As configurações de sentido integram o atual e o histórico em cada momento de ação do sujeito nos diversos espaços de sua vida (González Rey, 2005a). Esta relação entre o atual e o histórico na produção de sentido é um dos elementos nos quais se destaca a importância da categoria de sujeito nessa teoria. Ela foi uma categoria elaborada para acompanhar tanto as articulações dinâmicas da subjetividade social do sujeito, como a emergência de novas qualidades que caracterizam a subjetividade como um sistema complexo.

As configurações subjetivas seriam as responsáveis pelas formas de organização da subjetividade como sistema, e são relativamente estáveis por estarem associadas a uma produção de sentidos subjetivos que antecede o momento atual da ação do sujeito e que pressiona a produção de sentidos de qualquer nova ação em termos de reorganização do sistema (González Rey, 2005a). Ainda que tenham este caráter mais estável, as configurações subjetivas não representam estruturas estáticas que, de forma estável e imutável, acompanham o sujeito definitivamente. Tampouco, formam uma estrutura, pois representam um sistema implicado permanentemente com outras configurações, em um jogo no qual uma delas pode se integrar como elemento de sentido de outra em decorrência do posicionamento do sujeito nos diferentes momentos de sua vida.

Sob essa ótica, compreendemos que as configurações de sentido da personalidade, por exemplo, não podem definir *a priori*, o sentido dominante da atividade do sujeito em relação à



DPP ou à maternidade, como vem sendo aplicado por representantes da psicanálise, ao compreender as mães com este diagnóstico como portadoras de personalidades imaturas.

Na nossa concepção, a personalidade é apenas mais uma das peças constituintes do complexo “quebra-cabeças” da configuração subjetiva das mães, a qual se encontra em constante processo por meio de posicionamentos ativos do sujeito-mãe, os quais se alternam no curso de suas diversas ações e atividades ao matinar.

### **2.4.3 - A categoria de subjetividade:**

A categoria de subjetividade, sob este marco teórico, além de merecer destaque, merece uma distinção do que vem sendo definido como subjetividade tanto pelo senso comum, como por várias conceitualizações teóricas que o utilizam nas várias áreas do conhecimento, como na filosofia e na psicologia. Martínez (2005a) nos alerta para o fato de que, geralmente, a subjetividade é concebida como uma construção individual, passiva, relacionada aos processos psicológicos e intrapsíquicos do indivíduo, ainda que se reconheça uma interdependência com o ambiente em que está inserido e uma relação com o outro social. Nesta teoria, veremos que a sua definição é de outra ordem.

Na literatura psicológica, o outro tem sido predominantemente conceituado como “a fonte de produção da pessoa” (González Rey, 2004, p. 3), através da qual se estabelece uma relação linear entre os comportamentos do outro dirigidos ao sujeito e a maneira como este passa a se reconhecer e se assumir enquanto tal. González Rey (2004), assim como outros autores contemporâneos, tem sido crítico desta visão linear do outro em relação à construção do sujeito, ao afirmar que essa visão desconhece a complexidade da relação com o outro no processo de sua constituição psicológica, utilizando-se de vários argumentos, a saber:

- Primeiro, porque as relações humanas se organizam, desde a criança recém-nascida, como sistema em que as expressões emocionais têm um papel muito importante, onde o outro aparece como um momento de produção emocional da pessoa que não decorre simplesmente de uma reação simbólica, cognitiva ou comportamental às expressões daquele que está se relacionando com ele.

- Segundo, porque o homem responde a sistemas de significação que têm um valor apenas dentro de determinados marcos da cultura onde está atuando. A capacidade emocional humana alcança formas de complexidade maiores que as de qualquer outra espécie animal, pois “consegue integrar condição biológica dentro de um *corpus* cultural que modifica definitivamente a representação sobre o funcionamento da psiqué e do corpo” (González Rey, 2004, p.5). Então, o sujeito é uma pessoa viva, ativa, criativa, pensante, que se posiciona, que sente e também reage, mas, acima de tudo, é aquele que dá sentido subjetivo ao próprio curso da atividade em que está inserido, independente dos significados socialmente estabelecidos.

Por essa razão, González Rey (2004) critica o conceito de interiorização amplamente utilizado na psicologia, pois esta comunica a idéia de uma importação mecânica de fora para dentro, do exterior para o interior, sem considerar que o sujeito tem maiores participações neste processo. Nessa concepção, o “mundo” se interiorizaria sem especificar nem o que ele significa para a pessoa nem qual o sentido subjetivo que ele confere a cada um. Assim, percebe-se que o núcleo desta crítica se dá justamente por este caráter dessubjetivado e pela omissão do sujeito do conceito de interiorização, pois o sentido subjetivo não é algo que se produz e pronto, passando a formar uma estrutura psíquica interna que orienta o comportamento, o qual se aplicará a todos os campos de ação do sujeito e em épocas distintas de sua vida.

Com admirável intenção de superar as dicotomias entre dentro-fora, individual-social, objetivo-subjetivo, existentes até então na concepção de subjetividade, González Rey (2005a) propõe o conceito de subjetividade social, onde marca a sua diferença com a concepção

disseminada na Filosofia e na Psicologia, comentadas anteriormente por Martínez (2005). Na sua perspectiva, a subjetividade não se reduz aos indivíduos, nem aos diferentes espaços sociais onde ele circula. De acordo com este teórico, a subjetividade se relaciona aos diferentes espaços sociais onde as pessoas atuam, pois estes “estão carregados de uma subjetividade social que tem existência supra-individual e se perpetua nas produções simbólicas compartilhadas sobre as quais se organizam as relações do indivíduo dentro destes espaços” (González Rey, 2005a, p. VII). Por sua vez, essas produções simbólicas se alimentam de sentidos subjetivos configurados no percurso de diferentes vivências dos sujeitos que vivem em tais espaços.

Entende-se, então, que toda a subjetividade está socialmente comprometida em sua gênese (González Rey, 2004). O outro não existe apenas como ocorrência comportamental, mas ele carrega consigo uma seqüência histórica de uma relação que vai se transformando em um sistema de sentido, a partir do qual este outro passa a ter uma significação no desenvolvimento psíquico do sujeito, tanto pela produção simbólica delimitada neste espaço da relação, como pela produção de sentido que a acompanha. O outro está constituído dos sentidos subjetivos da história de relacionamento do sujeito com ele, e é precisamente esta condição que privilegia a influência sobre o sujeito por uns, e não sobre todos os outros, que configuram seu espaço cotidiano. Nessa perspectiva, o outro é significativo para o desenvolvimento ao converter-se em uma fonte de produção de sentido (González Rey, 2004, 2005a).

Nesse sentido, a subjetividade é um sistema complexo permanentemente submetido à tensão da ruptura, sendo por esta razão imprevisível quanto às suas formas de expressão individual, pois não existe entre comportamento e configuração subjetiva relação linear e nem isomórfica (González Rey, 2005a). Assim, a subjetividade social perpassa de forma continuada a individualidade do sujeito. É em função disso que a subjetividade individual pode gerar novos sentidos subjetivos, segundo o espaço social em que a ação do sujeito acontece e vai se modificando num processo dialético e continuado.

Neubern (2004) esclarece que a subjetividade defendida por González Rey (2005a) consiste em um processo sutil que possui relações com as dimensões biológicas, sociais e culturais. Contudo, a complexidade da subjetividade não permite que ela possa ser explicada ou esgotada por uma dessas dimensões. Neubern (2004) relata ainda que a riqueza heurística deste conceito permite compreender o homem como um ser em desenvolvimento contínuo, que pode modificar-se constantemente diante dos diversos cenários sociais de que faz parte.

Diante dessa nova forma de conceber a subjetividade, não é difícil perceber que uma patologia, por exemplo, não aparece mais identificada como uma organização semiológica universal, mas passa a ser compreendida pelas particularidades que definem o caráter patológico de uma configuração. O olhar biomédico clássico enfatiza uma tendência de rotular e padronizar as patologias, o que, de fato, leva a sua não subjetivação por meio da padronização. Sob este novo enfoque teórico proposto por González Rey (2005a), cada configuração tida como patológica é a expressão de uma combinação singular de sentidos, que poderá ser conhecida apenas por meio do estudo do construtivo-interpretativo do sujeito concreto.

Assim, por exemplo, quando se usa o termo DPP na forma pela qual historicamente este tem sido utilizado pela psicologia e pela medicina – como um conjunto de sintomas que caracterizariam uma psicopatologia específica e que acontece de forma padronizada com todas as mulheres nesta condição - perde-se, desta forma, a articulação necessária entre a produção de sentidos em relação a si mesma e uma produção de sentidos subjetivos diversificada e desenvolvida por meio de processos de vida muito sutis nos diferentes espaços de vida em que a mãe transita, como o seu casamento, o seu trabalho, sua família extensa, entre outros.

Questionamos, então, se o fato de pensar a DPP associada apenas às experiências diretas da mãe em relação ao bebê e ao seu desempenho no papel materno, por exemplo, não tem conduzido à individualização do conceito que reconhece a gênese da DPP reduzida a uma dimensão individual intrapsíquica, onde contam somente as experiências individuais que a mulher/mãe tem vivido em uma dimensão relacional imediata com os outros, ao longo de sua vida

Essas experiências individuais, que se identificam como precursoras da DPP, são denominadas de preditores ou fatores de risco. Entre outras, referem-se: ao desajuste conjugal, à falta de apoio social, aos eventos de vida estressante; a desajuste na história psicológica pessoal e/ ou familiar, e, ainda, à história de depressão não puerperal, à história de depressão gravídica, à história de DPP prévia (Miranda & Miranda, 1999; Baptista et al, 2004). Muitas dessas variáveis, que vão expressar-se em cadeias infinitas de pesquisas, podem resultar significativas, ou não, em relação a comportamentos associados à depressão no pós-parto, sem que isso nos permita acessar um nível de compreensão diferente sobre este conceito, que foi a nossa intenção na presente pesquisa.

#### **2.4.4 - A categoria de sujeito**

O sujeito é um elemento da subjetividade, assim como a personalidade. Ele é a forma como a subjetividade aparece concretamente. É a parte conjuntural e atual da subjetividade que representa a sua possibilidade de interagir. É o sujeito concreto, portador de uma personalidade, que vivencia, interage e toma decisões conscientes e intencionalmente, sendo portanto o elemento ativo da subjetividade e a sua interface com o mundo.

O sujeito existe na tensão da ruptura e na criação que supõe a produção de novos sentidos subjetivos nos espaços já constituídos subjetivamente, os quais se integram como elementos de sentido das representações atuais dominantes do sujeito. É, por isso, uma categoria central no estudo da subjetividade, pois, de acordo com González Rey (2005a), as configurações subjetivas implicam numa maneira ímpar de produzir sentidos singulares para cada sujeito específico, dentro de seus diversos campos de atividade. Isso significa que não existem formas universais de subjetivação de uma atividade concreta, mas é sempre necessário descobrir, construir e especificar o sentido subjetivo de cada atividade para cada sujeito, buscando compreender como se articulam nas suas diferentes atividades, sua história pregressa e atual, com a emocionalidade e significados atribuídos à vivência atual.

Assim, falar de DPP e de maternidade implica em reconhecer uma natureza semelhante entre elas, pois a depressão terá um tipo de configuração subjetiva singular para cada mãe, a qual estará na base da produção de sentidos subjetivos comprometidos com a ação na atividade concreta da maternagem de cada mãe singular. Dessa forma, a depressão, assim como a maternidade, define-se no sujeito-mãe e pelo sujeito-mãe, e não pelo tipo de atividade-desempenho ao maternar. Pensar na DPP enquanto entidade patológica e padronizada para a atividade de maternar é uma reminiscência de uma psicologia sem sujeito, da qual procuramos nos afastar na nossa postura clínica e de pesquisador nesta investigação.

Observamos portanto que tanto as categorias de sentido subjetivo, quanto a de configuração subjetiva conduziram González Rey a transcender a representação da psiqué apoiada em categorias universais e invariáveis situadas no intrapsíquico e a rejeitar a redução da psiqué ao comportamento no nível fenomênico, amplamente defendido no behaviorismo, ou no nível intrapsíquico como a psicanálise. Em decorrência disso, este arcabouço teórico nos permite fazer uma crítica a perspectiva psicanalítica da DPP.

## **2.5 – CRÍTICA À PERSPECTIVA PSICANALÍTICA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Observa-se que na área da psicologia a DPP vem sendo basicamente estudada sob o olhar psicanalítico. Este olhar oferece elementos que nos ajudam a compreender o

funcionamento feminino, suas vivências emocionais e as angústias que as acometem no período de gestação e no pós-parto. É fato, e temos que admitir que a perspectiva psicodinâmica, de base psicanalítica, traz, sem dúvidas, grandes contribuições para a compreensão da DPP.

Foi Freud quem nos introduziu numa representação das complexidades da vida psíquica do homem que transcendem as representações comportamentais reducionistas do ser humano, às quais nos referimos anteriormente. A psicanálise de Freud nos coloca diante de uma concepção dinâmica da mente que possui processos próprios e complexos, que estão além da consciência, que aparecem de forma indireta no comportamento e que carregam uma grande carga de ambivalência, afirma González Rey (2004). Ainda assim, ao meu ver, suas teorias e explicações não são suficientes para serem parâmetros hegemônicos da compreensão de um fenômeno tão complexo como a mulher com DPP, pois a psicanálise freudiana nos apresenta a psiqué através de um modelo bioenergético, no qual os processos se apresentam como entidades metafísicas de caráter universal e invariável.

De acordo com González Rey (2004), Freud não diferenciou adequadamente a natureza dos processos subjetivos, flexíveis e independentes com relação a sua suposta “natureza humana universal”. Assim, percebe-se que a dimensão social fica em segundo plano e não é integrada na definição de qualidade da psique, haja vista essas invariantes universais do pensamento freudiano. Em sua obra, o social aparece através de sua influência direta sobre a psiqué, basicamente restrito ao sistema familiar nuclear, sobretudo tomando forma diante da expressão e tendências pulsionais da criança com relação à sua mãe.

Nessa perspectiva, de acordo com González Rey (2004), o social adquire importância psíquica a partir de um processo básico de manifestação libidinosa. O outro, no caso a mãe, surge como objeto de pulsão, enquanto que a figura paterna aparece enquanto agente responsável pelo corte, pelo limite e pela repressão desta pulsão. Assim, as relações com os pais, definidas principalmente a partir da triangulação edipiana, não definem um espaço social macro, qualitativamente diferenciado de acordo com a cultura e a época em que cada família está imersa. Ao contrário disso, elas enfatizam o nível micro e representam um padrão universal definido a priori pela natureza pulsional da criança, critica González Rey (2004). Assim, a psicanálise mantém uma representação pulsional do homem de caráter universal e, dessa forma, Freud tende a psicologizar mais o social do que a compreender o caráter social dos processos psíquicos, ainda que no final de sua obra tenha desenvolvido importantes estudos sobre a religião e outros fenômenos sociais.

Também tem sido crescente e significativa a tendência atual apresentada por muitos autores psicanalistas, como Bleger, Pichon Rivier, Le Poulichet (citados por González Rey, 2004) em se envolverem com temas de significação social de natureza histórico-cultural claramente definidas, como, por exemplo, o tema das toxicomanias, que os fizeram transcender com as liturgias da instituição psicanalítica. Esta é uma psicanálise que, a nosso ver, é crítica, de ruptura, que busca um conhecimento capaz de envolver novas formas de subjetivação e que leva à superação do esquema pulsional que ainda domina o pensamento psicanalítico e que infelizmente mantém a dicotomia entre social e psiqué, entre interno e externo, na medida em que a psiqué é considerada como atributo relevante do individual cujas unidades para compreendê-la estão baseadas em aspectos bioenergéticos e psicodinâmicos dos indivíduos.

É em função dessas limitações que acredito devermos compreender os fenômenos psíquicos, entre eles a DPP, para além da psicodinâmica do fenômeno. Sobretudo, àquela psicodinâmica que se baseia numa leitura psicanalítica clássica do tema, a qual parece dar ênfase a uma mulher a-histórica e abstrata, descontextualizada de seu meio cultural e social, centrando sua atenção apenas no mundo intrapsíquico, sem correlacioná-lo a outros sistemas

sócio-econômico-políticos constituintes da subjetividade da mulher e, conseqüentemente, da DPP.

Nesse sentido, concordamos com a visão de Scott (1990), Chodorow (1990) e de Aleixo (2005), quando apontam que na abordagem psicodinâmica psicanalítica há falta de questionamento sobre o problema da desigualdade; há uma associação persistente da masculinidade com o poder, através de teorias sobre a primazia do falo ou da inveja do pênis, e há falta de reflexão sobre os sistemas simbólicos que representam o modo como a sociedade concebe o gênero. O falo é o significante central do processo de construção da identidade sexual, e este acontece de forma distinta nos meninos e nas meninas (Scott, 1990; Aleixo, 2005). Assim, para Scott (1990), as categorias “feminino” e “masculino” tornam-se construções estáveis e previsíveis, reforçando o antagonismo subjetivamente produzido entre homens e mulheres. Por fim, na avaliação de Chodorow (1990), os psicanalistas continuam a definir uma base biológica e instintual para a divisão do trabalho por sexos, personalidades de gênero e heterossexualidade.

Para Scott (1990), assim como para Demo (2001), González-Rey (2004) e Neubern (2004), a subjetividade tem que ser pensada dentro dos contextos sociais e históricos, pois a realidade social não se situa à parte do sujeito. Scott (1990) nos mostra que as concepções mais recentes, complexas e historicizadas refutam o caráter fixo e permanente da oposição binária entre os sexos, assim como rejeita a construção hierárquica como sendo da “natureza” das coisas, como parece propor a psicanálise clássica.

Comungamos totalmente da visão desses autores e, por esta razão, entendemos que seria fundamental estudar a mãe com DPP sob a perspectiva histórico-cultural, por acreditarmos que nem a perspectiva biológica/hormonal, nem a psicodinâmica/psicanalítica, isoladas, são suficientes para contemplar esse complexo fenômeno. Apostamos ser imprescindível acoplar um olhar histórico, antropológico e psicossocial a esta problemática, para melhor compreendê-la e tratá-la, sem contudo ter a pretensão de compreendê-lo e explicá-lo na sua totalidade.

Nossa intenção é a de dar apenas mais uma contribuição para a compreensão desta mulher que sofre diante da maternidade. Nessa direção, também é pertinente lembrar Martínez:

“(...) resulta contraditório na psicologia, falar de complexidade e, simultaneamente, continuar utilizando, de forma acrítica, categorias que mesmo sendo úteis no processo de construção do conhecimento psicológico, respondem a uma paradigma que, implicitamente, nega a complexidade - e que tem sido construído sobre a base da simplificação do psicológico, como, por exemplo a necessidade, de realização, as barreiras a criatividade, a DPP e auto-estima. (2005, p. 6-7)

Para superar a fragmentação anteriormente referida, portanto não basta apenas desenvolver uma consciência crítica ou ter boas intenções, mas é imperiosa a necessidade de uma construção teórica que suporte e permita superar uma dicotomia, a qual, implícita ou explicitamente, continua exercendo muita força na psicologia atual, a saber, a dicotomia entre individual-social (González Rey, 2005a). Nesse sentido, a teoria da subjetividade de González Rey e a teoria de gênero revelaram-se bastante adequadas aos nossos propósitos, pois, a partir de uma abordagem sócio-histórica em que estão inseridas, estimamos que as concepções de feminilidade/masculinidade partilhadas em nossa sociedade, além de orientarem práticas sociais que regulam as relações de gênero, participam da construção das identidades da maternidade/paternidade e, conseqüentemente, da DPP.

## CAPÍTULO 3

### A PERSPECTIVA SÓCIO-HISTÓRICA E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A CONSTRUÇÃO DA MATERNIDADE E DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

*“Sou o intervalo entre o que eu gostaria de ser  
e o que as pessoas me fizeram.”*

*Fernando Pessoa*

#### 3.1 - A IMPORTÂNCIA DO OLHAR HISTÓRICO-CULTURAL SOBRE O PAPEL DA MULHER NA SOCIEDADE

Compreender a maternidade como fenômeno cultural, e não natural e biológico, é o primeiro passo para podermos conhecer as implicações deste conceito na constituição subjetiva da mulher enquanto ser imerso em um momento histórico e social. Para Serrurier (1993), não podemos marginalizar o quadro sociológico que, na sua opinião, com a qual concordamos inteiramente, é responsável, em grande parte, pelas dificuldades que as mulheres experimentam para serem boas mães. Desde já, cabe lembrar as palavras de Beauvoir (1980), neste sentido: “ninguém nasce mulher: torna-se mulher” (p. 9). Da mesma forma, acreditamos que nenhuma mulher nasce mãe, mas torna-se mãe.

Sendo assim, o objetivo deste capítulo é compreender como o exercício da maternidade é articulado com os discursos ideológicos dominantes, ligados à ciência, à Igreja e à economia social, fazendo com que seja percebido como um fenômeno instintivo, arraigado na estrutura biológica feminina, independente das circunstâncias de tempo e espaço que o determinam. De Scott (1995), vamos tomar o conceito de gênero, que o historiciza e propõe seu uso como, categoria analítica e instrumento metodológico para entender como ao longo da história, se produziram e legitimaram as construções de saber/poder a partir da diferença sexual. Ao fazê-lo, esta autora abre uma nova perspectiva teórica para a “desconstrução” das hierarquias e desigualdades de gênero baseadas na diferença biológica, como se fossem verdades universais. A partir de diversas representações da feminilidade, foram deduzidas as posições de poder, submissão, complementaridade ou exclusão das mulheres no seio da sociedade (Aleixo, 2005). Nos próximos tópicos, veremos que quaisquer que tenham sido as variações ligadas à primazia atribuída ao sexo ou ao gênero, percebemos sempre o traço das modificações sofridas pelas mulheres e pelas famílias ao longo dos séculos.

Na verdade, os estudos antropológicos não falam de uma permanência histórico e cultural da maternidade tal como é concebida nos dias de hoje (Viana, 2004)<sup>4</sup>. A mulher reprodutora, parideira, obviamente sempre existiu, mas o conceito da mulher materna-divina, que faz a maternagem exclusiva dos filhos, data de poucos séculos atrás. Por isso, a maternidade e a maternagem, segundo os antropólogos e sociólogos, é um constructo social e cultural que decide não só como criar os filhos, mas, também, quem é responsável por eles (Forna, 1999).

#### 3.2 - A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA SUBJETIVIDADE FEMININA NA TRADIÇÃO OCIDENTAL: DE EVA A MARIA

Ao retomarmos a história da humanidade no ocidente, remontando às mulheres de Atenas, às mulheres de Roma, às mulheres na cultura judaico-cristã, veremos que a mulher

---

<sup>4</sup> Viana, V. M. G. Comunicação pessoal feita em palestra intitulada “Trabalhando com mulheres: DPP”, em outubro/2004, no I Encontro Candango da Abordagem Gestáltica, em Brasília- DF.

sempre foi vista como uma figura de ambigüidade, cuja história era contada sempre por homens. Nestes contextos, a figura feminina normalmente é descrita como a causa dos males do gênero humano, em função da sua curiosidade imprudente e pecaminosa (Chauí, 1985 e 1984; Muszkat, 1994; Roudinesco, 2003; Del Priori, 2004; Aleixo, 2005). Esta ambigüidade se revela, sobretudo, nas imagens contraditórias de Eva e da Virgem Maria.

Essas duas figuras nos conduzem à questão da repressão sexual (Chauí, 1985 e 1984). O paraíso perdido e o pecado original, sobretudo a perda da imortalidade, são frutos da descoberta da sexualidade. Sexualidade esta que foi “atiçada” por Eva que tentou Adão, recaindo sobre ela a culpa pela separação entre nós e a divindade – com a conseqüente mortalidade.

O Paraíso significava um mundo onde havia harmonia, imortalidade, eternidade e ausência de dores e penas. Não nascer e não morrer - infinitude. Chauí (1985 e 1984); Muszkat (1994) e Del Priori (2004) explicam que a descoberta do sexo foi *o Mal*, que condenou a humanidade à dor, à mortalidade e à finitude por culpa da mulher, já que Adão era obediente e não tocava no fruto proibido. “Os desregramentos, o pecado e a danação originaram-se da fragilidade moral do sexo feminino” (Del Priori, 2004, p. 25). Por isso, desde Eva, as tentações da carne e a volúpia sexual eram predicados femininos, representando a mulher como fraca e suscetível ao pecado, cujo o corpo corresponde ao lugar de todos os perigos!

Por essa razão, “a mulher, eternamente condenada pelo erro de Eva, tinha que permanecer vigiada e controlada” (Del Priori, 2004, p. 46). A Igreja e o Estado exerciam forte pressão no controle da “maligna” sexualidade feminina, justificando através de argumentos divinos que o homem lhe era superior, cabendo a ele autoridade sobre a mulher. O feminino era visto como fonte de desordem que deveria ser controlado pelas leis do casamento, em conformidade com a ordem marital (Roudinesco, 2003). Dessa forma, foi-se incorporando à natureza feminina um estigma que predisponha à transgressão e à maldade, revelando-se de maneira mais extrema nas práticas de bruxaria.

Durante toda a Idade Média, a imagem da mulher estava relacionada às tentações, ao Diabo, pois ela representava o desejo sem fim e sem limites que poderia entorpecer e perverter os homens. Assim, de feiticeira à possuída, e desta à louca, há a interiorização do pecado, tornando-a demoníaca em sua alma (Chauí, 1985 e 1984; Muszkat, 1994; Del Priori, 2004). O controle do corpo, através de castigos físicos e disciplina, foi instituído como forma de reeducá-lo e torná-lo dócil e apto para o trabalho e, principalmente, menos ameaçador.

Assim, de fêmea insaciável, a mulher se converte num ser quase assexuado, frígido incapaz de viver o prazer e o orgasmo, fisicamente constituído apenas para a procriação, desde que restrito ao casamento e sem prazer, afirma Chauí (1985). Porém, mais do que apresentar as formas visíveis e invisíveis de repressão sexual, através da análise da mulher medieval e suas relações com a Igreja, Chauí (1985 e 1984) mostra que a construção contemporânea de Eva e da Virgem Maria carrega uma ambigüidade que perpassa nosso próprio presente: a mulher é responsável pela ciência do bem e do mal - por sua imprudente curiosidade por seu desejo sexual irrefreável. É também responsável pela semi-imortalidade e semi-eternidade da espécie, pelo seu resgate parcial, através da procriação. Apenas sob a figura da Mãe Virgem poderia devolver ao menos uma semi-imortalidade ao homem, ao gerar a vida, dedicando-se à tarefa da perpetuação da espécie (Chauí, 1985 e 1984; Muszkat, 1994; Roudinesco, 2003; Del Priori, 2004). Assim, caberia às mulheres transmitirem a vida e a morte (Roudinesco, 2003).

Uma vez tornando-se mãe, a mulher honrada, de família e casada na igreja, afastava-se da Eva e aproximava-se de Maria, a virgem que concebeu sem pecado. Assim, ratifica-se o surgimento do arquétipo do modelo de Maria predominante entre as mulheres “direitas”. Para isso, suas vidas deveriam ser restritas à família, à igreja, ter uma vida assexuada com fins

apenas procriativos, serem fracas, submissas, passivas e sem participação na vida pública. Ademais, eram educadas para o casamento, para cuidar da casa e dos filhos e, ainda, tolerar as relações extraconjugais de seus maridos. Del Priori (2004) ressalta que esses valores eram incorporados pelas mulheres por meio da imposição da Igreja, da família e por muitos mecanismos informais e formais de coerção. Chauí (1985) complementa essa afirmativa com a seguinte questão:

(...) poderia haver outro lugar ideológico para as mulheres senão a maternidade, isto é a repetição da maldição? (somos mortais porque nascemos) e a promessa de redenção (somos imortais em nossos descendentes). Autora de uma violência irreversível – revelar aos homens sua finitude -, a mulher só poderia pagar esse ato de violento sendo submetida a violência – as dores do parto e a submissão àqueles que por ela são engendrados para a morte. (Chauí, 1985, p. 32)

Portanto, afirma Roudinesco (2003) que a mulher deve, acima de tudo, ser mãe, para que a sociedade seja capaz de resistir à tirania do gozo feminino que se acredita ser capaz de eliminar a diferença entre os sexos, e leve à decadência dos valores tradicionais da família, da autoridade do pai e ao caos social. Tudo era pensado como se, “no exato momento em que as mulheres despertassem do longo sono de sua sujeição, a família fosse ameaçada de ser ela própria destruída” (Roudinesco, 2003, p. 145).

A lógica apresentada por todas essas autoras me pareceu bastante plausível para introduzir o tema da maternidade. Este percurso histórico pareceu-me dar sentido para a imposição – violenta e implacável - da maternidade, da qual as mulheres ainda são vítimas. Até hoje elas estariam pagando pela maldição que impuseram à humanidade ao condená-la à finitude, à mortalidade, à dor e ao sofrimento, através da maternidade – sua única chance de se redimir. E para que ela pague este preço, sem resistir ou reclamar, veremos que foi arquitetado sutilmente e ideologicamente o processo de naturalização da maternidade.

### 3.3 - O PROCESSO DE NATURALIZAÇÃO DA MATERNIDADE

“Não está escrito que tudo que germina nascerá”

*Gambini*

Em primeiro lugar, é fundamental diferenciar a capacidade reprodutiva da mulher de maternidade. Procriar é um potencial biológico natural. É, para a mulher, uma condição inexorável, quando assim desejado. Porém, assumir a criança e tornar-se mãe é um fenômeno que se constitui social e culturalmente, sendo impregnado pelos ideais e ideologias predominantes nos diversos períodos históricos.

Segundo Chauí (1985), o corpo feminino recebe um conjunto de atributos derivados de seu atributo mais imediato: a *maternidade*. Esta é apreendida como instinto materno, e isso implica num comportamento preestabelecido e predeterminado quanto à forma e ao conteúdo da maternidade. Assim, a noção de instinto garante ao mesmo tempo o pressuposto de uma “natureza feminina” como “natureza materna” e a redução da experiência possível da maternidade a um comportamento inerente, sabido e já conhecido de *todas* as mulheres; porque a experiência possível da maternidade é reduzida ao comportamento materno e este é “deduzido” do instinto e das observações de “casos”.

Desde esta perspectiva, o fato de ser mãe aparece socialmente considerado como uma questão central na vida das mulheres. É a idéia de instinto maternal que está presente na poesia e nos filmes, é a visão romanceada da maternidade que Forna (1999) ilustra com grande propriedade. Assim, a maternidade tem sido representada há séculos.

O próprio *Dicionário Larrousse* (2002) define o instinto materno como “uma tendência primordial que cria em toda mulher *normal* um desejo de maternidade e que uma vez satisfeito, incita a mulher a zelar pela proteção física e moral dos filhos”. No *Novo*



*Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa* (Ferreira, 1986), também encontramos uma definição semelhante para instinto maternal, a saber:“(...) força biológica que atua, em geral, de modo inconsciente, mas com finalidade precisa, e independentemente de qualquer aprendizado (...) Tendência natural; aptidão inata” (p. 953).

Torna-se possível, desta forma, duplicar a ideologia do instinto. *Instinto materno* é definido como um comportamento gerador, mantenedor e protetor da vida, e, conseqüentemente, a qualidade derivada deste instinto é o *amor materno*. Vistas sob a ótica do amor materno, fica fácil considerar as mulheres como “instintivamente” mais sensíveis do que os homens, e esta sensibilidade compensaria a exclusão do mundo racional, conforme ressalta Chauí (1985).

O instinto materno, ao mesmo tempo que mantém as mulheres num suposto mundo natural, as transforma em produtoras desta mesma ideologia do “amor materno e da sensibilidade”. Além do naturalismo, algo mais está presente no corpo feminino: o instinto e amor materno são formas de controlar e reprimir a sexualidade feminina. A natureza feminina permite apenas uma sexualidade procriadora.

Mas ser mãe é, de fato, algo da natureza da mulher? Será o amor materno um fenômeno inato? O instinto materno de fato existe? Ou será um fenômeno construído socialmente? Certamente, estas são questões que não povoam as mentes das mulheres em geral, pois, ainda hoje, a maternidade é percebida com algo da ordem do inquestionável! É próprio ao senso comum conceber instituições estáveis da sociedade antes como formas ‘naturais’ de organização da vida coletiva, que como produtos mutáveis da atividade social. No caso da família, entretanto, a naturalização é extremamente reforçada pelo fato de se tratar de uma instituição que diz respeito, privilegiadamente, “à regulamentação social de atividades de base nitidamente biológica: o sexo e a reprodução” (Durham, 1983, p.15).

O processo de naturalização dos fenômenos é o procedimento privilegiado da ideologia dominante, sobretudo a patriarcal:

Sendo “por natureza” mães e criaturas sensíveis, as próprias mulheres se farão agentes de violência quando agirem contrariando sua “natureza”, por exemplo, reivindicando que a maternidade seja reconhecida como um direito que pode ou não exercer, em lugar de tomá-la como instinto, ou reivindicando o direito de agirem como seres pensantes.(Chauí, 1985, p.38).

Assim, entendemos que Chauí (1985) faz uma denúncia grave e nos alerta para o fato de que a violência mais perfeita é aquela que acontece sem que percebamos, instaurado sutilmente, como algo natural, pré-determinado. Através de uma sutil inversão ideológica, a violência passa a ser imputada ao “desnaturamento” desejado pelas mulheres. A violência agora consistirá, portanto, em constranger a vontade das mulheres, fazendo-as interiorizar a sua “natureza” - que ela consinta em ser, *de jure*, o que é realmente *de facto*. A hipótese de Chauí é que a idéia e a imagem de uma “natureza feminina” permaneçam até hoje, ainda que difusa e diluída, pelo fato de que o *corpo* feminino tenha sido o elemento fundamental para as ideologias da feminilidade.

A Igreja, o Estado, bem como a ciência, acabaram por fortalecer a idéia de instinto maternal, idéia típica da teoria evolucionista, que defendia a noção de que a natureza emocional da mulher era conseqüência direta de sua fisiologia reprodutiva (Laqueur, 2001; Aleixo, 2005). Há, portanto, um discurso *sobre* as mulheres e não *das* mulheres (Chauí,1985 e 1984; Muszkat, 1994; Del Priori, 2004; Aleixo, 2005). Isto acarreta que, neste processo circular de naturalização-culturalização-naturalização da mulher, faltou a ela justamente aquilo que a tornaria sujeito de fato e de direito: a autonomia do falar, do pensar, do agir, do escolher. No processo de subjetivação da mulher, observa-se, então, que lhe foi dada finalidades internas a partir do exterior. Entendemos, com isso, que a força do instinto maternal se impõe na vida das mulheres há séculos, como algo natural, predestinado e sem

possibilidades de escolha! Como nós, mulheres, poderíamos ousar duvidar desta ordem secular?

A obra de Laqueur (2001) intitulada *Inventando o Sexo: corpo e gênero dos gregos a Freu.*, foi, para mim, a primeira grande responsável por esta desconstrução do sexo “inato”. Laqueur (2001) defende a tese de que o sexo biológico também é uma construção social, a serviço dos interesses sociais/morais. Em suas pesquisas, ele descobriu que antigamente o modelo de sexo era único. O corpo masculino era o modelo de perfeição e o corpo da mulher seria apenas um corpo masculino defeituoso/inferior.

Para Aristóteles e Galeno (citados por Fávero & Mello, 1997; Laqueur, 2001; Roudinesco, 2003; Aleixo, 2005) os órgãos femininos eram uma forma menor dos órgãos masculinos e, conseqüentemente, a mulher era um homem menos perfeito. Nesse sentido, a mulher opõe-se ao homem sendo “passiva”, enquanto este é ativo. Isso faz dela uma “réplica invertida do homem”, como prova a posição de seus órgãos: o útero era o escroto; a vulva era o prepúcio; os ovários eram os testículos e a vagina era um pênis invertido. Assim, tal qual o significado da criação de Eva a partir de uma costela de Adão, pensa-se a humanidade como masculina e a mulher é definida em relação ao homem, e não em relação a ela mesma (Chauí, 1985; Muszkat, 1994; Ehrhardt, 1996).

Laqueur (2001) mostra que, somente no século XVIII, os dois sexos – masculino e feminino – foram inventados como um novo fundamento para o gênero. A partir desse novo modelo sexual, houve um grande esforço para se descobrir as características anatômicas e fisiológicas que distinguiam o homem da mulher. Assim a mulher ganhou um novo *status*: já não era mais um “homem imperfeito”, mas era um outro ser anatomicamente diferente. Mas, se, por um lado, esta diferenciação foi positiva no sentido de marcar um lugar próprio da mulher, não impediu que fosse agregado a este corpo diferente um valor inferiorizado. Destarte, a mulher não era apenas diferente do homem, mas continuava ser vista como intelectualmente inferior, pouco racional e, portanto, toda instinto e passional.

Del Priori (2004) confirma esta concepção de mulher ao nos mostrar que para a maior parte dos médicos do Séc. XVI, a anatomia feminina era diferente não apenas por um conjunto de órgãos específicos, mas também por sua natureza e por suas características morais, sendo “o corpo da mulher destinado a procriação e assuntos divinos” (p. 78). O lugar da mulher era definido, portanto, através desta função: “penetrada pelo homem deitado sobre ela, a mulher ocupa o seu verdadeiro lugar” (Roudinesco, 2003, p. 24).

Autores como Badinter (1985), Chauí (1985), Muszkat (1994), Laqueur (2001) e Del Priori (2004) afirmam que nesse contexto, onde medicina e igreja comungavam do mesmo discurso, continuaram sendo construídos conceitos sobre o funcionamento do corpo feminino sublinhado por sua inferioridade em relação ao corpo masculino. Para eles, a mulher tinha sido criada por Deus para servir à reprodução da espécie, relacionando o estatuto reprodutivo da mulher (parir e procriar) a outros de caráter metafísico, como ser mãe, submissa, frágil, terna.

Concepções que beiram ao cômico, apresentadas por Spencer (1975, citado por Fávero & Mello, 1997), revelam esta inferioridade e predestinação à procriação:

As energias da mulher eram canalizadas diretamente para preparação da gravidez e da amamentação, reduzindo sua energia para o desenvolvimento de outras qualidades. O resultado era uma parada precoce na evolução da mulher, o que explica seu estágio de desenvolvimento inferior ao do homem.

A grande preocupação dos médicos e pesquisadores daquela época, de acordo com Del Priori (2004), era compreender o sistema reprodutor feminino, tendo em seus estudos destacada a função de *madre*, nome dado ao útero, órgão este que era descrito como uma área nebulosa da natureza feminina (Laqueur, 2001; Del Priori, 2004). Acreditava-se, ainda, que o

princípio da vida existiria no sêmen masculino, tendo a mãe a função hospedeira de receber e nutrir o feto. Assim, “dependente do homem, instrumento a serviço da hereditariedade da espécie, este é o corpo da mulher, visto pelos médicos” (Del Priori, 2004, p. 84).

Essas idéias eram reforçadas por argumentos biológicos que consideravam os instintos peculiares para cada sexo como sendo a fonte primária das diferenças sexuais, e o instinto feminino definia-se pela submissão ao comando. A idéia “vendida” parece ser a de que a mulher é toda instinto e que, portanto, foi programada para procriar e cuidar. Essa deve ser sua aspiração e sua realização e, por isso, deverá ser sua fonte primeira de gratificações (Chauí, 1985; Badinter, 1985; Serrurier, 1993; Trindade 1993; Muszkat, 1994; Fávero & Mello, 1997; Parker, 1997; Laqueur, 2001, Ribeiro. & Almeida, 2003 e Del Priori, 2004).

No caso das mulheres, a permanência da ideologia naturalizadora é nítida, pois seu corpo procriativo é invocado como uma determinação natural; determinação esta que faz com que a mulher permaneça irrevogavelmente ligada ao plano biológico (da procriação) e ao plano da sensibilidade (na esfera do desconhecimento). Maternidade, como instinto e como destino, e sensibilidade, numa cultura que valoriza a razão em detrimento da emoção, são algumas *construções ideológicas* curiosas, que, segundo Chauí (1985), servem para manter a idéia de “natureza feminina” como uma rocha “natural” no mundo historicizado. Assim, a naturalização seria o procedimento privilegiado da ideologia dominante, ao qual a mulher vem sendo submetida há séculos.

Viana<sup>5</sup> (2004) vai além disso. Para ela, o mito do instinto e do amor materno sugerem mais do que questões ideológicas. Eles se remetem também a questões mercantilistas e posteriormente capitalistas, na tentativa de manter a mulher fora do mercado de trabalho. Na opinião de Chodorow (1990), a maternação das mulheres é um dos poucos elementos universais e duráveis da divisão do trabalho por sexos. Até agora, todos os sistemas sexo-gênero têm tido dominação masculina, o que demonstra, na opinião dessa autora, que a maternação das mulheres é um aspecto central e definidor da organização social do gênero, e implica na própria construção e reprodução da dominância masculina.

Freud, de acordo com Roudinesco (2003), também considera equivocada toda esta argumentação naturalista. Ao seu ver, não existem nem instinto materno e nem raça feminina, pois para ela, o parâmetro não é simplesmente anatômico, mas simbólico em torno do falo. O falicismo é pensado como uma instância neutra, portanto comum aos meninos e meninas. Apesar da eterna atitude interrogativa acerca do “que quer uma mulher?” e de considerá-la como um “continente negro”, Freud não encorajava as mulheres a exercerem uma profissão, a militarem por igualdade ou a concorrerem com os homens no domínio da arte e da sublimação. Para ela, era melhor restringi-las “à nobreza de uma arte da qual foram iniciadoras, a textura e a tessitura” (1921, citado por Roudinesco, 2003p. 134).

O objetivo de Chauí, ao levantar dúvidas sobre a “natureza”, “o instinto materno”, a “liberdade” e a “vontade” feminina, era o de sugerir que a forma e o conteúdo dessas vivências nunca foram determinadas do interior, mas sempre do exterior. Nunca pelas próprias mulheres, a partir de sua interioridade/exterioridade vividas e refletidas. De forma que a transformação do ser “natural” para ser “de desejo” e finalmente para um sujeito “livre” foi feita, de acordo com Chauí (1985), sob a forma de outorga da subjetividade às mulheres.

Assim, fica clara a “armadilha social” que denunciam Chauí (1985) e Beauvoir (1980). Ou seja, não é possível obrigar uma mulher a assumir a maternidade. O que se pode fazer é cercá-la por uma realidade em que tornar-se mãe é a única saída que lhe resta: os costumes do casamento, a proibição dos anticoncepcionais, do aborto e do divórcio foram alguns dos

---

<sup>5</sup> Viana, V. M. G. Comunicação pessoal feita em Palestra intitulada “Trabalhando com mulheres: DPP”, em outubro/2004, no I Encontro Candango da Abordagem Gestáltica, em Brasília- DF.

artifícios utilizados para a construção desse cerco. Dessa forma, a mulher se vê sem alternativas, a não ser cumprir com o seu papel imposto pela sociedade: ser mãe.

Por meio das concepções de Chauí (1984 e 1985) e Del Priori (2004), que são na sua maioria corroboradas por Badinter (1985), Serrurier (1993) e Forna (1999), entendemos que o estilo de maternidade que herdamos hoje foi moldado em um determinado tempo da história por necessidade e utilidade e, portanto, não é naturalmente nem instintivamente determinado como nos é imposto crer. Diante dessas definições, o que poderíamos pensar de uma mulher que não quer ter filhos? Ou de uma mulher com DPP? Seriam elas, mulheres normais ou desviantes patológicas?

### 3.4 - O MITO DO AMOR MATERNO E DA MATERNIDADE EXCLUSIVA

*O amor materno não é inerente às mulheres. É adicional.  
Badinter*

Desde a mais tenra infância, as meninas treinam o papel de mãe. Elas aprendem que devem ser mães e são ensinadas e preparadas para os cuidados maternos: são vestidas com roupinhas cor-de-rosa, ganham bonecas e lhes são retirados os carrinhos dos irmãos. Aprendem que ser menina não é tão bom quanto ser menino, não se permite que fiquem sujinhas, são desestimuladas ao sucesso escolar, e, resta-lhes tornarem-se mães (Chodorow, 1990). Essa preparação se dá em função da relevância da maternidade para a mulher no processo de construção de sua identidade (Trindade, 1993; Del Priori, 1993); porque o modelo tradicional, socialmente estabelecido, preconiza a necessidade da maternidade para a concretização da identidade feminina: “cuidar, vestir, enfeitar, despir, voltar a vestir, ensinar, ralhar um pouco.... todo o futuro das mulheres está nisso. Uma menininha sem boneca é quase tão infeliz e impossível quanto uma mulher sem filhos” (Hugo citado por Roudinesco, 2003, p. 134).

Neste papel, ela aprende que uma mulher deve ser capaz de enormes sacrifícios, ser amável, tranqüila, compreensiva, terna, equilibrada, acolhedora, feminina, em tempo integral. Constrói-se ao poucos e subliminarmente um ideal, um modelo de mãe perfeita, uma imagem romanceada da maternidade alicerçada sob um rígido padrão, uma via de mão única, incapaz de admitir a discussão acerca dos sentimentos ambivalentes, tão presentes nas mães.

Além das famílias, a Igreja ajudou muito nesta construção, pois foi muito eficiente no marketing do ideal materno, que tem na Virgem Maria a figura inspiradora e modelo a ser seguido pelas mulheres de todo o mundo. Ela é o símbolo do amor ablativo e se constitui num eterno paradigma do feminino maternal. Este marketing foi de tal intensidade que Forna (1999) aponta que, nos últimos dois mil anos, Maria é a figura feminina de maior impacto na história ocidental e cuja influência repercutiu no melhor da literatura, da pintura, da escultura, da música, bem como das artes como um todo. Dessa forma, durante os últimos séculos, o mito da maternidade veio sendo moldado em conformidade com a idéia de que as mães devem ser perfeitas como Maria - aquela que compreende os filhos, que dá amor total, que se entrega totalmente, que é devotada, capaz de enormes sacrifícios. Ela deve ser fértil e ter instinto maternal, sendo a única capaz de cuidar corretamente dos filhos, devendo incorporar todas as qualidades tradicionalmente associadas à feminilidade: acolhimento, ternura e intimidade. Assim, a condição inexorável que a mulher possui de ser procriadora atualmente é concebida como sinônimo de amor incondicional aos filhos, como o que Maria tinha por Jesus.

No entanto, alerta Forna (1999), o Menino Jesus nunca foi pintado chorando ou com a cabeça caída para trás, nem Maria com uma aparência irritada ou cansada. Ninguém a retrata preparando a papinha com uma das mãos e equilibrando o Menino Jesus no quadril com a outra, tampouco fingindo que não ouve enquanto Ele esperneia ao seu lado. Ninguém jamais

pintou Maria nas tarefas prosaicas da maternidade: dando banho, alimentando, vestindo e correndo atrás de Jesus. “Nossa Senhora e o Menino Jesus estão congelados na eternidade de um momento relativamente raro da mãe com o bebê” (Forna, 1999, p.18).

Por outro lado, a mãe perfeita, inspirada em Maria, tal qual conhecemos hoje, com sua propensão natural ao sacrifício, seu amor universal e instintivo pelos filhos e sua completa satisfação nas tarefas da maternidade, não foi sempre assim! Ao contrário disso, ela teve seu início de carreira em 1762, a partir da publicação de *Émile* pelo filósofo francês Jean-Jacques Rousseau (Badinter, 1985) que, por meio de seus escritos, passou a criticar severamente as mães de sua época por não priorizarem seus filhos, em detrimentos de seus interesses pessoais ou conjugais. Serrurier (1993) afirma que é desde *Émile* que estamos *condenadas* a ser “boas mães”. Entre os fatos, Rousseau levantou a questão das mães que enviavam os filhos para as amas-de-leite (Maldonato, 2000). Segundo Forná (1999), Rousseau recomendava, neste consagrado livro, que as mães amamentassem e criassem os filhos e as recriminava por darem preferência a outros interesses.

Infelizmente, as teorias naturais de Rousseau sobre a educação de meninas tiveram uma influência considerável nos séculos posteriores. Suas idéias se disseminaram e atraíram a atenção popular, principalmente, porque atendia interesses sexistas das classes dominantes da época. Segundo as autoras supracitadas, os dirigentes de todas as épocas que se seguiram basearam-se nas idéias roussorianas para fazer leis, pois elas caminhavam justamente no sentido de endossar o desejo de natalidade, e também de hierarquia entre os homens e as mulheres, portanto, idéias sistematizadoras da ordem social. Ou seja, era uma discurso que visava remediar a grande perda de seres humanos, bem como fazer com que a mulher fosse ainda mais subordinada ao marido e ao lar, consolidando a imagem da maternidade como sacerdócio (Badinter, 1985; Muszkat, 1994; Maldonato, 2000).

De Rousseau a Alain, passando por vários legisladores, pedagogos ou moralistas, como Napoleão, Michelet ou Paul Combes, todos os dirigentes sociais repetiram, reforçados por provas “naturais” essa verdade primeira: a mulher nasceu para ser mãe e para se sacrificar por seus filhos; e até bem pouco tempo atrás, não havia outra alternativa: a vocação materna era obrigatória! (Serrurier, 1993, p.71)

Em conseqüência da adoção desses pressupostos, o bebê e a criança passaram a ser objetos privilegiados da atenção materna, e a mulher passou a sacrificar-se para que seu filho vivesse junto dela. A partir do século XIX, então, surgiram testemunhos de progresso no aleitamento materno e de uma maior dedicação e atenção da mãe para com o filho, sendo que aquela passou a aceitar restringir, cada vez mais, a própria liberdade em favor da liberdade do filho. Os carinhos maternos, a liberdade do corpo e as roupas adequadas e bem-feitas são as provas de um novo amor pelo bebê. A nova mãe passou a ter mais tempo para o filho e, segundo Badinter (1985), é o fator “tempo” que melhor marca a distância entre a geração dessas mulheres e a de suas mães, assim como hoje.

Sob este prisma, podemos entender o ideal maternal de hoje como o produto de um determinado tempo e espaço. A história nos permite entender que o papel designado às mulheres grávidas, bem como às mães, foi vivido de maneira diferenciada segundo as épocas. A esse respeito, Serrurier (1993) nos lembra que:

Em todos os tempos, ainda que as mulheres tenham aderido a diferentes ideologias, foram os homens que decretaram e legislaram sobre a maternidade e sobre o papel social das mães. E isso pela simples razão de as funções dirigentes serem sempre ocupadas por homens: padres, moralistas, filósofos, políticos. (p.70)

Badinter (1985) refere-se a essa fase como sendo o início da injunção obrigatória do amor materno. Ela nos conta que antes disso verificávamos a indiferença ou as recomendações de frieza e de desinteresse pelo bebê. Houve períodos na história em que as mulheres pareciam não se importar muito com os filhos. Um sintoma direto dessa ausência

era o abandono regular de bebês: em 1780 apenas mil dos 21 mil bebês nascidos em Paris foram amamentados ao seio por suas mães... A autora sustenta que o abandono de bebês era um fenômeno que ocorria em todas as classes sociais, sendo aceito e permitido pela sociedade. Tais atitudes eram bem toleradas e ninguém condenava a mãe, por ela não amamentar ao seio seus rebentos, ou por mandá-los para longe dela. Antes mesmo do parto, as amas-de-leite, já eram providenciadas, pois a mulher precisava estar “liberada” para voltar às suas “obrigações” de esposa. Nenhuma mãe “morria de culpa” por isso, e outras mulheres, além da mãe, estavam incluídas “naturalmente” na maternidade e se mobilizavam para cuidar e educar a criança. Era comum, portanto, mandar o filho recém-nascido para a casa da ama-de-leite passando a mãe pouco tempo perto das crianças ou até mesmo mandando-as para longe. Ademais, o infanticídio era usado como uma modalidade de planejamento familiar, complementa Parker (1997).

Forna (1999) corrobora essas constatações de que a maternidade não tinha um *status*, deveres ou pressupostos especiais. A mulher dava à luz e pronto! Não se presumia que ela fosse amar o filho, não se esperava sequer que ela cuidasse do bebê.

Na verdade, em caso de divórcio na Inglaterra, França e América do Norte, geralmente era o pai quem tinha custódia dos filhos. Eram os pais e não as mães que se encarregavam dos filhos em questões de disciplina e retidão moral. E eram eles também quem levantavam à noite para acalantar a criança que chorava (Forna, 1999, p.44-45).

Portanto, é possível verificar na história que idéias de amor instintivo e maternidade-divina têm poucas centenas de anos. Badinter (1985), ao delinear a história da maternidade na França ao longo dos quatro últimos séculos, destaca as grandes variações do comportamento materno, da qualidade do amor sentido e expressado, além de registrar longos períodos de silêncio em torno dos sentimentos maternos. Por meio de um resgate histórico, Forná (1999) descreve este estilo de maternidade caracterizado pelo não cuidado às crianças, sendo estas localizadas em último lugar na hierarquia domiciliar e na ordem da prioridade. Antes delas, estavam as tarefas domésticas, os deveres com o marido, o trabalho e outras atividades. Essas “verdades” históricas revelam que a posição de amor materno exclusivo e instintivo, como uma aquisição recente e artificial (Forna, 1999; Parker, 1997). Badinter (1985), ao apropriar-se dessa história, conclui que o amor materno é um mito, visto que deve ser considerado como todo sentimento humano: incerto, frágil e imperfeito. Vejamos as suas palavras:

Ao percorrer a história das atitudes maternas, nasce a convicção de que o instinto materno é um mito. Não encontramos nenhuma conduta universal e necessária da mãe. Ao contrário, constatamos a extrema variabilidade de seus sentimentos, segundo sua cultura, ambições e frustrações. Como então, não chegar a conclusão, mesmo que ela pareça cruel, de que o amor materno é apenas um sentimento e, como tal, essencialmente contingente?(Badinter, 1985, p. 367).

Além desses dados históricos, Forná (1999) nos apresenta um argumento convincente de que nem mesmo o processo de naturalização da maternidade tem respaldo na natureza. Para ela, quem já testemunhou a cena de uma coelha em cativeiro comendo os próprios filhotes pede licença para discordar. Os defensores do instinto maternal também ignoram as leões, soberbas caçadoras, que aliam o trabalho à maternidade enquanto o leão cuida da prole. Ignoram a hiena matriarca que, como fêmea dominante, expulsa os machos do bando e é sucedida pela filha. Também não consideram as muitas espécies de pássaros em que macho e fêmea cuidam juntos dos filhotes e cujos acasalamento e rituais de namoro são comparados por muitos biólogos aos hábitos humanos. Portanto, cuidar dos filhos não é algo nem

instintivo da mulher e nem restrito a ela. Os machos podem participar muito além do momento da concepção e do provimento da espécie.

Assim, acreditamos que esta insistência em defender um certo estilo de maternidade como “natural” e instintivo leva as mulheres de diferentes culturas e camadas sociais a questionar cada aspecto do que fazem, pensam, sentem, e a avaliar sua própria experiência segundo um padrão rígido e impossível. Entendemos que os mitos em torno da maternidade se tornam armadilhas sedutoras, que prendem as mães da maneira mais cruel, controlando-as e manipulando-as. Por isso, Forna (1999) considera uma mentira palpável e sem bases científicas o fato de que a premência de ter filhos atinge todas as mulheres em determinado momento, sem aviso e independentemente de qualquer processo intelectual. Diferente disso, a autora acredita que é divulgado um evangelho de modo a intimidar as mulheres, inclusive as que têm um sentimento ambivalente sobre ter filhos, a aderirem à instituição maternidade. Veremos no próximo capítulo que, com um número crescente de mulheres entrando no mercado de trabalho, “elas passaram a ter outras fontes tanto de alegrias como de preocupações e sofrimentos, o binômio sofrimento-plenitude parece não estar mais associado exclusivamente à maternidade” (Falcke & Wagner, 2000, p.7). É sobre este conflito que vive a mãe da era contemporânea que passaremos a tratar no capítulo que se segue.

## CAPÍTULO 4

### A MÃE CONTEMPORÂNEA: NOVA HISTÓRIA, VELHAS REPRESENTAÇÕES

*Nós poderíamos ser muito melhores se  
não quiséssemos ser tão bons  
Sigmund Freud*

#### 4.1- O DECLÍNIO DO PATRIARCALISMO E O IMPACTO DOS MOVIMENTOS FEMINISTAS NA SOCIEDADE

Nas últimas décadas, temos assistido ao fato de que valores e crenças sobre a masculinidade e feminilidade, supostamente cristalizados, passaram a ser questionados e desconstruídos, sobretudo pelas mulheres, na intenção de se estabelecerem relações mais igualitárias. Segundo Almeida e Ribeiro (2003), Diniz (1999) e Castells (1999), uma das conseqüências deste confronto é a progressiva desconstrução do modelo clássico e hegemônico do masculino e do feminino, bem como o reconhecimento da complexidade que envolve a construção das identidades sexuais no âmbito da relações sociais.

Para Castells (1999), três fatores são essenciais para justificar essas redefinições do lugar do papel da mulher na sociedade, a saber: a) a entrada maciça de mulheres no mercado de trabalho remunerado; b) a invenção e o acesso à pílula anticoncepcional, quando a mulher passou a poder controlar a natalidade<sup>6</sup> e c) o impacto dos movimentos feministas, que contribuiu para as transformações nas relações de trabalho, na família e na sociedade como um todo, propiciando redefinições nas relações entre pais e filhos, maridos e esposas, e do próprio significado de “ser homem” e “ser mulher”.

Esses fatores aparecem como fundamentais na definição dos papéis e das identidades sociais, entre eles os de pai e mãe. Sabe-se que o sentimento de uma mãe face à condição materna é fortemente determinado pelas representações culturais de maternidade (Parker, 1997), pois, “a apropriação de uma prática social (como a maternagem) depende de que esta apareça para o indivíduo como aceitável no contexto de seu sistema de valores (...) e estas normas e valores são um dos constituintes das representações sociais” (Abric, 1994, citado por Trindade, 1998, p. 200). Nesse sentido, buscaremos resgatar algumas concepções sócio-históricas ao desenvolvimento da maternidade que começam a tomar corpo na luta feminista.

Os movimentos feministas contribuíram de forma significativa para a transformação dos valores e práticas sociais nas relações de gênero. O movimento passou a ser identificado pelo seu esforço histórico, individual e coletivo, formal e informal, de se opor à subjugação da mulher ao homem. Nesse esforço, Scott (1990) nos mostra que as historiadoras feministas têm-se utilizado de três posições teóricas para a análise do gênero: **origens do patriarcado, tradição marxista e as escolas de psicanálise.**

As **teóricas do patriarcado** dão ênfase à subordinação das mulheres em função da necessidade masculina de dominá-las. Algumas autoras elegeram a questão da reprodução como ponto chave, enquanto para outras a resposta encontrava-se na sexualidade em si mesma. No patriarcado, as diferenças entre homens e mulheres é questionada de diversas maneiras importantes, mas, para Scott (1990), há reservas com relação a esta teoria.

Em primeiro lugar, para esta autora, as teorias contra o patriarcado não aprofundam em como as desigualdades de gênero estruturam ou afetam os diversos âmbitos da vida em sociedade. O segundo problema é que a análise limita-se à diferença física inata, o que pressupõe a exclusão de uma construção social ou cultural do sexo e, conseqüentemente, a não historicidade do gênero em si mesmo.

<sup>6</sup> Roudinesco (2003) também refere-se ao controle da fecundação como um marco que abalou a dominação ancestral do masculino sobre o feminino.



Já as **feministas marxistas** têm uma abordagem mais histórica. Scott (1990) nos mostra que para as teóricas do marxismo a causalidade econômica torna-se prioritária e o patriarcado está sempre se desenvolvendo e mudando em função das relações de produção. Assim, as teóricas feministas marxistas chegaram a alguns impasses: rejeição de que as exigências da reprodução biológica determinam a divisão sexual do trabalho sob o capitalismo; sistemas econômicos não determinam de maneira direta as relações de gênero; busca de uma explicação materialista que exclua as diferenças físicas naturais. A crítica de Scott (1990) a essa abordagem é que o conceito de gênero foi tratado como um sub-produto das estruturas econômicas, não tendo seu próprio estatuto de categoria de análise.

Na **perspectiva psicanalítica**, Scott (1990) destaca duas escolas: A Escola Anglo-americana, com destaque para Nancy Chodorow, e a Escola Francesa, de Jaques Lacan. Segundo ela, essas duas escolas consideram o processo de criação da identidade do sujeito. Ambas centram a atenção nas primeiras etapas do desenvolvimento da criança, a fim de encontrar indicações sobre a formação da identidade de gênero. Para Scott (1990), as feministas foram atraídas por estas teorias na tentativa de provar e explicar suas interpretações, mas, nenhuma delas foi inteiramente utilizável pelas historiadoras.

Em primeiro lugar, porque a teoria de relações de objeto limita o conceito de gênero à esfera da família nuclear e ao ambiente doméstico e, para o historiador, ela não deixa meios de ligar este conceito a outros sistemas sócio-econômico-políticos, ou de poder mais amplos. Em segundo lugar, há ausência de problematização sobre a questão da desigualdade; há uma associação persistente da masculinidade com o poder; há uma desconsideração aos sistemas simbólicos e, conseqüentemente, uma desconsideração quanto aos modos como as sociedades representam o gênero. Assim, as categorias “masculino” e “feminino” não são características inerentes, mas construções subjetivas, o que as tornam problemáticas, pois o sujeito é um constante processo em construção. Essa posição contribui, portanto, para perpetuar a oposição masculino-feminino como única relação possível, mas por esta via torna-se impossível de solucionar, pois a diferença entre homens e mulheres faz parte da condição humana.

Para Almeida e Ribeiro (2003), todo o esforço das feministas serviu para que, a partir do material cultural disponível na época, elas construíssem uma nova identidade, capaz de redefinir a posição da mulher na sociedade, e como conseqüência, acabaram transformando a estrutura de toda a sociedade. Ademais, Diniz (1999) acrescenta que o movimento feminista levantou um importante questionamento sobre a diferenciação entre sexo e gênero e suas implicações, para compreender a inserção da mulher no mundo. Assim, abordando-se a condição feminina com a lente de gênero, pode-se ampliar o conhecimento sobre variáveis que afetam a saúde da mulher, especialmente a sua saúde mental.

#### 4.2 - A PERSPECTIVA DE GÊNERO COMO CATEGORIA DE ANÁLISE

A partir desse momento, o termo gênero passa a ser empregado para designar comportamentos, papéis e padrões de expectativas para homens e mulheres, elementos que são construídos dentro de um contexto cultural, e não dados naturalmente, como ainda hoje é percebido. Essa informação é corroborada por Scott (1990), que também afirma que as feministas referiam-se ao gênero para indicar uma rejeição ao determinismo biológico das diferenças entre os sexos, ainda impregnado no uso do termo, como também para introduzir a noção relacional entre homens e mulheres. Nesse sentido, esta teoria se congrega à teoria da subjetividade de González Rey (2005a) que também rejeita a concepção naturalística do homem.

Nos termos que propõe Scott (1990), o gênero transcende o biológico para transformar-se numa maneira de explicar construções sociais das identidades subjetivas de homens e de mulheres. O gênero é uma construção social que se desenvolve a partir de uma

mediação complexa que se estabelece entre o ser humano e a cultura na qual está inserido. A identidade masculina e feminina concretiza-se na educação dos pais e familiares, na vida em sociedade e por meio da institucionalização, instâncias que transmitem a noção do que é apropriado para cada sexo em questões como temperamento, papel, interesse, caráter e valor. Nessa perspectiva, gênero “é uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado” (Scott, 1990, p.7), porém não existe uma ligação direta entre sexo e papéis sexuais, pois o termo gênero põe a ênfase sobre um sistema de relações mais amplo que pode incluir o sexo.

Foi através deste novo olhar – o da psicologia do gênero - que percebi que o incômodo que sinto há anos, sobretudo depois da experiência da maternidade, já foi e continua sendo alvo de discussões e questionamento de várias mulheres e homens no meio científico-acadêmico. Essa perspectiva, na minha opinião, se mostrou uma grande “saída” para todos os séculos de opressões e de doutrinação da mulher. Este novo ângulo de análise abre a possibilidade de desconstrução da universalidade das categorias homem e mulher, associadas a construções binárias baseadas em estereótipos sobre o que é feminino e o que é masculino, ou associam poder e dominação ao masculino e obediência e submissão ao feminino. Sendo assim, a grande saída, a meu ver, parece ser: se foi construído, então pode ser desconstruído e conseqüentemente transformado!

Dessa forma, é possível pensarmos na possibilidade de diferentes processos de subjetivação e singularização vivenciados por homens e mulheres. Até mesmo, questões que eram para mim impensáveis, como questionar o conceito de sexo biológico. Tudo isso, a partir de um o olhar da categoria de gênero. Este conceito que apresenta a concepção de muitos fenômenos que considerados como natural, dado, automático, na verdade foi construído ao longo dos séculos, em função de interesses dominantes, nos quais a mulher raramente foi consultada (Chauí, 1985).

#### 4.3 - A MULHER A FAMÍLIA NA ATUALIDADE

Há algum tempo, observa-se que as mulheres de hoje não são mais criadas somente para contrair um bom casamento e criar filhos. Ou seja, a ênfase da educação feminina não está mais no papel materno, mas sim na preparação delas para enfrentar o mercado de trabalho. Sobretudo nas classes sociais mais favorecidas (Durham, 1983), elas são criadas para serem boas profissionais e terem seus próprios sustento. Essa mudança de foco educacional fez com que as mães não mais criassem suas filhas somente para exercerem exclusivamente o papel de mães.

Como visto no capítulo anterior, não há dúvidas de que a inserção da mulher no mercado de trabalho, contribuindo para o declínio do sistema patriarcal e minando a hegemonia masculina, provocou e continua a provocar muitas transformações nas relações conjugais e familiares atuais. Roudinesco (2003) nos mostra que hoje existe uma diversidade tão grande de tipos familiares – desconstruída, recomposta, monoparental, homoparental, clonada, gerada artificialmente - que a família ocidental de hoje está sujeita a uma grande desordem. Hoje, as mulheres podem dominar a procriação, os homossexuais podem participar do processo de filiação e o pai, não é mais o pai-patriarcal. Ele está assumindo um papel “maternalizante” (Roudinesco, 2003, p. 179), ao aumentar gradativamente o seu envolvimento masculino nos trabalhos domésticos. A vida definitivamente mudou!

Na verdade, na visão Roudinesco (2003) assistimos a um empoderamento de uma camada de mães que, além de serem detentoras da ordem procriadora, têm ainda o poder de designar ou de excluir o pai de seu filho. Mesmo com a presença do pai em casa, é ela quem continua tendo as maiores responsabilidades de controlar, educar e criar os filhos. Resta-nos saber se este empoderamento apontado por Roudinesco (2003) tem trazido de fato mais poder, ou mais carga de trabalho e responsabilidades para a mulher.

Em uma análise macrossistêmica, ficam claras as transformações da posição da mulher no contexto social, que cada vez mais vem ocupando seu espaço no mercado de trabalho e ampliando sua representatividade na sociedade. Porém, no âmbito familiar, observa-se que ela vem abarcando maiores responsabilidades e, agora, integra tanto as funções de cuidado, nutrição, afeto, entre outras que já lhe cabiam, como também, o papel principal de disciplinadora, além de ser uma participante ativa na divisão das despesas domésticas, quando não de arrimo de família.

Assim, o fato da mulher gerar vida, fato que poderia representar o seu poder equivalente ao falo, como afirma a teoria psicanalítica, cai por terra, pois, ao se submeter à maternidade, passa a ser “engolida” pelo papel de mãe e esse poder é posto a serviço da humanidade. Tal realidade coloca a mulher num lugar de subordinação, fazendo prevalecer as funções maternas em detrimento das outras manifestações possíveis do feminino (Beauvoir, 1980). Por isso, apesar de existirem muitos casais experimentando novos arranjos familiares, ainda se observa hegemonicamente que a velha divisão de papéis insiste em se manter. O pai trabalha fora e, por isso, está “liberado” de participar ativamente da educação das crianças; e a mãe, mesmo que trabalhe fora e contribua para o sustento da família, ainda resiste em abandonar o que fez durante tanto tempo – responsabilizar-se “sozinha” pelos cuidados para com a sua prole:

Para o homem, a casa é o “repouso do guerreiro”. Para a mulher que trabalha fora, é o seu segundo turno, muitas vezes até mais desgastante que o primeiro, porque lhe sobra pouco tempo para dar conta de todas as tarefas que se impõe: ver se os filhos estão machucados ou doentes, se fizeram as tarefas escolares, se a casa está arrumada, se não falta mantimentos na despensa e ainda preparar o jantar para receber o guerreiro cansado (Tiba, 2002, p.36).

Portanto, apesar deste novo contexto, o mito social relativo ao papel feminino demonstra-se preponderante (Falcke & Wagner, 2000). O pai continua sendo sempre mencionado, reverenciado e merecedor dos louros da família. Ainda sobrevive a cultura de que a última palavra é a sua (Tiba, 2002). O conceito de maternidade e as responsabilidades desta função continuam baseados em um modelo rígido e antigo, que parece resistir bravamente às mudanças no mundo pós-patriarcal. Dessa vez, recorremos à Rocha-Coutinho (1994):

Ainda hoje, por trás de discursos e à margem de declarações oficiais, se ouve a opinião de que o lar e a educação dos filhos sempre foram e devem continuar sendo atribuições das mulheres e que, devido à sua constituição física e espiritual, as mulheres devem ser afastadas do trabalho físico pesado, bem como das atividades que lhes exigem muito intelectualmente" (p.42).

Nessa vertente, Trindade (1993) afirma que a manutenção dos efeitos da socialização diferenciada entre meninos e meninas continua sustentando a divisão tradicional de papéis: a continuidade da maternidade como condição estruturante da identidade feminina e do sucesso profissional como uma necessidade para a construção da identidade masculina. Isso tem contribuído significativamente para a manutenção das concepções arcaicas da maternidade e da paternidade, apesar das transformações já visíveis na relação dos homens com a paternidade.

O estudo de Falcke e Wagner (2000) confirma essa percepção. Neste, pôde-se demonstrar que as mulheres, tanto mães quanto madrastas, ainda trazem um forte legado transgeracional relacionado ao estereótipo de gênero, ainda que muitas mudanças sociais venham ocorrendo nesses últimos tempos. Neste caso, pode-se perceber a força e o poder do mito da maternidade perfeita como uma idéia muito presente, ao qual as mulheres respondem de forma quase automática.

Neste processo, é imperioso reconhecer então que, apesar das intensas e progressivas mudanças que vêm ocorrendo no sistema patriarcal - mudanças com relação à divisão no trabalho, com relação à estrutura das famílias, do papel da mulher, brilhantemente comentadas por Castells (1999), a atitude em relação às mulheres pouco mudou (Rocha-Coutinho, 1994). A participação no trabalho remunerado não mudou o fato de que, quando estão em casa, cabe às mulheres a responsabilidade quase total pelos filhos (Chodorow, 1990). Ou seja, flashes capturados do cotidiano das famílias mostram que o mundo mudou, mas nem tanto assim!

Esta constatação é muito bem expressa nas palavras de Forna (1999), com a qual somos obrigadas a concordar: “Apesar das mudanças no trabalho e na vida da família de milhões de mulheres, apesar de falar numa era de *pós- feminismo*, a atitude em relação às mães continua colada na idade das trevas”(p.78). Enfim, continuamos a viver numa sociedade machista.

Para pensar esta contradição, podemos recorrer também a Chodorow (1994, citado por Castells, 1999), que discorrendo sobre esta manutenção dos papéis sociais nos faz um alerta:

Mulheres, na qualidade de mães, geram filhas com capacidade maternal e o desejo de elas próprias tornarem-se mães (...) em contrapartida, as mulheres como mães (e os homens como não mães) geram filhos homens cuja capacidade e necessidade de criar filhos têm sido sistematicamente reduzidas e reprimidas. Este fato prepara os homens para sua função considerada primordial, a participação no mundo impessoal e extra-familiar representado pelo trabalho e pela vida pública.” (p. 265)

Durham (1983) argumenta que, para responder a essas questões, é necessário analisar em que medida as variações familiares existentes correspondem a adaptações ou extensões do modelo hegemônico, ou até que ponto implicam em sua contestação. Para essa análise, porém, é necessário distinguir o significado da família para as diferentes classes sociais. Segundo interpreta esta autora, para as classes populares, o aumento de famílias matrifocais, sem provedor masculino estável, "podem ser antes uma demonstração da impossibilidade de organizar a existência em termos mínimos aceitáveis do que, na verdade, um modelo alternativo de família" (Durham, 1983, p. 34). Na medida em que se preserva a tradicional divisão sexual do trabalho - pai-provedor e mãe-doméstica - mesmo em lares onde as mulheres contribuem para o sustento familiar, "exceções ao modelo, mesmo freqüentes, não significam necessariamente nem sua contestação nem a emergência de modelos alternativos" (1983, p. 35).

Ao considerar pois, que a mãe e/ou outras mulheres da família têm tido a responsabilidade maior na educação das crianças e que, portanto, seu papel na transmissão de princípios e valores é muito importante, verificamos que, na realidade, é a mulher quem tem se encarregado da reprodução de representações que a inferiorizam e oprimem. Então, as atuais avós, apesar de criarem suas filhas para o mercado de trabalho, continuam cobrando delas a “velha” maternidade e netos. Este legado transgeracional é evidenciado por Chodorow (1990), ao constatar que ainda hoje a maioria das mulheres continua a maternar, a se casar e a violência contra elas não está diminuindo.

Acontece, porém, que até há alguns anos atrás, quando as famílias eram mais numerosas, era comum a filha mais velha cuidar do irmão mais novo. Dessa forma, quando tinham seus próprios filhos, sentiam-se mais capacitadas e seguras em assumi-los. Hoje em dia, é mais difícil passar por esta experiência, já que em muitas famílias o número de filhos tem diminuído consideravelmente e seus membros saem para trabalhar. Assim, à medida que as famílias se tornam menores, os filhos não têm a oportunidade de adquirir conhecimentos tratando dos irmãos mais novos; deste modo somente, quando se tornam pais, percebem que desconheciam por completo o que na realidade significa ser pai e mãe.

Nos cursos pré-natais, as futuras mães dizem muitas vezes que nunca pegaram um bebê no colo, nunca viram uma criança recém-nascida, nem tiveram oportunidade de observar

de perto uma mãe tratar do bebê. “Não há lição de puericultura ou aulas práticas com uma boneca de borracha numa banheira que possam suprir esta lacuna.”, afirma categoricamente Kitizinger (1978, p.44). Mesmo diante dessas lacunas, continuamos a cobrar das mulheres o “velho modelo de mãe”; porém, as mulheres de hoje já não são preparadas, não sabem e nem querem cuidar de seus bebês como suas mães faziam.

Obviamente, é importante relativizar esta afirmação, visto que não podemos generalizá-la a todas as mulheres e de todas as culturas, camadas sociais, afiliação religiosa, meio urbano ou rural, sobretudo porque esses fenômenos são observados prioritariamente nas famílias burguesas, de acordo com Durham (1983). Certamente, há na diversidade do mundo feminino muitas mulheres que ainda se encaixam neste antigo modelo.

Há ainda outro importante elemento a ser considerado na constelação que sustenta a maternidade na era contemporânea: a supervalorização dos filhos. O controle da natalidade, fez com que, a partir dos anos 70 do século XX, a cultura do filho único se propagasse. Nesse contexto, um filho passou a ser considerado uma nova espécie de riqueza, o que, por sua vez difere da situação da família que atuava como uma unidade econômica, como acontecia no século XVIII, quando em contextos rurais, todos fossem jovens ou velhos eram considerados mão de obra e a sobrevivência da família dependia do trabalho de todos os seus membros (Kitzinger, 1978; Tiba, 2002). Assim, um filho era “apenas mais um” e não tinha um lugar de destaque.

Até o século XVIII, inclusive a infância era curta e dura. A relação mãe-filho, tão exaltada nos tempos modernos, mal existia. Em *Centuries of childhood*, o historiador Philippe Ariès (citado por Forna, 1999) fala que a “idéia de infância” era alguma coisa que simplesmente não existia, um conceito estranho à sociedade. A criança nascia e, se sobrevivesse, recebia apenas o sustento que se julgava necessário e muito pouca atenção. Então, “sem a existência da infância, impõe-se à razão que o estado interdependente da maternidade também não existia” (Forna, 1999, p. 36).

Hoje, um filho tem um “valor de uma jóia rara!” (Tiba, 2002, p.48). Na nossa cultura da América, o planejamento é para no máximo dois filhos, nas classes mais favorecidas, afirma Tiba (2002). Kitizinger (1978) também nos fala que a educação de dois ou, quando muito, de três filhos tornou-se a função principal da família moderna. Nasce assim, uma riqueza instintual, idealizada para garantir a conservação da espécie, e espiritual, como realização humana. As crianças passaram a ser supervalorizadas, tanto pelo Estado como pela família. Há quem afirme inclusive, que estaríamos vivendo na era do Filiarcado (Grunstun, & Grunstun, 1984).

No que tange a psicologia, vários autores, como Badinter (1985), Chodorow (1990), Maldonato, Dickstein e Nahoum (2000), apontam que a preocupação com os problemas emocionais das crianças é disseminada a partir das influências da teoria psicanalítica desenvolvida por Freud. É a partir deste autor que os filhos passam a ser reconhecidos como seres humanos dotados de desejos e necessidades emocionais; e à mãe recai a principal responsabilidade no seu desenvolvimento equilibrado e saudável. A psicanálise argumenta que a presença física da mãe é fator decisivo para o desenvolvimento adequado da saúde mental dos filhos.

Na psicanálise, postula-se que a mãe é o objeto primário de amor para homens e mulheres. A mãe é responsável pela diferenciação do filho e pela futura identificação, já que o bebê nasce em um estado de simbiose com a figura materna. A esta figura cabe suprir o amor e as necessidades da criança. Assim, a mulher continua sendo concebida como ser destinado a parir e amar o filho que recebe. A maternidade continua sendo designada como uma graça recebida de Deus.

A partir das distinções feitas por Freud autor para a superação do complexo de Édipo, fenômeno estruturador da personalidade humana, aponta as dificuldades femininas no que diz

respeito à conquista de sua identidade. E esta identidade feminina é vinculada à capacidade de ser mãe e gerar uma nova vida. No Édipo, a menina constrói a fantasia de que é um ser incompleto, devido à falta do pênis. Pela “inveja do pênis”, ter um filho, é a única forma que lhe permite sua completude como mulher. Infelizmente, apesar de serem amplamente combatidas pelas feministas atuais, como destaca Aleixo (2005) em seu trabalho de tese, essas teorias ainda são bastante difundidas e tomadas como verdades inabaláveis nos meios psicanalíticos.

Percebemos que a teoria freudiana é amplamente fundamentada pela concepção familiar existente na época em que o autor pensava e escrevia. Assim, podemos supor que não foi por coincidência que as teorias de Freud e sua filha Anna, sobre a importância da presença e atenção maternas como determinantes para o bom desenvolvimento psicoafetivo da criança, acabaram por corroborar e apoiar cientificamente as tendências dos anos 50: mandar as mulheres de volta para casa!

Em uma sociedade em que a mulher normalmente trabalha fora, também é responsável pelo orçamento familiar e cultiva interesses diversos, o fato de ter *esse* filho precioso acarreta conseqüências diversas. Passados mais de trinta anos do início do movimento feminista, ainda estamos nos debatendo sobre os efeitos das creches nos filhos de mães que trabalham fora e culpando-as, assim como as mães solteiras ou divorciadas, pelos problemas dos filhos (Forna, 1999).

Portanto, o que pode parecer apenas a ascensão da mulher para um *status* “superior”, fruto dos movimentos feministas, mostra, também, a honerosa sobrecarga do quádruplo papel. Hoje, nos lembra Castells (1999), resta à mulher congregar tanto o papel de provedora como o de responsável pelos cuidados domésticos, responsável pela criação dos filhos, além de ser também a zeladora dos vínculos afetivos familiares e conjugais e preferencialmente, sem se queixar.

Dados do último relatório sobre a saúde da mulher do Ministério da Saúde (Brasil, 2004) confirmam este fenômeno. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (citado por Brasil, 2004, p.21) “mulheres representam 50,77% da população brasileira, mas, apesar de serem maioria, são tratadas como cidadãs de segunda classe”. Sofrem discriminações nas relações sociais, principalmente nas relações de trabalho e na sobrecarga do trabalho doméstico. Apontam que essas condições são reforçadas pelas desigualdade de gênero, visivelmente arraigada na sociedade brasileira.

Este relatório demonstra ainda que 71,3% das mulheres empregadas ganham até dois salários mínimos, contra 55,1% dos homens. Aquelas que ganham mais de cinco salários representam apenas 9,2% da população feminina economicamente ativa, contra 15,5% dos homens. As mulheres, além de ganharem menos, estão concentradas em profissões mais desvalorizadas, têm menos acesso a espaços de decisão no mundo político e econômico, sofrem mais violência (doméstica, física, sexual e emocional), vivem a tripla jornada de trabalho, dentre outros problemas citados que comprometem o seu desenvolvimento e saúde mental. Esses dados revelam que ainda há muito o que se fazer para distanciar satisfatoriamente a qualidade de vida das mulheres de hoje das de “Atenas”!

Nesse novo estilo de vida familiar, os vários fatores que interagem de forma complexa têm um papel tanto enriquecedor como deletério para a saúde da mulher. A realização profissional, por exemplo, proporciona, simultaneamente, benefícios na auto-estima e acúmulo de papéis. Esta realidade atual implica numa redistribuição dos papéis de homens e mulheres que têm resultado em sobrecarga para elas. Mas o que se observa é que esta redistribuição caminha de forma desigual. Há um crescimento acelerado com índices cada vez mais altos de mulheres saindo de casa e adentrando o mercado de trabalho, enquanto a participação masculina nos trabalhos domésticos vem crescendo lenta e gradualmente (Trindade, 1998; Chodorow, 1990; Chodorow, 1978 citado por Castells, 1999).

Em outras palavras, poderíamos afirmar que a mulher saiu para o mercado de trabalho sem contudo deixar de ser mãe e nem por isso, os homens se tornaram mais pais. Só recentemente alguns começaram a participar mais ativamente da educação dos filhos. Por outro lado, tanto homens quanto mulheres estão enfraquecidos no exercício de suas funções. As mulheres estão confusas, desejam ter sua independência financeira, ter sucesso profissional, serem boas amantes, serem belas, sexualmente atraentes, e continuam tendo que atender a expectativa do mito da mãe perfeita, exigência que implica em tempo e disponibilidade (Catão, 2001)<sup>7</sup>.

Diante desse quadro, Maldonato (2000) também chama atenção para esta tendência em culpar a mulher - um aspecto importante da mentalidade higiênica e na história da medicina, sobretudo no Brasil. A mãe do século XVIII era a auxiliar dos médicos; no século XIX, colaboradora dos religiosos e dos professores. Já no século XX, assume outra responsabilidade - a de cuidar do inconsciente e da saúde emocional dos filhos. A mãe se vê, atualmente, diante de uma superabundância de conselhos, freqüentemente conflitantes, para educar seus filhos. Normalmente, os conselhos são sempre apresentados como “o melhor para o bebê”, ficando a mãe em segundo plano. Em função das necessidades do filho, tudo deve ser sublimado e adiado. Roudinesco (2003, p. 146) definiu esse fenômeno como “um fosso irreversível que parece ter se cavado entre o desejo de feminilidade e o desejo de maternidade, entre o desejo de gozar e o dever de procriar”. A consequência disto, diz Forna (1999), é que as mães se transformaram em verdadeiros “trapezistas de circo”, voando sem rede de segurança, sem poder se dar ao luxo de um único erro, sob pena de sentirem a famosa “culpa materna”.

Frente a tudo o que foi exposto no referencial teórico deste escrito até o momento, podemos concluir que, revendo a condição de vida das mulheres sob uma ótica histórica, essas têm sido subalternas, inferiorizadas e pressionadas por uma sociedade que sempre exigiu delas muitos deveres e obrigações e quase nenhum direito. Entre essas exigências, espera-se que a mulher goze de boa saúde para procriar, seja sexualmente ativa e disponível, gere filhos sadios e que, mesmo sem apoio para realizar as tarefas que lhes são atribuídas, ainda amamente, cuide, proteja, alimente e eduque os filhos, sem reclamações e comportando-se de maneira terna, compreensiva e sedutora (Nogueira, 2004). Qual seria, então, o papel da DPP neste contexto histórico-social? Impelidos a compreender esta questão, passaremos a apresentar os passos para a construção do seu estudo, no capítulo seguinte.

---

<sup>7</sup> Comunicação pessoal no seminário: “Importância da primeira infância para a saúde mental do indivíduo no IV Encontro Nacional sobre o Bebê”, ocorrida no dia 30 de novembro de 2001 - mesa redonda, em Brasília, DF.

## CAPÍTULO 5

### A CONSTRUÇÃO DO ESTUDO

*“Científico não é o que foi verificado,  
mas o que se mantém discutível”  
Pedro Demo*

#### 5.1 – O EMBATE EPISTEMOLÓGICO DA ATUALIDADE

Nas últimas décadas do século XX, começamos a assistir à queda da hegemonia do modelo positivista no modo de fazer ciência (Lüdke & André, 1998; Demo, 2001; Morin, 2003; Alves-Mazzotti & Geeandsznajder, 2004, Martínez, 2005, González Rey, 2002, 2005a). A obsessão pela objetividade da realidade e pela neutralidade do pesquisador e do sujeito, que sempre foi marca ostensiva no paradigma modernista da ciência, correspondendo menos ao que seria a realidade, do que às expectativas do método de análise, foram colocadas em xeque pela ciência pós-moderna (Demo, 2001; Alves-Mazzotti & Geeandsznajder, 2004). Assim, o paradigma clássico que se fundava na suposição de que a complexidade do mundo dos fenômenos podia e devia resolver-se a partir de princípios simples e lei gerais começou a ruir.

Os princípios positivistas, como o universalismo, o determinismo e o reducionismo, que se revelaram fecundos para o progresso das ciências naturais, como a física newtoniana, já não eram suficientes para dar conta das novas questões que se apresentavam no final do século passado (Alves-Mazzotti & Geeandsznajder, 2004): a cura das doenças crônico-degenerativas, a complexidade da partícula subatômica, a microfísica, a termodinâmica, entre outras tantas.

Essas questões complexas têm imposto questionamentos aos cientistas que se vêm confrontados com novas verdades e com inúmeras incertezas sobre algumas “verdades” estabelecidas há muito tempo pela ciência (Castro, 2003, citado por Morin, 2003; Alves-Mazzotti & Geeandsznajder, 2004). A concepção de realidade da ciência modernista, que é uma “simplificação grosseira, a reboque da obsessão metodológica, a ponto de considerar real apenas o que o método consegue captar e formalizar” (Demo, 2001, p. 9), já não é consenso entre os cientistas atuais.

Esta “crise” do positivismo impôs a necessidade de estabelecimento de um novo paradigma que rompesse com os limites do determinismo e da simplificação, e incorporasse o acaso, o obscuro, o imaterial, a probabilidade e a incerteza como parâmetros necessários à compreensão da realidade atual, constata Morin (2003).

Assim, o momento atual é caracterizado por um embate no campo da ciência. De um lado, encontra-se o paradigma hegemônico empírico-positivista e, do outro, o que se convencionou chamar de paradigma subjetivista-construtivista-interpretativo (Brito & Leonardos, 2001). Grosso modo, este embate é apresentado pelas pesquisas que seguem o método quantitativo, representando o primeiro paradigma, e as pesquisas que adotam o método qualitativo, representando o segundo paradigma.

#### 5.2 - A CRISE DOS PARADIGMAS

Horizontes pós-modernos nos sinalizam que a realidade se revela cada vez mais complexa e, por isto, não se acredita mais que a ciência possa ser dissociada nem do cientista e nem da sociedade, tanto porque é a ciência o produto da comunidade de pesquisadores que estão sempre inseridos em culturas determinadas e determinantes (González Rey, 2005a).

Observa-se uma rápida disseminação de pesquisas qualitativas que demonstram a necessidade de surgimento de novas formas de aproximação do real, a partir de um novo



modo de conceber a realidade e a pesquisa (Lüdke & André, 1998, Alves-Mazzotti & Geeandsznajder, 2004). Apesar da crescente popularidade dessas metodologias, ainda parece existir muitas dúvidas sobre o que realmente caracteriza uma pesquisa qualitativa, quando é adequado ou não utilizá-la e como se coloca a questão do rigor científico nesse tipo de investigação (Lüdke & André, 1998; Britos & Leonardos, 2001).

É necessário esclarecer que tanto o método quantitativo quanto o método qualitativo têm recebido críticas da comunidade científica. O primeiro, por ser considerado limitado demais para ser utilizado em pesquisas que buscam apreender a subjetividade do sujeito. O segundo método tem sido criticado pela sua impossibilidade de ser replicado, e seus resultados dificilmente observáveis (Ghiglione & Richard, 1994; Alves-Mazzotti & Geeandsznajder, 2004).

Aparentemente, os resultados obtidos através do método quantitativo são mais objetivos, precisos e replicáveis, mas também podem ser estéreis e inoperantes, fornecendo pouco respaldo para uma compreensão global dos processos psicológicos intervenientes. Geralmente, seus resultados não são suficientes para explicar as percepções, emoções e experiências das pessoas, tendo em vista que a subjetividade não pode ser reduzida às diversas escalas psicométricas amplamente utilizadas neste método (Ghiglione & Richard, 1994; Alves-Mazzotti & Geeandsznajder, 2004).

O método quantitativo é mais usado em pesquisas objetivas, realistas e validadas, realizando correlações entre variáveis, cujas hipóteses são testadas experimentalmente. Já o método qualitativo visa a exploração e o entendimento de questões que afetam a vida das pessoas e de suas vivências. É mais flexível e adaptável. Estuda a vida humana como acontece: “a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento” (Lüdke & André, 1998, p. 11). Para Ghiglione e Richard (1994), este método está relacionado à descrição do sujeito na sua singularidade e também na sua totalidade, reconhecendo as múltiplas referências, a globalidade e complexidade do seu objeto.

Por outro lado, adeptos do método quantitativo afirmam que as pesquisas qualitativas realizadas sob a égide dos pressupostos do método qualitativo “não passam de uma versão mais leve e menos fidedigna da *real thing* da qual são feito os bons estudos quantitativos” (Eisner & Peshkin, 1990, citado por Brito & Leonardos, 2001). González Rey (2002, 2005a) corrobora esta idéia afirmando que muitos estudos que se dizem qualitativos, na verdade, seguem uma metodologia quantitativa, disfarçado pelo uso de instrumentos qualitativos/projetivos que encobrem uma maneira positivista de fazer ciência. Para este autor, a diferença entre qualitativo e quantitativo é, portanto, epistemológica e não metodológica.

Na verdade, alguns autores como Brito e Leonardos (2001) afirmam que há um “pseudo-embate” entre os paradigmas anteriormente citados. Observa-se uma pressa em definir um novo paradigma que, na opinião dessas autoras, revela uma grande contradição existente nas metodologias qualitativas. Para elas, tanto a preocupação dos pesquisadores da linha subjetivista-constructivista-interpretativa em definir critérios de rigor e medidas de qualidade, quanto a tendência convergente de definir rapidamente um novo paradigma para as pesquisas qualitativas revelam que “sonho cartesiano da certeza” (p. 7) também habita a mente destes pesquisadores pós-modernos. Isto sugere a presença de resquícios da metodologia quantitativa (González Rey, 2002). Para alcançar uma visão complexa da realidade, não podemos nos fechar em um paradigma, afirmam Brito e Leonardos (2001).

Demo (2001) é outro autor que enriquece este debate, demonstrando um posicionamento mais flexível e crítico. Para ele, apesar dos abusos, não podemos negar o quanto a ciência avançou por meio do método lógico-experimental. Sua grande vantagem está em poder ser replicado por quem duvide ou queira refazer o mesmo percurso, o que não se aplica com a mesma facilidade no método qualitativo. Por outro lado, Demo (2001)

também reconhece o que ele classifica como “os exageros da crítica pós-moderna” a este método, sobretudo por suas próprias contradições da crítica, ao ser “muito pouco auto crítica das meta-narrativas circulares, da fragmentação cômoda de todas as teorias e respectivo relativismo, bem como de um posicionamento iconoclasta fácil de quem ainda tem menos a oferecer” (Demo, 2001, p. 9). Ele também reconhece que na perspectiva científica pós-moderna há tópicos muito coerentes que revelam uma tessitura complexa e não linear da realidade, inclusive da realidade natural, tão necessárias à abordagem adequada do fenômeno humano.

Em função dessas contradições, Brito e Leonardos (2001) chamam atenção para a necessidade de uma atitude cautelosa diante de tantas e tão rápidas transformações no campo científico. As autoras apresentam uma avaliação realística e, ao nosso ver, bastante pertinente quanto a este momento histórico da ciência, alertando para a precocidade em se afirmar um novo paradigma para o campo das ciências sociais e humanas, que lhes parece muito mais um embate pelo poder no meio científico e uma estratégia para silenciar um debate profícuo sobre pressupostos e princípios de uma campo promissor e ainda em construção. O próprio Morin (2003) reconhece que sua teoria da complexidade “permanece ainda, com certeza, uma noção ampla, leve, que guarda a incapacidade de definir e de determinar” (p.8).

Através da sua teoria da complexidade, Morin (2003) critica o paradigma clássico, pois, para ele, a ciência é intrínseca, histórica, sociológica e eticamente complexa. E enfrentar a complexidade do real significa confrontar-se com os paradoxos: da ordem/desordem, da parte/todo, do singular/geral, incorporar o acaso e particular como componentes da análise científica. É também colocar-se diante do tempo e do fenômeno, integrando a natureza singular e processual do mundo à sua natureza acidental e factual (Morin, 2003; Alves-Mazzotti & Geeandsznajder, 2004).

A contribuição de Morin é particularmente importante para as ciências sociais, vistas por muito tempo como impossibilitadas de apreender a complexidade dos fenômenos humanos para elevar-se à dignidade das ciências naturais (Lüdke & André, 1998; Figueiredo & Santi, 1999; Alves-Mazzotti & Geeandsznajder, 2004). Fatores não materiais que não fossem suscetíveis de serem medidos experimentalmente nos laboratórios foram considerados “epifenômenos” sem impacto sobre o organismo e, portanto, ficavam fora das investigações científicas (Figueiredo & Santi, 1999). Qualquer epistemologia que transcendesse a análise metodológica dos procedimentos científicos imposta pelo positivismo passaria a ser julgada como extravagante e sem significado (Chiatton, 2000). Por essa razão, inicialmente, as idéias de Morin foram severamente criticadas pela comunidade científica. Ele foi duramente contestado, incompreendido e marginalizado por muito tempo; e, hoje, é amplamente reconhecido no campo das ciências humanas e sociais.

Neste contexto, concordo com Brito e Leonardos (2001) que talvez ainda seja cedo e pouco produtivo legitimarmos um novo paradigma para as ciências. A permanência neste estado pré-paradigmático que, na realidade, é onde nos encontramos, parece ser necessário para um amadurecimento da pesquisa qualitativa e uma oportunidade para que não retrocedamos e tomemos o mesmo caminho clássico. Talvez fosse mais apropriado falarmos de “transição de paradigmas”, como faz Neubern (2004) ao nos convidar a transitar entre o incerto, o fugaz, entre o que escapa aos dedos da “mão positivista” que carregava a “certeza racionalista” e os parâmetros claros que buscavam assegurar a verdade. A este respeito, vale à pena retomar algumas palavras de Morin, sobre sua própria teoria:

Se a reforma do pensamento científico não chegou ainda ao núcleo paradigmático em que Ordem, desordem e Organização constituem as noções diretrizes que deixam de se excluir tornam dialogicamente inseparáveis (permanecendo, entretanto antagônicas), se a noção de caos, ainda não é concebida como fonte indistinta de ordem, de desordem e de organização, se a identidade complexa do caos e cosmo, que indiquei no termo *caosmo*, ainda não foi concebida, só nos resta começar a nos

engajar, aqui e ali, no caminho que conduz à reforma do pensamento. (...) Trata-se, enfim e sobretudo, de transformar o conhecimento da complexidade em pensamento da complexidade” (Morin, 2001, p. 8).

Neubern (2004) sugere que esta transformação se dê através da mudança de olhar sobre a realidade, que deve ser observada sob uma ótica inacabada, incerta, ligada à subjetividade daquele que procura, e que não vai encontrar respostas prontas e únicas, e nem objetos sólidos, mas que corre o risco de se perder por uma teia de articulações que não terminam.

### 5.3 - O CAMPO EPISTÊMICO DA PSICOLOGIA E SEUS IMPASSES: OS CAMINHOS ALTERNATIVOS PARA A CIÊNCIA PSICOLÓGICA...

Todo este embate científico apresentado anteriormente também teve grande impacto nas ciências psicológicas. Na verdade, “a psicologia tornou-se possível como ciência independente, no bojo desta crise” (Figueiredo & Santi, 1999, p. 84). Ainda hoje, a psicologia é alvo de críticas pelo estágio pré-paradigmático em que se encontra, pois a maioria de seus membros, não consegue estabelecer um consenso acerca de questões teóricas e metodológicas. O conhecimento permanece especializado e cada grupo adere à sua própria orientação teórica e metodológica (Chiattonne, 2000).

A pesquisa em psicologia exige a compreensão de processos não acessíveis à experiência objetiva, o que implica considerar o fenômeno em toda a sua complexidade de inter-relações, afirma González Rey (1992, 1993, 1995, 1997, 1999, 2001, 2002, 2005b). Esta tomada de consciência acerca da complexidade dos fenômenos psicológicos, da sua multideterminação e da possibilidade de múltiplos níveis de descrição e intervenção fez com que parte da psicologia também se apoiasse nas formas alternativas de fazer ciência. Para algumas de suas linhas teóricas e de pesquisa, o objeto de estudo da psicologia é a experiência subjetiva do homem, e este só pode ser tratado cientificamente se for de alguma forma ampliado o conceito atual de ciência, superando o paradigma positivista.

Vários projetos vieram em contraposição à concepção reducionista da psicologia, como o comportamentalismo ou o Behaviorismo Radical de Skinner, ainda que tenham sofrido com o rótulo de “não-científico”. Entre eles, podemos citar as Psicologias humanistas e a psicanálise, que até hoje sofrem com a estigmatização, por não atenderem aos critérios positivistas. Apesar disso, cabe lembrar as palavras de Figueiredo e Santi (2001, p. 63) ao lamentar que “os projetos de psicologia mais interessantes são os que mais dificuldade têm de se afirmar plenamente em termos epistemológicos e metodológicos”.

Neste cenário de transformações no pensamento científico da psicologia, destacamos as contribuições de González Rey através da sua construção teórica denominada inicialmente de Epistemologia Qualitativa (1992, 1993, 1995, 1997, 1999, 2001, 2002, 2005a) e, mais recentemente, de Teoria da Subjetividade de González Rey (2005a). Este teórico é atualmente um dos expoentes do “grupo alternativo” (Alves-Mazzotti & Geeandsznajder, 2004, p. 129), que se inscreve no esforço de diferentes psicólogos, tanto no Brasil quanto no exterior, de produzir formas de conhecimento alternativas ao empirismo, que caracterizou boa parte da produção do conhecimento em psicologia. Ele defende uma nova forma de fazer ciência psicológica, propondo-se a “traduzir” os revolucionários princípios iniciados pela teoria da complexidade de Morin para o campo da psicologia; assim, como também se propõe Neubern (2004), ao inserir os desafios epistemológicos da teoria da complexidade para a prática da psicologia clínica.

É precisamente nesta compreensão complexa do funcionamento psicológico humano e na teoria elaborada para sua construção que vemos a Teoria da Subjetividade de González Rey como uma forma por meio da qual o paradigma da complexidade se expressa na

psicologia. A apreciação de Martínez (2005) a esse respeito nos dá conta de que a teoria da Subjetividade de González Rey constitui uma “expressão do paradigma da complexidade na psicologia, cuja gênese se encontra no pensamento dialético, expresso no enfoque histórico-cultural do psiquismo humano” (p. 9).

De acordo com Martínez (2005) foi o próprio processo de desenvolvimento da sua Teoria da Subjetividade, que fez com que González Rey atentasse para a necessidade epistemológica e metodológica de procurar novos caminhos para a produção de conhecimentos sobre a subjetividade, sem abrir mão de considerar a complexidade de compreensão do psicológico. Por isso, foi necessário o seu profundo mergulho na produção e nos debates filosóficos e epistemológicos contemporâneos, quando encontrou o paradigma da complexidade tal como formulado na atualidade. Deste encontro, nasceu a Epistemologia Qualitativa, sua proposta epistemológica e metodológica para compreender e estudar a subjetividade humana.

Precisamente, com a publicação de seu livro *Epistemologia Cualitativa y Subjetividad*, em 1997, González Rey discute a questão do qualitativo e da subjetividade de forma explícita, como num marco epistemológico. Este é estreitamente associado com um posicionamento epistemológico orientado por uma compreensão histórico-cultural da subjetividade, desenvolvida desde uma perspectiva dialética e complexa. Nas suas várias obras, González Rey (1992, 1993, 1995, 1997, 1999, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005a e 2005b) enfatiza a necessidade epistemológica de haver novas formas de produção de conhecimento perante um novo desafio nesta área:

O estudo da subjetividade a partir de uma perspectiva dialética complexa e histórico-cultural voltada para a superação das dicotomias tradicionais que proliferaram na história do pensamento psicológico – social x individual, consciente x inconsciente, cognitivo x afetivo, intrapsíquico x interativo -, as quais, ainda que sejam consideradas superadas em muitos contextos, no momento da produção do conhecimento voltam a aparecer, de forma sutil e, com frequência, desapercibida (González Rey, 2002, p. xii).

Por esta visão complexa do homem, optei pelo referencial epistemológico qualitativo desenvolvido por este autor para desenvolver a minha pesquisa de doutorado. Passarei então a justificar esta escolha e a apresentá-la no tópico a seguir.

#### 5.4 - A ESCOLHA METODOLÓGICA

A escolha de um método diz respeito à escolha de um caminho a ser seguido. Dessa forma, deve considerar não apenas os instrumentos a serem utilizados, mas principalmente a concepção de natureza humana e de mundo à qual o pesquisador confia e acredita. Assim, a Epistemologia Qualitativa impõe maneiras de pensar o mundo e o ser humano implicado nele, maneiras estas congruentes e que se adequam à minha subjetividade.

A meu ver, a apreensão da subjetividade feminina, que é o nosso objeto de estudo, perderia seu brilho e riqueza de significações se construída pelas vias tradicionais de pesquisa, como bem nos alerta Scott (1990). Segundo esta renomada teórica do gênero, para emergir o sentido é imprescindível tratar o sujeito individual, seu contexto, e articular a natureza de sua inter-relação. Ela destaca que, para isso, devemos mudar alguns de nossos hábitos de pesquisa, como examinar melhor métodos de análise, conceber processos complexos e explicações significativas e, não, origens únicas, causas gerais e universais.

A epistemologia qualitativa propõe exatamente isso. Ela questiona as formas tradicionais de produção do conhecimento em psicologia, envolve a compreensão dos complexos processos que constituem a subjetividade, e não a predição, a descrição e controle

da realidade, ainda predominantes no âmbito das pesquisas acadêmicas. Ela inova ao ressaltar a importância do resgate do sujeito e da sua subjetividade, implicando no reconhecimento da essência única do ser humano e da importância da apreensão desta realidade subjetiva no processo de construção e desenvolvimento de idéias.

Assim, entendemos que preceitos da epistemologia qualitativa parecem corroborar as idéias de Scott (1990), o que reforça ainda mais a nossa escolha metodológica por este marco teórico, pois ambos os referencias – gênero e subjetividade - nos mostram ser a melhor forma de apreender nosso objeto de estudo – a vivência da maternidade sob o olhar das mães com sintomas de DPP.

## 5.5 - A EPISTEMOLOGIA QUALITATIVA: A CIÊNCIA ENQUANTO PRODUÇÃO HUMANA

Pesquisando as várias obras de González Rey sobre sua teoria, tentamos sistematizar seus principais pressupostos teóricos-metodológicos e epistemológicos que passaremos a apresentar a seguir. Iniciaremos, detalhando os três princípios considerados como fundamentais para a pesquisa qualitativa, tal como propõe González Rey (2002):

### 5.5.1- O conhecimento é uma produção construtiva-interpretativa

As constatações empíricas cedem lugar a uma construção de sentidos na qual pesquisador e pesquisado desempenham papéis ativos. O conhecimento não representa uma soma de fatos definidos pelas constatações imediatas do pesquisador no momento empírico e a metodologia deixa de ser vista como o conjunto de procedimentos que definem como usar os métodos científicos. A produção do conhecimento ocorre por meio de um processo aberto, irregular e complexo. A pesquisa constitui-se numa relação entre pessoas e não entre instrumentos, conforme a definição abaixo:

A pesquisa qualitativa não corresponde a uma definição instrumental, é epistemológica e teórica, e apóia-se em processos diferentes de construção de conhecimento, voltados para o estudo de um objeto distinto da pesquisa quantitativa tradicional em psicologia. A pesquisa qualitativa se debruça sobre o conhecimento de um objeto complexo: a subjetividade, cujos elementos estão implicados simultaneamente em diferentes processos constitutivos do todo, os quais mudam em face do contexto em que se expressa o sujeito concreto (González Rey, 2002, p.50-51).

De acordo com esse autor, na pesquisa qualitativa não se descobre só o que se busca, pois surgem elementos que, sem terem sido definidos pelo pesquisador, “se convertem em opções de peso teórico, que podem ser relevantes para o processo de construção de conhecimento” (p.87). A investigação passa a ser compreendida como processo cíclico, onde os métodos de apreensão da realidade passam a ser considerados como momentos que se constituem numa relação humana e dialógica entre o investigador e o investigado. Dessa forma, esta proposta metodológica busca legitimar o aspecto processual da construção do conhecimento, ao invés de defini-lo como uma expressão direta de instrumentos. O caráter interpretativo do conhecimento aparece pela necessidade de dar sentido às expressões do sujeito estudado, cuja significação para o problema de pesquisa só se dá de forma indireta e implícita.

### 5.5.2 - Caráter interativo do processo de produção do conhecimento

As relações entre pesquisador e pesquisado constituem-se como o cenário principal da pesquisa. O diálogo e a reflexão conjunta entre eles possibilita a emergência de aspectos importantes que estão subjacentes à expressão do sujeito diante da situação estudada. Os diálogos que se sucedem na pesquisa implicam um sujeito ativo, exigindo do pesquisador certa habilidade na definição de indicadores relevantes, a partir dos sistemas de relações que se desenvolvem no decorrer do próprio processo. Portanto, para González Rey assumir o

diálogo no processo de investigação implica que “investigador e investigado entrem em um processo conjunto de reflexão, no qual cada um vai saindo gradualmente de suas respectivas trincheiras para entrar em uma relação mais aberta, autêntica e franca, o que não é só relevante para a qualidade de informação produzida, mas para a própria ética da investigação” (González Rey, 2002, p. 269).

Para González Rey (2002), a qualidade e a complexidade da informação produzida pelos sujeitos pesquisados são condições essenciais para a construção do conhecimento sobre a subjetividade, e “só são alcançadas pela implicação daqueles nas redes de comunicação desenvolvidas pela pesquisa” (p.56). Nesse processo, o pesquisador e suas relações com o sujeito pesquisado representam elementos primordiais para a pesquisa. O envolvimento de ambas as partes facilita o surgimento de indicadores significativos, uma vez que surgem naturalmente através do interesse comum e da motivação para a reflexão conjunta. Essas concepções também são encontradas nas idéias de Demo (2001), nas quais defende que a informação qualitativa deve ser ostensivamente interpretada ao lidar com um “sujeito-objeto”, e não um mero objeto de análise. Ele reforça a concepção de González Rey, quando afirma que não conseguimos nos comunicar sem sermos parte do processo comunicativo, e que essa comunicação se faz mais pelo que há de implícito do que pelo que é dito explicitamente. Assim, a informação qualitativa não busca ser neutra ou objetiva, mas permeável à argumentação consensual crítica, dentro de meio termo sempre difícil exarar.

### **5.5.3 - A singularidade como nível legítimo da produção do conhecimento**

A singularidade é legitimada por constituir-se como realidade diferenciada a partir da subjetividade de cada sujeito. O singular representa um momento crucial para a produção da informação porque a produção do conhecimento psicológico se dá no âmbito individual. Cada caso fornece uma diversidade de informações que logo são incorporados na pesquisa como um todo. Assim, do ponto de vista qualitativo, não importa o número de sujeitos, e sim a qualidade de sua expressão. Dá-se importância ao estudo de casos como procedimento geral da pesquisa qualitativa, fato este que adquire seu valor para a generalização pelo que é capaz de apostar na qualidade do processo de construção teórica.

Portanto, a epistemologia qualitativa, ressalta González Rey (2002), se diferencia da quantitativa por reconhecer na dimensão da teoria a produção de idéias e pensamentos, e não a de pressupostos e categorias gerais que simplificam e limitam a produção deste. Então, como afirmam Booth, Colomb & Willians (2000), o valor do conhecimento não está no quanto ele pode ser generalizado, mas na capacidade de construção sobre o estudado e na sua capacidade de ajudar os outros a evoluir na compreensão e na maneira de pensar o tema pesquisado

Ressalta-se também o caráter singular do pesquisador, que a cada momento contribui com elementos inéditos e desafiadores para a pesquisa, questão desconsiderada na pesquisa quantitativa clássica: “a produção de conhecimento resulta de uma complexa combinação de processos de produção teórica e empírica que convergem no pesquisador, que, como sujeito da pesquisa, não segue de forma rígida e linear nenhuma das duas vias” (González Rey 2002, p.68). González Rey resgata sujeito-pesquisador como o centro da investigação, e a subjetividade reaparece no contexto científico após ter sido preterida por muito tempo pela objetividade e neutralidade do positivismo, no qual tanto o pesquisador e o pesquisado perguntam e respondem secamente, evitando envolvimento; tanto o pesquisador tenta não influenciar o pesquisado, quanto este deve apenas respondê-lo da forma mais objetiva possível (Demo, 2001).

Esses três princípios básicos dão suporte a outros fundamentos que norteiam o processo da pesquisa, na perspectiva da epistemologia de González Rey que, em termos práticos, estão interligados. Vejamos alguns deles:

### **5.5.4 - O problema de pesquisa**

A definição do problema de pesquisa nesta abordagem qualitativa, contrariamente à pesquisa positivista tradicional, não aparece como entidade estática, mas como um momento de reflexão do pesquisador no sentido de levantar questionamentos, sem pretensão de se chegar a respostas finais: “Ao conceber a pesquisa orientada para a produção de conhecimento, e não de dados, essas idéias começam seu complexo e contraditório curso no momento da definição do problema” (González Rey 2002, p.73).

#### **5.5.5 - O papel da teoria na construção do conhecimento:**

A teoria ocupa um lugar de destaque na produção do conhecimento, pois constitui-se num processo que vai além da relação sujeito-objeto: “nenhuma teoria pode ser considerada resultado final, capaz de dar conta em termos absolutos do estudado” (González Rey, 2002, p.60). A elaboração teórica é um processo gradativo que cresce por meio de sua própria história, na qual os “dados-indicadores” são ressignificados em diferentes momentos qualitativos. A elaboração teórica se desenvolve em dois níveis relativamente independentes entre si: o nível de produção teórica, que acompanha o curso da pesquisa empírica, e o nível de produção teórica, que caracteriza o desenvolvimento de uma teoria geral, a qual mantém relação ainda mais imediata e indireta com o empírico. Dessa forma, momento empírico e teórico caminham juntos, representando o último, um instrumento a ser investigado, contestado, o que conduz a novas descobertas e a mudança.

Para a epistemologia qualitativa, não existe uma separação rígida entre a teoria e o momento empírico, inclusive as especulações e contradições formuladas são bem vindas. O pesquisador está exposto permanentemente a se defrontar com o novo, motivo pelo qual se vê obrigado a desenvolver conceitos e explicações que dêem sentido às novas experiências, para incluí-las no processo de construção de conhecimento. Por essa razão, não há exigência de levantar hipóteses formais sobre o problema, pois não se tem objetivo de provar ou verificar o fenômeno, mas de descrevê-lo da melhor maneira possível, no sentido de construir um conhecimento a seu respeito (González Rey, 1997)

#### **5.5.6 - O papel do empírico na produção de conhecimentos científicos**

Nesse tipo de metodologia, contempla-se a dialética dos fenômenos que constituem o processo de conhecimento. As constatações empíricas cedem lugar a uma construção de sentidos na qual pesquisador e pesquisado desempenham papéis ativos. O pesquisador enfatiza os vários indicadores obtidos como elementos interligados e significativos, passíveis de interpretação subjetiva. O objetivo é levantar indagações, e não apresentar um resultado acabado e fechado em si mesmo, diferentemente da postura mais clássica da pesquisa qualitativa, na qual o momento empírico sempre foi reconhecido como a coleta de dados que logo seriam interpretados pelo investigador.

#### **5.5.7 - Os instrumentos para produção de informações**

A construção do conhecimento é um processo que acontece durante todo o desenvolvimento do estudo, e não apenas no momento de aplicação de instrumentos e busca de informações ou resultados. A definição dos instrumentos de pesquisa responde à necessidade gerada no decorrer do processo (González Rey, 1992, 1993, 1995, 1997, 1999, 2001, 2002, 2005b).

Vistos dessa maneira, os instrumentos utilizados para a produção de informações fazem parte da estratégia interativa planejada para o desenvolvimento da pesquisa. Por isso, devem facilitar ao máximo a expressão subjetiva do sujeito. Essa metodologia se propõe a utilizar instrumentos abertos e variados por facilitar a construção de indicadores relevantes da constituição subjetiva do sujeito. Enfim, entende-se que os instrumentos para a epistemologia qualitativa é uma ferramenta interativa, não uma via objetiva geradora de resultados capazes de refletir diretamente a natureza do estudado independentemente do pesquisador. Ademais, uma multiplicidade de recursos instrumentais pode ser usada no processo investigativo, pois não se limitam às primeiras expressões do sujeito diante deles

### 5.5.8 - “Os dados não são dados”

A coleta de dados, característica das pesquisas positivistas, é substituída na epistemologia qualitativa pela construção contínua e a valorização de todos os momentos que se referem à pesquisa. Faz-se a crítica à idéia de que os dados falam por si só, pois, na verdade, a realidade não é “dada”, mas construída! Ou, como afirmam Lüdke e André (1986, p. 4): “Os fatos, os dados não se revelam gratuita e diretamente aos olhos do pesquisador. Nem este os enfrenta desarmado de todos os seus princípios e pressuposições”. Assim, o momento empírico não representa apenas a “coleta de dados”, mas significa um momento de produção da informação, onde as idéias e os conceitos do pesquisador, assim como o momento histórico-social-cultural no qual este processo está ocorrendo, são momentos permanentes da produção da informação. Por isso, trabalha-se com indicadores, e não com “dados”. Os dados existem e se integram ao processo, mas não são considerados como fontes definitivas/absolutas das conclusões.

Assim, considera-se a realidade como um real subjetivado, e não como uma dimensão externa à subjetividade, que permite ao homem chegar a novos territórios do real, inacessíveis em termos de “dados” objetivos imediatos, possibilitando ainda, que o pesquisador seja em si mesmo o instrumento. A realidade entra na teoria não só como expressão da intencionalidade do pesquisador, mas por sua função constitutiva no pensamento humano. Não existe o objetivo de “enquadrar” ou “classificar” o sujeito estudado, como na postura mais clássica, mas, sim, enfatizar o sentido subjetivo de sua experiência. O sentido é adquirido por meio da construção e da interpretação do pesquisador, que legitima o “dado” pela sua capacidade de diálogo. Dessa forma, a pesquisa qualitativa não se destina a provar ou verificar nenhuma hipótese, mas sim construir conhecimento a partir da valorização da subjetividade humana.

Demo (2001) comunga desta postura científica de obter “dados” pela via da interpretação ostensiva, para além dos dados comumente buscados na pesquisa empírica estatisticamente controlada, pois chama atenção para o fato de que mesmo neste tipo de pesquisa o dado também é submetido ao efeito interpretativo, porque ele por si só, já é o resultado teórico e naturalmente exposto ao apelo ideológico e ao olhar subjetivo do pesquisador. Portanto, em vez da informação pretensamente “objetiva”, da qual não se poderia duvidar, vou privilegiar nesta pesquisa a informação interpretativa, da qual é necessário sempre duvidar e que precisa ser refeita. Este tipo de “dado” é portanto sempre construído, não simplesmente colhido.



## CAPÍTULO 6

### A CONSTRUÇÃO DO OBJETO

“ Daquilo que sabes conhecer e medir,  
é preciso que te despeças,  
pelo menos por um tempo.  
Somente depois de teres deixado a cidade  
verás a que altura suas torres se elevam acima das casas.”  
*Nietzsche*

Se a pesquisa será compreendida como uma construção, seu método deverá ser aberto, sujeito a revisões a idas e vindas, adequações e mudanças no meio do percurso (Penso, 2003). A descrição, a seguir, pretende retratar os caminhos percorridos para a construção do nosso objeto de pesquisa. Ressaltamos que, como propõe a Epistemologia Qualitativa, os momentos de aproximação e interpretação da realidade, resultando numa produção teórica, não são separados, ao contrário, interagem o tempo todo, num processo recursivo. Assim, as separações são meramente didáticas, com o objetivo de facilitar a compreensão de como esta investigação se constituiu.

#### 6.1 - O PERCURSO DE PESQUISADOR

Como vimos anteriormente, a forma de conhecimento exigida hoje em grande parte das ciências humanas, é o de um saber compreensivo e íntimo, que não separe o pesquisador, mas que o permita fazer parte do conteúdo que ele o mesmo estuda. Nesse sentido, essa metodologia adotada reconhece que as nossas trajetórias de vida pessoal e coletiva, os valores, as crenças e preconceitos estão de forma bastante presente no nosso discurso científico e na nossa forma de produzir conhecimento. Assim, o caminho percorrido pelo pesquisador, na esfera pessoal e profissional, abre espaço para a sua aproximação com a realidade, pois esse, como ser de história única e detentor de uma subjetividade, constitui-se como sujeito ímpar na redefinição de proposições e na visão de novas possibilidades a serem construídas e transformadas.

Baseada nesta premissa, descreverei, a seguir, meu percurso enquanto mulher no mundo, vivências, sofrimentos, percepções e superações, elementos constitutivos na definição da minha subjetividade, os quais viabilizaram a construção do meu “objeto” de pesquisa, como também permeiam o processo de construção e discussão desta elaboração investigativa.

##### **6.1.2 - Quem é a pesquisadora?**

Sou graduada em psicologia pela Universidade de Brasília- UnB, no ano de 1992. Como a maioria dos alunos em psicologia, tive uma formação generalista, mas com ênfase na psicologia clínica, área na qual realizei meus estágios curriculares. Apesar desta ênfase, no final da minha graduação, despertou-me o interesse a área da saúde. Desde então, os meus estudos e minha prática em psicologia vem se concentrando nesta área. Tão logo terminei minha graduação, realizei um estágio extra-curricular na Enfermaria de Cirurgia Pediátrica do HUB, que consolidou minha opção por esta área. Tanto que, algum tempo depois comecei a trabalhar como Psicóloga Hospitalar no Hospital SARAH.

Paralelo a minha admissão neste hospital, retornei à Universidade de Brasília para ingressar no Mestrado em Psicologia, pretendendo estudar as implicações psicológicas de curar-se e sobreviver ao câncer na infância. O resultado dessa investigação foi a produção de minha Dissertação de Mestrado<sup>8</sup>, concluída em 1997. Continuei trabalhando no SARAH,

---

<sup>8</sup>Dissertação intitulada: Sobreviver ao Câncer Infantil: uma vivência paradoxal, (Arrais, 1997), realizada sob a orientação da professora Dr<sup>a</sup> Tereza Cristina C. F. de Araújo.

onde pude aprimorar ainda mais meus conhecimentos e minha prática profissional. Durante os cinco anos em que trabalhei nesse renomado Centro de Reabilitação, atuei no Setor de Paralisia Cerebral Infantil, na Enfermaria de Pediatria, no Ginásio e Ortopedia Infantil, no Ginásio de Ortopedia Adulto e implantei o serviço de psicooncologia na enfermaria de Oncologia. Tive, portanto, a oportunidade ímpar de vivenciar as mais diversas problemáticas que envolviam crianças, adolescentes, adultos e suas famílias que enfrentavam a morte, patologias crônicas, degenerativas, mutilantes, enriquecendo, sobremaneira, minha experiência profissional e pessoal. Permito-me afirmar, inclusive, que a vivência profissional nesta Instituição de Saúde foi tão valiosa quanto uma pós-graduação.

Após esses anos de atuação no ambiente hospitalar, resolvi seguir a carreira acadêmica e passei a trabalhar como professora de Psicologia na Universidade Católica de Brasília. Nesta Instituição de Ensino Superior, onde trabalho até hoje, sou professora das disciplinas de Psicologia Hospitalar, Psicologia da Reabilitação, Intervenção em Crise, Estágio Supervisionado em Psicologia Hospitalar e Orientação de Trabalho Final de Curso. Nesta universidade também me envolvi em programas de Extensão Universitária, onde tive a oportunidade de coordenar o projeto de *Atenção a Portadores de LER/DORT* que era oferecido a funcionários da própria UCB e de outras empresas. Este tema me motivava bastante, pois ficava sensibilizada com o descaso e com o sofrimento físico e psíquico aos quais esta população era submetida. Minha motivação era tanta que decidi aprofundar-me teoricamente e sistematizar os meus conhecimentos provenientes da minha prática, em mais uma pós-graduação. Com essa inquietação, ingressei no Programa de Doutorado da Universidade de Brasília, sob a orientação do Professor Dr. Fernando Luiz González Rey, para investigar a configuração subjetiva dos portadores de LER/DORT.

O contato com este orientador me permitiu o aprofundamento em leituras sobre o pensamento pós-moderno na ciência e os questionamentos epistemológicos implicados, assim como me ajudou a definir qual seria a forma de compreender a realidade que eu me propunha a estudar e, conseqüentemente, as metodologias de pesquisa que eu adotaria. Identifico-me muito com esta nova forma complexa de fazer ciência, que vem se delineando nas últimas décadas. Acredito que eu mesma sou fruto dessas transformações, já que minha perspectiva metodológica também foi mudando ao longo do meu próprio desenvolvimento como pesquisadora. Vejo uma clara distinção entre o modelo metodológico adotado para realizar minha pesquisa de mestrado e o modelo que adotei na atual pesquisa de doutorado.

A investigação de mestrado constituiu-se de um estudo exploratório, que teve como objetivo descrever e compreender a experiência de sobreviver ao câncer sob o ponto de vista da criança e de seus pais, bem como identificar os significados por eles atribuídos à vivência da doença e do tratamento e evidenciar os modos de reinserção e adaptação. Esta investigação foi desenvolvida com base no método clínico, mas privilegiando uma metodologia integradora que permitisse uma abordagem complementar entre as análises quantitativa e qualitativa dos dados. Apesar de reconhecer que, naquela época, eu já valorizava a experiência e a subjetividade do sujeito ao integrar uma perspectiva qualitativa no estudo, num esforço para superar as reminiscências do positivismo, hoje, avalio que esta integração, entre os métodos qualitativos e quantitativos, foi talvez, uma forma disfarçada de continuar atendendo aos princípios positivistas, como bem alerta González Rey (2002).

Atualmente, me incluo no “modo alternativo” de construir a ciência. Na verdade, desde minha graduação em psicologia, nunca me identifiquei com a maneira reducionista que grande parte da psicologia tratava seu objeto de estudo e sempre procurei estudar linhas mais humanistas e psicodinâmicas. No entanto, ainda que não me identificasse, fui formada nos moldes cartesianos e, por isso, ainda hoje é muito difícil escapar do “fantasma do positivismo”. Esta tese de doutorado é mais um esforço para superar o olhar positivista e

poder compreender melhor, mais integralmente e legitimamente, o que entendo que seja o verdadeiro objeto de estudo da psicologia - *a subjetividade humana*.

## 6.2 - APROXIMAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A idéia deste estudo tem uma data precisa de nascimento. Ela nasceu três dias após nascimento da minha primeira filha, que está atualmente com 4 anos de idade. Foi quando percebi a necessidade de entender o que se passava comigo naquela ocasião.

A chegada de Ana Clara trouxe tanto impacto à minha vida que recorri aos livros, numa tentativa ingênua de me sentir menos impotente diante da “crise” em que estava imersa. “Vivi na pele” a revolução que a maternidade provoca em todas as dimensões de nossas vidas: profissional, conjugal, familiar, social, emocional, financeira, existencial... E percebi que as mães estão muito sós, ou melhor, quase sempre estão acompanhadas da *culpa*. Passei, então, a me dedicar e a estudar a maternidade e suas repercussões, incluindo a DPP.

Minha filha foi muito desejada e planejadíssima! Cheguei a calcular o dia mais viável para o seu nascimento, de modo que eu pudesse aglutinar a licença maternidade com minhas férias docentes e para ficar mais tempo dedicada *exclusivamente a ela*. Preparei durante anos o “terreno” para a sua chegada. Aguardei estar com minha vida profissional e conjugal mais estáveis, aguardei concluir minha pós-graduação, esperei ter uma idade mais madura, na esperança de que isso garantisse a famosa maturidade emocional para ser mãe.

Engravidei na primeira tentativa para concebê-la, aos trinta anos. Desde o momento da concepção, o qual acho que sei precisar a hora e o dia, tive certeza de que ela estava a caminho. Sempre desejei ter uma menina e cheguei a sonhar, na noite em que ela foi concebida, que recebia um bilhete, num papel em forma de um vestido, onde estava escrito: “É uma menina!!!”. Três meses depois, descobri através da ultrassonografia que o bebê que eu gestava era de fato UMA MENINA!!! Para minha alegria, do pai e dos avós. Foi uma festa!

Estava correndo tudo dentro do sonhado. Tive uma gravidez maravilhosa, não sofri com enjôos, não adquiri muito peso, minha pressão arterial manteve-se estável, trabalhei normalmente. Minha filha crescia saudável e eu fazia questão de acompanhar seu desenvolvimento através das ultrassonografias (fiz umas dez durante a gravidez!). Preparamos o seu enxoval, o quarto, os álbuns, escolhemos o seu nome. Fiz parte de um grupo de gestantes, com encontros semanais. Fiz todo o pré-natal regularmente. No final da gravidez, quando estava com 39 semanas de gestação, comecei a entrar em trabalho de parto. Em poucas horas, estava dando à luz a minha filha, através de um parto vaginal, rápido e fácil. Até aqui estava tudo correndo muito bem, todos os meus desejos e sonhos estavam se realizando. Minha filha nasceu grande, saudável e parecia uma “linda bonequinha”!

Meu marido acompanhou o parto, se emocionou e chorou ao vê-la pela primeira vez. E eu, que me emocionei várias vezes enquanto estava grávida, imaginando o momento do seu nascimento, não chorei! Todos me diziam que era um momento mágico, único, de pura emoção, e não foi assim que eu senti. Fiquei muito mais preocupada em ver se ela estava bem, em garantir que meu marido se apaixonasse por ela e a acompanhasse nos seus primeiros momentos. Queria mostrá-la logo para minha família que aguardava do lado de fora do centro obstétrico. Talvez por isso, infelizmente, não fui tomada pela grande emoção, tão esperada. Foi a primeira grande decepção! Onde estava aquele amor todo que iria tomar conta de mim no momento em que eu colocasse os olhos em minha filhinha?

Depois, já no quarto, tentei amamentá-la ao seio. Não achei que teria maiores dificuldades, afinal bastaria colocá-la junto a mim que ela e eu saberíamos *instintivamente* como fazer. Outro engano! Minha filha apresentou dificuldades para pegar o seio, e chorava muito. Apesar de produzir muito leite materno- até me tornei doadora para bancos de leite - a amamentação virou um tormento. Meus seios fissuraram, a ponto de sangrarem enquanto ela

mamava. Era uma dor enorme. Ficava arrepiada quando chegava a hora de amamentá-la. Passava as noites acordada com medo de não ouvi-la chorar. Não conseguia compensar o sono de dia porque sempre recebia visitas de amigos e familiares que vinham dar as boas vindas e dar “dicas” de como eu deveria proceder. Resultado: ao final da primeira semana após o seu nascimento, percebi-me “à beira de uma ataque de nervos”! Além do enorme cansaço, sentia-me hipervigilante, chegando a apresentar piloereção, taquicardia e acentuada labilidade emocional. Olhava para minha filha e a achava linda demais, e eu não merecia tanto. Depois, chorava por achar que não conseguiria cuidar dela. Depois, sentia-me orgulhosa por ter “recebido” tamanho “presente” de Deus. Logo após, chorava de dor nos seios. Enfim, foram os dias mais intensos da minha vida!!!

Passei dias sem sair de casa, mal tinha tempo para tomar banho e me alimentar. Lembro-me da primeira vez que a levamos ao pediatra. Ela estava linda, com uma roupa rosa maravilhosa, laços nos cabelos, envolta em uma manta ricamente bordada. Era uma verdadeira princesa! E eu parecia a “gata borralheira”. Estava horrível, trajando um vestido de gestante, pois minhas roupas “normais” ainda não me cabiam, uma sandália baixa e o cabelo descuidadamente amarrado. Estava horrorosa e nem havia me apercebido disso. Nessa consulta o pediatra disse que minha filha não estava ganhando peso como deveria e que eu não a estava amamentando *suficientemente*. Nossa! Senti como se tivesse recebido uma facada no peito. Fiquei arrasada, mal contive o choro. Eu não estava sendo uma mãe *suficientemente boa*...

Os dias foram passando e me percebia muito triste, cansada e estressada. Perguntava-me onde estava aquela vida maravilhosa que um filho iria me trazer? Senti-me enganada por todos, pela sociedade, por minha família, pelo mundo! A maternidade não estava sendo “nada” do que haviam me dito. As outras mulheres, inclusive minha mãe e sogra, nunca haviam me contado esta parte da maternidade, a não ser de forma caricata: “ aproveite para dormir, enquanto o bebê não nasce, pois você nunca mais vai dormir na vida”, me diziam no final da minha gravidez. E eu pensava: “ não deve ser tanto assim, as pessoas estão exagerando, caso contrário, a mulheres não continuariam a ter tanta vontade de ter filhos!”. Minha sensação de ter sido ludibriada era tanta, que desejei recorrer a algum órgão competente para reclamar! Pensei no PROCON, mas este não atenderia a minha reclamação. Queria a minha vida “de volta”! O pior de tudo é que não me sentia a vontade para falar desta vivência para minhas amigas, minhas tias, e pessoas em geral. Parecia que algo estava errado na minha história enquanto mãe e eu não sabia o que era. Sentia-me inadequada e fracassada neste novo papel.

Foi imersa neste “caos” puerperal que passei a procurar informações que dessem sentido a esses sentimentos e comportamentos tão estranhos à concepção que eu tinha de maternidade. Recorri aos “livros”, já que percebia que as pessoas não conseguiam “ouvir” minhas “queixas”. Lembro-me bem de uma colega psicóloga que foi me visitar, do momento que eu tentei falar do que estava sentindo e ela disse: “ Imagine, você com DPP?” e riu. Neste momento, recuei e me senti fracassada não só como mãe, mas como também psicóloga. Como? Eu, psicóloga e mestre na área do desenvolvimento humano, não previ ou não sabia que tudo isso poderia acontecer?

“Devorava” cada artigo, cada livro que pudesse me esclarecer sobre o que estava me acontecendo. Passei a ler e a me interessar exclusivamente pelo tema da maternidade, e não conseguia mais ler sobre outros temas em psicologia, inclusive o tema do meu projeto original de doutorado. Apesar de reconhecer a importância daquela problemática, a mesma foi sobreposta pelas inquietações que a maternidade me trouxeram.

Foi neste contexto que encontrei, ouvi e li relatos de outras mães “desesperadas” e descobri uma rica literatura sobre a maternidade, que trazia “um ponto de vista diferente do que era ser mãe”. Lembro-me especialmente do livro de Moreira (1993) “*Ser mãe é padecer*,

*mas não no paraíso. É a ditadura do peito*". Além disto, comecei a conhecer outras mães que sofriam "sozinhas e caladas" como eu, e me dei conta de que este tema não era devidamente abordado pelos profissionais de saúde, nem mesmo por aqueles que lidam diariamente com as mães e seus bebês, como pediatras e ginecologistas/obstetras. Percebi, então, que esta temática da DPP e da maternidade merecia ser melhor estudada para que as mães e seus bebês fossem melhor diagnosticados e conseqüentemente tratados.

Foi pela vivência desta "revolução maternal" que abandonei o meu projeto inicial do doutorado e mudei meu objeto de estudo e de interesse a ser desenvolvido no programa de doutorado. Assim recomecei da "estaca zero", já no meio do doutorado, e passei a me aprofundar na literatura sobre a maternidade, relação mãe-bebê, psicopatologias do puerpério, filhos, etc. Esses temas passaram a ser meu foco de estudo. À medida que fui penetrando nesta área, tanto em termos teóricos como práticos, percebia o quão complexo e difícil era constituir este novo papel – ser mãe - e também quão igualmente complexo deveria ser o método para estudá-lo. Sentia também o quão solitária é esta nova empreitada psicossocial: criar um filho. Esta constatação me fez refletir sobre uma grande demanda por escuta e apoio represada que deveria existir em muitas mulheres, quando elas se deparam com a realidade da maternidade, assim como aconteceu comigo. Percebi que nós mulheres, sobretudo aquelas que estavam sofrendo com a depressão pós-parto, precisávamos nos ajudar a enfrentar esta nova realidade para construir uma maternidade mais saudável.

Foi com base nessa reflexão que resolvi criar o Grupo *de apoio e orientação a mães com DPP*, com o objetivo de ajudar - *a mais só de todas as mães* - aquela com este diagnóstico. Foi, portanto, o "grande encontro" com a maternidade, e ver as grandes surpresas, nem sempre agradáveis, que me motivou a fazer um trabalho, onde as mães fossem prioridade. Obviamente escutar as mães "ao vivo" seria fundamental para a construção desta tese. Mas, eu poderia fazer isto através de algumas entrevistas para "coleta de dados". Eu queria mais. Queria, de fato, proporcionar um espaço de escuta, para que elas (e também eu!) pudessem dividir seu sofrimento, suas alegrias, expectativas e experiências com a maternidade, sem serem alvo de julgamentos ou imposições culturais. Portanto, o grupo não seria apenas um trabalho de campo, mas seria em primeiro lugar, um espaço terapêutico.

Ademais, quando havia começado o grupo, descobri-me grávida novamente. Eu era a própria maternidade personificada! Acho que isso influenciou positivamente no trabalho, pois o fato de já ser mãe e de estar grávida, pareciam dar mais respaldo aos meus questionamentos, pois falava de um lugar sabidamente "vivido". As participantes do grupo viam que, mesmo sendo mãe, eu me permitia alguns questionamentos sobre a maternidade, muitas vezes polêmicos, e percebia que aquilo as mobilizava e dava abertura no mesmo sentido. Penso que era como se elas também pudessem se permitir questionar a maternagem que estavam vivendo, a partir do meu discurso. De certa forma, era como se tivessem um aval, de uma mãe, além de tudo psicóloga e professora, para também questionar.

E o questionamento é o instrumento "chave" neste trabalho de reconstrução da identidade feminina e materna. Disponibilizei-me em proporcionar este espaço, ainda que eu mesma também estivesse "tateando" no papel de mãe, pois mais do que construir uma tese de doutorado, me interessava melhorar a condição da mulher na nossa sociedade, denunciando a "farsa" da maternidade instintiva e cor-de-rosa!

Além disso, eticamente me sentiria pouco confortável em apenas "colher dados" sem oferecer nada em troca. Sinto uma obrigação ética em devolver a "ajuda" que as participantes do trabalho me deram, ao se exporem para mim e me contar dos seus sofrimentos. O retorno terapêutico, através do grupo e da disponibilidades em atendê-las individualmente até hoje quando necessitam, foi a forma que eu encontrei para recompensá-las por sua valiosa contribuição para construir meu estudo. Posso adiantar que o trabalho com o grupo foi uma experiência ímpar, profícua e sem dúvidas terapêutica, não só para as mães participantes, mas

também para mim, mãe-pesquisadora, que pretendo relatar em artigos científicos e em congressos, no futuro.

### 6.3 - OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS DO ESTUDO

Pretende-se com esta investigação compreender as configurações subjetivas que estão na base da depressão pós-parto em mães com este diagnóstico. Para tanto, nosso objetivo geral se decompõe nos seguintes objetivos específicos:

- Compreender os sentidos subjetivos da DPP, que se organizam nas diferentes configurações subjetivas apresentadas nas mães estudadas;
- Tecer uma análise crítica do diagnóstico de DPP enquanto entidade padronizada, estimulando a sua despatologização.
- Apresentar uma alternativa teórico-metodológica para a compreensão e o estudo da DPP;
- Contribuir para a desmitificação da maternidade exclusiva, e da DPP, demonstrando e valorizando a diversidade subjetiva de maternagem nas mulheres estudadas.

## CAPÍTULO 7

### A CONSTRUÇÃO DO MÉTODO

#### 7.1 - APRESENTAÇÃO DAS MÃES PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram desta pesquisa 13 (treze) mulheres, com idades variando entre dezoito e trinta e oito anos, todas procedentes do Distrito Federal e entorno. A escolaridade variou desde o ensino fundamental à pós-graduação. Todas já eram mães de pelo menos um filho e no momento encontravam-se no período do pós-parto, com bebês com idades variando entre 7 dias e 11 meses de vida. A maioria delas (7 casos) tinha até dois filhos e as outras seis tinham apenas 1 filho. Das 13 participantes, apenas duas eram solteiras e 4 viviam maritalmente com seus companheiros. A maioria tinha uma profissão, mas 6 delas não trabalhavam fora de casa, dedicando-se exclusivamente às tarefas domésticas e maternas.

Na época dos atendimentos, todas as mães trabalhadoras encontravam-se em licença-maternidade, sendo que uma delas estava de licença-saúde, em função da DPP, e duas estavam retornando ao trabalho. Nove mães pertenciam a famílias de classe média, e as demais pertenciam a classe sociais menos favorecida, conforme suas rendas familiares mensais. O quadro abaixo caracteriza sinteticamente as participantes da pesquisa:

Nome Fictício	Idade	Estado civil	Natural	N.º/ filhos	Escolaridade	Ocupação	Classe social
Gabriela	33 anos	Casada	Gama - DF	02	Graduação	Professora	Classe média
Kátia	20 anos	Casada	Taguatinga- DF	02	Ensino médio	Do lar	Classe baixa
Larissa	31 anos	Casada	Gama - DF	01	Pós-graduação	Professora	Classe média
Marta	37 anos	Casada	Goiânia- GO	01	Graduação	Assistente social	Classe média
Lúcia	27 anos	Vive maritalmente	Ceilândia - DF	01	Ensino médio incompleto	Auxiliar de limpeza	Classe baixa
Clarissa	36 anos	Casada	Porto Alegre RS	02	Ensino médio	Do lar	Classe média
Cristina	26 anos	Casada	Ibicaraí (BA)	02	Ensino médio	Secretária	Classe média
Isabela	38 anos	Solteira	Ipueiras (CE)	02	Ensino fundamental	Vendedora ambulante	Classe baixa
Júlia	28 anos	Vive maritalmente	Brasília (DF)	01	Graduação	Funcionária administrativa	Classe média
Carol	18 anos	Solteira	Brasília (DF)	01	Ensino médio	Desempregada	Classe baixa
Paula	22 anos	Casada	Ipameri (GO)	01	Ensino Médio	Desempregada	Classe média
Rita	31 anos	Vive maritalmente	Miracema do Norte (TO)	03	Magistério	Do lar	Classe baixa
Vanessa	23 anos	Vive maritalmente	Paracatu (MG)	02	Ensino fundamental incompleto	Do lar	Classe média

Quadro 1- Caracterização das participantes da pesquisa

#### 7.2 – RECURSOS INSTRUMENTAIS PARA PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES

Congruente com nossa opção metodológica, vários foram os recursos utilizados para produção de informações sobre a vivências das mães que participaram do estudo. Privilegiamos as sessões de atendimento psicoterápico em grupo para o levantamento de informações sobre a experiência vivida, mas também, utilizamos outros recursos complementares. Antes de apresentá-los, gostaríamos de lembrar algumas palavras de González Rey, quando refere-se aos instrumentos de pesquisa:

Los instrumentos son verdaderos "trechos vivos" de información, cuando conseguimos convertir nuestra relación con los sujetos estudiados en un espacio

productor de sentidos subjetivos, donde su expresión con y ante el investigador, cobra un sentido particular para el sujeto. El sujeto aparece ante estos instrumentos en su complejidad real. Los sentidos son imposibles de reconocer en expresiones puntuales y directas ante preguntas del investigador, el sentido subjetivo aparece en la medida en que el sujeto consigue expresarse de forma libre, creativa y personalizada en un espacio y sobre un tema que facilita la producción de sentido. (González Rey, 2005b, p. 49).

Isto posto, apresentaremos, a seguir, a diversidade dos recursos instrumentais utilizados na investigação.

### 7.2.1 – Instrumento de Completamento de Frases

Um dos principais recursos utilizados para facilitar a expressão das participantes foi o *Instrumento de Completamento de Frases*, desenvolvido por González Rey (1997, 1998, 1999, 2002, 2005b). Trata-se de um recurso instrumental que consiste na apresentação de frases escritas incompletas, para que o sujeito as complete a partir daquilo que primeiramente emergir em sua mente ao lerem a frase em questão. A quantidade de frases, a ordem de apresentação, bem como o conteúdo das mesmas, são flexíveis e mutáveis, para que possam ser adaptados aos temas e objetivos das diferentes propostas de pesquisa. González Rey ressalta a importância deste tipo de recurso instrumental da seguinte forma:

El instrumento de completamiento de frases nos permite la producción de indicadores que, en su relación através de la interpretación del investigador, son fuentes de las construcciones teóricas que permiten el desarrollo de modelos teóricos responsables por la inteligibilidad del problema estudiado. Estos modelos teóricos que van emergiendo y desarrollándose en la investigación no se agotan en los marcos de una investigación concreta erigiéndose en verdaderas líneas de investigación cuya legitimidad está en su propia procesualidad, en su continua extensión a nuevos problemas o a aspectos nuevos de los problemas ya estudiados. Es esta capacidad generadora el mayor indicador de su viabilidad, que se traduce en la producción permanente de nuevas acciones asociadas a la investigación y a los diferentes campos de actividad profesional (González Rey, 2005, p. 139)

No presente estudo, esse recurso instrumental consistiu de 65 frases incompletas, de conteúdo amplo e aberto para estimular a expressão livre das participantes. As frases se alternavam entre temas relacionadas ao desejo, às preocupações, às aspirações, aos medos, ao trabalho, às relações sociais, conjugais e parentais, à maternidade, à DPP, à amamentação, entre outros. O objetivo, ao utilizar o completamento de frases foi o de auxiliar na produção dos indicadores que demonstrem o sentido implícito na vivência das participantes, e assim, permitir um diálogo interpretativo e hipotético para construção dos seus núcleos de sentido subjetivo. O instrumento foi aplicado uma vez nas sessões iniciais. Um exemplar do instrumento utilizado pode ser visualizado no anexo A deste trabalho.

### 7.2.2 - Entrevista de acolhimento/triagem

Também foram realizadas *entrevistas de acolhimento/triagem*. O acolhimento psicológico visou oferecer uma escuta especializada às mães que procuraram nosso serviço, no sentido de ouvir, acolher e encaminhar adequadamente suas demandas. O acolhimento psicológico é um tipo de intervenção psicológica que acolhe a pessoa no exato momento de sua necessidade, ajudando-a a lidar melhor com seus recursos e limites, na medida em que se coloca disponível a acolher a experiência do cliente em determinada situação, ao invés de focar o seu problema. O acolhimento refere-se à escuta, à aceitação, empatia e autenticidade surgida no contato do cliente com o profissional e não se limitava a uma única sessão.



É importante destacar que as entrevistas não tinham um roteiro a ser seguido. Havia apenas uma grande vontade de ouvir e entender cada caso. À medida que os conteúdos iam emergindo dos relatos, os questionamentos eram colocados. Depois tentávamos organizar os relatos de maneira que fosse possível ter uma noção geral da queixa principal e da história da sua evolução, assim como da sintomatologia apresentada. Também, investigávamos a compreensão ou as idéias que a mãe fazia de si mesma. Para ter acesso a todas estas informações, nem sempre uma sessão era suficiente.

Os atendimentos em grupo foram entretanto o principal recurso de pesquisa utilizado. Por essa razão, iremos descrever o grupo em detalhes, para melhor compreensão do trabalho realizado junto mulheres que dele participaram.

### **7.2.3 - Grupo de apoio e orientação a mães com DPP**

Este grupo aconteceu no Centro de Formação em Psicologia Aplicada - CEFPA, uma unidade do Curso de Psicologia da UCB, onde se realizam atividades de ensino, pesquisa e extensão nas diversas áreas da Psicologia. Suas instalações comportam salas adequadas a atendimentos psicológicos de adultos, crianças, grupos terapêuticos e comunitários, além de sala de espera e salas de testagem. No CEFPA os atendimentos são gratuitos e, geralmente, são realizados por estagiários devidamente supervisionados por professores qualificados para realização de tal tarefa.

Em função deste contexto educacional em que está inserido, o referido grupo buscou contemplar a tríade ensino, pesquisa e extensão, através do atendimento às distintas demandas, a saber: - *Caráter extensionista*: Atender a comunidade feminina interna e externa à universidade, que estivessem apresentando sintomatologia compatível com o quadro de DPP; - *Elaborar uma produção científica*: este grupo se prestou também para fins de pesquisa científica, sendo o principal campo para levantamento e construção de informações para esta tese e de vários outros trabalhos de final de curso orientados por mim; - *Proporcionar atividades de ensino*: O grupo serviu de campo de estágio para alunos dos últimos semestres do curso de psicologia.

Porém, o objetivo principal do grupo foi proporcionar às puérperas um espaço de escuta emocional e de apoio, onde o tema da DPP pudesse ser adequadamente abordado, buscando fornecer não apenas informações, mas, principalmente, permitir que a mãe pudesse expressar livremente seus temores e ansiedades, alegrias e realizações com a maternidade.

Considerando o objetivo acima, estipulamos conforme modelo de Afonso (2003), os seguintes temas geradores: a vivência da DPP, a definição da DPP, o bebê imaginário X o bebê real, a transição para a maternidade e para paternidade, os novos vínculos (mãe-bebê, pai-bebê, mãe-pai-bebê), fatos e mitos relacionados à maternidade, o que é ser mãe/pai, a importância da rede social de apoio, as alterações da vida do casal, a mãe da mãe, a desconstrução do mito da mãe exclusiva, entre outros. Esses temas permitiram desdobrar a reflexão sobre a maternidade e as dificuldades enfrentadas pela mãe com o diagnóstico de DPP, inclusive com análise de questões mitificadas e implícitas à maternidade.

Apesar de ser dirigido por mim, psicóloga/professora da instituição em questão, e por uma estagiária formanda do curso de psicologia, o grupo teve um caráter interativo, onde as mães foram convidadas a falar e a se colocarem espontâneas e livremente. Era um grupo fechado, ou seja, para facilitar o processo de ajuda mútua os participantes foram os mesmos do início ao fim. O grupo era heterogêneo quanto a intensidade dos sintomas depressivos percebidos e apresentados, quanto à fase de pós-parto, quanto à idade da mãe, escolaridade, classe social, estado civil. O primeiro grupo durou cerca de três meses, com sessões semanais, e depois foi interrompido por dificuldades que comentaremos mais adiante. O segundo grupo constituiu-se de 14 encontros, respeitando o calendário acadêmico da universidade, com sessões semanais de 2 horas em média. Cada um dos encontros teve os temas-geradores propostos pelas participantes e pelas coordenadoras. Foi utilizada uma rica

diversidade instrumental como técnicas projetivas, de dinâmica de grupo, além de apresentação de documentários, aulas expositivas e debates. O relato sucinto do segundo grupo encontra-se no anexo E, desta tese.

Os critérios para participação no grupo foram: a) estar apresentando sintomas compatíveis com o diagnóstico de DPP (DPP) avaliado pela escala de Edimburgo<sup>9</sup>; b) estar em condições físicas e mentais de participar do grupo; c) mãe deveria estar dentro do período de um ano após o parto, quando ainda se diagnostica a DPP.

### 7.3 - OS CAMINHOS DO MOMENTO EMPÍRICO

Assumimos desde já, que a descrição dos caminhos percorridos nesta pesquisa foram permeados pela subjetividade do pesquisador, que procurará contar como foi a experiência de realizar esta investigação, seus passos, suas dificuldades e peculiaridades, assumindo, como bem expressa Neubern (1999) que a estória a ser contada, não dá conta de “tudo que aconteceu”, pois nossos relatos são sempre reducionista quanto a tentamos descrever as nossas vivências.

Contar a história do que vivemos, no processo de aproximação de uma realidade, é selecionar para os outros e para nós mesmos alguns aspectos que julgamos mais relevantes. É apenas uma tentativa de tornar linear no tempo uma realidade não linear e complexa. Assim, o relato de uma pesquisa é uma construção possível sobre a experiência, limitada no tempo, sem a pretensão de ser uma descrição fidedigna do que aconteceu” (Neubern, 1999, conforme citado por Penso, 2003, p.66).

Desta forma, os caminhos foram nascendo junto com a caminhada e procuramos nos manter abertos para ir aonde eles nos levassem. Não foram delimitados rigidamente e, procurávamos apenas seguir os seus sinais. Para atender a este propósito, construímos a proposta de intervenção em grupo com as mães, com base em uma pesquisa feita na Internet. Descobri que este tipo de trabalho é bastante comum nos Estados Unidos, mas não no Brasil. Entrei no site de alguns deles, os quais serviram de inspiração para nossa proposta de grupo.

No entanto, a maior parte do trabalho baseou-se na literatura da área e em minha experiência vivida enquanto psicóloga hospitalar, quando trabalhei no Hospital Sarah. Neste hospital, tive a oportunidade de criar e coordenar vários grupos com pacientes de diversas patologias, entre eles: grupos com pacientes oncológicos, grupos de apoio e orientação a pacientes com LER/DORT, grupos com pacientes com lesão cerebral, lesados medulares, com problemas ortopédicos. Assim, a metodologia utilizada é semelhante, sendo apenas adequada aos pacientes e as especificidades da temática em questão. Até o momento, desconheço outra proposta semelhante no Brasil. O grupo será apresentado mais detalhadamente nas próximas seções deste trabalho.

Com a proposta do grupo pronta, a questão que se impôs no momento empírico foi: como atrair as mães para participarem do atendimento e da pesquisa? Apesar de sabermos que existe uma grande demanda para este tipo de serviço, pois há significativa incidência da DPP (Corrêa Filho, Corrêa & França, 2002); imaginávamos que alguns obstáculos poderiam dificultar o acesso das mães ao trabalho proposto, entre eles: resistência da mãe em pedir ajuda, dificuldade no diagnóstico; dificuldades no encaminhamento, pois nas poucas vezes que os profissionais fizeram o diagnóstico correto, raramente encaminharam uma mãe para

<sup>9</sup> Foi aplicada a Escala de depressão pós-parto de Edimburgo - *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (Santos, 1995; Santos, Martins & Pasquali, 1999; Guédény & Jeammet, 2002). Ainda que tenhamos feito toda uma crítica aos recursos metodológicos quantitativos-positivistas nos capítulos anteriores deste trabalho, reconhecemos que os mesmos são válidos para auxiliar no diagnóstico e portanto na triagem das mães para inclusão no grupo.

um trabalho psicoterápico; dificuldades de comunicação, relacionada ao desconhecimento de um serviço especializado em acompanhamento no período pós natal, como o nosso. Diante destas dificuldades, passamos a divulgar a proposta de trabalho, para que as mulheres interessadas pudessem se inscrever para o atendimento. Foi então que estabelecemos os primeiros contatos com nosso campo de pesquisa.

### **7.3.1 - Primeiros contatos com o campo de pesquisa**

Na tentativa de transpor as dificuldades anteriormente comentadas, divulgamos o nosso grupo de atendimento na mídia escrita e falada. Foram elaboradas matérias sobre a DPP em jornais de grande circulação<sup>10</sup>, e de pequena circulação<sup>11</sup>. Participamos de um programa de debate sobre depressão numa estação de televisão local<sup>12</sup>. Distribuímos folderes e cartazes em Congressos<sup>13</sup>, em Bancos de Leite, como os do HRT e HRAN, no Hospital de Base, no *campus* da Universidade Católica de Brasília, e distribuímos este material junto a alguns pediatras e ginecologistas de Brasília.

### **7.3.2 - Primeiros contatos com as mães- participantes do estudo**

Como fruto deste trabalho de divulgação, aos poucos, as mães começaram a chegar ao nosso serviço, que seguiu as mesmas regras institucionais do CEFPA, salvo quanto à rapidez no ingresso, pois elas não aguardavam em filas de espera para serem atendidas. Procurávamos agendar uma entrevista de acolhimento/triagem com a mãe, o mais rápido possível, em função da situação de crise emocional em que se encontravam. Na maioria das vezes, as mães foram atendidas no mesmo dia em que entraram em contato ou, no mais tardar, foram vistas no dia seguinte.

As pessoas interessadas em serem atendidas dirigiam-se ao CEFPA e preenchiam na recepção uma ficha de inscrição padrão deste centro (Anexo B), informando nome, idade, telefone para contato e principais queixas. Geralmente, elas estavam acompanhadas do bebê e de algum familiar. A maioria foi encaminhada por profissionais de saúde ou por funcionários/estudantes da Universidade Católica que transitavam no *campus*. Mas, também houve casos de procura espontânea das mães ou de seus familiares.

Todas, sem exceção, se encontravam em situação de crise, o que demandou uma intervenção ágil e focal na própria entrevista de acolhimento. Sabemos que em qualquer situação de desequilíbrio, de descontrole, de crise de uma pessoa, o que o sujeito busca é primeiramente encontrar outra pessoa. Por essa razão, a proposta do acolhimento psicoterápico da nossa intervenção não visava apenas levantar informações para a pesquisa. O mais importante ali era a possibilidade da pessoa se sentir acompanhada, “sair do estar só”. O acolhimento referia-se à escuta, a aceitação, empatia, autenticidade surgida no contato do pesquisador com a mãe. O ser ouvido é fundamental no acolhimento, pois é naquele momento, na relação de pessoa para pessoa, que surge a possibilidade do “eu” se tornar “eu”, e não o seu “problema” ou a sua “doença”.

Também é importante salientar a participação dos maridos nas entrevistas de acolhimento, nas vezes em que estavam acompanhando suas esposas. Em algumas situações, o atendimento foi feito junto com a mãe, em outros, em separado. Ainda neste primeiro atendimento, cada participante era esclarecida sobre o grupo e sobre a participação voluntária

---

<sup>10</sup> Arrais, C. H. R. (2002). Na hora mais feliz, a depressão. *Correio Braziliense*, Brasília, 06 nov. 2002, Caderno Coisas da Vida, p. 23.

<sup>11</sup> Jornal interno da Universidade Católica de Brasília.

<sup>12</sup> Programa Mônica Nóbrega, na TV Brasília, em setembro/2003).

<sup>13</sup> Encontro Nacional sobre o bebê.

na pesquisa, garantindo-lhes que a não autorização, não implicaria em qualquer restrição em termos de atendimento no CEFPA. Neste mesmo encontro, solicitávamos que a paciente assinasse um “termo de compromisso”, um documento padrão do CEFPA, (Anexo C) onde se esclarecia o caráter de clínica escola deste centro de formação acadêmica; e o “termo de consentimento livre e esclarecido”, que detalhava a pesquisa e informava sobre o registro dos mesmos em áudio/videocassete para posterior análise com fins de pesquisa (Anexo D).

Num segundo encontro, solicitávamos que a participante respondesse a escala de Edimburgo (Santos 1995, 1999) para confirmação diagnóstica da DPP, com fins de triagem para ingresso no grupo. Também solicitava-se que ela preenchesse o instrumento de completamento de frases, para só então procedermos à seleção dos integrantes do grupo, conforme os critérios apresentados anteriormente.

Foram realizados dois grupos, um ocorreu de novembro de 2002 a abril de 2003, e o outro foi realizado de março de 2004 a julho de 2004. Cabe esclarecer que os grupos só começaram efetivamente quando conseguíamos aglutinar um número mínimo de 5 participantes. Assim, no primeiro grupo, a primeira mãe chegou ao nosso serviço em agosto de 2002, e ficou em acompanhamento individual exclusivamente até novembro de 2002, quando o grupo efetivamente teve início. Obviamente, muitos conteúdos já eram trabalhados nos atendimentos individuais “de espera”.

As primeiras sessões grupais tiveram seu percurso traçado pelas participantes do grupo, pois não foram predeterminados os temas a serem discutidos. Na primeira parte do processo em grupo, os esforços foram dirigidos no sentido de instalar um clima acolhedor, dando às mães a sensação de que não mais estavam “sozinhas no mundo”, e que naquele espaço seriam compreendidas e aceitas com seus defeitos e qualidades, favorecendo, assim, o sentimento de pertencimento e a integração dos participantes.

Dessa forma, elas poderiam falar e ouvir sobre questões relacionadas à maternidade nunca antes expressas por elas. Estimulou-se a cooperação mútua, a participação de todas, a troca de experiências e compartilhamento de dificuldades e alegrias, contribuindo para a construção de uma nova identidade materna. As técnicas coletivas de dinâmica de grupo, por meio de objetos intermediários, colagem e abordagem informativa constituíram-se em ferramentas privilegiadas para o trabalho com as mães. Num segundo momento, foi criado um espaço de reelaboração das questões acerca da maternidade, a partir do questionamento do mito da maternidade exclusiva e dos papéis sociais atuais. Visava-se um duplo investimento, de grupalização e individuação, pois, através desses questionamento em conjunto, se chegaria à construção da condição de mãe de cada uma.

É importante esclarecer que o primeiro grupo cumpriu apenas parcialmente a programação inicial, pois foi interrompido por motivo de doença da coordenadora. Quando o grupo tinha cerca de 2 meses de funcionamento, eu, enquanto coordenadora, tive que me ausentar por problemas de saúde apresentados durante a minha segunda gravidez. Evoluí com uma gravidez de risco que requereu repouso absoluto. Por mais um mês, o grupo continuou sendo muito bem coordenado por minha estagiária-voluntária, a qual era supervisionada semanalmente por mim, via telefone. Mas, a frequência começou a cair muito, a despeito da qualidade da coordenação. Em decorrência, o grupo não se sustentou e se dissolveu. Apenas duas mães continuaram em atendimento individual com uma professora substituta.

Enquanto estava de licença, avaliei a experiência com o primeiro grupo e percebi que a brusca interrupção do mesmo havia prejudicado não só o tratamento, mas o levantamento de informações sobre a vivência das mães. As informações que eu tinha ainda não eram suficientes para dar corpo a uma construção teórica que eu pretendia realizar nesta tese. Ademais, por questões de ordem prática, cometi uma falha metodológica importante, pois não gravei em vídeo as sessões do primeiro grupo. Assim a sua análise ficou ainda mais comprometida.

Diante dessas constatações, decidi que seria muito importante fazer um novo grupo e “torcer” para que ele chagasse ao seu final a contento. Então, elaborei um novo planejamento de encontros, que foi aprimorado e expandido com base no modelo apresentado por Afonso (2003) para ser implementado em grupos na área da saúde. Cada encontro foi planejado novamente, de maneira mais detalhada e sistematizada, procurando explicitar o tema gerador, os objetivos, a técnica, os procedimentos e a avaliação dos mesmos. A descrição resumida de cada encontro pode ser visualizada no anexo E deste trabalho.

No meu retorno ao trabalho, todo o processo de divulgação do grupo foi repetido. Porém, é importante comentar que os bancos de leite se revelaram importantes focos de divulgação, sobretudo para o segundo grupo realizado. Percebemos, após o grupo-piloto, que muitas mães só se permitem pedir ajuda em função das dificuldades com a amamentação e, mesmo assim, a custo de muita culpa e sofrimento. Assim, percebemos que as queixas dirigidas ao banco de leite algumas vezes encobrem uma DPP, e era justamente esta clientela que gostaríamos de acessar.

Não por acaso, por duas vezes aconteceu de, no momento em que estávamos divulgando o grupo junto aos médicos responsáveis por estes bancos de leite, eles nos encaminharam pacientes que, naquele exato momento, ou estavam no próprio local ou por telefone, apresentando sintomas de DPP. Esta “coincidência” nos aponta para a significativa incidência dos casos de DPP, confirmando os dados da literatura (Santos, 1995; Corrêa Filho, Corrêa & França, 2002).

Novamente, as mães foram chegando aos poucos, e o segundo grupo teve início em março de 2004, com cinco participantes. Desta vez, todas as sessões foram gravadas em videocassete, mediante a autorização por meio do referido “termo de Consentimento livre e esclarecido”(anexo D).

#### 7.4 - PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Em consonância com a metodologia construtivo-interpretativa, na qual se insere nossa pesquisa, a interpretação dos relatos, da técnica de completamento de frases e das técnicas projetivas foi realizada visando a construção de indicadores relevantes para constituição subjetiva do sujeito e da depressão. Para tanto, as sessões de grupo e algumas individuais foram transcritas na íntegra. Depois de uma leitura flutuante para levantamento de trechos relevantes dos relatos que sugeriam a presença de indicadores, agregou-se análise das técnicas projetivas e de completamento de frases, bem como de momentos informais da pesquisa. Assim, somente na fase de análise das informações é que foi possível “montar o quebra-cabeça” de cada caso, de forma mais sistematizada em eixos-temáticos, para indicadores elaborados. Trabalhou-se com todas as formas de expressão do sujeito, com metáforas, expressões de diferentes tipos, e representações.

Os indicadores permitem essa possibilidade de ter um processo ativo em constante movimento. Segundo González Rey (1999), o indicador se refere a aqueles elementos que adquirem significação graças à interpretação do pesquisador e só tem valor dentro dos limites do processo. Eles representam um momento hipotético no processo de produção da informação, e se constrói a partir das informações que vão sendo geradas da inter-relação do pesquisador com os participantes da pesquisa. Ou seja, os indicadores são elementos subjetivos e objetivos que sinalizam a subjetividade dos participantes do estudo.

Os indicadores são elementos relacionados àquilo que mobiliza o sujeito acerca do tema estudado, sendo expressos sempre por via indireta e implícita. Assim, a interpretação é sempre realizada em relação ao objeto de estudo, e o indicador só tem sentido quando se refere ao processo de pesquisa, ainda que sua relevância não esteja clara num primeiro momento interpretativo. Tais indicadores nascem do diálogo interpretativo, parecendo

inicialmente uma especulação feita por parte do pesquisador. Contudo, para que não assuma este papel, o indicador deve ser reafirmado durante os vários momentos da pesquisa, considerando todas as informações, incluindo as provenientes dos momentos informais.

É importante esclarecer que os indicadores nunca determinam uma conclusão do pesquisador, pois estão relacionados a um momento hipotético no processo de produção da informação. Como podemos observar, o indicador é uma construção capaz de gerar um significado pela relação que o pesquisador estabelece entre um conjunto de elementos que, no contexto do sujeito estudado, permitem formular uma hipótese que não guarda relação direta com o conteúdo explícito de nenhum dos elementos tomados em separado. Enfim, o indicador está sempre associado a um momento interpretativo e irredutível ao dado. Nas palavras de González Rey, um indicador é definido como:

(...) aquellos elementos que adquieren significación gracias a la interpretación del investigador, es decir, que su significado no asequible de forma directa a la experiencia, ni aparece en sistemas de correlación...el indicador solo se construye sobre la base de información implícita e indirecta.(González Rey, 1999, p.113).

Não podemos deixar de ressaltar que são os indicadores que permitirão a construção do conhecimento, sendo que apenas um indicador não tem valor como elemento isolado, mas como parte de um processo em que funciona a estreita inter-relação com outros indicadores. Eles permitem ainda explicar ou dar sentido ao problema estudado, sendo que explica o que não é possível observar explicitamente, permitindo posteriormente uma descrição.

De acordo com González Rey (2002), os indicadores formam os núcleos de sentido das experiências do sujeito. Ou seja, o desenvolvimento de indicadores conduz necessariamente ao desenvolvimento de conceitos e categorias novas de sentido. Os núcleos de sentido referem-se a estas categorias ou hipóteses construídas com base nos indicadores, os quais estão articulados com os pontos que mobilizam o sujeito, e não com aquilo que é mais freqüente ou semelhante, como numa categoria de análise de conteúdo. Da mesma forma, essas categorias não são estabelecidas de forma rígida ou *a priori* de alguma teoria. Por sua vez, os núcleos levaram-nos à construção de zonas de sentido, que adquirem significações dentro do processo de elaboração do conhecimento, por intermédio do pesquisador, na tentativa de trazer uma contribuição teórica sobre o problema estudado (González Rey, 2005b). São esses núcleos de sentido que levam à construção de novas zonas de sentido, elementos importantes na valorização sobre a legitimidade do conhecimento, pois permitem conceituar novas áreas acerca da realidade estudada.

A criatividade e independência do pesquisador para “soltar” seu pensamento são uma condição essencial da construção teórica. Estimulam-se os diálogos entre os sujeitos e entre sujeitos e pesquisador, os quais se envolvem emocionalmente, desenvolvem vínculo e compromisso com o estudo, resultando numa produção de informações significativas para a pesquisa. Portanto, o momento empírico não representa apenas a coleta de dados, significa um momento de produção da informação, onde as idéias, os conceitos do pesquisador, assim como o momento histórico-social-cultural no qual este processo está ocorrendo são momentos permanentes do processo de produção da informação. Por isto, é importante esclarecer que nem o indicador, nem a zona de sentido tem um caráter absoluto, finalizado, estático. São apenas peças interpretativas que se integram a um sistema de interpretação e formam um “quebra-cabeças” que está em constante processo e construção (González Rey, 2005b).

Ainda que tenhamos consciência da maleabilidade deste processo construtivo-interpretativo, temos que reconhecer como o próprio González Rey (2005b) afirma, que a construção do conhecimento, a partir do levantamento de indicadores e elaboração de zonas de sentido é o momento mais difícil desta proposta epistemológica/metodológica. Em suas palavras, afirma:

El proceso de construcción de la información en la investigación cualitativa representa el momento más difícil en la realización de este tipo de investigación. Vemos como muchos investigadores que han comprendido bien los principios y características generales de nuestra propuesta sobre el carácter constructivo - interpretativo de la investigación cualitativa, cuando llega el momento de construcción de la información tratan el material empírico como si este fuera portador de una verdad única a la cual debe llegar el análisis, e intentan buscar en los datos esa verdad, con lo cual inconscientemente comienzan a seguir un camino totalmente descriptivo (González Rey, 2005b, p.1).

Devemos lembrar que, na concepção de González Rey, da qual compartilhamos, o conhecimento científico tem sempre um carácter hipotético e, portanto, provisório! Cabe esclarecer desde já, que as zonas de sentido que pretendemos construir ao final do estudo, serão, portanto, apenas mais uma contribuição para a compreensão e tratamento das mulheres com DPP. Passar então para tecer as construções sobre a vivência da mãe com DPP, é o grande *desafio* que nos propomos a realizar no próximo capítulo.

## CAPÍTULO 8

### CONSTRUÇÕES A PARTIR DA VIVÊNCIA DAS PARTICIPANTES

*O que importa o esforço de descobrir "certezas",  
"verdades", quando a grande certeza e verdade está nos  
olhos de quem vê e no coração de quem sente?*

Em primeiro lugar, gostaríamos de esclarecer que, apesar de termos analisado e estudado cada um dos 13 casos que participaram do nosso grupo para esta tese, decidimos apresentar ao leitor apenas quatro deles. Esta difícil decisão de selecionar alguns casos, no conjunto de tantos outros igualmente interessantes e significativos para a construção do nosso estudo, se deu única e exclusivamente pela necessidade de controlar a extensão do presente capítulo, tendo em vista que a análise construtivo-interpretativa completa de cada caso produziu, em média, 15 páginas escritas.

Priorizamos apresentar, por completo, os 4 casos que nos permitiram criar mais construções teóricas relacionadas ao tema da DPP. Porém, como os demais casos também nos ajudaram a produzir hipóteses teóricas sobre nosso problema de pesquisa, serão citados nas discussões para construção das zonas de sentido, que encontram-se no capítulo seguinte. De qualquer forma, além das análises de todos os casos estarem à disposição da banca e do público para serem consultados, já os estamos divulgando através de artigos publicados em revistas científicas da área (Azevedo & Arrais, 2006).

#### 8.1 - ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES SOBRE AS PARTICIPANTES

Como primeiro momento do processo interpretativo, procedemos à apresentação de cada um dos quatro casos selecionados, visando favorecer uma melhor organização das informações e esclarecimento das “peças”, para depois facilitar o processo “montagem do quebra-cabeças” de cada caso, visando a construção de indicadores e elaboração de núcleos de sentido para a compreensão das configurações subjetivas de cada mulher/mãe estudada. Para tanto, dividimos as apresentações dos casos em eixos-temáticos, a saber, não necessariamente apresentados nesta ordem: identificação e contexto sócio-familiar da mãe-participante; queixa principal, sintomatologia apresentada; história da gravidez/parto; história do puerpério/amamentação; história médica/psicológica pregressa; encaminhamento para o grupo; relacionamento com o cônjuge/pai do bebê; relação mãe-bebê; relação com sua mãe; relação com seu pai; relacionamento familiar; relacionamento social; relação com o trabalho/estudo.

Temos consciência de que a colocação das informações nesses temas-eixos corresponde a um recorte da história contada pelas próprias mães e, cabe lembrar, como bem faz Penso (2003), que todo recorte é arbitrário e privilegia algumas informações que nos parecem mais importantes para o conhecimento e contextualização de cada uma das mães participantes. A respeito disso, buscamos respaldo em González Rey, que afirma: “Los diferentes cortes y alternativas de análisis quedan abiertas a las capacidades, posibilidades y preferencias de los investigadores, siempre que se mantenga el carácter constructivo - interpretativo de la producción de información” (González Rey, 2005b, p. 19). Assim, estes eixos foram escolhidos por terem, a nosso ver, e embasados na literatura consultada, uma íntima relação com a história da maternagem e da DPP pela qual as mães participantes estavam passando.

Apresentaremos, a seguir, nossas construções elaboradas a partir das respostas dadas no completamento de frases, integrando-as com os relatos das mães feitos durante as sessões individuais e grupais, na tentativa de realizar um “diálogo interpretativo” entre o pesquisador



e as informações apresentadas pelos sujeitos, objetivando a construção de indicadores e hipóteses. Ao final de cada caso, apresentaremos os núcleos de sentido subjetivo construídos para cada sujeito integrando-os às configurações subjetivas da DPP que será discutida nas zonas de sentido construídas, no próximo capítulo.

Vale ressaltar ainda que todos os nomes foram trocados por nomes fictícios, com intuito de preservar a identidade das mulheres e familiares participantes da pesquisa.

## 8.2 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS CASOS

### 8.2.1 – Construções a partir das informações de Gabriela

*Identificação e contexto sócio-familiar:* Gabriela tem 33 anos, é casada, natural de Brasília, formada em pedagogia e trabalha como professora primária. Mora com o marido e dois filhos (um menino de 3 meses e uma menina de 7 anos), em casa própria no entorno de Brasília. Seu esposo é funcionário público. Família de classe média, com renda de R\$ 3.900,00 mensais.

*Queixa principal:* o motivo da procura pelo nosso serviço descrito na ficha de inscrição foi: “*Tratamento para a cura de DPP*”. Essa informação inicial já nos diz algo sobre Gabriela. Chama atenção o fato dela se atribuir o diagnóstico de DPP, e buscar a cura para sua doença, e não uma ajuda para si, ou para seu sofrimento. Na sessão de acolhimento, seu diagnóstico lhe parecia muito claro e em nenhum momento duvidou do mesmo, ou demonstrou-se desapontada em função deste, como aconteceu com algumas outras pacientes atendidas por nós. Essas impressões dão margem para suspeitarmos que ela parece identificada com a sua doença, para a qual busca uma “cura”.

*Sintomatologia:* na época, Gabriela estava apresentando sintomas depressivos acerca de três meses, observados desde o nascimento de seu filho mais novo. Sentia-se indisposta, chorando com facilidade, desanimada e triste. Nos momentos de maior desespero, sentia-se muito mal e fora de controle, pois era “tomada” por pensamentos negativos, relacionados inclusive a idéias suicidas. Em uma das sessões, chegou a afirmar espontaneamente, que não tinha mais tanto medo da morte, pois chegara à conclusão de que: “*nada deveria ser pior do que a depressão, nem mesmo a morte.*”

Seu sofrimento era tanto que, apesar de religiosa, chegou a questionar: “*Acho que DEUS me abandonou*”; denunciando um momento de tensão e ruptura de valores, até então estáveis. Ainda não podemos precisar por qual(is) motivo(s) na sua constelação subjetiva este desejo de morrer se faz presente e nem se ele a acompanha há muito tempo em sua vida. Mas não resta dúvida de que é um forte indicador de insatisfação com sua vida atual. Nossa impressão é que Gabriela se sentia muito alterada, não se reconhecendo e questionando valores anteriormente sólidos, por estar vivenciando uma crise de identidade. Assim, suspeitamos que outros elementos, além da maternidade, devem ter se integrado na fase do puerpério, configurando a crise atual de depressão.

*História da gravidez/parto:* o início de sua gravidez foi muito conturbado, em função de uma crise conjugal que estava enfrentando. Depois, passou a sentir-se protegida pela gravidez. Recebia atenção dos outros, inclusive do marido, e era poupada o tempo todo. No completamento de frases, esse sentido aparece: “*Quando estava grávida...estava protegida*”. Ela também se refere a esta proteção na entrevista de acolhimento e em algumas sessões psicoterápicas. Seus relatos demonstram que ela apresentava forte convicção de que durante a gravidez os pensamentos negativos e as sensações de tristeza que sentia no pós-parto não estavam presentes, porque “*meu bebê dentro da minha barriga me protegeia*”, e logo depois do parto ficou “*desprotegida e sozinha*”.

De fato, a experiência do parto que aconteceu em 27/05/2002 foi bastante negativa, pois, além de ter sido um parto vaginal, muito demorado e difícil: “*fiquei horas em trabalho de parto e senti muita dor*”, “*Meu parto...horrível*”, suspeitamos que a dor não tenha sido apenas física, mas também a dor de estar perdendo algo muito especial. A instalação “imediate” dos sintomas depressivos em Gabriela no faz pensar que, de fato, o nascimento do filho, e conseqüentemente esvaziamento da barriga de grávida, foi vivido como uma grande perda e forte sensação de desamparo. Essas sensações foram prontamente reconhecidas algumas horas após o parto.

*História do puerpério/amamentação:* Horas depois que seu filho nasceu, começou a se perceber alterada. Já na primeira noite não conseguiu dormir. Passou a madrugada andando pela maternidade e ajudando outras mães com seus bebês. Também não conseguia se alimentar, sentia forte angústia no peito e tinha “*pensamentos negativos*”. Esses sintomas foram imediatamente reconhecidos por ela, pois já havia tido DPP, diagnosticada no nascimento de sua primeira filha. Percebeu então que os sintomas depressivos estavam se instalando e pediu ajuda médico-psiquiátrica, ainda na maternidade do hospital. Passaram-se três dias para que uma psiquiatra do hospital viesse avaliá-la. Enquanto isso, Gabriela relatou, ressentida, que a enfermagem providenciou um guarda para vigiá-la em seu quarto, pois temiam que ela pudesse matar seu filho. Quando foi finalmente atendida, a psiquiatra lhe prescreveu antidepressivos (Rivotril e Meleril), dos quais continuou fazendo uso regularmente, por vários meses. Apesar das dificuldades, conseguiu amamentar o filho ao seio. Reconhecia a importância deste ato, mas reclamava que isso a deixava presa em casa, pois tinha que estar sempre disponível para amamentar o bebê. Além disto, ele acordava várias vezes para mamar durante a noite, sem que seu marido sequer se dispusesse a ajudá-la. Talvez, por isso, o significado que ela atribuía à amamentação, evidenciado na frase do completamente: “*Penso que amamentar...é bom, e ao mesmo tempo cansativo*”.

Quanto à fase do pós-parto imediato, chamou nossa atenção que o desamparo vivido foi de tal intensidade que Gabriela ficou “vagando” pela maternidade, em vigília e alerta total, parecendo se resguardar de algum perigo. Mas que “perigo” seria esse? O que ela temia? Seria machucar o filho? Seria machucar a si mesma? Seria machucar o marido? A gravidez apresenta-se com um sentido protetor e até reparador, afinal foi o motivo alegado para que o casal retomasse o casamento, traumáticamente interrompido. Também fez com que se sentisse uma pessoa merecedora de cuidados e afeto do marido. Quando o bebê nasce, ela deixa de ter importância, passa a ficar desprotegida e volta a ficar exposta às adversidades e ao desamparo. Assim, a maternidade é associada a um caráter ameaçador e a uma vivência provida de cobranças, desqualificações e desprazer.

Esses sentimentos tiveram sua máxima expressão depois do parto, o qual culminou com “depressão”, pois, pela significação emocional que o marido tem para ela, sem dúvida, a proteção que sentiu durante a gravidez foi uma expressão da má qualidade de sua relação conjugal e de sua condição inferior de mulher que pode ser temporariamente invertida, em função da gravidez. Sem a gravidez, ficou desamparada! Será que a perda da condição/proteção da grávida a fez se deparar consigo mesma e com toda a raiva e ressentimentos que a crise conjugal havia provocado? Será que a única saída para suportar esses sentimentos seria projetá-los numa doença, numa “loucura”, que só um médico psiquiatra poderia sanar? Portanto, esse sentido subjetivo da gravidez e do parto (e não necessariamente o filho!), parecem muito presentes no sentido subjetivo da maternidade e da depressão no período puerperal.

*História médica/psicológica pregressa:* além da DPP na ocasião do nascimento da primeira filha, a paciente relata história de episódios depressivos desde sua adolescência; porém enfatizou a grande crise depressiva no início desta última gravidez. Esta se deu em conseqüência a uma grave crise conjugal, pela descoberta de adultério do marido, que

culminou com a separação. Depois deste episódio e temendo uma nova crise depressiva após o parto, procurou atendimento psicoterápico no Instituto de Saúde Mental – ISM<sup>14</sup> por iniciativa própria. Participou de um atendimento em grupo junto com outros pacientes com diferentes quadros psiquiátricos que estavam em tratamento neste serviço. Participou regularmente do grupo até próximo à data do nascimento do bebê, mas, para sua “surpresa”, os sintomas depressivos voltaram a se manifestar. Apesar do tratamento realizado, esse não “conseguiu” prevenir a depressão e agora ela temia estar ficando “louca”, como apareceu no completamento de frases: “*Meu maior medo... ficar louca*” e “*Luto... para não ficar louca*”. O medo de ficar louca foi muito presente e recorrente também nas sessões, quando associava a loucura aos “pensamentos negativos” e ao desejo de morrer. Em uma delas afirmou: “*Tenho medo que os remédios (referindo-se aos antidepressivos) possam estar destruindo meus neurônios, assim como a depressão destruiu meus hormônios da alegria*”. Estaria “louca” como seus “colegas” de grupo do ISM? Será que ela via na loucura uma proteção, assim como via na gravidez? A loucura a protegeria de quê? Destacamos a identificação de Gabriela com a depressão e a loucura, a ponto de procurar se submeter a um tratamento em grupo junto com pacientes com diversos quadros psiquiátricos em diferentes graus de gravidade, num serviço especializado para “loucos”.

*Encaminhamento para o grupo:* Gabriela foi encaminhada para nosso grupo pelo pediatra que acompanhava seu filho, com a suspeita diagnóstica de DPP, por estar apresentando, segundo este médico, intenção de “doar o filho”. Ela compareceu prontamente ao CEFPA, desacompanhada, no horário marcado, mostrando-se receptiva, comunicativa, orientada, mas apresentando semblante entristecido. Assim como aconteceu em relação ao ISM, ressaltamos que ela não demonstrou resistência para nos procurar ou para falar de sua “doença”. Tanto que no completamento de frase caracterizou positivamente nosso serviço, sem ao menos conhecê-lo: “*Este lugar...legal*”. Quanto ao desejo de doar o filho, não nos pareceu que este fosse de fato a sua intenção. Esta indicação médica nos lembrou a freqüente associação superficial entre DPP e rejeição materna, a qual criticamos no referencial teórico deste trabalho, por esta não abarcar toda a complexidade envolvida na situação, como acontece no caso de Gabriela. Apenas em uma sessão do grupo Gabriela relatou que já pensou em “*deixá-lo na casa de sua mãe*”, que mora próximo a ela, pois não tinha muita paciência para cuidar dele e achava que “*não era uma boa mãe como deveria*”. Teve receio de tomar esta decisão, pois temia que sua mãe não lhe devolveria o filho quando ela “*o quisesse*” de volta. De qualquer forma, relatou que seu marido a apoiaria nesta decisão, e pareceu muito decepcionada com a sua concordância. Pareceu-nos querer mais a sua disponibilidade em ajudá-la a cuidar do bebê do que a sua autorização para entregá-lo a sua mãe.

*Relacionamento com o cônjuge/pai do bebê:* Caracteriza o relacionamento conjugal como insatisfatório e conflituoso. Descobriu através da própria amante do marido a história de um relacionamento extraconjugal, que durara vários meses. Recebeu telefonemas, nos quais a mulher lhe contava em detalhes o caso que eles mantinham, e chegou a encontrá-la pessoalmente, viu cartas e fotos bastante comprometedoras. Diante da constatação da traição do marido, Gabriela lhe propôs a separação conjugal. Segundo ela, o marido sempre negou o relacionamento extraconjugal, mas, mesmo assim, atendeu a seu pedido de sair de casa. Estavam separados há algumas semanas, quando Gabriela descobriu que estava grávida. Em função da gravidez, resolveu “*perdoar*” o marido e dar-lhe uma “*nova chance*”, reatando o casamento. A iniciativa demonstrou uma atitude bastante ambivalente em relação ao marido.

Avalia que, após a separação, o marido mudou bastante: ficou mais carinhoso e atencioso, dava-lhe satisfação onde ia, mas, mesmo assim, afirmava que não confiava mais nele e que “*algo se quebrou dentro de mim*”. Ficava sempre desconfiada, principalmente

<sup>14</sup> O ISM é um hospital-dia, alternativo aos manicômios, público e referência no tratamento de paciente psiquiátricos no Distrito Federal e entorno.

porque a amante continuava a ligar e a incomodá-los. Inclusive, Gabriela passou a responder um processo na justiça impetrado pela amante, sendo acusada de calúnia e difamação.

Além do adultério, ela queixou-se várias vezes que seu marido era muito crítico, sobretudo quanto aos seus cuidados com a casa e à sua forma “*liberal de educar a filha*”. Esta queixa e a sua atitude de crítica e desqualificação por parte do marido, sobretudo com relação ao seu papel de dona de casa, também apareceu em algumas frases do complemento: “*Fracasso...como dona de casa*”; “*Sempre quis...ser uma boa esposa e uma boa mãe*”; “*É difícil...manter minha casa organizada*”. Essas informações mostram haver um clima de cobrança entre eles e sugerem a permanência de uma forte tensão conjugal, mesmo após a reconciliação do casal. Além dessas frases, encontramos outra, a nosso ver, bastante significativa: “*Eu prefiro...ficar na rua do que em casa*”. Esta frase, considerando a análise anterior, mostra que nossa hipótese vem evoluindo a partir de uma multiplicidade de indicadores diferentes, o que já nos permite afirmar que o conflito com o marido parece forte e significativo. Portanto, nos arriscamos a afirmar que a sua relação conjugal é uma área de bastante conflito na sua configuração subjetiva, diante da qual ela adota um movimento de aproximação e distanciamento, provavelmente para se proteger da intensa dor que essa área emana. Esse conflito deve estar alimentando o sentido subjetivo da depressão apresentada por Gabriela no pós-parto.

*Relação com sua mãe:* O relacionamento com a mãe também caracteriza-se como muito conflituoso e ambivalente. Sente-se muito incomodada com suas cobranças e interferências, mas não consegue expressar esses sentimentos, pois, quando tenta falar sobre o quer ou pensa sobre ela, sua mãe ou chora, fazendo-se de vítima, ou fica agressiva. Refere-se à forma de educar de seus pais como muito repressora. Lembra-se que nas poucas oportunidades que tentou se colocar foi fisicamente repreendida (sua mãe lhe batia na boca e seu pai no rosto). Relata que sua mãe está sempre lhe dizendo como fazer e também critica a sua forma de cuidar da casa e dos filhos. Ao falar de sua mãe, ela nos parece ficar bastante mobilizada emocionalmente. Ora demonstra ressentimento, ora medo, ora raiva, ora admiração, ora amor. Sua relação parece ser muito ambivalente e só não chega a provocar maiores conflitos, pois Gabriela optou por agüentar calada as imposições da mãe “*para não piorar as coisas*”. Apesar desse esforço, sua percepção da mãe parece negativizada: “*Minha mãe...é uma chata*”.

Por outro lado, ao mesmo tempo que “reclama” da mãe, demonstra admiração e gratidão por ter, praticamente sozinha, cuidado dela e de seus dois irmãos, já que seu pai estava sempre ausente e “*na farrá*”. Enfatiza que ela *nunca trabalhou* fora e sempre se dedicou *exclusivamente* às tarefas domésticas, aos filhos, e ao casamento. Por isso, a considera um exemplo de “*supermãe*”. Essas afirmativas revelam um forte sentimento ambivalente em relação a sua mãe, o qual favorece o conflito entre este modelo de mãe exclusiva, por ela se interessar por outras coisas além da maternidade e do casamento, como veremos mais a seguir. Essas informações nos levam a considerar um novo sentido subjetivo na configuração de seu conflito atual, o qual se converte em mais um indicador: suas relações parentais e suas conseqüências para seu mundo afetivo na vida adulta.

*Relação com seu pai:* para Gabriela, seu pai, militar, tem um modelo muito rígido de educar os filhos, o que aparece explicitamente no complemento, quando ela é categórica ao afirmar: “*Meu pai...é radical demais*”. Segundo ela, “*ele vê maldade em tudo, não pode ver um grupo de jovens conversando que já acha que eles estão fazendo alguma coisa errada*”. Ele também é caracterizado como muito crítico, ausente e como um “*mulherengo*”. Ela relata que ele sempre teve “*casos*” com outras mulheres, saía muito, passava noites fora e bebia. Mas, recentemente se transformou após uma forte crise depressiva, quando virou “*crente*”: “*Agora ele só vai para a igreja*”, disse ela, e passou a lhe cobrar a mesma atitude, pois acha que “*curou-se*” da depressão indo para a igreja evangélica e acha que a filha deveria fazer o

mesmo. Destaca-se aqui, a semelhança entre o jeito de ser de seu pai e de seu marido. Qual sentido isto tem para entendermos Gabriela?

*Relação mãe- bebê:* Percebe pouco prazer nas tarefas de cuidados e de educação com os filhos, prefere passear com eles, comprar-lhes presentes e brincar. Na verdade, seus relatos sugerem que o conflito com a maternidade não parece ser gerado pela presença dos filhos, *per si*. Ao contrário, ela se referiu a ambos os filhos de forma amorosa e afetiva, como podemos constatar nas frases: “*Amo...meus filhos*”; “*Meu maior prazer...ver meus filhos felizes*”; “*Quando penso em meu filho(a)...fico feliz*”. Ademais, em nenhum momento do completamento os associou diretamente com as frases de cunho negativo, como era de se esperar para uma mãe que nos foi encaminhada pelo médico, com a suspeita de estar querendo “doar” o filho. Por exemplo, não os incluiu nas respostas às frases: “*Meu principal problema...*”; “*É difícil...*”; “*Me aborrece...*”, “*Odeio...*”; “*Me deprimos quando...*”. E quando, na única vez que durante a primeira sessão de atendimento em grupo, chegou a mencionar sua idéia de “deixar” o filho com sua mãe, pareceu querer enfatizar muito mais a sua decepção com seu marido por ele concordar com esta intenção, do que de levá-la ao ato. Na verdade, Gabriela nos pareceu muito culpada em relação aos filhos, pois crê ser a responsável pelos problemas de saúde apresentados por eles. O bebê, por exemplo, foi diagnosticado como portador de Erro Inato do Metabolismo e ela acredita que “*seu leite não esteja protegendo seu filho das doenças*”. Além do mais, sua mãe e seu marido estão sempre lhe dizendo como uma boa mãe deve se comportar e a criticam com frequência quando ela apresenta algum comportamento que não é compatível com estes requisitos. Por isso, avalia-se como tão inadequada no papel de mãe, que isto parece atrapalhar sua relação com seus filhos. Assim, fica evidente que a maternagem está perpassada por tensões geradas em outros núcleos de sentido subjetivo de sua vida, como a relação conjugal e parental.

*Relacionamento familiar:* Não percebe em seus irmãos uma fonte de apoio. Relata que eles não têm a mesma dificuldade para se impor diante dos pais, como ela. Gabriela eventualmente fala de sua irmã nas sessões, sempre se contrapondo a ela. Sua irmã é a desobediente, a que se separou do marido, a que enfrenta seus pais, e a que não tem medo de brigar e “*só faz o que quer*”; enquanto ela, ainda hoje, obedece aos pais, evita brigas, e sobretudo, “*não faz o que quer*”, demonstrando uma rivalidade fraterna importante. O seu relato em relação a sua irmã também nos dá indicativos de que talvez ela critique sua irmã, justamente porque gostaria de ser “livre” igual a ela. Essas informações, nos fizeram pensar em Ehrhardt (1996) quando ela nos fala das mulheres que, como Gabriela, conseguem se colocar facilmente no lugar dos outros. Elas “nasceram para servir”, já que acreditam que servir faz parte de sua natureza. Para tanto, se baseiam nos exemplos de suas mães, embora a experiência lhes mostre que as mulheres insolentes, impertinentes e atrevidas progridem, jamais as bem comportadas, as que se isentam de sua opinião e abrem mão de seus desejos e sonhos, como faz sua irmã. Ser obediente e amável parece-lhes a única estratégia de sucesso.

*Relacionamento com outras pessoas:* refere que tem poucos amigos, sendo a maioria deles colegas de trabalho, com as quais gosta de conversar. Interessante ressaltar que, apesar das dificuldades relatadas quanto à imposição de sua opinião e idéias, não se queixa disso no âmbito dos relacionamentos sociais, o que nos faz supor que essa dificuldade pareça restrita ao ambiente familiar.

*Relação com o trabalho/estudo:* O trabalho aparece como uma das poucas fontes de prazer e alegria na sua vida. “*O trabalho...eu gosto*” fez esta afirmação no completamento. Por isso mesmo, seu trabalho como professora é bastante valorizado em seu relato e nos pareceu ser a área na qual ela mais se realiza, tem liberdade e pode ser quem ela deseja. Porém, ultimamente, o trabalho também estava sendo uma fonte de sofrimento, pois estava impedida de trabalhar em função de sua depressão. Sua psiquiatra, por duas vezes, negou seu pedido de retorno ao trabalho atribuindo sua impossibilidade de trabalhar a seu estado

patológico; quando nos parecia que, na realidade, trabalho poderia ser de grande ajuda, pois é algo que lhe gratifica e lhe liberta. Por fim, ela necessitou passar por uma junta médica de seu serviço, o que reforçou ainda mais seu sofrimento e sentimento de inadequação. Somente após quatro meses do término da licença maternidade é que finalmente a liberaram para o retorno ao trabalho. Todo este processo foi muito doloroso, pois cada renovação da licença-saúde e manutenção do afastamento da sala de aula provocava-lhe uma enorme frustração e imensa sensação de fracasso. Ficou muito preocupada com a possibilidade de não retornar ao trabalho definitivamente, pois soube de pessoas que foram impedidas de voltar para suas funções docentes por estarem com depressão: *“eles ficam com medo de que as professoras possam maltratar os alunos”*.

Por outro lado, acreditava que o trabalho lhe faria bem, pois preencheria seu tempo, ela estaria rodeada de pessoas e fazendo o que mais gostava: trabalhar. Mas, quando pensava em voltar ao trabalho, se preocupava em deixar o filho com a mãe, pois sabia que isto daria ainda mais possibilidades dela intrometer-se em sua vida e dificultar ainda mais sua relação com ela. Por exemplo, quando ela manifesta a grande vontade de voltar a trabalhar, sua mãe logo lhe dizia: *“nem parece que gosta do filho, pois quer ficar longe dele”*. E seu marido complementa a idéia afirmando que não entende uma mulher que quer deixar o filho em casa para voltar ao trabalho. Em função dessas críticas, entrava em conflito e sentia muita culpa, quando expressava este desejo a focar seu interesse exclusivamente voltado para os filhos e para casa. Esta tensão é outro aspecto que, sem dúvida, representa uma área conflitiva na configuração subjetiva não só de Gabriela, mas de todas as mães estudadas relacionadas em seus momentos atuais.

Em síntese, para ajudar a compreender a configuração subjetiva de Gabriela e de sua depressão, entendemos que os principais indicadores construídos durante a técnica de completamento de frases, e durante as sessões individuais e grupais, foram: forte presença de conflito conjugal; a avó como modelo perfeição/opressão; conflitos com as figuras paternas; forte conflito com o papel materno; o trabalho como uma fonte de prazer maior ou igual à maternidade e identificação com a depressão. Esses indicadores nos permitem construir algumas informações que emergem como núcleos de sentido subjetivos em nossa análise, a saber:

#### 8.2.1.1 - Núcleos de sentido subjetivo construídos para Gabriela:

É interessante observar que aquilo que nos pareceu ser o maior problema de Gabriela - seu conflito conjugal - não aparece explicitamente nem no completamento de suas frases, nem nas sessões grupais, apesar de ser tema recorrente das sessões individuais. Essa aparente dificuldade para se colocar em relação a seu marido e casamento ficou evidente no completamento de frases, pois não se refere a ele explicitamente, uma vez sequer, mesmo em questões nas quais teria oportunidade para isso, como nos casos *“Amo...meus filhos”*; *“Eu gosto...dançar”*; *“Eu gosto muito...de ajudar as pessoas”*. Mas, em nosso processo interpretativo, não falar explicitamente do marido nos diz muito! Frases como essas de tanta implicação emocional, como amar estar associado apenas aos filhos, ou em nenhuma das frases anteriores referidas à felicidade, uma emocionalidade positiva apareceu relacionada nem ao marido e nem ao seu casamento. Ainda que não soubéssemos de toda a crise conjugal, a atitude de se calar em relação ao marido, por si só, já indicaria no mínimo uma área de conflito.

Esse “ocultamento” só reforça nossa suspeita sobre a intensidade de sofrimento que emana de seu casamento, e que não pode aparecer explicitamente pelo seu caráter ameaçador. Essa é uma tendência muito interessante que observamos desde o início de nosso acompanhamento, o que nos faz supor que é uma estratégia para evitar a carga emocional

negativa que acompanha a expressão simbólica das situações de sentido que provocam dor, tristeza, medo ou outras emoções vivenciadas negativamente pelo sujeito. Este conflito só foi amplamente colocado durante as sessões individuais, nas quais ela demonstrou toda sua decepção e ressentimento em relação ao comportamento adúltero do marido e seu desejo ambíguo de separar-se dele. Todos esses elementos nos levam a crer que o conflito com o marido tem um lugar central na depressão e nos sentidos que sua vida tem tomado no momento atual, o que provocou a construir o núcleo “*triângulo das tensões*”.

Este núcleo integra os elementos de insatisfação com seu casamento e com seu marido, elementos estes que aparecem apenas indiretamente no completamento de frases, ou associados a um conjunto de sentidos subjetivos muito diversos. Eles parecem fazer parte da configuração subjetiva deste conflito, como, por exemplo: as exigências em relação à organização da casa, de suas funções domésticas e como esposa, seu impedimento para trabalhar e a prorrogação de seus planos de pós-graduação em função das dificuldades surgidas e das exigências como mãe. Seu fracasso como dona de casa deve integrar algum sentido subjetivo procedente deste espaço doméstico. Nas sessões, este indicador se reforça, pois ficou muito clara uma postura “crítica” de seu marido e de sua mãe quanto a seu desempenho como dona de casa e mãe.

É interessante ressaltar também na caracterização de Gabriela sobre seu pai que ele parece ter muito em comum com o seu marido. Em ambos aparece a história de traição, ausência, cobranças e críticas. Por outro lado, tanto ela quanto sua mãe adotaram uma atitude condescendente, perdoaram suas “*falhas*” e continuaram ao lado dos respectivos maridos, ainda que Gabriela tenha tentado se separar efetivamente. Isso traduz uma posição de gênero como elemento de sentido do conflito atual. Para nós, esse atitude é um bom exemplo para mostrar como o gênero perpassa todas as esferas de vida de Gabriela, tendo em vista que essa categoria atravessa diferentes motivos que levam as mulheres a permanecerem em situações de sofrimento. Segundo Araújo, Martins e Santos (2004) os motivos mais comuns são: dependência emocional e econômica, valorização da família, idealização do amor e do casamento, preocupação com os filhos, o medo da perda e do desamparo e ausência de apoio social e familiar.

No caso de Gabriela, observamos que alguns desses motivos estavam presentes em sua decisão de manter o casamento, sobretudo a idealização do amor. Isso foi percebido por meio da técnica de recorte e colagem, que poderá ser visualizada no anexo F, quando solicitamos que ela apresentasse figuras que representassem “o que é ser pai”. Foi interessante ver que todas as figuras se referiam a casais “apaixonados”, que pareciam compartilhar a responsabilidade sob os filhos. Eram imagens românticas que enfatizavam a aliança, a felicidade, o amor, sendo que em algumas delas as crianças não estavam presentes. Pensamos que ela mostrava seu desejo de que o pai de seus filhos fosse também um marido romântico, atencioso, disponível e companheiro. Mesmo com o sofrimento conjugal, ela continuava a apostar num casamento e num amor idealizados!

Integrado a esse núcleo, é importante destacar o caráter ambivalente que a experiência da maternidade traz para Gabriela, que chamamos de “*Não sei ser mãe como deveria*”. Há um forte conflito em relação a seu papel de mãe, e neste observamos um trânsito de valores e emoções contraditórias, que marcam sua ambivalência em relação ao modelo de maternidade exclusiva que ela se impõe a seguir. Nos chamou atenção sua representação sobre a maternidade, na técnica de recorte e colagem, na qual ela deixou clara sua idealização de maternidade, ao escolher figuras que condiziam com a representação social da maternidade: um paraíso, algo divino e redentor. Chegou a afirmar que uma boa mãe devia ter uma paciência incondicional, ser organizada e educar bem, no sentido de impor enfaticamente limites aos filhos. Em nenhuma das figuras ou frases escolhidas, percebe-se qualquer aspecto

negativo ou de dificuldade da maternidade, sugerindo que tem muito bem internalizado o ideal de mãe “cinco estrelas” e ressentido-se e cobra-se por não conseguir atendê-lo.

Para nós, essa percepção idealizada na maternidade se integra perfeitamente ao sentido subjetivo que sua mãe tem para ela. Por isso, o conflito com a maternidade a mobiliza tanto, já que não considera que se encaixe nestes critérios, porque não é organizada com sua casa, odeia tarefas domésticas, não tem muita paciência com os filhos e tem dificuldades para colocar-lhes limites rígidos. Acha que sente muita dificuldade para cuidar do filho mais novo “como deveria”, pois ele ainda requer muitos cuidados para os quais não tem muita paciência, e com a filha é muito “liberal”. Percebe-se uma tendência à depreciação e desvalorização de suas atitudes enquanto mãe. Assim, concentra grande esforço na tentativa de se aproximar deste ideal, como pode ser visto nas frases do completamento: “*Me esforço diariamente...para ser uma boa mãe*”; “*Sempre quis...ser uma boa esposa e uma boa mãe*”. Acontece que permanecer nesta busca em satisfazer o mito da mãe infinitamente boa é, como diz Serrurier (1993, p. 32) “um pico inacessível e no qual só conseguimos nos esfolar”.

O fato de estar “querendo” voltar às suas atividades normais, sobretudo ao trabalho, que aparece como uma importante fonte de prazer, onde ela se sente competente e capaz; a sensação de frustração por não continuar seus estudos; as cobranças das tarefas domésticas, que são sentidas como um fardo, pois não parece sentir prazer em cuidar da casa/dos filhos/ preferindo trabalhar fora; e as cobranças de sua mãe, todos são elementos que se integram em uma configuração de sentido que, unidos ao conflito com o marido, sem dúvida, participam dos sentidos subjetivos que recaem sobre a percepção da “má qualidade” de sua maternagem, que se expressam na constante tensão entre amor, culpa, esforço e desejos a realizar. Vemos aqui que o sentido subjetivo do marido juntamente com o de sua mãe e com o ideal de materno construído socialmente tencionam o sujeito Gabriela, provocando muito sofrimento e culpa. Suspeitamos que esse triângulo de tensões sobre Gabriela é um dos núcleos de sentido que estão fortemente presentes nas configurações subjetivas da depressão apresentada após o parto.

Outro núcleo de sentido construído para Gabriela foi: “*Minha supermãe: meu porto-(in)seguro*”: A relação ambivalente que mantém com sua mãe nos remete a uma afirmativa de González Rey (2005b), quanto diz:

(...) recuerdos de hechos del pasado no expresan apenas una relación específica con una experiencia concreta, sino que son expresión del sentido subjetivo de ese pasado, configurado por los elementos de sentido subjetivo implicados en los diferentes sistemas de relaciones y experiencias del sujeto en esa etapa de la vida (p. 61)..

A nosso ver, parece que esta relação com um “passado confuso” é bastante revelador, e nos leva a hipotetizar dificuldades em suas relações na vida infantil ou em suas experiências nessa época. As frases “*O passado...confuso*” e alguns relatos sobre a ocasião de seu nascimento dão viabilidade a abertura desta hipótese. Gabriela nos contou, demonstrando forte ressentimento que na época do seu próprio nascimento, sua mãe teve muitos problemas de saúde, em decorrência de seu parto. No pós-operatório do parto normal, “rompeu” os pontos e necessitou ficar internada. Gabriela, que estava com dois dias de vida, foi levada por seu pai para ser cuidada por uma prima, que inclusive a amamentou ao seio. Ficou sob os cuidados desta prima por dois meses, quando então voltou para casa. Lembra-se que sua mãe sempre se refere a este episódio “*tão sofrido*” para compará-lo no sentido de desqualificá-lo, ao afirmar: “*aquilo é que foi sofrimento*”.

Seus relatos sugerem que ela não se sente considerada, respeitada e amada por sua mãe. Sente-se desqualificada por ela nos outros papéis que tenta construir para sua vida, sobretudo no materno. Certamente, esta situação “mal resolvida/ambivalente” com sua mãe está interferindo na forma como Gabriela tem exercido a maternagem e até a conjugalidade.



Em alguns momentos, essa ambivalência parece tornar sua mãe um “anti-modelo”, pois ela relatou que procura ser diferente dela com relação à forma de tratar a sua própria filha e percebe que isto parece ser a melhor maneira. Observa que a filha lhe fala sobre o que está sentindo, ainda que as vezes se sinta insegura com relação às suas demandas. Sabemos que muitas mulheres tentam não seguir o modelo de suas mães, e a própria cultura ou momento histórico podem estimular modelos contraditórios com o modelo materno (Dias & Lopes, 2003). Mas até que ponto os valores maternos são abandonados?

Certamente, a relação ambivalente que mantém com sua mãe também seja um elemento de sentido subjetivo que repercute, na sua grande preocupação em ser uma boa mãe, e nas possíveis reações de culpa e desqualificação em relação ao tipo de mãe que é. É importante destacar que acaba cultivando uma atitude subserviente em relação à sua mãe, o que faz com que ela não consiga sair do papel de filha de sua mãe.

Também observa-se a categoria de gênero nesta postura subserviente. Acreditamos que Gabriela segue impelida a atender ao modelo de maternidade exclusiva de sua mãe, mas, muitas vezes, seus desejos a impedem de fazê-lo, o que provoca muitas dúvidas, culpas e inseguranças. Chauí (1985) nos esclarece que exige-se das mulheres que sejam isto ou aquilo *para os* outros, esta mesma exigência não é feita para os homens. Dessa realidade, surge a hipótese defendida pela autora: as mulheres praticam violência sobre as outras porque reproduzem sobre elas o mesmo padrão de subjetividade. Isto é: encaram as outras e esperam que elas se encarem a si mesmas como seres para outrem, sobretudo através da maternidade. Nos parece ser justamente isto o que a mãe de Gabriela faz, já que se doou a vida inteira para o marido e a família, e agora exige que sua filha faça o mesmo. Essas informações nos parecem suficientes para afirmarmos que o sentido subjetivo da mãe está exercendo forte pressão no sofrimento atual e na qualidade da vivência materna de Gabriela.

Encontramos ainda outra contribuição de Chauí (1985) muito interessante para compreendermos o sentido subjetivo da “supermãe” de Gabriela. Segundo esta autora, a supermãe e a supermulher aparecem com uma capacidade ardilosa para manter sob sua dependência aqueles de quem acredita depender. No espaço doméstico, esta inversão se reflete nas relações entre mãe/filha, sogra/nora, irmã mais velha/irmã mais nova, esposa/amante, patroa/empregada e tendem a ser convertidas em desigualdades hierárquicas, com requintes de autoritarismo, subordinação e perversidade. Observa-se nessas díades que as primeiras se colocam numa posição superior, onde simplesmente desejam que as segundas *sejam para elas*. Isto é, que sintam, pensem e façam como as primeiras determinam, levando a uma anulação das segundas. O pressuposto fundamental apresentado por Chauí (1985) é que os modelos de *boas* mães, *boas* esposas, *boas* empregadas são estereótipos montados pelas ideologias, ou seja, uma predeterminação normativa do ser de cada mulher que as força a ser uma *cópia* da outra conforme uma finalidade externa a elas. Assim, a idéia básica é que as “cópias conformes” sejam desprovidas de interioridade, que sejam coisas moldáveis pela vontade e pensamento dos outros. Estaria Chauí falando da supermãe de Gabriela?

Por fim, há ainda um outro núcleo que se mostrou muito significativo para as construções teóricas que estamos fazendo nesta tese. Algo muito interessante de se destacar na configuração subjetiva de Gabriela é a forma como encara seu sofrimento psíquico. Ela reduz-se a uma doença, diante da qual não pode fazer nada. Sente-se dominada pelos sintomas da depressão: tristeza, angústia, pensamentos ruins, idéias suicidas e infanticidas. As interpretações e hipótese que criamos para Gabriela nos levaram a construir o núcleo denominado: *“Identidade de enferma: sou uma depressão”*. Observa-se o fenômeno da “inundação”, no qual se percebe “invasão” e resumida à sua depressão/loucura e fica presa a ela, incorporando-a em sua identidade.

Além disso, a depressão já era uma “velha conhecida” de Gabriela: ela sabia reconhecê-la, identificá-la e até como tratá-la; tanto que ela própria buscou ajuda médica, e

não apresentou resistências para se consultar com psiquiatras, como geralmente acontece com a população leiga. Suspeitamos que, assim como parece ter acontecido em relação à condição de gestante, Gabriela também procure proteção sob a condição de “doente”, já que apenas a sua condição de “Gabriela/mulher”, não é suficiente para assegurá-la e resguardá-la. Relacionados a esse núcleo, aparecem os indicadores de conflito conjugal e de desvalorização e repressão do seu “eu”, e identidade de doente, que a esta altura de nossa construção representam juntos, na nossa opinião, elementos centrais na configuração subjetiva de seus sintomas depressivos atuais.

Há ainda, outras frases que nos permitem continuar nesta linha de questionamento da depressão naturalizada, como aparece nas seguintes afirmativas do completamento de frases: “*As pessoas...não entendem e não respeitam minha doença*”; “*Minha opinião...muitas vezes não é respeitada*”; “*Penso que os outros...deveriam ter mais respeito pelo próximo*”; “*O sexo... é gostoso*”; “*Quando estou sozinho...fico bem*”. Nessas frases, mais uma vez se integra outro indicador à hipótese em desenvolvimento: Ela aspira encontrar respeito e compreensão através de sua condição de enferma e não pelo que ela é. Ou seja, ela se apropriou da doença como instrumento protetor de suas relações sociais e conjugais e assim, neutraliza os conflitos que ela experimenta no momento atual. Isso, nos faz pensar que ela lança mão deste “escudo/ recurso”, justamente porque não tem sido possível, ou permitido a ela, *ser* quem ela realmente gostaria, o que fica muito claro nas frases acima.

Destacamos ainda que nessas frases também aparece mais um indicador de que seu estado emocional real não corresponde ao da depressão assumida. Considerar a prática sexual como algo prazeroso e sentir-se bem quando está sozinha são sentimentos que um deprimido raramente conseguiria ter. Esta é mais uma evidência de que seu mal-estar está mais associado aos seus conflitos com os outros (seu marido, sua mãe, seu pai) do que por uma depressão. Parece, ao mesmo tempo, que ela está utilizando a “desculpa” de estar doente para não seguir em frente com sua vida, principalmente a conjugal e maternal. Assim, no nível subjetivo, está se produzindo uma inversão do que lhe ocorre na realidade, ou seja, a doença se apresenta como o problema, e o que ela evita encarar parece estar justamente na base de sua depressão. A integração desta constatação com outros elementos expressados por ela anteriormente nos levam a reforçar nossa impressão de que assume o diagnóstico, reduzindo-se basicamente a ele. Isto também reforça a idéia de que há um processo de naturalização da doença.

### 8.2.2 – Construções a partir das informações de Larissa

*Identificação e contexto sócio-familiar:* Larissa tem 31 anos, é casada, natural do Gama e procedente de Taguatinga-DF. É formada em pedagogia com pós-graduação em artes. Atua nesta área no ensino médio em uma escola pública. É mãe de Manuela, que está com 10 meses. É casada com Gustavo, que tem 31 anos, graduado e mestrando em História pela UnB, professor. Moram em casa própria, nas adjacências de Taguatinga. Família de classe média com renda mensal de R\$ 3.000,00.

*Queixa principal:* o motivo da procura por nosso serviço descrito por Larissa na ficha de inscrição foi: “*Após o nascimento da filha passei a constantemente refletir e a rever certas idéias sobre minha real capacidade, ou não, de administrar essa nova realidade: a de ser mãe*”. Diferentemente das outras mães estudadas, chamou a nossa atenção o fato de Larissa não se referir, nem explícita, nem implicitamente, à DPP na sua ficha de inscrição, como a maioria fez. Ao invés disto, ela prefere uma reflexão crítica-descritiva sobre o conflito que estava vivenciando naquele momento diante da maternidade. Essa colocação inicial foi suficiente para abertura de hipóteses que passaremos a destacar, desde já. Pela singularidade

dessa afirmação dentre os outros casos estudados, nos permitimos supor que Larissa não se rotula e nem se reduz ao diagnóstico de depressão, apesar de reconhecer-se em sofrimento e em crise. Essa frase também nos permite uma idéia sobre o sentido subjetivo que a função materna para ela tem, bem como o auto-conceito que ela expressa de si, que vamos seguir construindo para melhor compreendê-lo.

*Sintomatologia:* os sintomas mencionados foram culpa, depressão, fadiga, medo, angústia e perda de identidade. Sente-se muito alterada, insegura, culpada, chorando facilmente, desde o nascimento de sua filha, há 10 meses. Queixa-se das mudanças na sua vida após a maternidade: “perda” de identidade, afastamento dos amigos, “virou” dona-de-casa, assumiu novas responsabilidades. Sente-se *exagerando* em suas avaliações, sentindo-se sobrecarregada pelas novas responsabilidades da maternidade. Seu estado tem trazido mal entendidos e dificuldades com seu esposo e com a babá da filha. Destacamos que diante da divisão de papéis estabelecida, já podemos observar a questão do gênero como um elemento de sentido que se produz na nova realidade.

*História da gravidez/parto:* Teve uma gestação saudável, mas os conflitos com a maternidade começaram antes mesmo da gestação, quando já “fazia alguns questionamentos sobre seu real desejo de ser mãe”, dizia ela. Segundo Larissa, durante toda sua vida foi “convencida” por seus pais de que deveria ser mãe, mas infelizmente não teria capacidade para sê-lo. Sempre acreditou nisso e baseada nesta “convicção” nunca se identificou com a maternidade. No entanto, após dois anos de casamento, seu marido a “convenceu” do contrário, e a tranqüilizou afirmando que ela tinha condições de a ser. Ademais, havia uma enorme pressão familiar para que ela engravidasse. Diante desses apelos, resolveu engravidar. Cabe destacar que nessas informações encontramos a forte presença de emoções contraditórias, sugerindo que ela busca definir seu espaço simbólico em relação à maternidade, mas encontra dificuldades de integrá-lo às concepções de figuras que a mobilizam emocionalmente, como seus pais e marido. Esse conflito entre suas idéias sobre a maternidade e a de seus pais e marido parecem estar muito presente na sua configuração de sentido subjetivo de ser mãe e do sofrimento atual. Seguiremos acompanhando essa hipótese para ver se ela se sustenta.

Larissa teve uma gestação sem complicações e continuou suas atividades normalmente: não parou de trabalhar, não teve grandes alterações na imagem corporal, pois não ganhou muito peso e, por isso não mudou seu vestuário. Para ela, “*essas aparentes facilidades foram amenizando sua dúvida sobre a maternidade*”, pois achava que estava “*dando conta*”. Porém, no parto, esta realidade começou a mudar. Foi submetida a uma cesariana com graves intercorrências. Informa que teve uma queda súbita de pressão e ficou desfalecida por alguns momentos logo após a retirada do bebê, necessitando de socorro imediato. Em função de sua situação de emergência, sua filha acabou não sendo bem assistida no pós-parto e teve uma importante perda sangüínea, pois não clampearam o cordão umbilical corretamente, diante da tensão para salvar-lhe a mãe. Larissa diz não se lembrar do ocorrido na sala de parto, somente depois soube que, tanto ela quanto a filha correram risco de vida, como ela própria afirma no completamento de frases: “*Meu parto...foi difícil, embora não tivesse consciência*”. Ela significou este ocorrido como um o primeiro impacto negativo da maternidade, pois: “*trouxe-lhe de volta o receio e insegurança para dar conta da nova condição de mãe*”. Essas informações nos mostram como o sentido subjetivo da maternidade se alimenta de emoções que emergem no contexto puerperal e se integram a antigas concepções que faz de si mesma, potencializando o conflito vivido.

*História do puerpério/amamentação:* Larissa percebeu-se muito alterada dias após o nascimento da filha: “*passsei a não ter mais sossego mental, vivo esgotada, as vezes exagero nas minhas idéias e emoções*”. Reconhece que já passou por várias crises e momentos de dúvidas ao longo de sua vida, mas que estas crises se intensificaram e se tornaram mais

difíceis de lidar depois que sua filha nasceu, pois são quase diárias. Avaliando-se retrospectivamente, Larissa afirma que a maternidade parece ter lhe deixado em situação de crise constante há mais de um ano: sentia-se incapaz, culpada, triste, insegura com relação às decisões mais simples. Percebia-se alterada em suas idéias, comportamentos e emoções, não se reconhecendo mais como a mesma pessoa. Quando sentia que estava controlando uma situação junto a filha, logo novos desafios se impunham e ela entrava em angústia novamente. Observamos aqui um espaço de tensão, coexistindo um grande medo e uma resistência para não sucumbir às exigências da maternidade. Isso provoca um sentimento de incapacidade, e menos-valia e insegurança, que não nos parecem novos, mas reeditados na atual crise.

*História médica/psicológica pregressa:* Relata que sempre teve episódios de ansiedade e angústia agudos, sobretudo diante de acontecimentos novos ou de uma situação estressante. Quando criança, chegava a vomitar, parar de comer e de dormir quando tinha que fazer provas na escola. Essas reações se repetiram em várias situações ao longo de sua vida: no vestibular, no concurso para seu emprego, no casamento, na gravidez e no parto, mas pioraram muito desde o nascimento de sua filha. Nunca buscou ajuda para essas “reações depressivas”, mas agora percebe que precisa se ajudar: “para não me perder nesta nova realidade”, pois a maternidade lhe traz desafios maiores a cada dia. Acha que suas dificuldades emocionais estão se cronificando e agora tem uma filha para criar e “não pode mais se dar ao luxo de ficar curtindo suas crises depressivas”. Aqui vemos expressões que reforçam nossa hipótese anterior sobre a reedição de vivências, pois mostram que a sua história passada se constitui numa fonte de sentidos subjetivos que possivelmente está alimentando seu sofrimento atual.

*Encaminhamento para o grupo:* Larissa trabalha junto com nossa ex-estagiária, que acompanhava o seu sofrimento e a informou do trabalho com mães com DPP. Veio por indicação dessa amiga, mas por iniciativa própria. Ela compareceu sozinha à entrevista de admissão, durante a qual apresentou-se muito emocionada, não contendo o choro. Demonstrou estar em pleno conflito. Pareceu ser muito reflexiva e ter boa noção dos sentimentos que tem vivenciado. Ficou muito emocionada e incomodada com a possibilidade do diagnóstico de DPP, sugerido pela escala Edimburgo (Santos, 1995). Chorou muito e disse sentir-se fracassada diante desta condição. Cabe ressaltar que rejeitar o diagnóstico de DPP pode ser um indicador de uma tentativa de não se reduzir ao seu sofrimento e a sua doença. Talvez, por isso ela apresentava uma demanda ambígua: ao mesmo tempo dizia que gostaria que o psicólogo a ajudasse a se conhecer melhor por perceber que suas crises “depressivas” se repetem e fogem ao seu controle, fica muito mobilizada após as sessões e pensou em desistir do acompanhamento.

*Relação com sua mãe:* parece ter um relacionamento muito ambivalente com a sua mãe. O relacionamento já fora bastante conflituoso, sobretudo na adolescência, por grandes divergências de opiniões entre elas. Segundo Larissa, sua mãe não aceitava e nem aceita o seu jeito de ser, porque ela sempre renegou o papel de dona-de-casa, se afastando muito do modelo tradicional de mulher, defendido e exercido por sua mãe. Larissa sempre fez questão de se diferenciar deste “destino”, através das roupas (pouco femininas), da sua postura crítica e questionadora, da rejeição da maternidade, da priorização aos estudos e a profissão, do distanciamento das regras familiares e construindo para si o seu próprio mundo. Neste sentido, ela nos contou: “Eles nem acreditaram quando eu disse que iria casar, já não esperavam que isto pudesse acontecer. Eu já era um caso perdido”. Ressaltamos nesta frase, o clima de menos-valia e enfermidade estimulado por sua família, pelo que se expressa os dois sentidos subjetivos assumidos à família e à si mesma. Por isso, até o seu encontro com a maternidade, sua mãe parece ter lhe servido um “anti-modelo”, ao contrário do que aconteceu com sua irmã, que é muito parecida com a mãe. Porém, após o nascimento de Manuela houve

uma aproximação, em função da troca de experiências sobre a maternidade, a ponto dela passar a se queixar de sentir “*falta do colo materno*”.

*Relação com seu pai:* demonstra ter vínculo mais forte com seu pai, com quem diz tem mais contato e mais diálogo. Ele parece ser-lhe uma referência positiva. Este sentimento ficou evidenciado no completamento de frases, quando ela afirmou: “*Meu pai...é meu exemplo de serenidade, integridade e solidariedade*” e “*A paternidade... é a possibilidade do homem exercer junto a mulher o ato mágico da criação*”. Entretanto, pouco se referiu a seu pai durante as sessões individuais e em grupo

*Relacionamento familiar:* Fala de uma forte relação com sua irmã, que teve uma filha nove meses antes da sua. Esta irmã parece ser uma boa fonte de apoio, no entanto, ela percebe que elas possuem concepções diferentes da vida e da maternidade, pois Larissa não acredita que sua irmã tenha as mesmas dúvidas que ela em relação a esta função. Afirma que sua mãe e esta irmã são muito parecidas e por isto se relacionam muito bem, o que parece fazê-la sentir-se excluída e um tanto enciumada. Por várias vezes, tanto nos atendimentos individuais quanto em grupo, Larissa contou que cresceu ouvindo de todos, sobretudo de sua mãe, que ela não “*dava*” para ser mãe, que não sabia lidar com crianças, que não tinha jeito para constituir família. Este papel era reconhecido na sua irmã que era tida como “*uma mãe nata*”. Vemos aqui, o papel de mãe instintivo na configuração de sentido subjetivo do sofrimento atual.

*Relacionamento com o cônjuge/pai do bebê:* esse relacionamento tornou-se muito conflitante depois do nascimento da filha. Eles passaram a discutir mais, como ela demonstrou claramente na técnica de recorte e colagem, que visualiza-se no anexo H “*Porque nesse jogo de gato e rato, ou melhor de gato e cachorro, chega nesse momento aqui. É complicado porque enquanto era só eu e ele era mais fácil, mas agora tem a Manuela e tem os embates.*” (...) *Tem sim, tem essa coisa dos três, do confronto de forças, de sexos, de cultura*”.

Larissa queixa-se que teve de assumir novos papéis que não estavam claros para ela, sobretudo em relação à maternidade e cuidados com a casa. Relata que o marido decidiu dividir as tarefas: ele ficando responsável pela parte “*fora de casa*” e ela com a parte de “*dentro de casa*”. A paciente deixa a entender que nunca havia se imaginado cuidando de tarefas domésticas, pois não se interessava ou se dedicava a elas. Sempre se interessou pelos estudos e não ajudava sua mãe que sempre foi dona-de-casa, quando residia com ela. Porém, após o casamento, mas principalmente após o nascimento da filha, abraçou sua “*nova função*” e se diz extremamente irritada com o marido quando ele interferia em questões domésticas.

Nessas informações aparece um sentido subjetivo fortemente associado à construção de gênero, ainda hoje tem reflexos em nossa cultura: as mulheres ficam mais restritas ao espaço privado e os homens ao espaço público (Chauí, 1985 e 1984; Muszkat, 1994, Del Priori, 2004). Nesta altura de nossa construção sobre Larissa, destacamos que é importante observar que vão se produzindo sentidos subjetivos no modo de uma representação complexa de seus diferentes espaços de vida e papéis sociais.

Larissa sempre reclamava que seu marido não conseguia entender seu sofrimento e dizia que ela exagerava em suas colocações: “*O Gustavo achava que era exagero porque ele não via dessa maneira. Mas quando você recebe muito assim, - põxa você tá exagerando, Às vezes, eu via que eu estava exagerando...*” Esta qualificação- exagerada- acompanhou os discursos e pensamentos de Larissa por muitas sessões. Esta era uma dúvida constante: não estaria mesmo exagerando? Não estaria sendo imatura? Poderia ela falar sobre o que estava sentindo? Eram legítimos os seus sentimentos? Ou eram um exagero, conforme seu marido dissera?

Por outro lado, o processo terapêutico apesar de muito ameaçador para seu relacionamento conjugal, estimulou Larissa a valorizar as iniciativas de seu marido enquanto

pai e companheiro. Os trechos seguintes mostram este reconhecimento: *“Meu marido ficou um dia todo com a Manuela e, quando eu cheguei, ele disse: toma que ela tava morrendo de saudade de você. Aí ele começou a me elogiar. E eu comecei a elogiá-lo, e comecei a deixar ela mais com ele...”*. Este reconhecimento foi um crescente durante as sessões e, ao final do grupo, o casal já parecia mais sintonizado e procurando se reencontrar dentro no novo papel parental: *“O meu marido uma vez falou que a Manuela possibilitou a gente colocar as coisas no lugar. Ele perguntou: será que se a gente só tivesse casado, sem a Manuela, a gente ainda estaria junto? No sentido de que ela tá possibilitando dúvidas, conversas, os questionamentos.”*

*Relação mãe- bebê*: Questiona muito a sua real capacidade de ser mãe. Parece que esta desconfiança se refletiu nos cuidados com o bebê, no pós-parto. Ela praticamente, não cuidava da filha, tinha sempre alguém para fazê-lo: *“afinal ela não sabia mesmo cuidar de uma criança”*. Assim, ela mesma preferia que os outros cuidassem de sua Manuela, e a *“entregou”* para os cuidados de uma babá. As dificuldades que percebia ao cuidar da filha parece que reforçavam este auto-conceito negativo. Larissa praticamente pegava a filha no colo apenas na hora de amamentá-la ao seio. Com exceção deste momento, sentia-se excluída da vida de sua filha; por isso, desenvolveu um medo muito grande de que a filha não gostasse dela e que fosse *“perdê-la”* para a babá. Para nós, esta atitude fez com que ela se sentisse ainda mais incapaz, pois, por outro lado, acreditava que ela mesma deveria se incumbir de todas as tarefas e cuidados com a filha. Fica evidente nessas informações a contradição entre valor e sentimentos, ou seja, entre o que ela acha que deveria ser uma mãe e o que ela sente que quer ser enquanto mãe. A insegurança percebida expressa um sentido subjetivo em relação a si mesma enquanto sujeito ameaçado pela nova função materna.

A principal dificuldade relatada foi em referência à babá, que trabalhava tempo integral e pernoitava na residência da família, e era extremamente dedicada ao bebê, prestando-lhe todos os cuidados. Aos poucos, começou a nutrir um significativo sentimento de ciúmes em relação babá, implicando com tudo que viesse dela, inclusive sua irritante voz. Quando chegou na terapia estava no auge deste conflito. Passava sessões inteiras reclamando ou desqualificando a babá. A convivência entre as duas estava insuportável, e o pior era que Larissa não se sentia respaldada por ninguém em suas queixas contra a babá, pois todos só enxergavam nela apenas uma pessoa muito dedicada, sobretudo a sua mãe e seu marido. Essa rivalidade com a babá mereceu nosso destaque, pois além do ciúmes em relação à sua filha, acreditamos que este também era alimentado pela sua história de rivalidade com a sua irmã mais velha. Após muito falar, chorar, expressar, contar esta história, Larissa, optou pela decisão de demitir a referida babá. Depois que ela foi embora de suas vidas, Larissa começou a melhorar muito. Passou a cuidar da filha, e se surpreendeu com a sua capacidade de atendê-la e satisfazê-la, enfim de ser mãe.

Pensamos que babá carregou um sentido simbólico da configuração subjetiva de sua história de vida, sobretudo quando a dificuldade de relacionamento com sua mãe. A babá parece que ocupou o lugar da irmã, nesta triangulação, tanto que uma das coisas que mais incomodava Larissa era o fato da Babá *“achar que fazia parte da sua família e demonstrar muita intimidade com todos”*. Essa análise é importante para mostrar como um sentido subjetivo atrelado a uma determinada vivência se expande e se generaliza na complexa rede da configuração subjetiva de um sujeito.

Após construirmos esta interpretação sobre a relação de Larissa e a babá, encontramos o que nos diz Chauí (1985) a este respeito. Para ela, na relação entre patroa e doméstica fica evidente que a existência de uma babá desautoriza uma mulher como mulher, pois prova a sua incapacidade para funções que a definem em seu próprio ser. Dessa forma, se a mulher é vista como o *“braço-direito”* da *“cabeça”* do casal, a empregada é uma prótese acrescentada para aumentar-lhe sua eficiência, suplemento este obtido pela desigualdade das riquezas e entre as

classes sociais. “A natureza servil do trabalho doméstico faz a relação patroa-empregada violenta e ambígua, ou melhor, ambígua porque violenta” (Chauí, 1985, p.55). Daí podemos compreender melhor o conflito relacional de Larissa com a babá.

É importante destacar que a emocionalidade expressa nessas informações denotam claramente um movimento ambivalente de aproximação e de afastamento em relação à filha e à maternidade. Essa ambivalência constitui-se num forte indicador de conflitos com a nova função materna, a qual está atrelada a um sentido subjetivo da DPP que a desqualifica, lhe traz o sentimento de impotência e menos valia e que pinta a maternidade de uma tonalidade obscura. Há assim o reforço à sua antiga concepção sobre a sua incapacidade para ser mãe, que a desestabiliza e a “joga” numa nova crise.

*Relacionamento com outras pessoas:* sentia-se isolada, participando pouco de atividades sociais. Afirma que seus amigos se afastaram depois que ela virou mãe e está tendo dificuldades com alguns colegas de trabalho. Às vezes, tem dificuldades de se colocar em relação a eles, por ter opiniões e atitudes diferentes quanto a sua forma de lidar com os alunos e com relação as suas idéias sobre a maternidade. Não se sente bem entre seus colegas e sente-se melhor entre seus alunos, que “*possuem opiniões menos tradicionais sobre a vida*”. Ou seja, está em pleno conflito, é bastante questionadora, mas parece temer assumir suas posições e idéias, sobretudo com relação à maternidade, e ser punida socialmente com a estigmatização e a exclusão. Vemos aqui outro sentido subjetivo sobre si mesma que certamente está alimentando a configuração do conflito atual. Ela percebe que existe uma forte tensão entre as suas concepções e a maior parte das concepções sociais. Isso a faz se sentir excluída e isolada socialmente, por isso, busca aceitação em pessoas mais questionadoras, parecidas consigo e menos tradicionais.

*Relação com o trabalho/estudo:* Demonstrava e afirmava gostar muito do seu trabalho e de lidar com seus alunos adolescentes. Inclusive, chamou nossa atenção o estilo mais despojado/alternativo de se vestir, mais condizente com uma moda jovem apropriada para adolescentes. Isso nos pareceu um indicador de algo que não sabíamos ainda definir, num primeiro momento. Até que, em uma das sessões, ela se referiu à sua forma de vestir e reforçou nossa impressão, dizendo que se identificava mais com as idéias “livres” dos adolescentes do que das pessoas de sua idade e por isso procurava se aproximar desse “mundo” também por meio de suas vestimentas. Por isso, o trabalho com adolescentes lhe trazia jovialidade e espaço de realização pessoal. No completamento, há uma frase que confirma esse sentido subjetivo que o trabalho tem para Larissa: “*O trabalho...é minha diversão e minha forma de expressão*”.

Existem ainda outras frases nesse instrumento que, atreladas à atividade profissional, expressam o sentido subjetivo do estudo para Larissa, a saber: “*Eu gosto...de ler*”; “*O tempo mais feliz...estava na universidade*”; “*Gostaria de saber...sobre arte-terapia, mais sobre como lidar com crianças*”; “*Não posso...estudar inglês, por enquanto*”; “*Meu futuro...educar minha filha e voltar a estudar*”; “*Sempre quis...estudar, viajar, ensinar, aprender, amar*”; “*Sempre que posso...me afasto para ler, estudar ou sair*”; “*Me esforço diariamente...para ser boa mãe, esposa e professora*”. Todas essas são expressões repletas de emocionalidade positiva referentes atividade intelectual e profissional. Aqui cabe ressaltar ainda que o sentido subjetivo do trabalho e estudo e da atividade intelectual são tão fortes para Larissa que eles aparecem frente a indutores tão diferentes como as frases acima, o que nos informa que são indicadores de sentido subjetivo que integram o estudo, a satisfação e a profissão. Essa mobilização emocional nos permite a idéia sobre o sentido subjetivo que o conhecimento para ela tem, bem como os interesses que ela expressa. Também nos informa sobre a felicidade de sua vida passada, atrelando-a ao tempo da universidade, reforçando o conhecimento e a atividade intelectual como indicadores sobre o sentido subjetivo que o trabalho e o estudo têm para ela. “Por trás de significações tão fortes sempre há

configurações de sentido”, nos afirma González Rey (2005b, p. 145), por isso acreditamos que seu interesse e seu afã em conhecer possivelmente sejam elementos de sentido amplamente estendidos em suas diversas configurações subjetivas atuais.

Entretanto, Larissa não estava estudando naquele momento, e parecia sofrer muito com isso, pois era evidente em suas expressões a sua enorme vontade de voltar a se dedicar aos estudos. Várias vezes afirmou que queria estudar arte-terapia para entender melhor seus alunos. Porém, continuar a estudar lhe causava muita culpa e conflito, porque implicaria em dividir o tempo que “*deveria ser de sua filha*”. Também encontramos indicadores de conflitos nesse mesmo sentido em várias frases do completamento: “*Minhas aspirações...alcançar sabedoria no âmbito familiar/profissional*”; “*Minha principal ambição...continuar a estudar*”; “*Meu principal problema...é dividir meu tempo, minhas tarefas*”. Por isso, sentia muita falta do trabalho quando estava de licença maternidade, mas quando teve de retornar, sentiu-se muito dividida entre o trabalho e as demais atividades: estudo, casa, filha, casamento. É importante ressaltar que nessas informações unem-se dois processos de naturezas distintas em seu significado emocional: um relacionado à qualidade de sua maternagem e outro à sua vida profissional, o que já poderia ser considerado, para ela, um indicador indireto sobre o sentido conflituoso de ambas as esferas de sua vida. Esses são outros elementos que alimentam a configuração subjetiva do seu sofrimento atual.

Com base nessas informações, desenvolvemos indicadores que nos autorizam a identificar as seguintes hipóteses sobre os núcleos de sentido que apareceram em suas expressões, a saber:

#### 8.2.2.1 - Núcleos de sentido subjetivo construídos para Larissa

No caso de Larissa, essa tensão que se forma pela falta de identificação com o mundo que a cerca, em especial com o da maternidade exclusiva, que se generaliza e que aparece marcadamente em seu discurso: “*Eu prefiro esquecer meus desejos que me distanciem da minha filha*”, nos fez construir um núcleo de sentido que nos pareceu bastante relevante na sua configuração subjetiva intitulado: “*Sou uma aberração, não sou deste mundo*”.

Neste núcleo, identificamos uma mulher que afirma reiteradas vezes nas sessões e no completamento de frases que se sente muito diferente das outras pessoas. Parece ter se refugiado no seu mundo, o mundo das artes e dos artistas, para se resguardar. Mas, maternidade lhe “*puxou*” para uma outra realidade a dos mortais: “*Antes eu estava muito num mundo das idéias, dos livros, do estudo. E a Manuela me trouxe para as coisas práticas, essa coisa de cozinha, de pôr o sapatinho, pôr o laçinho nela, de mexer com essas coisas mais humanas do mundo.*” Vemos aqui a identidade, o sujeito tomando a posição de gênero, querendo se aproximar do mundo “feminino”, do mundo hegemônico da mulher na nossa cultura.

Porém, este novo mundo ainda é muito ameaçador e tem se apresentado de forma tão dura e pouco poética que ela sente muita falta do seu mundo dos artistas. Deseja voltar para ele através dos estudos, para poder ser quem ela é – diferente. Nas primeiras sessões se julgava muito, tendendo a se culpar por tudo e se considerar errada e exagerando em suas percepções. Aos poucos, começou a se permitir fazer questionamentos e parecia assustada com as respostas que encontrava dentro de si. Algumas vezes, quis desistir do acompanhamento, pois temia não suportar as conseqüências dos questionamentos que fazia sobre sua condição e ser punida com abandono dos outros. Temia se diferenciar muito e se excluir socialmente, o que fazia com que ela se sentisse uma “aberração”.

Por outro lado, este núcleo demarca um forte movimento em busca de si mesma, pois após o nascimento de sua filha, um novo posicionamento fez-se necessário e urgente em sua



vida. A tentativa de Larissa de encontrar caminhos que a ajudem a esclarecer o que está obscurecido, confuso e sofrido é evidenciado num progressivo processo de transformação pessoal, que a levou à psicoterapia. O conflito de emoções asseguradas no dever e nos papéis sociais, e outras emoções mantidas por sentidos subjetivos diferentes, marca uma crise de identidade. Nesse âmbito, confrontam-se o “velho” e o “novo”, onde o outro e o eu da participante se sentem terrivelmente ameaçados. Disse ela na técnica de recorte e colagem referindo-se às figuras do anexo H: *“Tem aqui uma família que está cheia de simbolismo, de coisas de tradição. Eu acho que a maternidade resgata muito isso. Mesmo que a gente esteja construindo um papel muito pessoal de ser mãe, mas a gente carrega muita herança aí”*. Por outro lado não se identifica nem com a idéia romanceada de maternidade, nem com as outras mães que a cercam, sobretudo a sua mãe e a sua irmã.

Assim, nos pareceu que fez a opção de engravidar muito insegura e desconfiada de sua real capacidade e do seu desejo de ser mãe. Aqui observa-se claramente a tensão existente entre os valores sociais, o ideal de mãe representado por sua mãe e seu marido e a sua posição de sujeito. Evidencia-se o conflito entre um “dever ser” que responde ao imaginário social e os sentidos subjetivos sentidos que ela não consegue assumir plenamente. Acreditamos que este conflito tenha se concretizado sobretudo na relação ambivalente que mantinha com a babá de sua filha. No processo psicoterápico individual, Larissa percebeu que permitiu que os outros tomassem conta de sua filha, pois não se sentia apta para tanto, porque não conseguia empregar um sentido de maternidade como o dominante socialmente. Isso fez com que ela se distanciasse ainda mais da filha e da possibilidade de se “qualificar” para exercer a maternidade. Por outro lado, se culpava, pois acreditava que não deveria ter que precisar de uma babá; visto que a maternidade derivaria de um saber instintivo.

Percebe-se, assim, uma grande ameaça à sua identidade de mulher, proveniente da tensão com a maternidade. Esta “crise de identidade” foi bem caracterizada quando ela referiu-se à figura da técnica de recorte e colagem (Anexo H) : *“Eu coloquei aqui em cima um gato acuado e do outro lado um cachorro bravo, às vezes eu me sinto em uma dessas duas posições. Hoje eu tô acuada hoje eu tô ameaçando. A quem ou ao quê? Às vezes eu me sinto acuada de ter que estar ali só eu cuidando da Manuela. Enfim, de querer fazer uma coisa e não dar conta. Hoje tem de tomar todas as decisões, isso quer dizer que algumas eu não consigo levar em consideração. às vezes eu me sinto nas duas situações. Às vezes mais para gato, às vezes mais para cachorro.”* Esse conflito também fica muito claro quando ela tentava definir a maternidade, na mesma técnica: *“Coloquei uma mulher se olhando no espelho, o tempo todo a gente se confronta. Será que sou eu mesma, ou é uma outra pessoa?”*. Essas frases indicam claramente que Larissa vê a vida doméstica e a maternidade como uma forte ameaça a si enquanto sujeito desejante, e parece lutar com todas as forças para manter-se no centro de sua vida.

Esta crise se revelou também com relação a sua sexualidade, quando ela comenta, na técnica de recorte e colagem: *“É a questão da feminilidade mesmo, essa coisa do corpo, da nudez. Esse questionamento será apesar de ser mãe, da transformação do corpo, será que as coisas de antes ainda vão continuar valendo, vão estar presentes...?”* Em uma sessão ela também se questionou: *“Ah... eu já fui adolescente, agora é mãe e como vai ser essa questão da identidade visual também”*. Nessas frases aparece, de outra forma, seus desejos, seus valores comprometidos com a imagem que tem de si própria. Isso lhe confere um valor particular como elemento constitutivo de sentido subjetivo da sua identidade.

Durante todo o acompanhamento, ficou muito evidente a sua necessidade e a sua dificuldade de se assumir. Neste sentido, em uma das sessões de grupo, apresentou o seguinte comentário endereçado às outras participantes: *“E aconteceu, no meio do caminho da terapia, de eu achar que eu estou bem e não querer ir mais e eu tinha a sensação de que estava muito pior. E ela (referindo-se a mim) disse: Larissa quando você estiver assim, venha, é só o*

*momento... entende?. Porque você já está numa caminhada, depois você começa a andar sozinha... Assim, a impressão que eu tenho, é como uma criança que está aprendendo a caminhar mas ela ainda precisa de você ali. tem momentos que ela está querendo andar mais rápido, e cai... então eu me sinto nesse sentido...eu já não tenho mais a sensação de não querer mais vir aqui.”*. Esse trecho expressa o seu caminho em busca de sua produção própria e autêntica.

Nos parece que haver uma história de vida por trás deste temor que nos permitiu construir a hipótese de que Larissa teme não ser aceita ao falar ou viver o que quer, pois a “exclusão” foi o preço estipulado por sua mãe, por ela não ter se “encaixado” no papel feminino traçado por ela. Na sessão que fizemos com as avós, a mãe de Larissa deixou clara a sua concepção naturalizada e divina de maternidade, disse ela: *“As pessoas falam que as meninas nasceram para ser mães e as vezes eu acho que eu nasci com esse Dom, né? Eu sou mais velha do que a minha irmã caçula nove anos e quem cuidou dela fui eu. Minha mãe, quando ela tinha dois anos, saiu para fazer tratamento e quem dava banho, botava para dormir era eu.”*. Na mesma sessão ela disse ainda: *“Eu rezava para a minha filha mais nova ter um filho porque ela não podia ter. Mas eu disse a ela que seria ela a primeira a me dar um neto porque tinha casado primeiro, era ela quem ia ser mãe primeiro, e não a Larissa. Eu rezei muito e ela engravidou.”*. Esta “obrigação” de ser mãe foi muito bem percebida por Larissa. Certa vez, disse: *“Quem mais me conhece é quem mais me cobra...”*. Ademais, em outra sessão ela fez a seguinte afirmação sobre a comemoração do dia das mães: *“Quando eu penso no dia das mães, eu penso na minha mãe e não em mim.”*

Neste ponto, entendemos que já temos elementos suficientes para sugerir um núcleo de sentido de fundamental importância para Larissa, que trata da sua constante busca por um espaço de realização pessoal - *“Prendo dar voz ao meu desejo”*. Este núcleo expressa a tensão entre a sua capacidade para resgatar a si mesma enquanto sujeito e de manter uma posição ativa em sua produção intelectual frente aos preconceitos dominantes e os rótulos sobre o seu modo de ser, que, na nossa opinião, se converteu em uma importante fonte de sentidos subjetivos em relação à maternidade e à DPP. Apesar de nos sinalizar para prognóstico positivo para Larissa e enfraquecer ainda mais a hipótese diagnóstica de depressão, este núcleo sintetiza o espírito de luta, mas também de mais um conflito que caracteriza a sua vida. Ela nos mostrou ter muita clareza sobre o que é, o que quer, e tem muita disposição para lutar por isso, porém se recusa intencionalmente a naturalização do que estabelecido socialmente.

Trata-se de uma jovem com uma forte orientação volitiva, que se posiciona como sujeito em seus diversos sistemas de relação, nos quais tenta ter seu próprio espaço, incluindo o social numa perspectiva mais ampla. Destacam-se a todo momento nos seus relatos, no completamento de frases e nas técnicas projetivas, vários indicadores de que ela pretende dar voz ao seu desejo, e não abrir mão do que quer, ainda que tema as suas conseqüências. Isso nos levou a construir esse núcleo de sentido.

No entanto, ela sente muita culpa e medo de ser excluída por este movimento. Por esta razão, parece estar tentando encontrar a melhor forma de conciliar seus diversos desejos e papéis de forma a não prejudicar ninguém, nem a si mesma e assim não correr o risco de ser excluída e abandonada. A frase do completamento mostra muito bem esta cautela: *“Tratarei de conseguir...aos poucos, devagar e selecionando o que desejo e amo”*. Observamos que esta tensão é um dos principais conflitos vivenciados por Larissa ao longo de sua vida, principalmente relacionado ao seu passado com sua mãe.

A forma com que sua mãe participa da configuração da maternidade de Larissa, e o sentido subjetivo da mãe, já aparecem em sua história de vida na luta para ser reconhecida como sujeito, por reivindicar uma posição ativa e singular frente ao socialmente e familiarmente estabelecido. Em uma das sessões de grupo, ela relatou que durante a sua

adolescência deixou de comparecer a várias festas, pois queria ir vestida de uma forma que desagradava muito a sua mãe; então, para não magoá-la e nem se forçar a ir com um estilo de roupa com qual não se identificava, preferia deixar de ir a festa. Este é um bom exemplo de que ela evita o confronto diante da sua necessidade de se assumir, chegando a algumas vezes a renunciar temporariamente ao que deseja. Entendemos que o sentido subjetivo de sua mãe é um elemento relevante da configuração subjetiva do sofrimento atual, que se expressa em sintomas da DPP.

A tentativa de conciliação também fica evidente na seguinte reflexão de Larissa: *“Acho que a gente passa por vários graus, da privação para negociação.”* A evidência deste conflito entre o que eu quero e o que posso querer, nos sugere, que o conflito atual não se instalou agora, mas que ele já é “um velho conhecido” de Larissa e que ela desenvolveu estratégias como esta para lidar com ele. Portanto, percebe-se em seu discurso que ela quer e luta para conciliar seus múltiplos desejos e resiste em se reduzir ao papel de mãe e dona de casa. Parece ter prazer em ser mãe, mas sente um incomodo/culpa quando acha que, para exercer bem esta função, tem que abrir mão de seus outros desejos. O seguinte trecho nos mostra que ela passou a conotar positivamente a chegada da filha: *“ a Manuela me permitiu ser mais completa.... Eu me sinto mais a vontade para procurar mais coisas, mais experiência, então quando coloco a coisa do sapato (referindo-se a figura do anexo H), seria a coisa de se cuidar mais, de reelaborar mais isso”*.

Porém, o conflito emerge quando ela percebe que deseja continuar estudando, aprimorando sua vida profissional, exercendo sua sexualidade, sendo uma boa esposa, mãe e filha. Não quer abandonar os seus sonhos e desejos, os quais após a maternidade estão lhe parecendo inconciliáveis, por isso sofre e se reprime e teme ser preterida, como revela o trecho a seguir: *“E eu ficava pensando como vai ser quando eu começar a trabalhar... será que a Manuela vai gostar de alguém. E o pior eu achava que se ela gostasse de outra pessoa, ela não ia gostar de mim... e eu poderia ficar com raiva de outra pessoa... e ela sabe distinguir isso. Se tiver uma outra possibilidade, uma outra pessoa para também tem carinho ela vai ganhar. Ela vai ter você, vai ter o pai e vai ter a irmã”*. Nessas expressões Larissa nos mostra que está trabalhando arduamente para reorganizar uma posição frente a vida.

Mas não seria mesmo querer demais, subverter o seu destino, exercendo a maternidade a seu modo, já que ela não se identificava com a maternidade preconizada social e culturalmente? É fazendo frente a essas imposições sociais que ela tem expressado a sua capacidade para significar a nova crise vital pela qual está passando e para se reencontrar nela como pessoa que elaboramos um indicador central para lhe definir como *sujeito da doença*. Ou seja, apesar do sofrimento, diante da doença, ela não se subordina, tomando uma posição ativa que marca o sentido subjetivo da DPP.

Nesse caso, vemos claramente um sujeito em tensão com as figuras simbólicas produzidas e nas suas relações afetivas mais primitivas e nos discursos sociais dominantes, os quais estão presentes em quase todos os espaços sociais, institucionalizados ou não. O sentido subjetivo autêntico de uma maternidade não se constitui apenas por uma representação externa que foi passivamente internalizada pelo sujeito, mas ganha sentido subjetivo por estar perpassado pelo afeto em relação às figuras centrais da vida, como mãe e marido de Larissa, o que gera uma tensão muito forte que nutre o sofrimento vivido no presente.

Vemos neste caso que esse sujeito complexo por nós defendido, se revela também por meio de sintomas diagnosticados como DPP, embora constituído dentro dos espaços simbólicos dominantes, representa uma alternativa individual frente à maternidade imposta e exclusiva e apóia-se na capacidade singular geradora de sentidos subjetivos do sujeito social. O caso de Larissa nos mostra como a configuração singular de um “rótulo padronizado” nos permite compreender, não apenas o estático da pessoa e como ela se configura, mas como ela se movimenta na realidade atual e seu impacto nessa organização subjetiva.

### 8.2.3 – Construções a partir das informações de Lúcia

*Identificação e contexto sócio-familiar:* Lúcia tem 27 anos, é casada, residente em Ceilândia, DF. Possui ensino médio incompleto, trabalha como faxineira. Vive maritalmente com Edgar, que é o pai de seu único filho, Gustavo, que estava com 12 dias quando nos procurou. Edgar tem 30 anos, trabalha como porteiro. Moram em um pequeno barraco de madeira nos fundos da casa de seu pai. Trata-se de uma família de classe baixa. Renda familiar: 3 salários mínimos mensais.

*Queixa principal:* escreveu na ficha de inscrição: “*Depressão pós-parto*”. Chama atenção que Lúcia não apresenta como queixa principal o seu sofrimento, ela limita-se a nomeá-lo por meio do diagnóstico de DPP. Na entrevista de acolhimento enfatizou as dificuldades que estava tendo em relação a amamentação: “*comecei a rejeitar o meu filho, eu queria gostar dele, mas quando ele chega perto de mim eu quero sair correndo, quero ele longe!*”. Provavelmente, foi esse sentimento de rejeição que a fez se atribuir o diagnóstico, já que sabemos que é essa a associação normalmente feita pelo senso-comum. Porém, mais do que a rejeição, nos deu a impressão de que Lúcia se sentia muito doente e impotente diante dos seus sintomas.

*Sintomatologia:* Passava a madrugada e o dia amamentando, mal se deitava e ficava praticamente sentada com medo de adormecer e não ouvir o choro do bebê. Estava exausta, nervosa e muito triste e com muita dificuldade de amamentar, e achava que por isso, começou a rejeitar o filho. Desde o nascimento do filho, ela afirmou não ter ânimo para nada, não conseguia dormir, não sentia vontade de comer, por isso ela está nove quilos abaixo do peso e tem dificuldades para vislumbrar o futuro: “*Eu penso se eu nunca mais vou me sentir melhor, sinto vontade de morrer e não agüento mais, não quero comer. Eu fico com esses pensamentos, mas logo penso no Gustavo... é muito difícil*”, sugerindo com esta frase todo o impacto negativo que a maternidade tem acarretado em sua vida.

*História da gravidez/parto:* a gravidez de Lúcia não foi planejada, mas foi recebida como uma grata surpresa, porque ela achava que não poderia engravidar. Descobriu, após cinco anos de tentativas para engravidar, no seu primeiro casamento, que tinha um útero retrovertido e ovário policístico. Um médico lhe explicou que seria muito difícil que ela engravidasse pelos métodos naturais. No entanto, após quatro meses de relacionamento com Edgar, ela engravidou: “*Para mim foi uma benção saber que eu estava grávida porque eu achei que não podia ter filhos.*”. A gravidez foi então muito bem recebida: “*com a gravidez minha vida mudou para melhor, fiquei muito feliz (...) tudo que eu queria era um filho*”. A gestação transcorreu sem complicações e Lúcia foi preparada durante todo o pré-natal para dar a luz por meio de um parto normal. No entanto, como não teve dilatação e a gestação já estava com 40 semanas e 5 dias, foi submetida a uma cesariana no dia 26/02/2004, no HMIB, sem intercorrências.

Demostrou certa frustração em relação ao tipo de parto: “*Meu parto...não entendi porque foi cesárea (...) pensei que ele ainda estava na barriga, e quando vi colocaram ele no meu peito, mas ele não quis*”. Observa-se nesta frase também o início do desapontamento com a amamentação, sugerindo também que ela se sentiu rejeitada pelo filho. Maldonato (1985) nos informa que se a mulher idealiza muito o parto, e se decepciona quando o mesmo acontece de modo muito diferente do esperado, as mães tendem a se culparem: “*diante do inesperado, há mulheres que não apenas se sentem frustradas, como também fracassadas, como se tivessem falhado ou feito tudo errado*”. Nos parece que este discurso se aplica à Lúcia. Por outro lado, essas expressões, juntamente com a frase do completamento sobre a gravidez: “*Quando estava grávida... me sentia feia, mas feliz*” já começam a apontar para um

sentimento de ambivalência em relação à maternidade, o qual vamos seguir integrando a outros aspectos da história de Lúcia para ver se esta idéia se sustenta.

*História do puerpério/amamentação:* As dificuldades com a maternidade começaram no mesmo dia do parto. Lúcia nos conta que não foi orientada quanto a amamentação e, logo no primeiro dia, percebeu uma fissura no bico do seio que piorou muito nos dias seguintes. Sentia muita dor ao amamentar e apesar de ter se queixado à equipe de enfermagem continuou sem orientação e recebeu alta. Em casa, as dificuldades só aumentaram e a “sonhada” amamentação se transformou num grande pesadelo. O seio ficou cada vez mais fissurado e sangrava durante e após as mamadas, as quais se intensificaram e ocorriam a toda hora. Ainda assim, o bebê chorava muito, parecendo não estar saciado e, apesar da grande dor, Lúcia continuava a lhe oferecer o seio: “*eu apertava ele no peito, mas não adiantava muito*”, lamentava-se ela. Essa vivência negativa em relação a amamentação fica explícita em vários relatos durante as sessões e nas frases do completamento: “*Penso que amamentar... é a pior coisa do mundo*”; “*Gostaria de saber... como amamentar sem sentir dor*”.

Diante deste quadro e da insistência das pessoas a sua volta: “*todo mundo dizendo: dá o peito, dá o peito*”, cada vez que tinha que amamentá-lo entrava em desespero: várias vezes chorou junto com o bebê nessas ocasiões e sentia-se péssima, porque não conseguia acalmá-lo: “*Parece que meu colo tem espinho, ele se acalma com os outros, mas quando eu pego ele começa a berrar*”, afirmava parecendo ressentida. As pessoas lhe diziam que “*ela era mãe e não precisava de ninguém para aprender a cuidar do filho*”, dissuadindo-a de buscar ajuda especializada, como era de sua vontade. Em um momento de maior desespero, chegou a chutar a porta do armário, chegando a danificá-lo e em outro para tentar controlar a dor durante a amamentação, cerrou tanto os dentes que chegou a quebrar a metade de um deles.

Não suportando mais tamanho sofrimento, depois de nove dias após o parto, pediu ajuda ao Corpo de Bombeiros, que a encaminharam para o banco de Leite do HRT. Lá, começou a receber orientação e apoio, mas também passou a se comparar com outras mães: “*quando eu chegava no consultório e via aquelas mães amamentado tudo bonitinho, eles dormindo... me dava uma agonia... Tudo certinho e eu chegava lá com os peitos tudo duro e ferido.*” Essas expressões demonstram que as dificuldades com a amamentação provocaram um enorme sentimento de fracasso e uma enorme dúvida em Lúcia quanto a sua real capacidade de ser mãe. Isso aponta para os prejuízos que a pressão que o modelo da maternidade instintiva podem trazer.

*Encaminhamento para o grupo:* Lúcia estava sendo atendida no Banco de Leite, quando divulgávamos o nosso trabalho do grupo. Imediatamente, ela foi encaminhada para o nosso serviço, e nos procurou no mesmo dia, para iniciarmos o acompanhamento. Pela rapidez com que se deu o processo de encaminhamento, suspeitamos tratar-se de um caso grave de depressão pós- parto. Ela compareceu ao CEFPA acompanhada do bebê e de sua irmã mais velha. De fato, estava muito abatida, chorando muito, mal vestida, com dente quebrado, despenteada e com dificuldade para caminhar, pois ainda se recuperava da cirurgia cesariana.

*História médica/psicológica pregressa:* Lúcia tem história de depressão de longa data: “*Já tive depressão antes, desde os meus 15 anos eu trato com psicólogos e psiquiatras e eu sempre parava no meio do caminho porque achava que eu estava bem.*” Desde então, afirma sentir “*muita tristeza e uma angústia dentro de mim*”. Há alguns anos atrás, passou a beber muito e tornou-se alcoolista. Tem sido acompanhada por psiquiatras e chegou a ficar internada por dezenove dias no HPAP<sup>15</sup>, há dois anos atrás. Avaliou esta fase como uma experiência horrível e, em função disso, parou de beber. No episódio atual de depressão, não quis procurar seu psiquiatra, temendo ficar internada novamente, por isso, está tomando a medicação que seu médico costumava lhe prescrever (amitriptilina) por conta própria.

<sup>15</sup> Hospital psiquiátrico São Vicente de Paula, que é referência para este tipo de tratamento no DF.

Na crise atual, ela se apresenta muito instável emocionalmente: *“Sinto uma tristeza, uma angustia. Não tenho vontade de falar nada com ninguém... fico rezando a Deus que ninguém chegue na minha casa. Às vezes eu quero que chegue alguém. Às vezes eu quero escuro, às vezes eu quero claridade, às vezes eu quero musica, as vezes eu quero quebrar as coisas.”* Afirma que esses sintomas não são muito diferentes das outras crises depressivas que teve. O que é diferente é a intensidade e a falta de apoio. Assim, atualmente, se percebe ainda mais doente, pois nas outras crises depressivas sua mãe lhe cuidava e ela *“podia se livrar daquelas coisas que estavam acontecendo com ela, eu era nova, sem filhos, sem responsabilidades e agora tenho que cuidar do Gustavo e do Edgar”*, e, portanto, não tem o direito nem de expressar o que está sentindo. Lúcia expressa-se como se fosse incapaz de mudar sua própria vida. A perda da auto-estima e autoconfiança está relacionada principalmente com a imagem de doente e incapaz que faz de si mesma. Lúcia nos parece uma mulher que não teve espaço para ser e existir como pessoa, apenas no papel de filha. E o que é pior, no de doente.

*Relação mãe- bebê:* a relação com o filho parecia bastante prejudicada, por causa das dificuldades com a amamentação. O choro dele a deixava desesperada. Na entrevista de acolhimento ela afirmou: *“Quando eu tive alta, eles levaram o bebê para bem longe porque eu não suportava nem ver o menino e, quando eu ouvia o chorinho, eu queria correr, eu queria estar boa para levantar da cama e sair correndo porque eu queria ele bem distante de mim porque eu não podia amamentar. Era como se eu quisesse me livrar dele.. eu não queria saber dele.”* Ao relatar isso, olhava para seu bebê em seu colo e chorava lamentando seus sentimentos: *“Eu não sei fazer nada e o pai também não sabe fazer nada, a gente não sabe fazer nada”* desesperava-se ela nas primeiras sessões, mostrando toda a sua impotência diante da difícil realidade e que o filho era uma fonte de frustração. Sentia-se, por isso, muito culpada, impotente e desanimada.

Depois do acompanhamento no banco de leite, conseguiu amamentar, e seus sentimentos se modificaram: - Alessandra: *“O que você acha que aconteceu para isso mudar?”* - Lúcia: *“A cura do meu peito.. não totalmente. Mas isso fez com que eu me apegasse a ele.”* (...) Agora eu tô conseguindo conciliar a Lúcia com o Gustavo. Sabe eu tô conseguindo ter uma ligação”; demonstrando-se mais aliviada por achar que estaria conseguindo cumprir o seu papel de mãe.

É importante destacar que, aos poucos, o sentimento de rejeição foi se modificando e deu lugar a um enorme sentimento de culpa e atitudes de superproteção: *“Às vezes eu acho que ele chora por minha causa e eu acho que eu tô passando stress para ele...eu não sei porque ele chora a noite toda”*. Apesar de sentir-se exaurida pelas demandas do filho, ela passou a se dedicar integralmente a ele e aos cuidados com a casa. O filho passou a ser o centro de sua vida. Até mesmo o marido que era uma forte referência foi deixado em segundo plano: *“Meu maior tempo dedico... neste momento, ao meu filho”*; *“Sempre que posso...me dedico ao Edgar”*. Então, se antes ela queria “se livrar” do filho, agora não consegue se separar dele: passava o dia com o ele no colo, não saía de casa, não permitia que ninguém a ajudasse, não se permitia descansar, pois achava que o bebê poderia não sobreviver à sua falta: *“Não sei acho que ele vai querer mamar, vai chorar...que a pessoa não vai cuidar tão bem quanto eu acho que ele vai precisar de mim”*.

Nos parece que Lúcia sente hoje que tem obrigação de reparar o mal cometido por tê-lo rejeitado, e este sentimento a leva para o caminho da superproteção e da dedicação exclusiva ao filho. Este contexto corrobora a concepção de Parker (1997), ao afirmar que em alguns casos a mãe, consciente de sua ambivalência, decide compensar a aversão pelo filho com um amor apaixonado.

Apenas em momento de desespero se permitiu deixá-lo com uma vizinha: *“Essa semana que passou eu não agüentei...Eu não gosto de fazer isso, mas eu fui lá na vizinha e*

*disse: pelo amor de Deus, fica pelo menos 15 minutos com o Gustavo para eu poder me organizar porque eu tô assim doidinha, já nem sei o que eu tô fazendo*". Apesar de todo o sofrimento vivenciado, o filho lhe trouxe um novo sentido para viver, já que andava muito infeliz com sua vida. Agora ela se sente útil e com uma missão a cumprir: criar o seu filho. Tanto que, no completamento, afirma: *"A vida...é importante, principalmente agora"*. No completamento de frases, o sentido subjetivo que o filho tem para ela fica evidente nas várias frases em que se refere explicitamente a ele, tais como: *"A preocupação principal... não saber lidar com meu filho"*; *"Gostaria...muito que meu filho me amasse como eu o amo"*; *"Meu maior desejo...é saber cuidar do meu filho"*.

Mas, a despeito desta melhora no vínculo com o filho, a tristeza, a angústia e o desânimo continuaram a incomodá-la a atrapalhá-la em suas atividades diárias. Isso nos faz pensar que as dificuldades na amamentação foram apenas mais uma barreira que serviu de "pretexto" para justificar a sua depressão. Ou seja, a crise de depressão atual foi apenas aparentemente desencadeada pelas dificuldades de amamentação do bebê e pelas dificuldades de cuidar dele no dia-a-dia. Mas, de fato, a sua depressão não parece estar relacionada exclusivamente às vivências do pós-parto, ainda que elas tenham sido negativas em alguns aspectos. Nos parece que a depressão assume um lugar muito mais amplo, antigo e significativo na configuração subjetiva de Lúcia e, por isso acreditamos que ela vá muito além de uma DPP. Qual será o sentido subjetivo que a depressão assume para Lúcia?

*Relacionamento conjugal/pai do bebê*: Lúcia foi casada por cinco anos com seu primeiro marido. Descreveu esse antigo relacionamento como muito ruim e distante, por isso começou a beber e a levar uma vida desregrada: *"Bebia todos os dias, saía com as amigas para bares, passava a noite fora e as vezes, levava dois a três dias para voltar para casa"*. Essa situação acabou culminando na separação conjugal. Foi nesta época que conheceu o seu atual companheiro Edgar. Ele era muito diferente de seu ex-marido: *"era carinhoso, atencioso e me ajudou a deixar a bebida e ainda me deu um filho"*. Seu amor e gratidão pelo atual marido ficam evidentes na frase: *" quando começamos a namorar eu estava ruim mesmo, ele me salvou"*; *"Meu marido...neste momento está sendo tudo para mim"*; *" Quando estou sozinho... nem sei, acho que penso no Edgar"*; *"Meu maior medo...ficar sem meu marido"*.

Para ela, a gravidez veio completar a felicidade que estava sentindo ao lado do seu novo companheiro. Ela afirma que o casal estava feliz com a chegada do bebê. O marido parece ser uma figura central em sua vida, é citado várias vezes no completamento, sempre acompanhado de uma forte mobilização emocional: *"Eu gosto... do meu filho, do Edgar e da minha família"*; *"Amo...meu filho, meu pai, meus irmãos e o Edgar"*; *"Eu gosto muito... de sair com o Edgar"*. Porém, por mais que faça, sente-se em dívida por não estar conseguindo ser a esposa que ela acha que seu marido gostaria: *"Lamento... não poder ser a esposa que o Edgar merece"*; *"Fracasso... sou um fracasso de mãe e esposa"*; *"Me esforço diariamente...para ser mãe e para ser esposa"*. Essas expressões também são indicadores de que está existindo um forte conflito em ambas as áreas: a maternidade e a conjugalidade, havendo muita dificuldade de se integrar em sua configuração subjetiva. Resta-nos entender como esse conflito está participando da configuração da depressão após o parto.

As informações acima sugerem que sua convivência com o companheiro era boa, no entanto, após o nascimento do bebê, os conflitos com o companheiro começaram. Percebe que o marido fica muito nervoso com o choro do bebê, o que a deixa mais angustiada: *"Ele já chega tão estressado em casa (...) por isso que eu privo ele dessas coisas por isso eu evito que ele ouça o choro à noite..."* Às vezes, tranca-se no banheiro junto com o bebê para chorar, para não incomodar o marido, pois teme que ele não suporte a situação e a abandone junto com o filho: *"Eu me tranco dentro do banheiro á noite com o bebê chorando, para não acordar ele, para não incomodar"*. Por essa razão, tem evitado falar com seu marido dos seus

sentimentos tristes e do seu desânimo: *“Eu tenho tanto medo disso...eu gosto muito do Edgar e eu sei que ele gosta muito de mim também. E eu tenho medo desse meu problema fazer com que ele se afaste de mim, que ele canse da minha tristeza”*. Esses relatos nos sugerem que Lúcia não se sente no direito de incomodar o marido com seus problemas, já que ele a ajudou a sair da pior fase de sua vida, sugerindo ter uma “dívida” para com ele, afinal ele lhe salvou e lhe deu uma nova vida e um filho!

*Relação com sua mãe:* a mãe de Lúcia faleceu há um ano atrás,. Pelo seu relato e pelas respostas no completamento de frases, parece que ainda hoje encontra-se enlutada: *“Sofro... com a morte da minha mãe”*; *“A morte...prefiro nem falar nisto, me causa dor”*. Sempre se refere a ela de uma forma positiva e saudosa. Lúcia afirma que tinha uma boa relação com a mesma, que era a única que lhe ajudava e, por, isso tem boas lembranças dela. Assim, sua dor atual é acentuada pela falta de apoio e pela busca de uma modelo onde se espelhar: *“Sinto...a falta da minha mãe”*; *“Eu freqüentemente reflito...sobre o meu relacionamento com a minha mãe”*. A dor da perda da mãe pode estar sendo revivida neste momento do pós-parto, pois representa a perda de um apoio importante neste momento crítico de sua vida. Será que busca nela respostas para as dúvidas e as decepções que a maternidade tem lhe trazido?

*Relação com o pai:* Seu pai é outra figura bastante idealizada: *Meu pai...É TUDO PARA MIM, amo demais*”, escreveu ela com letras maiúsculas no completamento de frases. Ele é compreensivo e a ajuda, inclusive com o bebê, sendo para ela uma fonte de apoio. No entanto, sente-se incomodada com o fato dele ser alcoólatra. Por isso, ela, naquele momento, diz estar um pouco afastada dele, já que ela já se tratou da dependência deste mesmo “vício”. Mesmo assim, continua preservando uma imagem positiva do pai. inclusive faz questão de cuidá-lo, como afirmou no completamento: *“Me esforço...para cuidar do meu pai”*

*Relacionamento familiar:* O casamento dos pais era bom. A relação do seu pai com os filhos era muito boa, pois ele era muito “brincalhão”; já a mãe era mais “severa” e brigava mais. Dessa união, foram gerados sete filhos. Lúcia é a quarta filha do casal, a mais nova das mulheres e *“a que foi criada com mais dengo”*. Lúcia lembra-se de muita coisa da infância, que, segundo ela, foi muito boa. Já da adolescência, quase não se recorda. Seu afeto por sua família fica evidente em algumas frases do completamento: *“Amo...meu filho, meu pai, meus irmãos e o Edgar”*. Porém, na prática, conta apenas com a sua irmã mais velha para auxiliá-la nos cuidados com o filho; e com quem pode dividir suas dúvidas e tristezas.

*Relação com o trabalho/estudo:* Lúcia exercia a função de faxineira em uma empresa de serviços gerais, mas parecia não gostar do seu emprego. No completamento de frases ela fala a respeito disto: *“O trabalho...me causa tristeza, porque eu não lido bem com as pessoas”*. Porém, valoriza seu emprego porque através dele pode comprar as suas “coisinhas”, e ser mais independente do marido: *“ eu tô muito estressada porque ter que voltar a trabalhar eu sempre fui acostumada a ter o meu dinheiro e eu não quero pedir nada para o Edgar. Porque se eu precisar de qualquer coisa eu vou ter que pedir para ele, e não é só para mim não é, para ele (Gustavo) também.”*. Ademais, quando ainda encontrava-se de licença-maternidade, já sofria porque teria que voltar a trabalhar em breve e não tinha com quem deixar seu filho. Estava tão insegura em deixá-lo, que confessou que gostaria que seu marido assumisse sozinho o sustento da família, ainda que isso lhe custasse a sua “independência”: *“Eu tava uma pilha por causa dessa estória de voltar a trabalhar, eu tava tão estressada parecia que eu ia morrer(...) Eu queria que o Edgar falasse que eu podia lagar o emprego e que ele ia segurar as pontas, mas ele não falava nada”*.

Ela acabou voltando ao trabalho, mas ficou por pouco tempo, pois achava que o seu salário não estava compensando o sofrimento de ficar longe do filho: *“eu não tenho condições de pagar alguém para ficar lá em casa com o bebê. Aí, depois de trabalhar o dia inteiro, cansada, eu ia ter que chegar em casa, cuidar dele, cuidar da casa. Eu pensei bem e achei melhor ficar em casa”*. Foi então que tomou coragem e conversou com o marido a



respeito: “*Aí ele se manifestou... Ele disse: - Lúcia, eu há muito tempo queria te falar isso. Eu, por mim, você já tinha parado de trabalhar porque eu tenho condições de segurar as pontas. - E eu: “Ai meu Deus porque ele não falou antes”.* Depois que parou de trabalhar, parecia mais tranqüila, mas acabava se sobrecarregando com os cuidados com o bebê, os quais tinha muita dificuldade de dividir com alguém. Também parecia que sua “dívida” para com o marido aumentara ainda mais, já que agora ele lhe sustentava, portanto sentia-se cada vez menos no direito de se queixar dele, do filho, da vida.

Vemos aqui, a forte presença da categoria de gênero, na qual o sofrimento que a maternidade impôs para Lúcia é aceito com naturalidade, pois ela apresenta um modelo feminino e de maternidade que reforça a atribuição “natural” da mulher no ambiente privado, não manifestando conscientemente o desejo de mudar valores estabelecidos, apesar do grande sofrimento experimentado.

*Relacionamento social:* Lúcia afirma não ter muitos amigos. Sua rede de apoio é pobre. Suas amigas eram aquelas dos “*tempos de bebida*” e hoje já não pode contar com elas. Porém, ela mesma reconhece que resiste em pedir ajuda, principalmente quanto ao cuidados para com o filho, porque tem dificuldades de se relacionar fora do âmbito familiar. No completamento de frases, apresentou expressões onde ela afirma ter dificuldades de relacionamento social: “*Meu maior problema... é lidar com as pessoas difíceis*”; “*O trabalho...me causa tristeza, porque eu não lido bem com as pessoas*”; “*Penso que os outros...são todos falsos comigo*”; “*Me aborrece... quando sei que falam mal de mim*”; “*As pessoas...algumas eu gosto outras não*”; “*Meus amigos... não tenho muitos*”.

É importante ressaltar que essa dificuldade de relacionamento não foi observada durante o grupo, pois ela interagiu muito bem com as outras mães. Essa aparente contradição nos sugere que, ou esse é um “rótulo” que ela se impõe: “*sou uma pessoa difícil*”, o que aliás é um auto-conceito comum entre aqueles que sofrem de depressão; ou o fato de estar entre outras mães que também estavam passando por dificuldades semelhantes e que dialogavam sem julgamentos, tenha favorecido a expressão e a abertura para relacionar-se melhor.

Frente aos diversos indicadores construídos para Lúcia, a partir da sua história e das suas reflexões, foi possível elaborar seus núcleos de sentido subjetivo, a saber:

#### 8.2.3.1 - Núcleos de sentido subjetivo construídos para Lúcia:

Lúcia é uma mulher jovem, uma mãe do final do século XX. Sendo assim, é uma mulher e mãe que transita pelas concepções da família nuclear burguesa e pelos princípios da família patriarcal, ainda arraigados em nossa sociedade. Lúcia aprendeu a ser devota ao filho, devido à crença no amor instintivo, biológico, natural e incondicional. Como nos diz Muszkat (1994), somos mulheres educadas por mulheres. Ser uma boa mãe para ela é uma obrigação, assim como a crença de que os filhos são o maior valor de uma mulher. Da mesma forma, a passividade, os sentimentos de desvalorização, insegurança e o conseqüente desejo de ajudar são características femininas construídas ao longo dos séculos, persistindo na maioria das mulheres e podendo ser observados em Lúcia, mesmo que de forma inconsciente.

A maternidade tem sido vivenciada por ela como uma grande decepção: “*Tudo que eu queria era ter meu filhinho, eu nunca imaginei que iria sofrer tanto assim*”. Está muito confusa em relação seus sentimentos ambivalentes: “*Meu nenenzinho chega e eu só sinto tristeza... me sinto a pior pessoa do mundo*”(…) “*eu não queria rejeitar ele*”. E ela enquanto sujeito se manifesta de forma singular nesse momento de ruptura de expectativas com a maternidade. A vivência da maternidade tem sido tão ambivalente, permeada de sentimentos de incapacidade, culpa, insegurança, raiva, amor e medo, que nos levou a construir o primeiro núcleo de sentido para Lúcia: “*Ser mãe é padecer, mas não no paraíso*”, que foi inspirado no livro de Moreira (1993) que leva este título.

Em primeiro lugar, este núcleo se integra ao sentido subjetivo que sua mãe tem para ela. Sua mãe é uma referência central e positiva, mas também pode ser um modelo inatingível.... Se compararmos as frases seguintes, esta hipótese nos parece plausível: *“Minha mãe...era uma mulher fantástica”*; *“Fracasso... sou um fracasso de mãe e esposa”*; *“É difícil...ser mãe”*; *“Tratarei de conseguir...ser a melhor mãe do mundo”*. Diante dessas expressões, acreditamos que seu conflito atual com a maternidade está permeado pela discrepância entre o seu modelo materno e a sua realidade vivida enquanto mãe, pois não se considera uma boa mãe porque acha que não sabe cuidar de seu filho, como sua mãe o faria: *“Você se sente a pior mãe do mundo, não sei dar banho, não sei trocar, não sei acalmar ele”*.

Dessa forma, acreditamos que sua mãe representa o ideal de maternidade “vendido” socialmente, que fica ainda mais “imaculado” pelo fato dela já estar morta, uma vez que em nossa cultura há uma forte tendência a “idolatrarmos” os mortos, principalmente quando estes nos são caros. Assim, o estado de enlutamento, no qual ainda se encontra, dificulta ainda mais uma visão mais crítica e realista da maternidade exercida por sua mãe para poder relativizá-la e aceitar melhor a sua própria maneira de matinar. Por isso, está confusa e perdida no novo papel de mãe. Assim, Lúcia parece ter construído para si um ideal de mãe perfeita, incapaz de admitir a coexistência de sentimentos ambivalentes pelo filho e, por essa razão, está insegura quanto a sua capacidade para cuidá-lo e ser uma boa mãe. Sofre com um enorme sentimento de culpa que dá sustentação a atitudes de superproteção e comportamentos que beiram a simbiose com o filho.

Observamos também que ela apresenta grande preocupação em assumir bem os papéis de mãe e esposa, mas idealiza ambos os papéis. Talvez, por isso, ache que, para exercê-los satisfatoriamente, deve seguir a recomendação da sociedade mais tradicional: se sacrificar, se dedicar integralmente aos filhos e ao esposo e, principalmente, não se queixar jamais. Sob esta visão, é fácil entender que o seu prazer é agradá-los e servi-los e seu fracasso é quando percebe que não cumpriu bem este papel, como podemos observar nas frases do completamento: *“Meu maior prazer...dormir bem, ver meu filho e o Edgar bem”*; *“Me deprimos quando...vejo meu filhinho chorando”*; *“Lamento... não poder ser a esposa que o Edgar merece”*; *“Fracasso... sou um fracasso de mãe e esposa”*; *“Me esforço diariamente...para ser mãe e para ser esposa”*. Acontece, porém, que com todas as dificuldades enfrentadas no período puerperal, Lúcia passou a ficar muito nervosa, chorosa, triste e infeliz.

Ela cuida sozinha da casa e do bebê. Seu marido trabalha o dia todo e, quando chega, espera que o jantar esteja pronto e que ela e o bebê estejam calmos. Quanto a essa rotina pesada, ela disse: *“É isso que eu acho que me deixa estressada também: é ter que lavar, passar e quando o menino dorme, que era para eu dormir também, eu não durmo. Vou cuidar de casa. E à noite eu fico como menino balançando, para o marido não acordar, porque ele tem que acordar cedo. Desde que ele nasceu eu não durmo direito”*. Essas expressões nos fizeram lembrar das muitas mães que, numa tentativa de expiar sua culpa, gerada pela ambivalência materna, assumem a condição de *mater dolorosa*, gemendo sob a “cruz” que a maternidade pode se transformar e afirmando-se felizes nessa condição.

A forma de matinar de Lúcia nos levou a pensar sobre o “famoso” masoquismo feminino, do qual nos fala Deutsch (citado por Parker, 1997). Para Parker (1997), é possível ver as estruturas masoquistas como uma tentativa de lidar com a culpa evocada pelo ódio materno. As mães podem empregar com os filhos maneiras excessivamente generosas, hiper altruístas, numa tentativa de obter uma absolvição desses impulsos que as enchem de culpa e, nesse sentido, o masoquismo materno associa-se à ambivalência materna; o que nos parece evidente no caso de Lúcia.

De acordo com a teoria psicanalítica, a tríade passividade, masoquismo e narcisismo é o que caracteriza a mulher “normal” ou “feminina”. A partir dessa tríade, a “boa mãe” é

constituída pela integração harmoniosa das tendências narcísicas e aptidão masoquista de suportar o sofrimento, que seria compensado pelas “alegrias da maternidade”, que se referiam as suas tendências masoquistas espontâneas: a aptidão da mãe ao sacrifício de si, na sua resignação ao sofrimento para o bem de seu filho. Dessa forma, só podemos concluir que, se a mulher é naturalmente “feita” para sofrer e gosta deste sofrimento, não há porque existir constrangimento a esse respeito e mudar esta situação, já que “é pelo esquecimento de si mesma que algumas mulheres se dão importância” (Forna, 1999, p. 43). Essa última assertiva, nos remete mais uma vez à análise do caso Lúcia

Sua sobrecarga e sacrifício também se refletem em seu casamento e na esfera sexual. As dificuldades têm se acentuado pelas cobranças do marido, principalmente porque afirma não ser muito “*ligada nisso*”, como também expressa no completamento de frases: “*O sexo... não faço questão*”. Ademais, percebe-se muito alterada, fracassada, sentindo-se feia, sem qualquer atrativo sexual: “*Eu... me acho feia neste momento*”. Mesmo assim, tenta “cumprir” a sua obrigação de esposa, mas sente-se muito dividida entre o filho e o marido: “*Às vezes, eu até tenho vontade de ficar com ele, mas eu não consigo, não dou conta. No final da noite eu tô um caco*”(…) “*eu quero deitar e descansar e ele acha que não, que eu tenho; que tenho que dar o peito para o menino, botar o menino para dormir e dar atenção para ele. Quando ele chega tarde e a gente não tem momento nenhum comigo.(...) aí ele quer que eu tenha um momento para ele e eu não to dando conta, nem tendo condições nem de ficar em pé, e não posso falar que eu tô deprimida, que eu tô mal.*” Os conflitos entre o casal aumentam. A Eva, punida, dá lugar a Maria. E, como nos mostra Serrurier (1993, p. 89):“Para a maior parte das mulheres, uma maternidade significa deformação, feiúra, envelhecimento [...]”.

Apesar do marido e o filho terem dado sentido a sua vida vazia, já que o trabalho é fonte de tristeza e ela não gosta de estudar, como deixa claro no completamento: “*Odeio...estudar*”, supomos que ela, como não se sente realizada em outras áreas, tenta ser a mãe e a esposa perfeita. O filho que tanto queria não foi capaz de salvá-la da depressão, nem da angústia e do sofrimento experimentados há muito tempo. Tanto que no completamento de frases apresenta expressões que demonstram que continua a experimentá-los: “*Algumas vezes... me sinto sozinha e vazia*”; “*Eu prefiro...guardar minhas tristezas só para mim*”; “*Freqüentemente sinto...uma angústia dentro de mim*”; “*Necessito... de paz*”.

Encontramos em Serrurier (1993) informações que nos ajudam a compreender os sentidos subjetivos presentes nas expressões acima e que se integram à configuração subjetiva da depressão atual. De acordo com esta autora, muitos comportamentos cotidianos da mãe têm um significado suicida ou auto-destrutivo, quais sejam: privar-se em proveito da criança, deixar-se sobrecarregar pelas tarefas domésticas, recusar todo prazer em proveito do filho, não brincar, não fazer amor com o marido, não trabalhar fora, não fazer nenhum programa que a obrigaria a abandonar a criança. Dessa maneira, é pelo devotamento, pelo esquecimento de si mesma que a mulher se dá importância. Nos parece que é este o sentido que a depressão de Lúcia expressa: o abandono de si mesma e a renúncia irrestrita. Este sacrifício nos remete a uma socialização delimitada por atribuições bem definidas para o papel de mulher, sob a ótica da categoria de gênero. A opção que lhe resta é procurar agradar aos outros, colocando-se no lugar que é delegado a ela, o de mulher, isto é, restrito ao espaço doméstico, cuidando do marido, do filho e do pai.

O indicador de opressão e falta de espaço pessoal foi freqüentemente observado durante as sessões no grupo e no completamento de frases. Não apresenta uma fala consistente que se relacione apenas ao que ela quer para ela mesma, se realizará por meio do filho. O que ela deseja para si mesma? No fundo, parece-nos não querem apenas cuidar, mas também ser cuidada, ouvida e considerada. Em algumas sessões, se permitiu esta demanda para si: “*Eu queria uma pessoa para me fazer companhia, alguém para ficar conversando*

*comigo, me ouvindo*". *"Eu só penso que ninguém me entende, se ele me compreendesse melhor... minha cabeça está confusa, não consigo nem pensar direito"*.

Após fazer esta análise, encontramos na literatura um livro que nos fez lembrar muito o caso Lúcia. Trata-se de "Meninas boazinhas vão para o céu, as más vão à luta!" de Ute Ehrhardt (1996). Nesta obra, descobrimos que mulheres como Lúcia não são raras. Mesmo nos tempos pós-modernos muitas continuam amordaçadas pelo seu jeito bem-comportado, recusando caladas uma vida mais prazerosa. Raramente conseguem o que desejam de fato. As causas dessas desistências de si mesmas são múltiplas e remotas, ou seja, remontam a história de desenvolvimento de cada uma e a história secular de todas elas. Nesse sentido, Ehrhardt (1996) apresenta o conceito de desamparo adquirido, segundo o qual danos morais e emocionais, como depressões ou estados de angústia, também podem ser explicados como sendo reações de desamparo.

Vemos assim que existe em Lúcia muito medo de perder o afeto das pessoas queridas, e a sua atitude "inadequada" pode levá-la a ser abandonada. Até o seu sofrimento e o fato de ser um pouco estressada ela tenta "esconder" dos outros: *"Eu secretamente... sou um pouco estressada"*. Contou que várias vezes chegou a se trancar no banheiro para chorar, com o bebê nos braços, para que seu marido não percebesse sua tristeza e desespero: *"Quando eu estou nessas crises de choro eu entro no banheiro para ninguém ver que eu to chorando porque eu sei que ele vai perguntar o que eu tô sentindo e eu não sei explicar"*. Temia que seu marido não suportasse a sua tristeza/lamentação e a abandonasse juntamente com seu filho. Por isso, queixou-se várias vezes de que não tem nem o direito de reclamar ou de demonstrar a sua tristeza. Segundo ela, quando tenta fazê-lo, seu marido lhe diz: *"pare de dizer que você está deprimida, você não tem isto não, pare de reclamar!"*.

Diante dessas informações, cabe ressaltar que seu marido, apesar das tentativas de não rotulá-la, acaba por reduzi-la a seu diagnóstico, pois quando a vê triste, ou quieta, não se preocupa em escutá-la, mas atribuir imediatamente essas "expressões" aos sintomas da depressão, como podemos ver no relato a seguir: *"No dia em que eu estou mal, chorando, principalmente, aí ele diz: Ah não, não acredito que você já está com isso de novo agora. Pronto, não vou trabalhar mais, não vou fazer mais nada porque eu fico lá preocupado em no que você pode estar fazendo aqui com você e com o bebê. Então a preocupação dele é essa. Aí eu já não posso baixar a cabeça, ficar muito tempo assim pensando, parada, que ele já pergunta: você tá pensando no que? O que é? Já vai começar de novo? Tudo dele é isso, é: já vai começar de novo?"*. Assim, percebemos um processo de naturalização da depressão, no qual não só ela se vê como doente, mas todo o contexto acaba por reforçar este rótulo.

Devemos nos lembrar também que Lúcia já fez vários tratamentos, principalmente medicamentosos, e até já foi internada em uma das crises num hospital psiquiátrico. Conhecendo nosso sistema de saúde que é hegemonicamente regido pelo modelo biomédico, Lúcia, provavelmente, não foi vista como uma pessoa, mas como uma doença e tratada como tal. Essa forma reducionista de vê-la, certamente, reforçou o "rótulo" que ela mesma se impõe. Assim, a emergência de mais um núcleo de sentido fica evidente: *"a identidade de enferma"*. Esse núcleo refere-se ao processo de naturalização, no qual a depressão passa a fazer parte da sua identidade, o que a leva a se assumir como doente em suas diferentes relações e espaços cotidianos, utilizando-a como referência de sua pessoa: *"Tá tudo bem e eu invento para ficar tudo mal. Ele entende dessa forma. Mas como é que eu vou falar para ele que amanhã eu vou estar mal? Eu não sei, às vezes acontece de eu não acordar bem"*. Com isso, sente-se presa e impotente diante da "doença/depressão", que, paradoxalmente, lhe traz um certo alívio, pois, a desculpabiliza diante da família e da sociedade. Nessa perspectiva, a depressão transforma-se em garantia de proteção e afeto, ganhos secundários que vão na contramão do que realmente a faz sofrer, ou seja, a ameaça de ser abandonada, o medo e a

insegurança de não poder acreditar em si, e principalmente a incapacidade de refletir e escolher sobre o que é bom ou ruim para a sua vida.

Portanto, existem indícios que nos levam a perceber que o pedido de socorro de Lúcia representa uma busca de algo para si própria, como pessoa de desejo e, não, como uma mãe que ameaça a integridade do filho ou uma paciente psiquiátrica. Mais do que um quadro psicopatológico, seus relatos reforçam o indicador de necessidade de um espaço pessoal, evidenciando um conflito entre o seu desejo e o do outro, assim como vimos nos casos de Gabriela e Larissa.

### 8.2.4 – Construções a partir das informações de Isabela

*Identificação e contexto sócio-familiar:* Isabela tem 38 anos, é solteira, tem o ensino fundamental, é natural de Ipuerias (CE). É mãe de duas meninas, uma de 14 anos e outra de 1 mês e 25 dias. Moram em um barraco de um cômodo, alugado, nos fundos de um lote em Samambaia-DF. Trabalha como camelô numa banca no Centro de Brasília. Sustenta sozinha sua família, com a renda de R\$ 350,00 mensais, que lucra com as vendas. Família de classe baixa.

*Queixa principal:* O motivo da procura descrito na ficha de inscrição foi: “*Depressão pós-parto*”. Apesar dessa afirmação, posteriormente soubemos que Isabela não havia sido formalmente diagnosticada por uma especialista. Ficamos nos perguntando, o que a fez pensar que estaria com DPP?

*Sintomatologia:* Relata que está se sentindo muito triste, desanimada, chorando facilmente e com medo de ficar sozinha em casa desde que sua filha nasceu. Sente-se desanimada, sem vontade de arrumar a casa e de cuidar do bebê, mas não tem outra opção a não ser “se virar” sozinha. O desânimo é maior pela manhã e a tristeza se arrasta durante todo o dia. Sente-se pior se fica dentro de casa. Reclama muito das dificuldades financeiras e da falta de apoio do pai das crianças, com o qual não vive maritalmente, nem recebe ajuda financeira.

*História da gravidez/parto:* Sua gestação foi muito tumultuada, pois passou por um rompimento conjugal, em função da constatação da gravidez. Isabela nos contou que ficou arrasada com o abandono do seu companheiro e, por isso, teve uma crise depressiva logo no início da gestação. Na sua avaliação, conseguiu sair da crise com a ajuda dos amigos e de sua filha mais velha, pois tinha que “*continuar lutando por ela*”. Sobre esta época, afirmou no completamento de frase: “*Quando estava grávida...eu sofri muito na minha gravidez*”. Foi submetida a uma cesárea, em hospital público, com grave intercorrência. Seu parto foi de alto risco, pois teve uma parada cardio-respiratória e necessitou de manobras de ressuscitação. Felizmente, foi socorrida a tempo e seu bebê nasceu bem. Significa a experiência do nascimento de forma negativa, como podemos observar nas frases do completamento: “*Meu parto...foi de alto risco, tive parada cardíaca*”; “*Nascer...deve ser bom*”; como se duvidasse dessa possibilidade, em função da vivência negativa em relação a seu próprio nascimento, já que veremos mais adiante, que sua vida não tem sido nada fácil.

*História do puerpério/amamentação:* Apesar da grave intercorrência do parto, Isabela ficou internada, sem direito a acompanhamento e ainda teve que cuidar de seu bebê. Após receber alta, contou com a ajuda das amigas que passaram a se revezar para cuidar delas. Em casa, Isabela começou a se sentir estranha: chorava “*por qualquer coisa*”, sentia um aperto no peito, estava muito cansada e desanimada. Chegava a passar o dia deitada na cama com sua filha ao lado, tendo que fazer um grande esforço para cuidar dela. Mesmo com essas dificuldades, conseguiu amamentar a filha ao seio com sucesso e continuou cuidando da filha mais velha. Reparou que se sentia mais entristecida quando ficava dentro de casa, “*me sentia presa na minha casa*”, preferindo ficar na rua. Essa afirmação nos fez pensar que a casa

concretizava a sua solidão e o sentimento de desamparo, pois lá na havia ninguém para cuidar-lhe. Por essa razão, e porque não tinha direito à licença maternidade, teve que voltar ao trabalho com menos de um mês após o parto. Ademais, tinha que trabalhar para sustentar a si e a suas filhas, já que era a única provedora da família.

*História médica/psicológica pregressa:* Paciente relata que sempre sentiu uma grande tristeza, pois sua vida tem sido muito difícil e sofrida. Tem uma vizinha que “sofre de depressão” e trata-se no HPAP<sup>16</sup>. Ao ver os sintomas dela, especulou-se de que talvez tivesse depressão e que já teve várias crises depressivas na vida. Nunca foi formalmente diagnosticada, e até hoje nunca havia procurado ajuda especializada, temendo também ser internada no hospital psiquiátrico.

*Encaminhamento para o grupo:* Ela chegou ao grupo encaminhada por uma amiga, que trabalha no serviço de limpeza da Universidade Católica de Brasília e viu nosso cartaz de divulgação. Ao perceber a tristeza que a amiga se encontrava, recomendou-lhe o grupo. Compareceu à entrevista de acolhimento com seu bebê e acompanhada desta amiga, demonstrando-se muito entristecida.

*Relacionamento com o cônjuge/pai do bebê:* Isabela mantinha um relacionamento afetivo com o pai de suas filhas há 20 anos. Porém, nunca haviam morado juntos, pois ele era casado com outra mulher. Apesar dessa condição, Isabela sempre acreditou que formariam uma família, e seguiu investindo neste relacionamento, por todos esses anos. Até a três anos atrás, após a separação conjugal do pai de suas filhas, eles resolveram viver juntos. A experiência durou apenas alguns meses, mas o suficiente para Isabela engravidar. Diante da confirmação da gravidez o companheiro rompeu o relacionamento e saiu de casa, abandonando-a. Nunca mais voltou a procurá-la e tampouco fez questão de conhecer sua nova filha.

Quando relata essa história, Isabela demonstra grande ressentimento em relação ao pai

das filhas. Sente-se abandonada e desamparada por ele, que, além de não participar da criação das filhas, não as ajuda financeiramente. Percebe-se esse ressentimento no completamento, tanto por meio das muitas frases, nas quais teria oportunidade para se referir ao ex-companheiro e, ela não o faz; como nas que ela o faz mais explicitamente: “*Me aborrece...o pai das minhas filhas*”; “*A paternidade... ser pai não é ser tudo*”. Esses trechos sugerem que a paternidade não é apenas participar da concepção do filho, mas se responsabilizar e cuidar dele. Fez questão de nos contar que sabe onde o ex-companheiro mora, mas não o procura e evita conversar com ele, para que ele não pense que ela irá apenas lhe pedir dinheiro. Por ter ficado muito magoada com sua atitude, diz que pretende, de fato, colocá-lo na justiça para receber a pensão alimentícia das filhas. Vemos aqui, que as dificuldades de relacionamento e o sentido subjetivo que o seu ex-companheiro tem para ela, devem estar alimentando a relação com o seu bebê, assim como o sofrimento atual, na fase do puerpério.

Isabela fala de alguém que existe pelo outro, evidenciando a sua não existência como sujeito ou indivíduo. Suas atitudes estão direcionadas a uma necessidade constante de adaptar-se às necessidades e exigências dos outros (filhas, namorado), tendo dificuldade de se identificar, como se tivesse perdido o contato consigo mesma, com seus desejos ou a própria identidade: “*Minha opinião...difícil de responder*”; “*O sexo... eu nem penso mais nisso*”; Além de negar a si própria um lugar de sujeito no mundo, Isabela culpa-se pelos fracassos, reforçando a idéia de que ela é o problema. Cabe destacar como esses sentidos de tristeza estão associados a uma configuração que, para justificar, se rotulam como uma “patologia”, eliminando o sujeito que se expressa em sua riqueza e se desenvolve.

*Relação com sua mãe e com seu pai:* Praticamente não se referiu à sua mãe durante os atendimentos individuais e em grupo, mas, quando o fez, nos passou a impressão de que a

<sup>16</sup> Hospital psiquiátrico São Vicente de Paula, que é referência para este tipo de tratamento no DF e entorno.

mãe é uma referência positiva na sua vida. No completamento, esta positividade aparece na frase: *“Minha mãe...eu amo minha mãe”*. Da mesma forma, não se referiu ao seu pai, mas escreveu no completamento: *“Meu pai...eu amo meu pai”*. Parece que ela tenta preservar a imagem positiva dos pais, apesar de todas as dificuldades que tem passado na vida.

*Relacionamento familiar:* É proveniente de uma família muito pobre e diz ter passado por muitas necessidades na vida: *“já passei até fome”*, afirmou ela. Não conseguimos acessar maiores detalhes de seu passado, pois ela se negava a falar neste assunto, inclusive por escrito por meio das frases do completamento: *“Eu prefiro...não falar do passado”*; *“O passado...não gosto de falar do passado”*. Não se referiu aos familiares. E parece que não tem rede de apoio familiar. Conta apenas consigo mesma para sustar-se e às suas filhas. Apesar de ter amigos que a ajudam no dia-a-dia, por isso, tem que dar conta sozinha da casa/das filhas e ainda é a única provedora do lar.

*Relação mãe-bebê/filhos:* Apesar da grande tristeza e da indisposição inicial para cuidar da filha, sempre se refere à bebê de forma carinhosa, enfatizando o grande amor que sente por ela. No entanto, a sobrecarga de trabalho, seu cansaço e desânimo era tão intensos que, certo dia, quando estava indo de ônibus para o trabalho, quase deixou o bebê cair escorregando por suas pernas tamanha privação de sono. Ela chorou ao relatar este episódio, demonstrando-se muito culpada pelo seu “descuido”. É importante salientar que, apesar deste ocorrido, me chamou atenção a forma adequada e aconchegante que ela “montava” o colo para amamentar a filha. Sempre fixava seu olhar nela e conversava com a criança durante as mamadas. Ela nos deu a impressão de sentir-se muito à vontade e de extrair muito prazer desses momentos, sugerindo que a relação com o bebê não era um problema e nem trazia insatisfação, muito pelo contrário. Mas, então, porque estava tão entristecida no pós-parto? Qual seria o sentido subjetivo de sua filha, neste contexto?

Entendemos que, para ela, a filha era um *“presente de Deus”*! Ela a levava para o seu trabalho, pois não tinha com quem deixá-la. Lá, procurava confortá-la e agasalhá-la; quando ela estava com sono, por exemplo, improvisava um berço embaixo da banca, e colocava a filha lá. Ela levava a criança para poder amamentá-la ao seio; função esta que ela adorava, como pode ser constatado na frase do completamento: *“Penso que amamentar...é muito bom”*. Recebia ajuda das suas colegas de feira, que se revezavam nos cuidados com o bebê, e olhando a banca quando ela precisava sair. Mesmo assim, entristecia-se pois *“sabe que ela (bebê) fica cansada da rotina pesada”*, lamentando não poder dar uma vida melhor para as filhas. Por outro lado, nunca reclamou de cuidar do bebê durante as sessões, e tampouco se queixava de ser mãe.

Também falava com muita admiração da filha mais velha. Cuidava muito para que nada lhe faltasse (dinheiro para a passagem, lanche, livros) ou atrapalhasse seus estudos. A filha mais velha estudava o dia todo e ajudava pouco a mãe nas tarefas domésticas. Isabela não reclamava, pois prezava muito pelos estudos da filha para que ela tenha uma vida melhor do que a sua. O completamento está repleto de frases indicadoras que as filhas são a principal fonte de investimento afetivo de sua vida atual. No completamento, sempre que teve oportunidade fez questão de deixar isso bem claro, como nas frases: *“Amo...minhas filhas”*; *“Eu gosto muito...das minhas filhas”*; *“Meu maior prazer...cuidar de minhas filhas”*; *“Quando penso em meu filho(a)...eu só penso o melhor”*. As filhas são referências de prazer, provocam uma mobilização emocional em Isabela, que aponta para o sentido subjetivo que a maternidade tem para ela – satisfação e razão para viver. Por outro lado, as filhas também trazem preocupação, medo e sobrecarga. Vejamos algumas frases, neste sentido: *“Eu gosto...de minhas filhas”*; *“O tempo mais feliz...quando estou com minhas filhas”*; *“Lamento...quando estou longe de minhas filhas”*; *“Meu maior medo... não dá conta de cuidar delas”*; *“Sofro...quando fico longe de minhas filhas”*; *“A preocupação*

*principal...é não ter o necessário para elas*". Nessa expressões evidencia-se mobilização emocional que as filhas trazem para sua vida.

*Relacionamento social*: Isabela não tem familiares em Brasília. Conta apenas com a ajuda de alguns bons amigos, que a visitam e que cuidam da banca dela, quando ela precisa sair, ou não pode trabalhar. *"Meus amigos...foram tudo para mim, foram o único apoio"*. Valoriza muito suas amigadas, elas parecem ser a sua própria família.

*Relação com o trabalho/estudo*: Diz gostar muito do seu trabalho, *"O trabalho...me faz bem"*; *"Me esforço diariamente...no meu trabalho"*; *"Meu maior tempo dedico...meu trabalho"*; mas tem tido dificuldades para trabalhar após o nascimento da filha, pois costuma levá-la para a banca todos os dias, o que acarreta em mais tarefas. Às vezes, não abre seu comércio porque está se sentindo tão mal, desanimada e cansada que prefere ficar em casa. Além de trabalhar no seu negócio próprio, ela cuida da casa e das filhas sozinha. Enfrenta muitas dificuldades financeiras. Atualmente, reclama que o *"comércio está fraco"* e que as vendas estão caindo muito.

Como é autônoma e não recolhia a contribuição do INSS<sup>17</sup>, não tem direito a licença-maternidade, e portanto apesar de ter parido há pouco mais de um mês, teve que voltar a trabalhar: *"se eu não trabalhar, não ganho"*, afirmou pesarosa. Mais uma vez chamamos atenção como os sentidos da sua *"dura história de vida"* se fazem presentes no sentido subjetivo do presente. Essas frases integradas à falta de rede de apoio conjugal e social, indicam que o pós-parto acentuou a sobrecarga de trabalho, que já era uma realidade, pois sempre cuidou sozinha da filha mais velha, que também é fruto deste relacionamento conflituoso. É importante ressaltar como o contexto de uma vida muito dura e permeada de sofrimentos favorecem um terreno fértil para o sentido que a maternidade e as filhas tem para Isabela.

Em síntese, para ajudar a compreender a configuração subjetiva de Isabela e de sua depressão, entendemos que os principais indicadores construídos foram: o trabalho como uma fonte de sobrevivência, a maternidade dá sentido à sua vida; forte presença de desamparo conjugal; não existe conflito com o papel materno. Esses indicadores nos permitem construir algumas informações que emergem como núcleos de sentido subjetivo em nossa análise, a saber:

#### 8.2.4.1 - Núcleos de sentido subjetivo construídos para Isabela

Analisando o caso de Isabela, chegamos à conclusão de que ela apresenta uma legítima vivência de infelicidade que alimenta os sentidos subjetivos, os quais configuram o seu sofrimento atual. Esse sofrido histórico aparece, de diferentes maneiras, desde suas falas na entrevista de acolhimento, como no completamento de frases e sua participação no grupo, tais como: *"Algumas vezes...penso que nunca vou ser feliz"*; *"Eu...não sou feliz"*; *"Gostaria...de um dia ser feliz"*; *"A felicidade...deve ser muito bom ser feliz"*; *"Penso que os outros...não passam pelos mesmos problemas que os meus"*; *"Sinto... tristeza"*; *"Me deprimio quando...o dia inteiro eu me sinto deprimida"*; *"Frequentemente sinto...solidão"*.

Uma passada rápida por essas frases nos permite abrir uma hipótese, de que nos remete a sentidos subjetivos que marcam o caráter conflitivo do momento atual de sua vida, o qual não pode ser alheio ao sentido subjetivo da maternidade e da depressão após o parto. Acreditamos que sua tristeza atual vem de uma longa história de sofrimento e privações. Essa é a configuração subjetiva que se faz presente de diferentes formas neste momento da sua vida, mas mesmo assim as filhas são um sentido de luta, de vida.

Ela apresentou vários indicadores que nos levaram a esta hipótese. As dificuldades financeiras, por exemplo, são uma constante que perpassa todo o completamento e todas as

<sup>17</sup> Instituto Nacional de Seguridade Social : órgão responsável pela previdência pública do Brasil.



suas falas, como nas frases: *“Eu freqüentemente reflito... minhas dificuldades financeiras”*; *“Necessito...de tanta coisa”*; *“Fracasso...minha vida tem sido um fracasso”*; *“Meu futuro...nunca tive um futuro legal”*; *“Meu maior problema...é não ter onde morar”*. Por isso, o trabalho também é uma fonte de investimento além das filhas, pois é dele que tira seu sustento. Mas, infelizmente, apesar de trabalhar muito, não consegue acabar com suas dificuldades financeiras e ter a sua própria casa. Essa é uma realidade cruel típica de países subdesenvolvidos como o Brasil. Em nosso país, os projetos governamentais normalmente são de caráter assistencialista, pouco efetivos e não promovem uma redistribuição de renda efetiva, porque implicaria no desprivilegiamento dos privilegiados. Assim, infelizmente, é muito fácil encontrarmos histórias de sofrimento e privação como as de Isabela. Pessoas que

trabalham uma vida inteira e mal conseguem sobreviver, não podem ter acesso aos frutos do próprio trabalho.

De fato, Isabela se vê impedida, impotente e, se sentindo paralisada diante do seu parco destino. Estes sentimentos ficaram evidentes nas frases do completamento: *“Não posso...nada no momento”*; *“Considero que posso...eu não posso nada”*; *“Luto...luto muito e não consigo nada”*; *“Minha principal ambição...eu não tenho ambição”*. Vemos aqui que Isabela se expressa como se fosse incapaz de mudar sua própria vida. A perda da auto-estima e da autoconfiança está relacionada principalmente com a imagem de doente e incapaz que faz de si mesma. Isabela é uma mulher que não teve muito espaço para ser e existir como pessoa diante de tantas dificuldades concretas, diante da impotência frente ao seu destino infeliz e da impossibilidade para mudá-lo.

Apesar de parecer ter mais a vivência do sofrimento do que a consciência de que o gera e o mantém, Isabela não está acomodada na sua infelicidade, aspirando mudanças: *“Tratarei de conseguir...minha casa”*, *“Desejo...ter um lugar para morar”*; *“Meu maior desejo...é ter meu próprio lar”*; *“Minhas aspirações...possuir a casa”*. Porém, mais do que um teto para morar, Isabela anseia por um lar, por uma família, por estabilidade e proteção. As filhas, mais do que seu ex-companheiro, promovem a viabilidade desse sonho. É nesse momento que evidenciamos o sentido subjetivo que ser mãe tem para ela: a maternidade constitui-se na maior possibilidade que tem de mudar sua vida, já que suas ambições, opiniões, seus desejos parecem ser renunciados em favor do outro. Assim, tenta concentrar todas as suas forças, na luta pela sobrevivência de sua família.

Observamos que Isabela apresenta um núcleo de sentido subjetivo forte em relação à maternidade, em cuja configuração se constitui profundos afetos tanto em relação a seus pais, mas sobretudo em relação às suas filhas. Pela importância subjetiva que tem para ela, resolvemos denominar este núcleo utilizando uma expressão sua: *“ser mãe é tudo”*. De fato, nos poucos contatos que tivemos com Isabela e, nos recursos utilizados para acessar a sua subjetividade, a maternidade se constitui um grande núcleo que dá sustentação a ela. Esse sentido, aparece sintetizado na seguinte frase do completamento: *“Para mim a maternidade...ser mãe é tudo”*..

Ela parece muito satisfeita em ser mãe, pois foi por meio da maternidade que ela conseguiu o seu “bem mais precioso” – suas filhas. Elas são tudo o que ela tem na vida! Por isso, investe maciçamente em ambas, sobretudo na mais velha, que procura poupar e zelar para que possa trazer algum futuro para a família. Provavelmente por isso, as filhas são referências de emocionalidade positiva para Isabela. Elas são uma das únicas fontes de prazer e investimento que tem na vida. Elas tem um sentido subjetivo tão fundamental que também constituem outro núcleo de sentido, intimamente articulado com o da maternidade, o qual denominamos: *“Minhas filhas, meu tesouro”*.

Suas filhas são o seu verdadeiro tesouro, pois além de serem a único “bem” que possui, elas deram sentido a uma vida que tem sido só de sofrimento e privações. Em uma

aparente inversão de papéis, são as filhas que lhe protegem, que lhe dão vida e esperança. É por elas que ela luta, trabalha e suporta uma rotina exaustiva. Elas lhe trazem esperança e fé num futuro melhor e resgatam o sujeito desejante que ela é, mas tem muita dificuldade de assumir. Provavelmente por isso, apesar de todo o sofrimento expresso em todo o completamento de frases, ela o finaliza com as seguintes afirmações: “*A vida...apesar dos obstáculos é muito bom*”; “*A morte... deve ser a pior coisa*”.

Portanto, assim como em outros casos por nós estudados, observamos que o sentido subjetivo da maternidade para Isabela não está limitado ao espaço simbólico, nem real da maternagem em si, mas está integrado por núcleos de sentido subjetivos gerados em outras zonas de sentido de sua vida. Por isso, apesar do sofrimento emocional apresentado, ela tem uma percepção muito positiva da maternidade que a faz resistir às adversidade da vida e até à própria morte.

Essa felicidade em relação à maternagem só é sobreposta à sobrecarga de trabalho e responsabilidades que têm que assumir por não ter um companheiro e nem uma rede de apoio consistente para dividir o seu fardo. Na sua quádrupla jornada de trabalho, sente-se exausta, sozinha e desamparada: “*É difícil...trabalhar e cuidar da casa*”, “*Meu principal problema...é não ter tempo para cuidar das crianças*”. Assim, as filhas apesar de serem o prazer da sua vida, acabam pesando ainda mais neste fardo, pois se sente em conflito e dividida para conciliar todas as responsabilidades.

Essa interpretação concretiza hipóteses que nos sugerem que a sua infelicidade e depressão atual esteja muito mais configurada pelos sentidos associados à sua luta diária que pela sobrevivência, às suas privações financeiras, às dificuldades de acesso às necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde), aos conflitos com ex-companheiro, bem como a sobrecarga emocional de ser a única provedora e cuidadora da família, do que relacionada a sua bebê, a maternidade e às possíveis alterações hormonais que certamente passou após o parto.

Obviamente, acreditamos que o período puerperal pode ter favorecido a eclosão de mais uma crise, porque, além da eminência da situação de morte vivenciada no parto, a nova filha acarretou numa sobrecarga emocional ainda maior. Afinal, ela é mais uma pessoa que ela tem para cuidar e sustentar, sem ter com quem compartilhar. Assim, podemos pensar que o nascimento da última filha tenha acentuado ainda mais a sua vivência de sobrecarga e desamparo, pois mais uma vez constatou que teria que dar conta sozinha da sua vida e de suas filhas. Mas, ao mesmo tempo, trouxe um novo sopro de vida e de esperança.

O caso de Isabela é um bom exemplo para nos mostrar que, apesar da discussão que tecemos no referencial teórico sobre o que denominamos de “lado obscuro da maternidade”, muitos ainda, por opção ou não, sem ambivalências ou culpas, desejam e valorizam ardentemente a maternidade; sobretudo, quando existem outros lados da vida que são ainda mais negros. E por que não?

## CAPÍTULO 9

### AS ZONAS DE SENTIDO

*Ser mãe é andar chorando num sorriso!*

*Ser mãe é ter um mundo e não ter nada!*

*Ser mãe é padecer num paraíso!*

*Coelho Neto*

Para finalizar o processo construtivo–interpretativo das informações, passaremos à apresentação das 04 (quatro) zonas de sentido, construídas com base nos núcleos de sentido subjetivo elaborados para os casos analisados. Lembramos que González Rey (2002) denomina “zonas de sentido” os complexos processos que constituem a subjetividade humana, envolvendo uma diversidade de idéias e pensamentos que, possuidores de uma linguagem própria, transformam-se numa construção abrangente e complexa da realidade estudada.

As zonas de sentido constituem-se em amplos sistemas de interações, compreendendo um conjunto de vários indicadores da dimensão psíquica dos sujeitos estudados, que foram integrados nos núcleos de sentido subjetivo. Neste processo, vão se desenvolvendo hipóteses que, através da reflexão e da construção do pesquisador, se convertem progressivamente em modelos teóricos de inteligibilidade sobre o problema estudado (González Rey, 2005b). Assim, as zonas de sentido devem ser entendidas como uma construção que “diz” algo a respeito do problema estudado: “Representam uma forma de inteligibilidade sobre a realidade e não uma correspondência com a realidade” (González Rey, 2005b, p. 32). Trata-se de um espaço de significação, mas que não tem a intenção de se configurar na “verdade” sobre o objeto de estudo.

Ao pensar que, culturalmente, as representações sociais da maternidade estão fortemente calcadas no mito do amor materno e da mãe exclusiva, e que essa concepção assume proporções, segundo as quais acredita-se que a maternidade é inata à mulher, fomos construindo as zonas de sentido, estreitamente relacionadas entre si em suas diferentes configurações subjetivas, que nos pareceram constituir o centro do conflito e do sofrimento das mães com DPP. São elas: a) **ser mãe é padecer, mas não no paraíso**; b) **a mãe desnaturada: a luta pela maternidade inclusiva**; c) **identidade de enferma: a naturalização e a padronização da DPP**; e d) **não basta ser pai, tem que participar!**

Devemos lembrar que, na concepção de González Rey, da qual compartilhamos, o conhecimento científico tem sempre um caráter hipotético e, portanto, provisório! Sob este prisma, os conteúdos apresentados nas zonas de sentido trarão contribuições relevantes para o estudo e compreensão da mãe com depressão após um parto; mas não se pretendem portavozes de uma verdade absoluta e imutável.

Vejamos do que trata e qual a contribuição de cada uma das zonas de sentido:

#### 9.1 ZONA A: SER MÃE É PADECER, MAS NÃO NO PARAÍSO

Esta zona de sentido refere-se à grande contradição existente entre a visão romanceada e idealizada da maternidade e a sua vivência no real. Observamos que esta disparidade entre a realidade esperada e a vivida na maternidade acarreta em muitas mulheres uma profunda decepção e a sensação de incapacidade para ocupar o lugar de mãe. Para nós, as conseqüências dessa oposição podem transformar-se em terrenos férteis para a integração de diferentes elementos de sentido subjetivo, que emergem em forma de sofrimento e depressão no pós-parto.

Szejer e Stewart (1997) entendem que para a mulher o pós-parto não é, de forma alguma, o radioso paraíso com o qual a lenda anuncia a chegada do bebê. Na realidade, o

bebê é um ser exigente e a mãe é pressionada todo o tempo por suas exigências, que não são poucas: amamentação, choro, doenças típicas da fase, troca de fraldas, banho e noites mal dormidas. Idealiza-se sempre o perfil sublime, realizado e feliz das mães, como as imagens da Virgem Maria com Jesus em seus braços, ou como as fotos dos cartazes de veiculação de campanhas de amamentação realizadas pelo Ministério da Saúde de nosso país.

Mesmo diante das dificuldades da maternidade, espera-se que as mães sejam sempre ternas, acolhedoras, férteis e disponíveis. Em contrapartida, elas não deverão demonstrar sentimentos de tristeza, afinal, tudo isso está ligado ao milagre da vida que presume um instinto materno, uma predisposição inata para o sacrifício.

Na verdade, ser mãe não é um “mar de rosas” e um bebê não é todo “rosa-bombom!” (Golse, 2003, p.23). Os filhos não são apenas uma bênção: custam caro em trabalho, dinheiro, esforço paciência e tempo. Quando a mulher descobre isso, na grande maioria das vezes, já está com seu bebê em seus braços, emerge a sensação de “não era isso que eu esperava” e a impressão de ser incapaz de enfrentar a nova situação, persiste na decepção consigo mesma, na desilusão e no fracasso (Maldonado, Dickstein, & Nahoum, 2000; Santos, 2001). Há portanto uma ruptura de expectativas. Essa significação pode trazer grandes dificuldades na transição para o papel de mãe, diante do qual muitas mães se sentem frequentemente assustadas e confusas com o peso da responsabilidade dos cuidados maternos.

Da mesma forma como os filhos podem trazer alegria de viver, amor, esperança, força, “os filhos às vezes contribuem para finais não-felizes” afirma Montgomery (1998, p. 64). Dentre essas dificuldades, destacamos a DPP, que se revela por uma quebra dessa expectativa em relação ao bebê, a si mesma como mãe e ao tipo de vida que se estabelece com a presença do filho, geralmente acompanhada de desapontamento, desânimo e tristeza.

É justamente esta desilusão, que acreditamos ter irrompido nas mães por nós estudadas, em especial no caso de no caso de Lúcia. Ela que tanto queria ter um filho, estava muito decepcionada com a realidade estafante que encontrou no mundo materno: “*Gostaria de saber, mesmo que eu tenha realizado o meu sonho de ser mãe, mesmo tendo a pessoa amada do meu lado, por que eu continuo tendo essas angústias e tristezas? Será que sou mesmo esse fracasso de mãe e esposa como penso?*”. Esse questionamento indica que a vivência da maternidade parece ter acarretado em mais desprazer e insegurança, que a deixaram em pleno conflito com a função materna: “*Para mim a maternidade...até agora não sei o que dizer*”. Estes sentimentos também foram observados nos outros casos estudados e que não foram apresentados neste escrito, mas que julgamos ser pertinente resgatá-los nesta discussão.

Marta<sup>18</sup>, apresentava um discurso semelhante ao de Lúcia. Ter um filho sempre foi o seu grande sonho. Mesmo considerando que a sua filha é “*uma grande conquista*” que se consumou após alguns anos de tratamento de reprodução assistida e, de três episódios de abortos espontâneos, Marta significa o período de gestação e do pós-parto como “*longe de ser o radioso paraíso sonhado*”. Qual não foi sua surpresa, a maternidade a fez mergulhar em um mar de ambivalências, frustrações, culpas, ansiedades, medos, conforme expressa na frase: “*para mim a maternidade... não foi o que sonhei*”.

Na sessões do grupo, ela sempre enfatizava os momentos difíceis que a maternidade lhe propiciava: a impossibilidade de dormir normalmente, a ansiedade contínua, a insegurança com relação aos cuidados com o bebê, a falta de energia e de alegria, a dificuldade em lidar com as transformações do corpo e da vida sexual, bem como com os problemas relacionados a amamentação, a culpa avassaladora, a irritabilidade com o bebê. O caso de Marta nos mostrou que por mais desejado que seja um filho, ou por mais cheias de amor, as mães,

<sup>18</sup> A análise completa do caso de Marta não foi apresentada nesta tese, mas pode ser vista em nosso recente artigo, intitulado “O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto” (Azevedo & Arrais, 2006.).

sobretudo as iniciantes, sentem-se sobrecarregadas, exaustas e, extremamente irritadas, o que nos remete a desconstrução da maternidade “cor-de-rosa”.

Também observamos a decepção fortemente marcada no discurso de Júlia<sup>19</sup>: “*para mim está sendo um desafio. Para mim foi mesmo uma ilusão... aquele negócio de que ser mãe é lindo. Eu tenho momentos de agonia e de medo. Eu tenho que transpor valores que para mim são difíceis...*”. Outra fala que nos chamou muito atenção, foi de Paula<sup>20</sup>, que nos afirmou que a maternidade não tem sido o que ela esperava: “*É só isto? É uma rotina, sei que vou acordar, dar banho no Gustavo, trocar-lhe as fraldas, dar-lhe mamadeira e fazê-lo dormir. Todo dia é a mesma coisa! Não estou vendo graça nisso*”. Para nós, essas expressões mostram que há um terrível equívoco na imagem que é difundida sobre ser mãe na realidade; e nos perguntamos por que será que este “equívoco” ainda resiste em se manter?

Winnicott (1947/2000b), idealizador do conceito da “mãe suficientemente boa”<sup>21</sup>, reconhece as enormes demandas dirigidas às mães e com as quais elas têm que fazer um enorme esforço para lidar. Sobre este tema, este renomado teórico elaborou uma lista de motivos pelos quais a mãe poderia odiar (grifo meu!) o seu bebê “ainda que este seja um menino”, que achamos digna de ser apresentada na sua íntegra:

*O bebê não é uma concepção (mental) sua.*

*O bebê não é aquele das brincadeiras de infância, um filho do papai, ou do irmão...*

*O bebê não é produzido magicamente*

*O bebê é um perigo para o seu corpo durante a gestação e o parto*

*O bebê interfere com sua vida privada, é um obstáculo para sua ocupação anterior.*

*Mais ou menos intensamente, a mãe sente que o bebê é algo que a sua própria mãe deseja, e ela produz para aplacá-la.*

*O bebê machuca o seus mamilos quando ele suga, o que inicialmente implica em mastigação.*

*Ele é impiedoso, trata-a como um lixo, uma serva sem pagamento, uma escrava.*

*Ela tem que amá-lo, com suas excreções e tudo o mais, pelo menos no início, até que ele venha a ter dúvidas sobre si próprio.*

*Ele tenta machucá-la, volta e meia a morde, e tudo por amor*

*Ele se decepciona com ela.*

*Seu amor excitado é um “amor de tigela”, significando “amor interesseiro”, de modo que ao conseguir o que queria ele a joga fora como uma casca de laranja.*

*No início o bebê dita a lei, é preciso protegê-lo de coincidências, a vida deve fluir no ritmo dele, e tudo isto exige da mãe um contínuo e detalhado estudo. Por exemplo, ela não deve ficar ansiosa quando o segura, etc.*

*No início ele não faz idéia alguma do quanto ela faz por ele, do quanto ela se sacrifica por ele. É impossível para ele suportar o seu ódio.*

*Ele é desconfiado, recusa a comida tão boa que ela preparou e faz com que ela duvide de si mesma, mas com a tia ele come tudo.*

*Depois de uma manhã horrível, ela sai com ele e ele sorri para um estranho, que diz: “ não é uma gracinha?”*

*Se ela falha com ele no início, sabe que ele se vingará para sempre.*

*Ele a excita mas a frustra – ela não pode devorá-lo e nem fazer sexo com ele.*

*(Winnicott, 1947/2000a, p. 285-286):*

Golse (2003) nos diz o seguinte sobre esta lista: “Winnicott escreveu um artigo sobre as vinte e três razões que uma mãe tem para odiar o seu bebê. É um artigo muito otimista, porque há muito mais de vinte e três!” (p.23). As mulheres, de modo geral, tendem a negar o ódio e a agressividade que carregam dentro de si, pois temem julgamentos, prejuízos e principalmente criar conflitos e perderem o afeto dos seus próximos. Normalmente, os sentimentos agressivos que brotam são imediatamente desviados para a própria pessoa ou para áreas de ação.

<sup>19</sup> A análise do caso de Júlia não foi apresentada nesta tese, mas ela fez parte do nosso trabalho de campo, quando foi atendida no 2º grupo

<sup>20</sup> A análise do caso de Paula não foi apresentado nesta tese, mas ela fez parte do nosso trabalho de campo, quando foi atendida individualmente.

<sup>21</sup> Ver definição deste conceito nas páginas seguintes.

Ehrhardt (1996) nos apresenta bons exemplos desse movimento: a mãe irritada com o seu bebê se esforça em ser particularmente diligente, já que uma boa mãe não deve se zangar. Ela atormenta-se com sentimentos de culpa, e não ousa falar da sua irritação contra um ser tão indefeso. Em conseqüência, suas agressões dirigem-se para dentro de si, sendo um rico alimento para a depressão ou, então, um mau humor acumulado irrompe, de repente, em outro lugar. Assim, quando a raiva materna “ousa” exteriorizar-se, geralmente isto se dá de forma muito indireta e sutil, ou irrompe de forma avassaladora. As mulheres sofrem mais freqüentemente de enxaqueca e de depressões que os homens. Sentem-se indolentes, cansadas e, de algum modo, desanimadas. Justamente por trás desses padecimentos, oculta-se, em geral, uma montanha de agressividade (Ehrhardt, 1996). Talvez o pós-parto e todas as dificuldades e desgastes inerentes a este período favoreçam esta irrupção, que pode se manifestar em forma de depressão, de culpa ou de rejeição.

Para Parker (1997), a dificuldade em enfrentar tais sentimentos tão complexos e contraditórios, próprios da ambivalência materna, pode redundar na culpa que as mães se habituaram a carregar. Porém, alerta esta autora, é na angústia provocada pela ambivalência materna que reside uma relação frutífera para mães e filhos, pois este sentimento, quando reconhecido e aceito, promove a reflexão sobre o bebê. Permite que a mulher pense sobre a maternidade e sobre seu bebê e se distancie dele, promovendo seu desenvolvimento independente e autônomo. Vejamos suas palavras:

A percepção do ódio que nela coexiste com o amor pela criança pode promover um sentido de preocupação e de responsabilidade em relação ao bebê, e de diferenciação do eu em relação ao bebê. A ambivalência materna significa a capacidade da mãe para conhecer a si mesma e para tolerar em si mesma a presença de traços que talvez considere como estando longe de serem admiráveis – e para sustentar uma imagem mais completa de seu bebê. (...) Para uma mãe é agudamente dolorosa a admissão de que seu ódio se encontra no mesmo ponto onde se encontra seu amor (Parker, 1997, p. 37).

Na verdade, pouco se fala sobre os sentimentos de hostilidade e irritabilidade que se pode nutrir por uma criança. Pouco se fala sobre os dissabores da maternidade. É raro ouvir mães se queixarem de seus filhos, da maternidade, de arrependimento, principalmente em público. Como bem destaca Parker (1997, p.17) “a cultura em que vivemos desempenha um papel na produção da dificuldade, praticamente proibindo o tipo de discussão plena e de análise que revelariam a contribuição oculta que a ambivalência materna pode dar ao exercício criativo da maternidade”, por meio da qual, a mãe procuraria ser mais espontânea e construir o seu próprio estilo singular de maternar.

Essa singularidade foi ricamente demonstrada por Moreira (1998), em seu livro intitulado *Maternidade que delícia, que sufoco*, no qual ela apresenta mais de 30 depoimentos de mães sobre a maternidade, nos quais se percebe os diferentes sentidos subjetivos que a maternagem tem para cada uma delas.

É curioso notar que duas mães raramente conversam sobre suas reais dificuldades na vivência da maternidade. No máximo, queixam-se de noites mal dormidas, do cansaço e das malcriações que seus filhos lhe fazem. Mas não falam do mal-estar que a maternidade pode trazer! Na verdade, Parker (1997) nos diz que duas mães não conversam, elas competem, para ver qual delas é a melhor e qual está mais feliz neste papel. Dessa forma, elas pouco se expõem e conseqüentemente pouco se ajudam.

A esse respeito, esta estudiosa da ambivalência materna nos mostra que, às vezes, as mães usam outras mães como espelhos. Cada uma examina a outra, em busca de um reflexo de sua própria maternação. Elas procuram diferenças e também semelhanças, em relação a seu próprio estilo de exercer a maternidade. Mas, acima de tudo, buscam uma confirmação do próprio acerto, diante do medo que sentem de se equivocarem irrevogavelmente. Assim, para quem observa de fora, principalmente se não tiver filhos, o diálogo entre as mães parece estar

sendo travado numa linguagem de mensurações e comparações invejosas, mas o resultado almejado é, antes, uma busca de reassegurarem-se da vitória de uma sobre a outra.

Durante as sessões de grupo, pudemos observar várias vezes este tipo de comparação entre as mães, ainda que tentássemos não estimular este tipo de atitude. Muito pelo contrário, acreditamos que poder reclamar, se queixar e assumir a sua raiva, seu ódio e desapontamento, sem correr o risco de ser julgada ou taxada de mãe desnaturada, é um grande passo para que a mãe não caia na depressão, pois quando você suporta que pode odiar o seu bebê, de vez em quando, também suporta que seu filho possa lhe odiar de vez em quando. “É assim mesmo, tem horas que a gente ama e tem horas que a gente odeia..., tudo isso faz parte da arte de amar” (Rohenkohl, 2005, p. 47).

Portanto, trata-se de uma verdadeira falácia difundir que as mães não têm impulsos agressivos em relação aos filhos e vice-versa; ou que agressividade também não está presente na relação mãe-bebê. Nos intriga o ocultamento desta “verdade”! É como se as mulheres, de certa forma, não pudessem “saber” das reais mudanças que acontecerão em suas vidas, sobretudo em relação à decepção, à ambivalência, à sobrecarga, à renúncia, ao sofrimento, à culpa que se sobrepõem na maternagem, e que nenhum paraíso prometido será capaz de anular. Nesse contexto, nos parece plausível supor que há uma espécie de pacto de silêncio social, em que é “vendida” a idéia de maternidade “cor-de-rosa”, onde só há lugar para o belo, para a alegria, para o gozo, para a felicidade plena, cujo objetivo é o de manter a ideologia dominante que tem regido o gênero humano há séculos.

Por isso, contrária às idéias de que a maternidade só comporta o amor irrestrito e apoiado na perspectiva da psicologia do gênero, segundo a qual a maternidade é construída e não instintiva, concordamos com Golse (2003) ao afirmar que é impossível se ocupar de um bebê sem a presença do sentimento de ambivalência, a qual passaremos a abordar mais detalhadamente no tópico a seguir.

### **9.1.1. - A ambivalência materna: esta ilustre (des) conhecida**

O bebê induz simultaneamente tanto um grande desejo de cuidarmos dele, quanto um medo do nos ocuparmos dele, afirma Golse (2003). Ao mesmo tempo que temos um movimento em direção a ele, também temos um movimento de retração e defesa, afinal, conclui Golse: “Não há amor sem ambivalência” (p.23). Na sua opinião, denegar este sentimento pode ser muito mais prejudicial tanto para os cuidadores, quanto para o bebê.

Por outro lado, o próprio Freud confirma o amor puro e incondicional proveniente das mães, pois, segundo Serrurier (1993), ele nega a ambivalência materna ao sugerir que o amor de uma mãe para seu filho é a “única exceção” à mescla de hostilidade que coexiste em todo amor. “O amor de uma mãe por seu primeiro filho é, de todas as relações humanas, a mais positiva e a menos ambivalente”, nos diz Bettelheim (citado por Serrurier, 1993, p. 23), contrariando nossas vivências maternas e observações das mães estudadas. Também, contradizendo essa afirmativa freudiana, Parker (1997) defende a premissa de que a ambivalência materna é uma experiência compartilhada de forma geral por *todas as mães* (grifo meu!), na qual coexistem, lado a lado, em relação ao filho, sentimentos de amor e de ódio. Portanto, esses sentimentos ambivalentes não são exclusivos das mulheres que apresentam sintomas depressivos após um parto.

Por isso, a ambivalência afetiva em relação ao filho aparece mesmo quando esse foi muito desejado, e já começa a aparecer desde o momento do resultado positivo de gravidez, afirma Viana (2004)<sup>22</sup>, pois “gravidez é uma coisa, ter filho é outra!” (Rohenkohl, 2005, p. 45). A mulher pode ter um desejo de estar grávida para se sentir completa, amada, mais

<sup>22</sup> Viana, V. M. G. Comunicação pessoal feita em palestra intitulada “Trabalhando com mulheres: DPP”, em outubro/2004, no I Encontro Candango da Abordagem Gestáltica, em Brasília- DF.

feminina e valorizada. Esses elementos se relacionam muito mais com questões da própria mulher, do que com o desejo de ter um filho e de ser mãe. O inverso também é verdadeiro. A mulher pode desejar muito ter um filho, mas odiar estar grávida. Com também pode acontecer dos dois desejos serem simultâneos e a mulher tanto gostar de estar grávida, como querer ter um filho, como vimos nos casos de Marta e Lúcia citados anteriormente.

Uma coisa não implica na outra: quando um filho nasce, também vai ajudar a mãe a ser mãe. É preciso que o filho seja ativo o suficiente para fazer daquela mulher mãe dele. Não é um instinto, não tem nada de natural nisso. É, na verdade, a construção de uma relação (Rohenkohl, 2005, p. 45).

Após tomar conhecimento desses sentimentos ambivalentes, sobretudo daqueles listados por Winnicott, fiquei me perguntando se uma mulher que tivesse consciência deles ainda iria querer ser mãe? Por isso, divago se a lista de Winnicott não deveria estar exposta, nas maternidades e nas pediatrias, pois ela fala de forma “nua e crua” do que tenho denominado nesta tese do “lado obscuro” da maternidade, mas, que tem essa tonalidade apenas para se contrapor ao seu “lado cor-de-rosa”, porém é parte integrante da viagem pela maternagem e que poucos têm conhecimento e poucos o reconhecem legitimamente antes de passar por ele.

Essa vivência obscura pode ser identificada nas expressões das participantes, em especial, quando solicitamos que elas se definissem antes e depois da maternidade. As seguintes associações foram apresentadas frente a esse disparador temático:

Nome	Antes da maternidade	Depois da maternidade
Gabriela	Corpo bonito, vida mais livre, menos preocupada, menos tensa, mais tempo para sair, menos raiva.	Dois quilos mais gorda, não tenho tempo para fazer nada, mais intromissões, vivo tensa
Larissa	Eu; rua; idéias; introspectiva; magra; mais egocêntrica; calma; estudo teoria do que é conhecido; tudo mais ou menos resolvido, segurança	Nós, o outro, casa; ações; explosiva; gordura mal localizada; egocêntrica, mais humanizada, mais estressada; descoberta do que nunca foi dito; não sei mais de nada
Lúcia	Saía todo final de semana; não ficava tão estressada; dormia cedo; me arrumava; me dedicava ao Edgar; eu queria ser mãe	Não saio mais de casa, a não ser quando é muito necessário; todo dia é estresse total; não durmo mais; não tenho ânimo para me arrumar; hoje eu sou mãe
Júlia	Liberdade; descanso; em forma; grande auto-estima; lazer	Dependência, cansaço; barriguda; baixa auto-estima; dever.

Quadro2: Como as mães se definem antes e depois da maternidade.

Fica evidente nesta comparação entre antes e depois que as várias mudanças impostas a essas mulheres após a maternidade têm na sua grande maioria um “elemento surpresa” de caráter negativo e decepcionante. Acreditamos que a DPP esteja relacionada a essa decepção e desilusão frente ao paraíso prometido.

Dentro da visão, de mãe ideal, a qual define as qualidades maternas como naturais, a mãe deprimida sente-se totalmente inadequada e responsável por seu aparente insucesso, pois, ela deveria saber *ser* uma boa mãe, deveria saber parir, amamentar, dar colo, cuidar, afinal ela é uma mulher e as mulheres vêm “programadas” para isto. Como ela pode não estar sabendo cuidar de seu filho? Ou não estar vendo graça nenhuma na maternidade, ou o que é pior, não estar gostando e sentindo-se infeliz em ser mãe? Este foi um questionamento recorrente na fala de todas as mães que acompanhamos, especialmente nas de Lúcia, Paula, Kátia, Clarisse e Marta.

Quando interessa à sociedade, somos cobradas a agir instintivamente, e temos que “sacar” de toda nossa herança ancestral a “fórmula sagrada” de como se deve cuidar de um filho. Assim, não é apenas a mãe com DPP que se sente culpada, ela é de fato julgada dessa



forma pela a sociedade, por profissionais e, inclusive por seus maridos e próprios filhos. Ela é acusada de ser a única responsável por seu fracasso como mãe!

Portanto, além de questões de ordem intrapsíquica e inconsciente como as que os psicanalistas vêm apontando, acreditamos que, em grande parte, este não reconhecimento do que está por vir, acontece por uma falta de informação social a respeito da maternidade. Ou melhor, não há só uma falta, mas uma distorção ideológica, uma ocultação do que é de fato a maternidade, ainda que seja sugerida uma carga de padecimento na famosa frase “Ser mãe é *padecer* no paraíso”.

Vende-se a idéia de que o sacrifício será prontamente compensado por ter o filho em seus braços. As mães sacrificam-se, achando que algum dia serão recompensadas, e assim, seus sacrifícios não serão em vão. Porém, normalmente, a recompensa não vem. Mesmo o seu lindo e amado bebê um dia “irá se tornar autônomo, mordendo a mão que o alimentou” (Winnicott, 1971/2002, p. 3).

Dessa forma, o possível sofrimento é encoberto e ofuscado pelo paraíso esperado, e é desconsiderado, negado, não sendo prevenido durante a gravidez, como bem denuncia a participante Júlia na seguinte expressão: “*Ninguém faz propaganda da mãe cansada, sem tempo para ela. É sempre a mãe disponível, linda. Não passa uma mãe gorda com o cabelo ruim. É sempre uma mãe linda, loira, com cabelo esvoaçante, com aqueles bebês maravilhosos, sem doença.(...)*”.

Advogamos que a escassez de literatura e discussões pré-natais sobre as reais e profundas alterações que, sobretudo, a mãe terá que enfrentar, me parece uma atitude coletiva e proposital para amenizar o “lado obscuro” da maternidade e assim fazer com que as mulheres caiam mais facilmente na “armadilha da maternidade”, numa espécie de “pacto de silêncio”! Vimos ao longo deste trabalho que esta desconfiança e essas assertivas apresentam muitos fundamentos na história da humanidade. Sabemos que o amor, a abnegação, o sacrifício, a generosidade, o cuidado, a disponibilidade incondicional são construídos como *qualidades* do “feminino” e, estas decorrem da posição originária das mulheres como seres *para outrem*. Nessa perspectiva defendida por Chauí (1985), a possibilidade da mulher ser um sujeito está estruturalmente definida da seguinte forma: “o que são, o são pelos outros (que definiram seus atributos) e para os outros (aos quais estes atributos são endereçados)” (Chauí, 1985, p.48).

Defendemos, portanto, que a maternidade seja uma escolha, ou pelo menos, uma possibilidade consciente pela maternidade, e não uma imposição ou uma “armadilha social”, como vem acontecendo nos últimos séculos. Tais questionamentos são até hoje incompatíveis para muitas mulheres, impregnadas pelo conceito tradicional do que é ser mulher. Ou seja, essas mulheres não chegam a sequer questionar o seu desejo, pois, afinal, é natural ter filhos! Contudo, a História avança. A condição humana evolui. De acordo com Serrurier (1993), é preciso sim que a mulher tome consciência de seu desejo por filhos e de sua capacidade para acolhê-los. Afinal, como diz esta autora, nem todas as mulheres foram feitas para criar filhos. Vivendo no ano de 2005 é possível sim valorizar o potencial da maternidade. Contudo, este potencial não deve ser vivido como uma obrigação a ser cumprida (Dix, 1992).

Entretanto, sabemos que admitir para si a possibilidade de negar o seu papel “natural” e “instintivo” de mulher tem um preço alto, que poucas mulheres estão dispostas a pagar, já que “opor-se a essa visão romanceada da maternidade é, para algumas mulheres, opor-se à feminilidade” (Forna, 1999, p. 53). Especialmente, porque sabemos que este tipo de atitude “subversiva” poderia até comprometer a perpetuação da espécie humana, pois como afirma Serrurier (1993) “o mito da boa-mãe é indispensável à sobrevivência do grupo” (p. 63), sobretudo ao grupo que vive na tradição ocidental.

Obviamente, retirar o “manto sagrado” da maternidade e manchá-la com tintas “escuras” acarreta em conseqüências diversas, pois abre a possibilidade da mulher optar por

ser uma mãe diferente do modelo tradicional. Ou, o que é pior para a sociedade, fazer a opção por não ser mãe, já que, se em toda consciência coletiva reinasse a idéia de que nem todas as mulheres são feitas para serem mães, talvez houvesse menos nascimentos, sobretudo porque somos, atualmente, capazes de controlar a concepção.

Todas essas considerações nos levaram a acreditar que a maternidade como vem sendo concebida até nossos dias tem influência direta no aparecimento da depressão no pós-parto. Nossa hipótese é de que a maternidade e, dentro dela, temas como a feminilidade, as transformações culturais no papel da mulher, o mito de mãe perfeita e a ambivalência do papel de mãe, guardam estreita relação com o que chamaremos de solo fértil para o desenvolvimento da mãe com depressão após o parto.

Arrisco-me inclusive a afirmar que a DPP poderia ser uma forma de reação da mãe diante de todas as imposições que a maternidade traz. Em outras palavras, seria um tipo de “depressão reativa”, sobretudo nas mães de “primeira viagem”, frente ao papel de mãe, que se impõe com todas as idealizações, cobranças e posturas inatingíveis, e não uma reação aversiva exclusivamente direcionada ao bebê. Desta forma a DPP passa de entidade patológica para se tornar um *locus* de resistência<sup>23</sup> ao modelo de maternidade dominante.

É muito raro nos depararmos com a realidade “nua e crua”, como nestes questionamentos elaborados por Rohenkohl:

Quem nunca se sentiu a pior das mães ao morrer de raiva do filho quando ele não pára de chorar ou bate no irmãozinho, mal você lhe vira as costas? Atire a primeira fralda aquela que não se sentiu culpada por não conseguir ou não querer amamentar, ou mesmo por se identificar mais com o mais velho ou com o mais novo dos filhos (Rohenkohl, 2005, p. 45).

A culpa que perpassa essas “questões-afirmações” normalmente não são expressões participantes da maternidade comum a todas aquelas que se deparam com ela. Geralmente elas ficam “excluídas” da maternidade “normal” e são reconhecidas apenas como sentimentos atribuídos a mães com distúrbios emocionais, ou “insuficientemente boas”, como aquelas que apresentam DPP.

Viana (2004)<sup>24</sup> corrobora esta opinião, pois também acredita que a mulher com DPP estaria apenas expressando seu choque e desapontamento em não sentir toda a emoção e felicidade, normalmente mostrada nos filmes, nos livros, na igreja, nas brincadeiras de infância, nas histórias das suas vizinhas e amigas. e nas propagandas de fraldas e de aleitamento materno.

A propósito, o choque frente o fracasso na amamentação, se mostrou nesta investigação, como um dos principais momentos de tensão que levaram a significativas rupturas na configuração subjetivas das mães no pós-parto. As dificuldades em relação ao aleitamento foram tão presentes, que nos indicaram ser merecedoras de destaque na discussão da zona de sentido em curso.

### **9.1.2 - Retirando o manto sagrado da amamentação**

Atualmente, a amamentação é “vendida” como o melhor exemplo da “natureza feminina”. É a “prova cabal” de que o amor materno existe. Geralmente, aquelas mães que não conseguem ter êxito nesta “prova”, por uma série de motivos, são categoricamente reprovadas e sentem-se anormais, “desnaturadas”, desqualificadas enquanto mãe e mulher.

<sup>23</sup> Termo sugerido pela Profª Drª Tânia Mara Campos de Almeida, na ocasião de defesa da tese, em 13.12.2005.

<sup>24</sup> Viana, V. M. G. Comunicação pessoal feita em palestra intitulada “Trabalhando com mulheres: DPP”, em outubro/2004, no I Encontro Candango da Abordagem Gestáltica, em Brasília- DF.

Contudo, ao contrário do que se preconiza historicamente, amamentar é um ato muito mais complexo, dolorido e ambivalente, que requer mais aprendizado e treinamento do que uma “mãe de primeira viagem” possa imaginar! Para nossa surpresa, não basta levar o filho ao seio para que a amamentação seja um sucesso. Achar que a natureza, por si só, se encarregará de fazê-lo, pois o bebê, através de seus reflexos saberá, como mamar, e a mãe, através de seu instinto e amor materno, saberá como e quando oferecer o seio ao filho, é um grande engano.

Amamentar requer técnica, disponibilidade, desejo, orientação, informação, ajuda, condição, paciência e, sem dúvida, muito amor. Nas palavras de Winnicott (1971/2002): “palavra seio e a idéia de amamentação abrangem toda uma técnica de ser mãe de um bebê” (p.21). E tudo isso não se revela *magicamente* na mãe, a partir do nascimento do filho! Tem que ser construído e aprendido, dia-a-dia, na convivência e na relação com o bebê. Ambos vão aprendendo e se entendendo, a medida que mãe se sente “livre” para tal, e vai encontrando a melhor maneira de funcionar para os dois.

Por isso, observa-se que o exercício da maternidade, em especial no que tange a amamentação, não se revela como uma prática que sempre foi significada de forma exclusivamente positiva, pois pode despertar na mulher sentimentos ambíguos e contraditórios, além de ser muitas vezes vivido como um fardo em consequência dos múltiplos papéis desempenhados pela mulher-mãe. Esta ambigüidade é muito bem representada nas palavras de Ramos e Almeida (2003, p.8): “A amamentação é um fardo obrigatório e um desejo prazeroso, podendo esses sentimentos se darem de forma simultânea ou alternada”.

Também, encontramos esta mesma tonalidade em Moreira (1993), que dedicou todo um livro para denunciar essa problemática envolvendo a amamentação. A autora esclarece a sua experiência pessoal com a DPP, enfatizando as grandes dificuldades que teve na amamentação, relacionado-a à depressão vivenciada, atribuindo principalmente a imposição à amamentação ao seio como uma das grandes responsáveis pelo sentimento de fracasso, decepção e tristeza na maternidade.

Mas foi nos relatos das mães estudadas que encontramos a tonalidade mais ácida desta prática. Quase todas as participantes tiveram dificuldades significativas em relação ao aleitamento materno. Algumas delas chegaram ao desespero, como vimos no caso de Lúcia. Além da dor, sentia-se a pior das mães ainda por não estar conseguindo exercer a maternidade como achava que seria o “normal” para todas as mulheres: “*Todo mundo amamenta seu filho, menos eu*”. Lúcia, assim como milhares de mulheres, achava que a amamentação era tranqüila e que bastaria oferecer o seio ao filho que ambos iriam saber instintivamente o que fazer.

Júlia foi outra mãe que apresentou como motivo da procura por nosso serviço, as dificuldades na amamentação: “*Não consigo amamentar meu filho, estou me sentindo uma fracassada*”. Estava divulgando pessoalmente o trabalho do grupo no Banco de Leite do HMIB para a médica responsável, e ela logo se lembrou de Júlia, por causa da intensidade dos sintomas emocionais apresentados. Coincidentemente, no momento em que me falava de Júlia, ela ligou para a médica, muito chorosa, desesperada, afirmando que não tinha dormido a noite inteira e que não agüentava mais a situação. Quando nos procurou Júlia não estava conseguindo amamentar seu filho de 15 dias, pois seu seio encontrava-se com fissuras e sangrante, o que lhe provocava muita dor. Estava perplexa e exausta diante da dedicação exclusiva que a maternidade lhe demandava, e que culminaram as dificuldades de amamentação.

Veamos a fala de Júlia a esse respeito, em uma das sessões do grupo: “*Quando eu pensava em amamentar, eu só vinculava o bebê ao meu sofrimento. Ele chorava e eu chorava junto porque eu já pensava no sofrimento.*” No completamento de frases, também deixou

claro que o sentido subjetivo da amamentação para ela está longe do glamour preconizado pelas campanhas de aleitamento: *“Penso que amamentar... é muito sofrido”*. Havia por trás de suas falas um grande conflito, que veremos mais adiante, ser sustentado por um discurso dominante nos profissionais de saúde. Relatava que, apesar de saber ser importante para o bebê, gostaria de parar de amamentá-lo ao seio e demonstrava-se muito culpada por isso e em pleno conflito. Parecia decepcionada consigo mesma e sem compreender o que estava lhe acontecendo: *“Quando eu procurei a Alessandra, eu também estava em desespero total. Queria me jogar da janela, não queria fazer nada, não queria cuidar... Ficava o dia todo jogada no sofá, minha mãe era quem cuidava, dava banho...”*. Após expressar seu dilema sobre a continuidade da amamentação, na nossa primeira sessão, ela decidiu-se pela troca da amamentação ao seio pela amamentação artificial, e voltou ao grupo bem mais aliviada. Relatou o seguinte sobre esta mudança: *“Quando eu resolvi dar a mamadeira, melhorou um pouco, porque agora o sofrimento é parcial, porque eu não durmo. Então, de vez em quando, eu ainda fico irritada...”*.

De fato, sobretudo na última década, os sentimentos ambivalentes e a culpa estão muito presentes na vivência da amamentação, pois se observa uma forte campanha mundial para estimular o aleitamento materno baseada na recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência (UNICEF). Essas preconizam que todas as mulheres devem praticar o aleitamento exclusivo, e todos os bebês devem ser amamentados apenas com leite materno, desde o nascimento até os seis meses de vida. Após esse período, eles devem continuar sendo amamentados ao seio, juntamente com alimentos complementares, até os dois anos ou mais.

Contudo, apesar de todo o esforço despendido, observa-se que o desdobramento prático das campanhas não atinge o caráter universal implícito em suas premissas teóricas. Existe um número expressivo de mulheres que tentam cumprir na íntegra as recomendações, objetivando o êxito em amamentação, no cumprimento adequado do papel materno, à custa de muito sacrifício. Paralelamente, há também um número considerável de mães que não consegue, não pode ou até mesmo não quer atingir a meta estabelecida – amamentação exclusiva até o 6º mês do bebê.

Ramos e Almeida (2003) se questionaram o porquê deste “desmame precoce”, apesar das campanhas e do suposto caráter instintivo da amamentação. No seu estudo, encontraram dados reveladores da ambivalência que cerca este “ato”, tido como instintivo! A análise dos relatos das mães entrevistadas por eles, mostrou que a tomada de decisões que leva as mulheres ao desmame decorre de maneira complexa e carregada de culpa, sentimento que, por sua vez, se origina, na opinião dos autores, com a qual concordo plenamente, no modelo assistencial em amamentação em vigor.

Isto porque as práticas assistenciais buscam moldar o comportamento da mulher em favor da amamentação, responsabilizando-as, unicamente, pela saúde de seus filhos. Essa tendência, de raízes higienistas, mais do que responsabilizar, culpabiliza a mulher pelo fracasso, ou seja, pelo desmame precoce, ao mesmo tempo em que é incapaz de compreender as necessidades e promover o apoio, ou no mínimo ouvir as mães.

Ramos e Almeida (2003) concluíram que a solidão/isolamento da mulher-mãe e a necessidade de obter apoio para a consecução dessa prática, não só por parte do serviço de saúde como também dos familiares e dos outros segmentos da sociedade, se fizeram presentes de forma uniforme nos relatos das mães entrevistadas por elas. Assim, isentam-se desta cobrança as funções educativas e preparatórias dos obstetras e dos pediatras e até da família. Nesse movimento de revalorização da amamentação natural, a cobrança recai apenas sobre o elo mais frágil - a mãe.

Assim como Serrurier (1993), as autoras deste estudo também entendem que a insensibilidade do profissional de saúde e da família frente ao sofrimento da mãe se

consubstancia em função da sacralização da maternidade como um ato de doação da mulher em troca do amor do filho e do reconhecimento da sociedade. Essa postura impermeável e verticalizada, tipicamente higienista, não possibilita o apoio necessário à mulher e se configurou num dos fatores de desmame detectados, por este estudo, pois, se ouvissem o desejo e os medos das mães, considerariam o que bem afirma Viana<sup>25</sup> (2004) “mais vale uma mamadeira com amor do que um peito com terror!”.

Temos que admitir que a psicologia também contribuiu para este quadro culpógeno da mãe que não quer/pode amamentar. Os psicanalistas responsáveis pela teoria do desenvolvimento emocional do indivíduo que foram amplamente difundida não só na área da psicologia, mas também pediatria e da pedagogia, “foram responsáveis, até certo ponto, pelo relativo exagero com que o seio foi posto em evidência” (Winnicott, 1971/2002, p. 21) As teorias sobre o “seio bom” e o “seio mau” acabaram sendo associadas a maternidade boa e má, enquanto a evidência dos cuidados prestados ao bebê, a prontidão em atendê-lo, a maneira de manipulá-lo, de olhá-lo e de respeitá-lo são muito mais importantes, em termos vitais, do que a amamentação em si. O fato de a mãe e o bebê se olharem nos olhos é algo que absolutamente independe do uso verdadeiro do seio, afirma Winnicott (1971/2002).

Não estamos querendo com isso desqualificar a importância da amamentação, ou fazendo uma apologia ao uso da mamadeira ou do leite artificial. Temos ciência de que a amamentação é um momento privilegiado de proximidade da mãe com o bebê, sobretudo que favorece o contato físico entre eles, mas não significa que esta proximidade não possa acontecer através do uso da mamadeira ou em outros momentos do cuidado prestado pela mãe. Quero apenas me distanciar daqueles que tentam obrigar as mães à amamentarem seus bebês.

Defendemos que é muito importante que a mãe não seja obrigada a amamentar, porque, quando há esta obrigatoriedade, esta proximidade, na verdade, não acontece. E a imposição de familiares e profissionais de saúde nesse sentido pode levar a resultados catastróficos. Especialmente nos casos em que a mãe tem dificuldade de amamentar, “será um erro tentar forçar uma situação que deve, até certo ponto, fracassar, podendo até mesmo se transformar num desastre” (Winnicott, 1971/2002, p. 23).

Tanto a mãe quanto o bebê sofrem com esta imposição. Os bebês passam por vivências muito sofridas na luta para que o peito desempenhe suas funções. Algo que pode se tornar muito difícil, pois a mãe é incapaz de amamentar por um esforço deliberado, uma vez que seu desejo escapa ao controle consciente. A mãe precisa aguardar as suas próprias reações e respeitá-las, mas também precisa esperar pelas reações do bebê. É preciso tempo e liberdade para que mãe e bebê entrem nesta sintonia. Portanto, ter uma noção preconcebida daquilo que deve ser feito pela mãe no que diz respeito à amamentação é uma postura que, ao meu ver, deve ser evitada pelos familiares e profissionais que a acompanham, sobretudo aquela que está enfrentando dificuldades para amamentar.

Por isso, concordamos tanto com Viana (2004) quanto com Rohenkohl (2005), quando chamam atenção para o fato de que, quando uma mulher não quer amamentar, temos que escutá-la, ou, quando a mãe não quer fazer alguma coisa, como dar banho, ou dar comida, ou simplesmente ficar próxima do filho, temos que respeitar! Segundo Rohenkohl (2005), neste momento, ela pode estar protegendo o filho de algum tipo de pulsão mais agressiva que ela possa ter: “nessa hora ela está protegendo o filho, e é a hora em que ela está sendo mais mãe do que nunca” (p. 47). Até mesmo porque é muito comum que uma mãe esteja sofrendo tanto que desista rapidamente de amamentar, e tanto mãe quanto bebê experimentam grande alívio quando, finalmente, passa-se a fazer a alimentação via mamadeira, sem que por isto o seu

---

<sup>25</sup> Viana, V. M. G. Comunicação pessoal feita em palestra intitulada “Trabalhando com mulheres: DPP”, em outubro/2004, no I Encontro Candango da Abordagem Gestáltica, em Brasília- DF.

filho deixe de se desenvolver bem. Ou, ainda, a mãe pode ser bem sucedida na amamentação de outros filhos.

O que nos parece fato é que permanecer nesta busca em satisfazer o mito da mãe completamente boa é, como diz Serrurier (1993, p. 32), “um pico inacessível e no qual só conseguimos nos esfolar”. Não é possível mantermos esta insistência “insana” de nos “encaixarmos” em modelos de maternidade de séculos passados, e continuarmos pagando o preço altíssimo de nossa liberdade, da culpa eterna, da saúde física e emocional e da qualidade de vida.

Mas, veremos a seguir, que este tipo de questionamento, não é bem vindo e é até mal interpretado, soando como uma resistência à renúncia necessária para se ocupar o lugar de mãe. Desde já, advogamos que, se há algo a que devemos renunciar, é exatamente à perfeição e à idealização, como afirma Dix (1992).

## 9.2 - ZONA B: A MÃE DESNATURADA: A LUTA PELA MATERNIDADE INCLUSIVA

Nesta zona de sentido, estreitamente relacionada à anterior, pretendemos destacar como o modelo tradicional de mãe tem acarretado em muito sofrimento, culpa, depressão e prejuízos em todas as esferas da vida de grande parte das mulheres da cultura ocidental, na atualidade, . Vimos ao longo desta tese que a ideologia que acompanha o mito de mãe perfeita só pode conceber uma maneira de ser mãe: doação total, exclusividade para o filho, dedicação em tempo integral (Falcke & Wagner, 2000).

Este modelo está baseado na predisposição inata para o sacrifício e preconiza que a maternidade deve ter prioridade sobre as necessidades pessoais da mulher. O ideal de amor materno concebe a mãe como um ser irreal dotado de poderes divinos, e que obterá prazer unicamente a partir da dedicação total aos filhos e dos grandes sacrifícios em função deles. Na técnica de recorte e colagem, Júlia exemplifica muito bem este conceito: “*O que as pessoas falam para a gente, que você deve ser a estrela Dalva, o rumo dos seus filhos você ser abençoada, você ser a dama de ferro realmente. Que para realmente proteger você tem que estar grudado com o seu bebê o tempo todo. Você tem que ser alegre e feliz o tempo todo, ser brilhante, tranqüila, bonita. Que não é realmente o que eu sinto.*” ( Anexo I)

Sob essa ótica, concebe-se que a renúncia, a doação, a exclusividade são imperativos da condição materna. Àquelas mulheres que têm outras escolhas e interesses além do filho, e resistem a ocupar este lugar de “abrir-mão” de si para cuidar do outro, são vistas como mães desnaturadas, egoístas, imaturas e doentes. Esta concepção aparece em vários discursos na literatura que consultamos para elaboração desta tese, já que um bom exemplo deste tipo ‘defeituoso’ de mãe é aquela que se apresenta com os sintomas da DPP.

Além do senso-comum, muitos teóricos da psicologia e da pediatria continuam concentrando o seu foco neste discurso e, assim, reforçam a estigmatização da mãe deprimida e o mito da maternidade exclusiva, conforme defendem os autores a seguir.

Pitt (1968,citado por Santos, 2001) afirmou que a DPP é frequentemente vista em mulheres jovens ou com *personalidades imaturas*, porque elas sentem-se carentes e mais dependentes de proteção, como se estivessem competindo com o seu bebê pelas atenções dos outros. A sensação predominante é de sentirem-se apenas a serviço do bebê, como se nunca mais fossem recuperar sua vida pessoal. Essa visão é corroborada por Szejer e Stewart (1997) ao explicarem que desejar ter um filho supõe não apenas renúncia a um lugar somente de filha para aceitar ser *mãe*, mas implica outras renúncias: a renúncia a um corpo de menina, depois ao seu corpo de mulher grávida. Por isso, para esta autora, algumas mães não vão conseguir entrar neste papel, como aquelas que apresentam a DPP, pois seriam tão regredidas que só conseguiriam ser filhas de suas mães.

Lucena (2004), que utilizou-se da teoria de Erikson (1976) para estudar mães com DPP, também acredita que as mães resistentes às mudanças que têm que implementar com a chegada do filho, demonstram estar na crise da idade adulta, onde há o conflito entre a generatividade *versus* a estagnação. Segundo Erikson (1976) esta crise consiste no conflito entre o desejo de permanecer na estagnação, valorizando as necessidades pessoais e a posição de ser cuidado, e a necessidade de ir para generatividade. Esta, por sua vez, implica na disponibilidade de cuidar e orientar a geração seguinte. Para Lucena, esta crise se concretiza nas demandas impostas pelo bebê, às quais as mães com depressão não estariam dispostas a atender.

Santos (2001) também preconiza que a identificação típica da gravidez passa a implicar uma *perda de si* mesma em favor do recém-nascido, e que tal processo caminha para uma identificação não conflitiva com o bebê. Quando isso não ocorre, temos a depressão pós-parto, pois a mãe com este diagnóstico tem dificuldades de aceitação quanto as urgências instintivas que o bebê torna presente de forma intransigente, logo após seu nascimento. Dessa maneira, afirma Santos (2001), a depressão após o parto seria uma cristalização da etapa conflitiva que se instaura logo após o nascimento do bebê.

Como exemplo dessas hipóteses, Badinter (1985) explora as teorias de Helène Deutsch, que destacam a psicologia da mulher e da mãe, retratando-a como um ser passivo, masoquista e narcisista. Segundo essa Deutsch (citado por Parker, 1997; Serrurier, 1993), esse conceito se diferencia do masoquismo pervertido, pelo fato desse último envolver a recepção de dor e crueldade, enquanto o masoquismo feminino emprega a culpa auto-destrutiva. Por isso, sobre a maternidade, pressupõe-se um masoquismo “normal” e necessário no qual as forças narcisistas da auto-preservação e a função masoquista da maternidade devem estabelecer uma concordância harmoniosa. Nesse contexto, ele é comparável a um desejo materno de sacrificar-se pelo outro.

Além desse referencial, Badinter (1985) também critica as idéias de Winnicott, por ele consagrar as condições para a maternagem adequadas, desde que a mãe se adapte inteiramente às necessidades do filho. Nesse sentido, vejamos, o que nos diz o próprio Winnicott (1947/2000b) sobre a renúncia ao falar da mãe recém-parida e da DPP.

Ele foi um dos primeiros estudiosos que notaram uma mudança particular na psique das mulheres no pós-parto e nos deu uma importante contribuição para entender a mãe recém-parida, ao conceituar a “preocupação materna primária”. Esta consiste num “estado” pelo qual *todas as mães necessariamente vão passar*, e que se inicia no final da gravidez e perdura até algumas semanas após o parto. Nesse, a mãe se encontra num estado mental que, se vivido por qualquer outra pessoa em outra fase da sua vida, seria considerado no limite da psicotização.

A mãe parece louca, pois está sempre observando a respiração do bebê; acorda de um sono pesado, mal ele começa a chorar; está centrada no filho e em suas necessidades nas 24 horas do dia. Nesse estado, as mães tornam-se capazes de se colocarem no “lugar do bebê”, tamanha a identificação com ele: “ela é o bebê e o bebê é ela!” (Winnicott, 1971/2002, p. 36). A mãe torna-se excessivamente preocupada e monotemática porque só consegue pensar, falar e viver o seu bebê, renunciando de bom grado a si mesma em nome da criança. Esse autor preconizava que essa renúncia e essa “preocupação psicótica”, que implicam em sofrimento materno, são absolutamente necessárias para a constituição do que ele denominou de “mãe suficientemente boa” (Winnicott, 1947/2000b).

Winnicott (1971/2002), acredita que as mães entram em depressão por se *recusarem a vivenciar esta renúncia temporária de si que a maternidade impõe* (grifo meu!), talvez porque esta renúncia lhes pareça eterna, ou porque relutam em entrar em contato com a maternidade real. Dessa forma, acabariam por prolongar ou eternizar este período breve de “loucura materna primária”, por meio da DPP. Portanto, este estado de loucura materna pode ocorrer

de modo insatisfatório, ou realmente patológico, comprometendo o exercício da maternidade e trazendo graves conseqüências para o desenvolvimento do bebê.

Questiono-me, partindo da afirmação winicottiana, e de todos os demais teóricos que defendem a renúncia como condição para a maternidade feliz, se a mãe com DPP seria então a “mãe completamente má” ou a “mãe insuficientemente boa”? Ou, em outras palavras, seria ela a mãe mais incapaz de cuidar de seu filho, a pior das mães, por ter se “recusado” a renunciar a si própria, ainda que temporariamente, em nome de seu bebê? Ou, ao contrário, ela é “tão suficientemente boa” que foi capaz de se entregar ao sofrimento, ao masoquismo materno e à culpa eterna, através da tristeza e da depressão, porque acha que não está conseguindo ser a mãe ideal, para seu filho? Em qual das duas categorias será que ela se encaixaria? Será que ela não entra em depressão porque já vem se renunciando ao longo de sua vida, como vimos em todos os casos por nós analisados e, logo agora, no momento em que ela esperaria “ganhar” algo – seu filho -, mais uma vez é chamada a renunciar, a “perder” algo de si, por isso reage fortemente ou depressivamente a esta demanda/imposição?

Na mulher atual esta situação se perpetua através de conflitos cotidianos entre dependência e auto-realização, em ter o direito de lutar por seus desejos sem sofrer o peso da culpa. Ainda é difícil acreditar que podem ser livres sem prejudicar seus relacionamentos, seus filhos e amizades. Talvez, o mais saudável e sensato fosse permitir ou consentir, socialmente e internamente, que a mãe vivenciasse esta “loucura” da qual nos fala Winnicott nas primeiras semanas, para depois sair dela da forma como quisesse ou conseguisse, preferencialmente contando com apoios externos; e, não, cobrar a felicidade plena e/ou a renúncia irrestrita pela chegada do filho. Mas, para isso, seria necessário que estas mães ao menos soubessem da existência e da normalidade do lado que chamo de “obscuro” da maternidade. Quem sabe assim, se pudessem assumir este lado sofrido e “enlouquecedor” da maternagem, sem serem classificadas como “insuficientes”, o “rótulo” de DPP sequer existisse.

Entendemos que esta forma de conceber a mãe com DPP só contribui para sua culpabilização e para sua patologização. A nosso ver, por traz de todas essas teorias, ainda existe o forte propósito de reforçar as idéias de “instinto maternal”, “amor materno”, “boa mãe”, “boa filha”, entre outras clássicas sobre a mulher, ideologicamente construídas para mantê-la restrita a “seu devido lugar” – dentro de casa, cuidando dos filhos e do marido.

Essas são concepções que reforçam portanto a maternidade exclusiva, e afastam a possibilidade da maternidade inclusiva, por nós defendida, como aquela em que a mãe possa incluir os filhos na sua vida e não tenha que renunciar a si mesma, mas que possa se preservar diante das intermináveis demandas dos filhos, como bem colocou a participante Larissa na sua ficha de inscrição: *“para não me perder nesta nova realidade”*. Não haveria espaço para os dois – mãe e bebê? Portanto, mesmo a “nova” mulher encerraria muitas contradições. Ela se impõe mais, tem mais espaço, mas, em geral, com a consciência pesada, com o fardo da culpa, do qual ainda não conseguiu se livrar.

Para nós, não é por acaso que ser mãe na modernidade suscita sentimentos de culpa, frustração e conflitos de identidade; afinal, as mães estão habituadas a uma cultura que proíbe a discussão da coexistência de sentimentos ambivalentes e naturais em todas as mães, e o compartilhamento efetivo de responsabilidades. O natural passa a ser o sacrifício e o amor irrestrito. Esses elementos se fazem freqüentemente presentes nos relatos das mães estudadas, repletos de exemplos de cobranças e tensões aos quais as mulheres são constantemente submetidas.

Por exemplo, no caso de Gabriela, vimos a forte presença da concepção de gênero dominante em nossa sociedade, onde a mulher só é “mulher de verdade” se for mãe, e só é uma “boa mãe” se deixar tudo para se dedicar exclusivamente aos filhos. Isso lhe é marcadamente exigido por todos aqueles que a cercam, sobretudo sua mãe e seu marido. Ela



sentia-se bastante dividida em relação a continuar a trabalhar ou cuidar do filho, pois argumentava que, sem trabalhar, poderia ficar mais tempo com o bebê. Além do mais: “*as pessoas poderiam achar que eu sou uma mãe desnaturada, por preferir trabalhar a ficar em casa com meus filhos*”; sugerindo com essa frase que estava mais preocupada com o julgamento dos outros, do que com o receio de prejudicar o filho com seu afastamento. Assim, pelas mais diversas vias da subjetividade social, as renúncias que deve fazer no papel de mãe, o conflito com seus pais, sobretudo com sua mãe, o conflito com a vida profissional, são fatores que, para nós, têm delineado uma configuração subjetiva tanto da maternidade, quanto de sua sintomatologia depressiva.

O conflito de Larissa também se revela na grande culpa vivida, por ter outros interesses além da maternidade. Sente-se limitada, sobretudo em relação à vida profissional. A princípio, os percebe como dois “mundos” incompatíveis, o que tem respaldo na sociedade e em casa, por parte de seu marido e sua mãe. Ou seja, esta demanda pela maternidade exclusiva, além de ser de interesse social, ideologicamente arquitetado ao longo da história da humanidade (Chauí, 1985; Badinter, 1985; Serrurier, 1993; Trindade 1993; Muszkat, 1994 e Del Priori, 2004), é potencializado por se alimentar do sentido subjetivo de pessoas que a mobilizam afetivamente, como sua mãe e seu marido. Nessa perspectiva, sua vivência parece chegar a um paradoxo entre o “desejo” de dedicar-se apenas à maternidade, a sua casa e marido, contrapondo-se ao desejo de manter um espaço de crescimento pessoal e profissional.

Fica evidente também, no caso de Júlia, a enorme pressão ideológica para que a mãe se mantenha restrita aos prazeres que só a maternidade poderia lhe proporcionar (Chauí, 1984), a partir de onde entendemos que a crise de depressão atual foi desencadeada apenas *aparentemente* pelas dificuldades de amamentação do bebê e pelas dificuldades de cuidar dele no dia-a-dia. Sentia-se dividida entre o filho e o marido, como se ela necessitasse manter o foco no casamento para salvá-lo, por meio da sexualidade, e não pudesse investir em seu bebê naquele momento. Assim, parece ter recaído sobre o filho parte da frustração pelo insucesso da relação conjugal e, talvez por isso, ela reagisse agressivamente e impacientemente com o filho. Sabemos que essa obrigatoriedade em obter satisfação absoluta exclusivamente a partir da maternidade pode ter desdobramentos prejudiciais, principalmente em uma sociedade onde a mulher normalmente trabalha fora, também é responsável pelo orçamento familiar e cultiva interesses diversos (Serrurier, 1993). Nos questionamos se essas informações representariam, então, um indicador de conflito com a função materna ou com as renúncias sociais impostas à mãe?

Isso significa que Júlia, assim como muitas mães com o diagnóstico de DPP, acabam por rejeitar não o bebê em si, mas a maternidade como instituição e muito do que isso acarreta, como podemos observar claramente no relato de Kátia<sup>26</sup>: “*Eu não sabia que a maternidade ia mudar tanto a minha vida, me privar de tantas coisas. Acho que é por isso que eu tô muito doente, porque eu quero fazer muita coisa e não posso fazer nada. Eu quero trabalhar, mas não tenho com quem deixar ela, quero passear e não posso, mas como que eu vou levar duas meninas (...)Ser mãe é não se sentir mais sexy e nem querer se olhar no espelho. Ser mãe foi experiência inexplicável na minha vida*”. Existe portanto um conflito com o ideal da maternidade exclusiva, e não com a maternagem *per si*, ou se ela pudesse ser inclusiva. Como bem nos alerta Marbeau-Cleirens (citado por Serrurier, 1993), com o qual concordamos em gênero e grau, a mulher não se recusa a ter filhos, a cuidar deles ou a amá-los. Muitas vezes, ela se recusa à situação familiar e social, na qual fica alienada quando tem um filho.

<sup>26</sup> O caso de Kátia não foi apresentado nesta tese, mas ela fez parte de nosso trabalho de campo.

A mãe passará então a definir-se nas tensões da ruptura e da criação, as quais são parte permanente de seu envolvimento com a maternagem. Esta a conduzirá a um posicionamento intencional na elaboração das posições depressivas, ou não, em que se situa. A primeira posição se dará pela ausência do sujeito como referente de si mesmo, que leva a pessoa a posicionar-se de forma passiva, orientada ao cumprimento de regras sociais, e não de forma criativa e prazerosa no que faz. Já a segunda posição implica num respeito pelo próprio pensamento e desejos. Porém, infelizmente, a produção de sentidos associada à produção de novas idéias e posições é algo que ainda estimula ou é possível para uma quantidade restrita de mulheres.

Nos casos estudados, observamos que as mães lutam, não por uma maternidade exclusiva, mas por uma maternidade “inclusiva”, sobretudo nos casos de Larissa e Júlia, que nos pareceram mulheres bem estruturadas intelectualmente, e apresentaram respostas bem diferentes das outras mães. Elas mantêm um discurso singular e são zelosas na defesa de seus espaços próprios, apesar dos muitos valores que as movem pertencerem a esse espaço simbólico, em relação ao qual elas se posicionam, gerando a tensão necessária que as preserva enquanto sujeitos de suas próprias vidas. Elas parecem estar passando por todos os questionamentos normais que fazemos quando nos deparamos com a maternidade e todos os seus conflitos com esse novo papel. Como ser mãe, mulher, amante, profissional tudo ao mesmo tempo?

Essa é a grande questão tanto para Larissa quanto para Júlia. Elas estão sofrendo, mas têm coragem de buscar saídas! Elas têm questionamentos bem sólidos e bem estruturados. No entanto, sentem-se inseguras neste novo papel e estão se vendo obrigadas a se posicionarem, como fica claro na seguinte expressão de Júlia: *Acho que tem uma mudança cultural em relação à maternidade. Eu acho que mudou a minha vida, mas eu me sinto mais feia, sinto muita culpa. Você tem que estar lutando contra as coisas*”. Suas histórias são relatos de uma luta! Lutam contra uma espécie de ofuscamento de si próprias, que o contato inicial com o bebê acarreta (Santos, 2001). Lutam para serem ouvidas, para poder ser quem são!

Na verdade, o estudo de Dias e Lopes (2003) já nos mostra que esta é a grande diferença entre as jovens mães da atualidade e as de outrora. Elas, muito mais do que suas próprias mães, expressam a necessidade de uma preservação do espaço pessoal diferenciado do papel de mãe, referenciando normalmente o estudo e o trabalho fora de casa. Acreditamos ser possível buscar alternativas, tentar negociar, conciliar novas tarefas após a maternidade, sem abdicar impositivamente de sua identidade, de seus desejos, de seu espaço. Diga-se de passagem, um espaço tão arduamente conquistado nas últimas décadas, principalmente por meio dos movimentos feministas, e que agora lhe cobram “abrir-mão”, “renunciar”, se quiser ser uma “mãe suficientemente boa”. Seria esta uma luta legítima, ou seria a resistência cristalizada e patológica? Ou seria possível pensarmos numa maior liberdade para exercer a maternidade, mais adequada aos nossos tempos? Uma maternidade “inclusiva”?

Também em relação aos outros casos estudados, fica evidente como o contexto imediato aparece como elemento diferente em cada uma delas. De todas as mães estudadas, Isabela nos pareceu estar tencionada mais diretamente pelo fator social. Enquanto em outros casos, a tensão se estabelecia pelas pressões exercidas pelas figuras parentais, pelo cônjuge e pelo ideal de maternidade construído socialmente, neste, não são esses fatores que parecem estar em primeiro plano. Aqui, vemos uma pressão direta e concreta da luta pela sobrevivência, da privação das necessidades básicas, da pobreza da falta de perspectiva futura, lamentavelmente tão comuns no nosso país. Quantos milhões de Isabelas, com filhos nos braços, passando necessidades de todas as ordens existem no nosso país? O caso de Isabela se destaca entre os demais, porque, de todas, ela nos pareceu a mais desamparada. Mas o interessante é que isto só nos mostra o poder de resistência de nossas mulheres, que não

sucumbem diante das dificuldades. Talvez Isabela seja a maior lutadora de todas as mães que participaram do estudo, se é que cabe este tipo de comparação.

Sua situação de vida é tão complexa, que no seu caso nos parece ainda mais abusivo reduzi-la ao diagnóstico de DPP. Assim, como as outras mães, ela continua lutando, apesar de ter menos recursos para a batalha. Mesmo nos momentos de intensa tristeza e paralisia, não se deixou abater e segue lutando por sua vida e pela vida de suas filhas. É verdade que ela tem conseguido, mas o melhor seria se ela pudesse contar com o apoios sociais, que tornasse a sua caminhada mais leve.

A sociedade exige que a mulher cumpra bem todas essas funções e lhe culpa se o resultado não for satisfatório. Sabemos que as cobranças sobre as mulheres nunca foram poucas: não basta ser mãe, devemos ser mães incondicionais; não basta ser esposa, devemos ser esposas exemplares; não basta ter uma profissão e um trabalho: devemos ser profissionais bem sucedidas; não basta ter um corpo saudável: temos que ter um corpo de modelo. Diante desta hipótese, nos perguntamos se esta idealização não seria exatamente uma tentativa de parar ou impedir esta crescente mobilidade da mulher, por meio da culpabilização e do excesso de atribuições? Não seria a perpetuação da ideologia patriarcal que continua a influenciar nosso modo de ver o mundo?

Estaríamos, nós da psicologia, de fato preocupados com este tipo de clientela, quando atribuímos um diagnóstico de uma psicopatologia? O problema aqui não é instrumental, trata-se de recuperar a mulher/mãe enquanto sujeito, na sua dimensão de produção de sentido subjetivo, profundamente singular para a maternidade que está vivenciando. Mas veremos na próxima zona de sentido que este não tem sido o caminho trilhado nem pela medicina, e nem pela psicologia, onde a busca pela padronização e a ênfase na patologização dos fenômenos humanos são muito presentes.

### 9.3 - ZONA C: IDENTIDADE DE ENFERMA: A NATURALIZAÇÃO DA DPP

A identidade de enferma se constitui, para nós, em uma zona de sentido subjetivo que aborda o sujeito tendencioso a naturalizar seu estado depressivo e evitar o enfrentamento de um conflito que não pode ser evidenciado. Essa hipótese tem interesse não apenas para o conhecimento da subjetividade individual dos casos analisados, como também para o estudo dos procesos de subjetivação dos diferentes conceitos usados para construção social das mulheres com DPP.

Santos (2001) nos informa que o fenômeno da DPP é atualmente muito estudado em psiquiatria, e se constitui de elementos preferencialmente observáveis privilegiados na modernidade psicopatológica. Sob essa ótica, há uma clara tentativa de encontrar suas causas sem se deter em considerações sobre o processo subjetivo subjacente. Os estudos compartilham do ideário descritivo ao construir quadros estáveis, e apresentam estratégias experimentais para dar suporte a uma generalização. Essa mesma autora afirma que na literatura psicanalítica também se encontram estudos com a mesma preocupação em estabelecer um recorte psicopatológico da DPP. Sobretudo nos estudos pioneiros, procurava-se estabelecer a estrutura de personalidade subjacente à depressão, apresentando resultados, tais como: “os estudos terapêuticos de pacientes com distúrbio puerperal sugerem que mulheres com um tipo particular de distúrbio de caráter estão em perigo de doença mental durante o puerpério” (Lomas, 1960 citados por Santos, 2001, p. 27).

Felizmente, essa forma de abordagem do dano psíquico, em sua correlação com as fragilidades subjetivas e com os fatores de risco, tem recebido muitas críticas, o que abriu o campo para reformulação de teorias psicológicas (Sterian, 2001, Guidano, 1994, González Rey, 2002). González Rey (2004) tem sido um forte crítico deste tipo de prática tanto na psicologia quanto na medicina. Para ele, “as categorias universais, como esquizofrenia, déficit

de atenção, neurose devem representar só um marco relativo para a definição do problema a estudar” (2004, p. 125/126). Segundo este autor o problema não é classificar, caracterizar e fechar diagnósticos. O problema é o poder hegemônico desta prática indiscriminada em nossos serviços de saúde, em detrimento de outros tipos de avaliações que zelam pela subjetividade e pelo sentido que o paciente dá ao “mal” que está lhe acometendo. Só assim é possível nos informar sobre a natureza diferenciada desses processos nos sujeitos concretos, que não podem ser substituídos pelas entidades usadas para definir sua condição. Foi justamente esta postura investigativa que procuramos adotar nesta tese.

Na concepção defendida por González Rey (2004), o sujeito existe sempre na tensão da ruptura ou da criação, momentos que se caracterizam por uma processualidade que desafia o instituído, tanto no nível da própria subjetividade individual, como em termos do social. Os afetos como angústia, tristeza, desamparo, alegria, esperança, entre outros, fazem parte de uma gama de tonalidades diferentes de sentimentos com os quais as pessoas vão experienciar e significar o seu ambiente físico, emocional, social, histórico e cultural. Por esta razão, Guidano (1994) alerta para o fato de que, mesmo aqueles sentimentos que aparentemente tem uma mesma tonalidade, como a angústia, podem ser experimentados de maneiras muito distintas. A angústia pode estar relacionada a uma perda real ou simbólica, a um perigo, a uma sensação de insegurança, instabilidade, ou pode fazer parte de um padrão de significados coerentes como depressivo, fóbico, obsessivo.

Segundo a teoria de González Rey (2005a), esses elementos são sutilmente subjetivados pelo sujeito, expressam-se por meio de uma produção singular que abarca. Entre suas conseqüências, os sentidos explicitados pelo sujeito em relação a si mesmo - por exemplo, o que a mãe sente e pensa em relação a si mesma, processos estes estreitamente implicados, como a imagem que fazem de si próprias enquanto mães/mulher - e não pode ser previamente definido em uma categoria semiológica.

Tais questionamentos nos fazem refletir sobre os desdobramentos deste modo de pensar a maternidade; sobretudo questionando as enfermidades psicológicas do puerpério. Quando são percebidos estados depressivos no pós-parto, além de um diagnóstico correto, se demanda uma sensibilidade por parte dos profissionais de saúde em reconhecer os sentidos subjetivos que a mãe atribui ao que está vivenciando, o que via de regra, é freqüentemente desconsiderado e desqualificado. O último relatório sobre a saúde da mulher do Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2004) não só confirma esta postura, como avalia a assistência materna à mulher brasileira como precária!

O contexto em que a maternidade é vivida na sociedade brasileira é caracterizada por partos e nascimentos marcados por muita medicalização, intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, especialmente pelo abuso da prática cesariana. O quadro é ainda mais preocupante, afirma o relatório, porque existe uma cultura que *desqualifica a opinião da parturiente* (grifo meu!) sobre a adoção de procedimentos no parto e pós-parto. Não respeitam a sua autonomia e privacidade e muitas vezes a reduzem a uma “hospedeira” que tem apenas a função de parir e amamentar. Este documento destaca ainda que: “as histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico” (Brasil, 2004, p. 59). Este mesmo relatório mostra que esses fatores influenciam no aumento do índice dos riscos maternos peri e pós-natais, entre eles a DPP.

Obviamente, as teorias da constituição psíquica do ser humano, inclusive as de ênfase diagnósticas, as psicodinâmicas e as comportamentais são necessárias como referências que nos parametrizam para uma possível compreensão da situação que se apresenta ao indivíduo. Mas, devemos lembrar que muitas são construções genéricas, fundadas em hipóteses e observações sobre um determinado número de pessoas, e que não inclui, necessariamente, aquele indivíduo que estamos abordando. Isso implica que a cada indivíduo, a cada paciente,

temos que construir uma nova “verdade” (Sterian, 2001). Ou, como afirma Guidano (1994, p. 137), “ (...) cada persona es un experimento *único* de la Naturaleza, y tiene por lo tanto un modo absolutamente singular de articular su dimensión de significado y los procesos de reordenamiento que tienen lugar en ella”.

Para Sterian (2001), isso significa que fazer uma pessoa pensar em si mesma, não apenas como um diagnóstico, é oferecer-lhe a chance de reinserir-se em sua própria história de vida, de assumir-se enquanto sujeito de seus próprios desejos, necessidades e possibilidades. Significa não permitir que ela transforme a doença em sua própria identidade pois, só assim, ela poderá suportar e elaborar as limitações ou frustrações que sua existência for lhe reservando. É por essa razão que González Rey afirma que, se o impacto subjetivo do diagnóstico não for considerado, o paciente perde sua condição de sujeito, e ele próprio passa a reforçar a sua “condição” de doente, amplamente respaldada no discurso biomédico. Essa condição de doente, “ao ser definida em todos os seus sistemas de relação, chega a definir a identidade do sujeito”. (González Rey, 2002, p. 105).

Nesse sentido, chamou a nossa atenção que Gabriela acreditava estar muito doente: sentia-se estranha, “enlouquecendo”, “tomada” pelos sintomas e já não se reconhecia como ela mesma. Intrigou-nos que ela se referia a sua depressão, como se o seu problema atual se resumisse a esta problemática, com a qual não estaria diretamente implicada. Vejamos este sentido em suas expressões: “*Meu maior problema...é estar com esta doença*”; “*Sinto uma forte pressão no peito e uma constante sensação de angústia, não tenho vontade de comer, não consigo dormir e tenho muitos pensamentos negativos....tenho medo de machucar o bebê e tenho medo de estar ficando louca...sempre acho que tudo vai dar errado*”. Observa-se aqui a legitimidade de seu sofrimento, mas também chama nossa atenção a intensidade com que ela assume seu diagnóstico!

Partindo dessa hipótese, podemos pensar que tanto sua depressão, como a loucura a que se refere, representam mais uma apropriação como crença pessoal de uma construção social, atribuindo-lhe uma configuração de sentido subjetivo central no seu sofrimento atual, do que a uma depressão propriamente dita. Parece-nos mais uma reação por achar que não está cumprindo bem seu papel de mãe/esposa, com base nos parâmetros sociais que foram internalizados por ela, do que uma avaliação de sua atuação nestas funções, com base em seus próprios parâmetros e desejos. Para estar bem de saúde, Gabriela terá que enfrentar a situação em que está e assumir uma posição frente a ela, o que parece que ela evita por todas as vias possíveis, utilizando-se do sentido subjetivo que aparece em sua posição em relação à naturalização de sua enfermidade.

Infelizmente, este é um recurso bastante utilizado na história das mulheres. Para poderem ser ou fazer o que realmente queriam, ou “se tornavam” loucas ou bruxas. “Adoecer” ou “enlouquecer” era a única saída para expressão da subjetividade das mulheres desde a Idade Média e, infelizmente, se perpetua até nossos dias (Chauí, 1984; Serrurier, 1993).

Assim como no caso da participante Gabriela, percebemos que Lúcia também se identifica com a doença da depressão e assume esse diagnóstico. É interessante que mesmo sem ter-lhe sido formalmente dado o diagnóstico de DPP, ela se identificava com os sintomas que achava caracterizar essa doença e se atribuía este diagnóstico: “*Eu acho que eu tenho DPP por causa de tudo o que eu passei, mesmo sem saber o que era.*” Alessandra: “*Mas o que você acha que tem de deprimida?*” - Lúcia: “*Assim, nos meus momentos de angústia, de desespero, eu não queria vê-lo (o filho), queria matá-lo. Eu acho que tudo isso fez com que eu pensasse mais ainda que era depressão*”. Suas referências feitas à rejeição, ao infanticídio, ao sofrimento e limitações são atributos que expressam sua subordinação ao rótulo socialmente estabelecido da DPP. A integração desta constatação e outros elementos expressados por ela anteriormente, nos leva a reforçar a impressão de que ela se vê muito

doente e se reduz basicamente a isso. Essa concepção é um forte indicador de que, assim como no caso de Gabriela, há um processo de naturalização da doença.

Este mesmo processo também foi observado no caso de Kátia. Suas reiteradas palavras e ações referentes à depressão nos sugeriram uma forte identificação com esta entidade diagnóstica. A presença da depressão está tão forte em seus relatos e em seu modo de se ver e no seu dia-a-dia, que isso nos sugere que a depressão é vista como uma condição “natural” de sua vida: *“Mas será que é depressão mesmo que eu tenho?” (...)* *“Não sei. Às vezes eu sinto que é o meu jeito mesmo”*. Com isso, sente-se presa e impotente diante da “doença/depressão” que, paradoxalmente, lhe traz um certo alívio, pois a desculpabiliza diante da família e da sociedade. Nesta perspectiva, a depressão transforma-se em garantia de proteção e afeto, ganhos secundários que vão na contramão do que realmente a faz sofrer, ou seja, a ameaça de ser abandonada, o medo e a insegurança de não poder acreditar em si, e principalmente a incapacidade de refletir e escolher sobre o que é bom ou ruim para a sua vida.

Para nós, todas as considerações tecidas ao longo das análises dos casos só reforçam a concepção de que a DPP não deveria ser considerada apenas como uma entidade psicopatológica isolada de quem a tem. A mulher que apresenta os sintomas compatíveis com os da DPP é um ser concreto, histórico, social, a partir de quem impomos as seguintes questões: poderíamos suspeitar que a DPP se trata apenas de mais uma maneira de vivenciar a maternidade? Seria uma das formas mais sofridas, porém não menos legítima e natural, que as mais convencionais de maternas? Será que estas mães precisam se “esconder/proteger” sob o diagnóstico da depressão pós-parto, ou da loucura, para poderem imprimir sua marca singular na função materna?

As mães estudadas não devem ser reduzidas nem padronizadas pelo diagnóstico de depressão, pois na depressão o sujeito sucumbe às imposições sociais externas ou internalizadas, pára de produzir sentidos e aceita indiferentemente o seu “destino”. A vida perde o sentido, e eles são engolidos pelas circunstâncias e passam apenas a sobreviver aos dias que lhes restam. Desistiram da fé na própria força e na utilidade vital. Aguardam a ajuda dos outros ou do destino e, por isso, se vêem diante da única solução possível: são obrigadas a adaptarem-se ao desejo dos outros, às custas de seus próprios desejos e da alegria de viver. Elas param de lutar e vivem para o próprio sofrimento. Nas mães que acompanhamos, não é esse o movimento observado. Muito pelo contrário, elas nos parecem extremamente vivas!

Apesar de inicialmente parecerem derrotadas e “engolidas” pelas imposições, que provocam os sentimentos de tristeza, menos-valia, incapacidade, fracasso, elas continuam lutando para se manterem íntegras enquanto sujeitos de fato e de direito! Estão juntando todas as forças para se preservarem, apesar de todos os apelos sociais, e até científicos, para que renunciem a si mesmas, se quiserem ser boas mães. O que diferencia a tristeza da depressão é exatamente o posicionamento ativo do sujeito perante a vida em busca de alternativas e a manutenção da produção de sentidos subjetivos. A subjetividade social e o sujeito travam uma luta na busca de alternativas, no qual ele possa sobreviver apesar da padronização e da patologização sociais. Para nós, as mães estudadas não pararam de lutar, por isto não estão loucas nem doentes.

Estão em plena luta, cada uma no seu ritmo e dentro de suas possibilidades, em busca de alternativas para a nova realidade que se impõe com a maternidade. A tristeza, a insegurança, a angústia e o desamparo sentidos no pós-parto nos parecem fazer parte do momento de transição e tensão em que se encontram difusamente pressionadas pelas demandas sociais, afetivas e culturais que se integram com grande força na tentativa de “encaixá-las” no modelo tradicional de mãe. Essa cobrança, que a sociedade e que elas mesmas se impõem, só lhes traz um sentimento cada vez maior de culpa, inadequação, tornando-se um fardo eterno.

Assim, elas sofrem porque ainda não dominam o papel de mãe e estão tentando integrá-lo a seus modos de ser, e não o que a sociedade espera delas, já que ainda hoje “a maternagem é vista como o ideal feminino mais nobre e dignificante” (Trindade, 1993, p. 538). Esse ideal social estimulado por muitas vias diferentes entra em contradição com outros sentidos subjetivos que fazem parte de suas vidas e com o sujeito que são, o qual nunca será perfeito, mas pode ser autêntico, legítimo. Um bom exemplo disso, encontramos nos casos de Larissa e Júlia que se posicionam diante das múltiplas demandas impostas: elas lutam pela manutenção do seu *status quo*. Representam a idéia da depressão pós-parto enquanto *locus* de resistência<sup>27</sup>, e não enquanto doença.

Especialmente no caso de Lúcia, observamos apenas uma tentativa fugaz de luta. Ela vive e continua dolorosamente aquilo que Larissa já pode descrever como passado recente. Ela nos parece a que está tendo mais dificuldades para lutar. Parece ter adotado a renúncia a si mesma como estratégia de proteção, e se limita a achar que, mesmo com todo o sofrimento experienciado, ela se impõe a atender e se reduzir ao papel tradicional de mãe, com o qual tenta se contentar esperando o “paraíso” prometido: “*A felicidade...é ter meu filhinho*”. De acordo com Ehrhardt (1996) mulheres desamparadas, como Lúcia, colocam em dúvida a capacidade em agir eficazmente. Assim, baseada na valorização de suas experiências negativas, e na desqualificação de suas experiências positivas, elas têm uma profunda convicção na sua incapacidade e não confiam mais em si mesmas. A reação lógica é, então, lutar pela aceitação do outro. No caso de Lúcia, este movimento nos pareceu muito evidente em relação a seu marido e ao meio.

Certamente, essa luta nutre o sofrimento que lhe trás tristeza, culpa, insegurança e dúvidas, mas não lhes paralisa. Para nós, Larissa, Gabriela, Júlia, Lúcia, Isabela e as outras mães que fizeram parte deste estudo sofrem porque estão tentando “desesperadamente” lidar com muitos vetores que as tencionam em diferentes direções. Assim, se estabelece a tensão entre o sujeito, que se reafirma em seu espaço, e a subjetividade social, que a pressiona em um tipo de modelo e de posição com relação a si mesma, que uma entidade semiológica como DPP, certamente, não consegue abarcar. Entendemos, então, que o sentido subjetivo da maternidade não está limitado ao espaço simbólico e nem real da maternagem, e sim que está integrado por sentidos subjetivos gerados em outros núcleos de sentido da vida de cada uma das mulheres estudadas, os quais se revelam ou se potencializam nas configurações subjetivas da maternidade, através dos sintomas da DPP.

“Nossas mães” nos mostram que a depressão tem um sujeito concreto, situado histórica e contextualmente, condições estas fortemente geradoras de sentidos subjetivos para cada mãe, nas diferentes experiências cotidianas com seus filhos e familiares, que também estão atravessados por esse espaço histórico-contextual. Portanto, a maternidade é uma s subjetiva que, como qualquer outra, se constitui de uma multiplicidade de sentidos subjetivos da história da mulher e do contexto em que ela vive e foi criada (González Rey, 2005b). Assim, os casos estudados, juntamente com esta posição teórica, serviu para reforçar nossa crítica ao diagnóstico de DPP padronizado, preferindo falar de uma mulher recém parida em sofrimento!

#### 9.4. - ZONA D: NÃO BASTA SER PAI, TEM QUE PARTICIPAR!

Esta zona nasceu inspirada na frase de Isabela: “*ser pai não é ser tudo*”, e pretende chamar atenção para a responsabilidade compartilhada frente aos filhos e à família, como uma das “alternativas” para o conflito e o sofrimento que a mulher contemporânea geralmente encontra diante da maternidade. Ao levantarmos essa hipótese no âmbito da depressão após

<sup>27</sup> Termo sugerido pela Profª Drª Tânia Mara Campos de Almeida, na ocasião de defesa da tese, em 13.12.2005.

um parto, deparamo-nos com uma rede múltipla de fatores causais e sentidos subjetivos que se sobrepõem e se integram na configuração subjetiva da depressão, na qual destacamos o papel do pai.

Defendemos que o bom exercício da paternidade seja uma das “saídas” para a mãe deprimida no pós-parto, juntamente com a renúncia à perfeição e a idealização do papel materno (Dix, 1992), tendo em vista que acreditamos que um dos fatores mantenedores dessa realidade é a falta de apoio social, sobretudo da falta de apoio e participação do pai do bebê. Quando a mãe pode contar efetivamente com seu companheiro no pós-parto, dividindo os cuidados com o bebê e recebendo dele a atenção adequada, as possibilidades dela desenvolver uma DPP caem drasticamente. Essa correlação foi recentemente constatada no estudo de Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005), que encontrou entre seus resultados que quanto maior a percepção de suporte social do marido, menor a prevalência de DPP.

Certamente, o nascimento de um filho propicia uma reconfiguração subjetiva não só da mulher, mas do marido, dos familiares e do meio que os cercam. Algumas atividades e conceitos que pareciam estáveis se desestabilizam ao entrar em contato com novas configurações que surgem, ou com a descoberta de outras que já existiam, mas estavam adormecidas ou se pensavam resolvidas. No entanto, de modo geral, as maiores e mais significativas alterações ocorrem na vida das mulheres. É *delas* que se cobra a renúncia, a responsabilidade, a abdicação, o amor incondicional e disponibilidade total aos filhos. É principalmente na vida *delas* que uma revolução se instala após o nascimento do filho. O mesmo movimento não se observa nem na mesma intensidade, nem na mesma qualidade, na vida da imensa maioria dos homens.

Na zona de sentido “b”, discutida anteriormente, atentamos para o fato de que nenhum dos autores consultados fala das renúncias que o pai também deveria implementar em sua vida, para se tornar um “pai suficientemente bom”. Intriga-nos também constatar que o pai que não renuncia a si mesmo não é alvo de maiores críticas, nem pelo senso comum e nem pela ciência, como as mulheres o são. Ao contrário do que pode ocorrer a uma mulher, não existem maiores sanções sociais para o homem quando se nega a ter filhos ou a cuidar bem deles, salvo quando ele pode ser preso por não ter pago a pensão alimentícia. Provavelmente, por isso, o Brasil é, ainda hoje, campeão da paternidade irresponsável!

Isabela é um caso que nos mostra muito bem esta impunidade paterna e a sobrecarga materna. Ela sente-se crucificada com as atividades diárias que lhes são atribuídas no papel de dona da casa, mãe e arrimo da família. Sua queixa principal não está direcionada nem às filhas e nem à maternidade, mas ao desamparo em que se encontra, sobretudo neste momento do pós-parto, pela ausência do apoio paterno. Isso sugere um indicador de insatisfação pessoal e opressão pelos múltiplos papéis que lhe foram impostos socialmente, para que ela e suas filhas tenham chances de sobreviver, evidenciando uma rotina de sacrifício no desempenho desses papéis, e a falta de participação do pai nestas árduas tarefas. Seria este o lugar da mulher na pós-modernidade, assumir sozinha seus filhos, sobretudo nas classes sociais mais baixas, nas quais o fenômeno das famílias monoparentais, dirigidas pelas mulheres, é ainda mais forte?

Observamos, no discurso dos companheiros das mulheres por nós estudadas, que eles também carregam o velho modelo de gênero de séculos atrás. Solicitamos que eles definisse o que “é ser mãe” e o que “é ser pai”, por meio de associação livre de palavras, e obtivemos as respostas apresentadas no quadro abaixo:

Nome marido	Ser mãe é...	Ser pai é.....
Gustavo (marido Larissa)	Amor, carinho, troca, doação, dificuldade	Amor, carinho, troca, descoberta, brincadeira
Edgar (marido Lúcia)	Amor máximo, companheira, paixão, vida, amiga	Amigo, companheiro, colega, responsabilidade, tudo
Heitor (marido Júlia)	Amor, cuidado, carinho, paciência,	Apoio, amor, carinho, segurança,



	compreensão	força
--	-------------	-------

Quadro 3: Definição dos maridos sobre os papais maternos e paternos

É interessante notar que à palavra mãe foi primeiramente associada a palavra amor, em todos os casos, seguidas de carinho, cuidado, paciência, doação, compreensão, demonstrando uma representação de mãe compatível com o estereótipo idealizado para a maternidade. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Dias e Lopes (2003) sobre a representação da maternidade em mães jovens e suas mães. Já quanto ao termo pai, essas mesmas palavras já não aparecem, ainda que amor e carinho estejam presentes. A função paterna não é associada à doação, paciência e disponibilidade. Ao contrário, a paternidade aparece mais associada ao lúdico, a amizade, à troca e ao apoio.

Não há como negar nessas associações a influência dos princípios da família nuclear burguesa na sua forma de pensar o ser humano e sua estruturação psicológica, extremamente dependente do amor materno (Durham, 1983), onde se concretiza a posição de gênero, que temos criticado nesta tese.

Essas constatações nos levam a concluir uma decorrência natural dos modelos tradicionais de gênero, o homem continua tendo o privilégio do exercício da paternidade voluntária, enquanto a mulher se submete à maternidade obrigatória, já que *elas são definidas instintivamente* como esposa, mãe e filha – ao contrário dos homens, para os quais ser marido, pai e filho é algo *opcional*, que apenas acontece em suas vidas. As mulheres são definidas como seres *para os outros*, e não seres *como os outros*, como ocorre com os homens (Chauí, 1894). Diante dessas afirmações é fácil concluir que, se ser mãe é *padecer* no paraíso, ser pai é *viver* no paraíso!

Diante de realidades como as de Isabela e das demais mães de nosso estudo, temos que concordar com Diniz (1999), quando afirma que a condição feminina é um fator de risco para sua saúde mental, já que o estresse decorrente dessas inúmeras cobranças e pressões pode resultar em depressões e outros transtornos. Por isto, não podemos deixar de considerar a variável gênero em nosso estudo que, de modo geral, é ainda ignorada na pesquisa psicológica. Na verdade, os autores de pesquisas em gênero e saúde ressaltam a necessidade de se buscar uma compreensão da interação complexa entre gênero, papéis sexuais e saúde mental, e destacam a importância do trabalho de pesquisa sobre a relação entre depressão e fatores como características psicológicas, questões relacionadas com a função reprodutiva, papéis sociais e circunstâncias de vida das mulheres. (Diniz, 1999).

Nesse sentido, pareceu-nos significativa a frase na qual Gabriela compara a paternidade à maternidade: “A paternidade... eu acho que deve ser melhor do que a maternidade”, além da assertiva de Clarisse<sup>28</sup> em que afirma: “A paternidade... é mais simples”. Ou seja, a maternidade não é sentida e vivida como algo tão bom quando se compara com o outro, em especial o pai, provavelmente porque a este não sejam impostas tantas renúncias quanto à mulher. Todos os outros casos por nós estudados, evidenciam a parca participação dos pais nos cuidados com seus filhos. Queixas neste sentido, perpassavam as sessões individuais e de grupo, como pode ser observado no relato de Clarisse: “Depois que o Henrique nasceu, ele (marido) já não dorme mais no nosso quarto, ele não agüenta o choro do guri e precisa dormir bem para acordar cedo no outro dia (...) parece que o guri nem é filho dele”. Em outro momento, ela se queixou: “ele acha que os filhos não dão tanto trabalho assim... não sabe o que é que eu faço o dia todo. Ele não entende que eu não durmo direito à noite e que passo o dia todo cuidando do Henrique”.

Infelizmente, temos que admitir que a psicologia não tem contribuído para melhorar este quadro. A psicologia penalizou demais as mães no passado e isentou os pais. Ela colocou um papel preponderante na relação mãe e filho. Muitas pesquisas em psicologia reforçam a idéia de uma responsabilidade exclusiva da relação mãe-bebê para o desenvolvimento

<sup>28</sup> O caso de Clarisse não foi apresentado nesta tese, mas ela fez parte de nosso trabalho de campo

psicológico da criança. Tudo o que acontecesse, especialmente nos primeiros meses de vida, era culpa da mãe. Ou seja, ela não podia errar.

O interessante é notar que essas pesquisas possuem a característica comum de corroborar idéias que a classe dominante deseja difundir para a sociedade. A exemplo disso, cito um estudo de Kude (1994) que ressalta como as pesquisas em psicologia reforçam a idéia de uma responsabilidade exclusiva da relação mãe-bebê para o desenvolvimento psicológico da criança. Segundo esta autora, “o sexismo tem permeado consistentemente a pesquisa e as teorias psicológicas que abordam o desenvolvimento humano” (p.129). Como consequência, muitos teóricos da psicologia acabam tendo uma atitude acusatória e culpógena em relação à mulher, acentuando-se a imagem de devoção e de sacrifício que caracterizaria a “boa mãe”, que se torna, desse modo, o personagem central da família, e eximindo o pai de maiores responsabilidades.

Este foi, como afirma Trindade (1998), “mais desserviço da psicologia, emprestando validade científica à culpa feminina.” (p.193). Portanto, não podemos analisar os estudos feitos, por mais científicos e neutros, que possam parecer, sem analisar o contexto no qual ele está inserido.

No século XX, sob a influência da psicanálise, também reforçou-se essa imagem culpógena da mãe ao constatar que a figura materna é essencial para o desenvolvimento dos filhos e para a construção da personalidade. Mas, do pai não se cobrou igual papel, ressalta Maldonato (2004, citado por Crescer, 2004 a). Pesquisadores psicanalistas argumentam que todas as pessoas – homens e mulheres - têm uma base relacional para cuidar de crianças, se elas mesmas foram cuidadas, por sua capacidade de regredir a sua relação com sua própria mãe, e se esta teve uma boa qualidade. Contudo, salienta Chodorow (1990), apesar disto, as mulheres – e não os homens – continuam a ser as maiores responsáveis pelos cuidados para com os filhos. O que acontece com as capacidades potenciais dos homens de cuidar de uma

criança? Não se observa registro na teoria freudiana e lacaniana, de acordo com Zalberg (2003), sobre a necessidade, hoje já reconhecida na literatura sobre psicologia perinatal, de o pai ser um aliado fundamental para que mãe e bebê concretizem a maternagem; como também questionamentos sobre a única possibilidade de entrada paterna a partir da mãe.

Badinter (1985) também critica o discurso psicanalítico por colocar a mãe como personagem central na vida dos filhos e por reforçar a tendência de responsabilizar a mãe pelas dificuldades e problemas que surgem neles: “ Da responsabilidade à culpa foi apenas um passo, rapidamente dado ao aparecimento da menor dificuldade infantil” (Badinter, 1985, p.238). Embora na teoria psicanalítica não haja afirmação de que a mãe é a única responsável pelo inconsciente do filho, não deixa de ser verdade que ela é considerada causa quase que imediata, senão primeira, do equilíbrio psíquico da criança e de seu futuro subjetivo. A máxima “A culpa é da mãe...”, nascida principalmente deste olhar psicanalítico se disseminou. Em casos de comprometimentos emocionais da criança, apressa-se logo em levantar hipóteses sobre esta mãe, tida, ao mesmo tempo, como “malvada”, “desnaturada” e “doente” (Badinter, 1985).

Concluimos, então, que a psicanálise deixou uma marca real e pesada no inconsciente da mulher, pois reforçou a idéia de que pesa unicamente sobre a mãe/a mulher a culpa em casos inclusive, em que há ineficiência paterna. Ou seja, a psicanálise tem contribuído fortemente para repassar a ideologia dominante da maternidade exclusivamente feminina (Chodorow, 1990). Por essa razão, nos utilizamos das palavras de Montgomery (1998) para expressar nosso posicionamento sobre estas teorizações: “como grande parte dos psicanalistas interpreta a psicanálise com referenciais profundamente machistas, não aceito esta última hipótese como verdadeira” (p. 60), referindo-se a teoria da inveja do pênis.

Este quadro começou a mudar quando Winnicott e outros da psicologia genética disseram que a mãe tem que ser só “suficientemente boa” e não “completamente boa”. Isso significa acolher a criança, proteger e estimular o seu crescimento – mas sem precisar ser perfeita. Ainda que alguns autores psicanalistas como Winnicott (1971/2002) façam questão de relativizar a idéia de culpa em sua obra, ao afirmar: “É necessário que sejamos capazes de dizer: houve aqui, uma falha do fator “mãe dedicada comum”, e fazê-lo sem culpar quem quer que seja. De minha parte, não tenho qualquer interesse em distribuir a culpa.” (p.6), percebe-se que essa mudança aconteceu apenas do ponto de vista teórico. Na prática, continuamos a observar psicólogos e psicanalistas que mantêm um discurso e uma postura de penalizar as mães até os dias de hoje.

Nesse contexto, é importante verificar a posição do cônjuge, afinal, diz Parker (1997), não obstante o parceiro compartilhar ou não as tarefas práticas de cuidar das crianças, a atitude que ele mantém face à maternidade de uma mulher a afeta poderosamente. Sendo assim, nos casos estudados, fica evidente que a maternidade e o sofrimento expresso pela depressão são permeados pelo modelo de mãe tradicional e romanceado e pelas cobranças inerentes a ele, bem como pelo modelo clássico de pai exclusivamente provedor. Por isso, acredito que seria importante repensar esses modelos inatos e exclusivos, e abrir espaço para pensá-los enquanto algo que se constrói a partir da história da mulher, do homem e da relação mãe-pai-bebê.

Forna (1999) propõe, e concordamos absolutamente com ela, que maternagem não seja exclusiva da mãe, mas inclua outras pessoas, sobretudo o pai, pois, somente assim, a mulher pode se envolver em todos os seus papéis, sem colocar suas necessidades e interesses em conflito com a função parental. Nesse sentido, destacamos o relato de Marta, ao se referir à difícil arte de conciliar a maternidade e as outras atividades: “*Difícil é ter que ser uma boa mãe e ter que fazer todas as outras coisas quando não se pode contar com outras pessoas*”.

Felizmente, Castells (1999) alerta que essa demanda pela relativização do ideal materno e pela inclusão do pai se transformou numa necessidade proeminente: o mundo pós-patriarcal demanda por personalidades mais flexíveis. Castells (1999) defende que a possibilidade de se reconstruírem famílias heterossexuais viáveis no futuro está na subversão do gênero pela revolução da paternidade. Ou seja, as novas gerações devem ser socializadas fora do padrão tradicional da família patriarcal e expostas, já na infância, a novos papéis exercidos pelos adultos. Assim, tanto meninas como meninos vão observando a necessidade de renegociação do contrato da família moderna, o qual implica em compartilhar o trabalho doméstico, parceria econômica e sexual e acima de tudo responsabilidade pelos filhos totalmente compartilhada.

Forna (1999) ressalta que em certos lugares do mundo a maternidade foi construída deste modo diferente. Há lugares onde a mãe não é a única responsável pelos filhos e ninguém espera que ela seja; onde o homem se envolve muito com a vida dos filhos, onde para mulher não há conflito entre ter filhos e trabalhar, onde a mãe não é levada a se sentir culpada por suas escolhas pessoais. Isso sim, me parece um paraíso!

Acontece, porém, que infelizmente na nossa sociedade este modelo compartilhado é uma realidade ainda distante, não somente por causa dos homens, mas também por causa das mulheres, visto que a grande maioria delas ainda cai nas “ciladas de raciocínio”, descritas por Ehrhardt (1996), como a que rege que um bom comportamento a longo prazo compensa um benefício imediato. Por exemplo, acreditam que deixando de se queixar ao marido para evitar uma discussão, e assim correr o risco de serem abandonadas, compensa aceitar a falta de disposição do companheiro para dividir os cuidados com os filhos, como fazem a maioria das mães que participaram de nosso estudo, ainda que em graus diferenciados. Acreditam que não devem incomodar seus maridos com suas tristezas, nem com as inúmeras demandas de seus filhos para manterem seus casamentos. Há um terrível medo de “comprar” conflitos,

afinal, mulheres “mal-comportadas” não só terão que assumir sozinhas a responsabilidade de seus atos, como também podem ser mal-amadas, malquistas e por fim, abandonadas.

Além dos casos de Lúcia e Gabriela, temos um ótimo exemplo dessa zona de sentido também no caso de Kátia<sup>29</sup>. Ela faz questão de mostrar que os conflitos conjugais são de sua responsabilidade, pois esta não se comporta bem, não trabalha e ainda faz cobranças ao marido: *“Todo santo dia a gente brigava. Aí eu percebia que tinha alguma coisa errada comigo porque eu brigava, brigava com ele e depois me arrependia.”*. O que mais lhe importava era poupá-lo para não perdê-lo, não importando o “preço” que devia pagar por isto, como fica evidente no seguinte diálogo: *“Kátia: “Eu não consigo chatear ele.” Alessandra: “E poupa ele?” Kátia: “E poupo.” Alessandra: “Quem é que poupa você?” Kátia: (silêncio)”*. Por temer que o marido a abandone por causa de sua tristeza, costumava chorar escondida e não falar do que estava sentindo para ele. Assim, como Lúcia, contou que algumas vezes chegou a se trancar no banheiro para chorar, com o bebê nos braços, para que seu marido não percebesse sua tristeza e desespero, temendo que ele não suportasse a sua lamentação e a abandonasse juntamente com suas filhas: *“Eu tenho medo de envolver ele por causa da reação dele, de como ele vai se comportar, se ele ainda vai gostar de mim, apesar de tudo o que eu tô sentindo.” (...): “Eu tenho tanto medo de perder ele... que eu nem comento”*.

Por isso, não devemos estranhar que as mães precisem de um apoio afetivo e de serem elas mesmas “maternadas” pelos outros, sem que por isso sejam acusadas de imaturas e incompetentes. Um companheiro presente e uma família e amigos que lhe ofereçam um bom suporte permite que a mãe exerça suas funções de forma mais prazerosa e tranqüila para com seu bebê, evitando assim a ocorrência dos agentes mais complicadores e prejudiciais à relação mãe-bebê, como a DPP.

Um bom exemplo disso, foi encontrado pela psicóloga Fátima Bortoletti. Ela constatou que após incluir a participação das avós no trabalho de pré-natal psicológico, que desenvolve há mais de 10 anos em São Paulo, reduziu em até 80% o número de pacientes com depressão pós-parto (Crescer, 2003). A pesquisa de Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005), também confirma a importância da rede de apoio familiar pois, seus resultados revelaram que quanto maior a percepção de suporte social do marido, menor a prevalência de DPP. Nossas mães-participantes nos alertaram neste sentido, pois algumas delas, como Kátia<sup>30</sup>, tem essa noção, e não atribuem aos filhos a causa de seu sofrimento atual, mas a falta de apoio ou a pressão social e familiar: *“Eu acho que a culpa não é dos bebês a culpa é dos outros. Eu acho que é os maridos, avós, sobrinhos, tios e não os bebês”*.

Temos que reconhecer, porém, que às dificuldades dos pais saírem de seu papel tradicional de provedor, somam-se muitas vezes a resistência das mulheres à participação dos companheiros nos cuidados com o bebê. Acreditamos que essa resistência feminina se dá, pelo fato das mulheres ainda temerem perder o domínio do espaço doméstico, para o qual foram secularmente designadas e por onde transitam com mais propriedade - ainda que a custos de muita opressão. Muitas mulheres chegam a rivalizar ferozmente com aqueles homens que ousam invadir o “universo feminino”, desqualificam suas iniciativas de cozinhar, cuidar dos filhos e da casa, ou sentem-se desqualificadas se seus homens exercem essas atividades tão bem ou melhor que elas. Entende-se com isso que a maternidade exclusiva também dá poder à mulher. Muitas mulheres não querem abrir mão desse lugar de controle.

Assim, a maternidade exclusiva e tradicional colabora para a manutenção da marginalização do pai: “em nossa cultura o pai é um excluído” reclama Montgomery (1998, p.77). Infelizmente, ainda são raras as mulheres que se sentem à vontade ou sabem apreciar

<sup>29</sup> O caso de Kátia não foi apresentado nesta tese, mas ela fez parte do nosso trabalho de campo

<sup>30</sup> O caso de Kátia não foi apresentado nesta tese, mas ela fez parte do nosso trabalho de campo.

este novo tipo de homem a seu lado. Mesmo assim, continuamos apostando que aos poucos, a à medida que os papéis/funções tradicionais sejam questionados e desmistificados, uma maternidade inclusiva possa se viável, pois por outro lado, é interessante notar que foi justamente pelo grande envolvimento das mulheres no campo profissional e o novo papel social do trabalho feminino, dentre outros fatores socio-econômicos, que vêm se abrindo novos espaços para a participação dos pais no cuidado para com seus filhos (Nolasco, 1985). Assim, os homens vêm sendo instigados a ter uma participação mais efetiva, muitas vezes chegando a optar por cuidar dos filhos enquanto a mulher está no trabalho (Época, 2003). Dessa forma, os pais estariam mais ativos e exercendo influência direta sobre o desenvolvimento de seus filhos (Piccini, Silvia, Lopes, Gonçalves & Tudge, 2004).

#### **9.4.1. O novo pai**

A visão de pai somente como provedor vem mudando com o passar dos anos, ainda que lentamente. Há indícios de que essa imagem em transformação por convergência de vários e importantes fatores culturais, explica Montgomery (1998). Entre eles, destacamos: a aceitação de estudos, inclusive psicanalíticos, sobre o reconhecimento da importância emocional da paternidade na formação dos filhos; as mudanças da estrutura familiar em curso na sociedade e as mudanças na definição cultural da masculinidade, muito bem discutidos por Nolasco (1985) e Montgomery (1998). Segundo esses autores, os homens estão querendo cada vez mais participar do nascimento e criação dos filhos e afastar o fantasma do pai ausente. Este é um desafio que muitos homens estão assumindo com muito prazer, pelo simples fato de poderem acompanhar de perto o crescimento de seus filhos, realidade impensável há três décadas atrás (Época, 2003).

De fato, o estereótipo do pai como incompetente e desinteressado em relação aos cuidados com o bebê não vem sendo confirmado por estudos recentes. Chodorow (1990) apresenta dados de um estudo que mostra que tanto homens como mulheres podem ocupar-se em proporcionar cuidados paternos e maternos. Esta autora buscou questionar por que somente as mulheres devem maternar. Para ela a base biológica para explicar esta dominância dos cuidados maternos não se sustenta. Nesta perspectiva, Ehrhardt (1996) afirma que o máximo que podemos concluir é que, entre os mamíferos, em geral, a mãe biológica é “mais atenta” à sua prole.

Outros estudos, como os de Lamour e Barraco (1998 citado por Andrade, 2002) enfatizam as profundas transformações pelas quais os pais têm passado. Sabe-se que o pai pode vivenciar emoções de extrema importância parecidas com as da mãe, desde a gravidez, como os primeiros movimentos do bebê, pois a partir desse instante que ele começa a sentir que seu filho está vivo e é real. A pesquisa de Piccini, Silvia, Lopes, Gonçalves e Tudge (2004), que investigou o envolvimento paterno durante a gestação, também apontou para mudanças significativas na paternidade, ao indicar que a maioria dos pais estudados mostraram-se emocionalmente conectados à gestante e ao bebê e estiveram envolvidos de diversas maneiras com a gestação de suas companheiras. Apesar de alguns pais ainda apresentarem-se com uma baixa ligação emocional com o filho e com a gestação, o estudo concluiu que há uma modificação quanto a paternidade já no período da gestação, a qual se encontra cada vez menos restrita ao universo feminino.

Atualmente, sabe-se que o pai tem um importante papel em relação aos cuidados dispensados ao bebê, assim como no plano emocional e de relação. Dia-a-dia, a participação paterna em todo este processo gestacional vai ganhando especial reconhecimento. O pai pode chegar a desenvolver a síndrome de couvade, apresentando sintomas físicos e psicológicos semelhantes e concomitantes aos da mulher gestante: crises de vômito, náuseas, aumento de peso, palpitações, dentre outros durante a gestação (Piccini, Silvia, Lopes, Gonçalves &

Tudge, 2004). Pode também apresentar depressões pós-parto ou pós-parto blues (Lamour e Barraco, 1998 citado por Andrade, 2002).

Muitos maridos-pais, sobretudo aqueles de classes mais favorecidas, participam das consultas pré-natais, assistem aos cursos preparatórios, recebem instruções relativos ao parto e à lactação, e acompanham suas esposas durante o parto (Montgomery, 1998). Essas mudanças atitudinais também foram constatadas por Batista e Leite (2004). Eles realizaram um estudo que investigou a importância do pai participar do momento parto para a construção da parentalidade. Os resultados demonstraram que o vínculo entre pais e filho(a) fica mais forte e isso termina por influenciar positivamente a relação do casal, fortalecendo assim os laços familiares.

A título de ilustração, deste movimento participativo, retomamos o caso de Larissa, que em uma das sessões chegou com a seguinte reflexão: *“Uma coisa que eu gosto, que é legal, é que a maternidade desperta a paternidade também (...) é muito legal ver ele (marido) nesse papel também de estar com ela de cuidar dela (da filha). E eu acho assim que a paternidade responsável é também a minha maternidade”*. Aos poucos, Larissa foi se posicionando e foi mais ouvida por seu marido, que passou a apoiá-la em seu desejo de continuar seus estudos e sua carreira.

Na penúltima sessão do grupo, ela nos contou: *“Minha vontade era de estudar.... eu não sei porque, mas eu preciso estar estudando no meio de professores e eu conversei isso como meu marido. Aí agora surgiu uma oportunidade de ter um horário, de negociar com ele um horário. E dele sentir mais segurança, de ficar com a Manuela (bebê)... A primeira aula foi semana passada. Aí chegou uma hora que ela percebeu que eu ia sair, e ela começou a chorar e ele pediu para eu ficar mais um pouquinho e dar a comida para ela. E eu respondi que ele sabia que eu tinha que sair e disse que qualquer coisa ele me ligava.. Ele segurou as pontas... No intervalo, eu liguei e ficou tudo bem, mas isso é tudo depois de um tempo, né? Agora dá para negociar”*. Em função de histórias como estas, entendemos que a paternidade e maternidade são processos complementares que se desenvolvem na estrutura familiar para resguardar o desenvolvimento físico e afetivo da criança. O interessante é que esta postura participativa independe do pai ser separado ou não (Época, 2003).

Devemos reconhecer que o pai tem um papel fundamental na educação dos filhos. O vigor e a segurança desse papel criam a imagem paterna, que se converte num elo permanente para o desenvolvimento da criança. A atitude emocional do pai na tríade familiar é significativa desde o momento da concepção, afirmam Montgomery (1998) e Batista e Leite (2004). Para estes autores, as manifestações das boas identificações da genuína qualidade parental podem se iniciar no momento do parto, por meio da troca de olhares entre o pai e o recém-nascido, com o primeiro sorriso que o pai dirige para o seu bebê, ao embalá-lo com segurança e amor, ao dar-lhe banho ou mamadeira, estabelecendo desde cedo laços afetivos.

Concluimos que, apesar do crescente questionamento sobre o amor materno incondicional e inato, a visão da mãe ideal, responsável pelo bem-estar psicológico e emocional da família, ainda é bastante presente na literatura e no senso comum (Badinter, 1985; Serrurier, 1993; Forna, 1999; Falke & Wagner, 2000). Porém, as famílias mudaram e estão transformando a tradicional figura paterna, e os pais podem e devem assumir lugares mais prazerosos junto aos filhos e à família. Os mais recentes estudos (Montgomery, 1998; Batista & Leite, 2004; Piccini, Silvia, Lopes, Gonçalves & Tudge, 2004), ressaltam que a presença física, emocional e espiritual dos pais, assim como das mães, é fundamental para estruturar a afetividade da criança e prover um bom desenvolvimento dos filhos. Os homens são perfeitamente capazes de cuidar de seus filhos, de casa, de sua esposa, precisamos acreditar nesse potencial masculino!

Não obstante, é necessário esclarecer que as mudanças na categoria de gênero precisam ser amplamente implementadas, para que este “novo” pai possa “aparecer” e “se

estabelecer”, para o bem de todos: mães, pais e bebês. Mas, para que isso aconteça de fato, defendemos que se faz imperiosa uma ação preventiva junto às gestantes e puérperas e casais, desconstruindo a idéia de maternidade natural e instintiva ao enfatizar o caráter processual e constitutivo da maternidade, no sentido de alertá-las que a maternagem deve ser aprendida e construída na história da mulher, do casal e na sua relação com seu filho. Afinal, a paternidade, assim como a maternidade, são construídas socialmente!

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

*O objetivo não é chegar a uma verdade final,  
mas sim produzir conhecimento e levantar indagações  
sobre o assunto estudado.  
González Rey*

A produção de uma conclusão é comum à finalização de todos os escritos, mas no nosso caso, esta seção não tem por objetivo colocar um marco definitivo no trânsito sobre o problema estudado. Ao contrário disso, reconhecemos que há ainda muitas lacunas e pontos a serem explorados e compreendidos nesta temática tão complexa, que nos permite apenas apontar hipóteses, dúvidas e questionamentos a respeito da maternidade e da mãe com DPP, e não apresentar soluções para esta problemática.

Os casos estudados no presente trabalho nos permitiram tecer um conjunto de reflexões em relação às configurações subjetivas da DPP. Essas reflexões resultam do emprego da teoria da subjetividade, da epistemologia qualitativa e da teoria de gênero, nas construções sobre o momento empírico, a partir dos recursos de acesso à subjetividade das mães-participantes. Estamos cientes de que a construção de uma tese sobre a maternidade e a DPP, sob estas perspectivas, necessita de certa dose de ousadia, mas também de humildade.

Em primeiro lugar, porque a DPP se apresenta como fenômeno plural, multideterminado e que dificilmente permitirá captar-se na sua totalidade. Em segundo lugar, porque demanda uma profunda revisão de valores e parâmetros socialmente e cientificamente estabelecidos, há muito tempo. Para realizar este trabalho, foi necessária uma revolução paradigmática em meus conceitos, valores e “certezas”, que implicaram na mudança radical dos paradigmas da simplicidade e da linearidade para o da complexidade; do paradigma da naturalização para a categoria de gênero construída sócio-históricamente. Isso demandou uma luta interna e externa e muita determinação de minha parte e apoio de meu orientador.

A Teoria da Subjetividade de González Rey (2005) é reconhecida por seus mais profundos estudiosos, como Martínez (2005), como uma teoria de difícil compreensão e utilização., porque implica num esforço adicional para acompanhar a sua postura subversiva em relação ao paradigma da ciência clássica. É imperiosa toda uma reavaliação e redimensionamento epistemológico e metodológico, para não dizer uma ruptura com as formas tradicionais de se fazer ciência em psicologia, que pressupõe um massiço trabalho cognitivo e emocional, na tentativa de nos livrarmos dos fantasmas do positivismo, do reducionismo e da simplificação.

Foi um grande desafio propor-me a trabalhar com a Epistemologia Qualitativa de González Rey, pois é preciso aprender a lidar com o caráter processual do conhecimento que implica em voltas, reviravoltas num constante caminhar “indo e vindo”, por uma estrada onde há buracos inerentes, muitos caminhos e possibilidades de atalhos. É necessário inspirar-se no seu idealizador, buscando a mesma postura criativa, questionadora, persistente, aberta e de confrontação. Enfim, são muitas habilidades que em um projeto de doutorado, após toda uma formação clássica, apenas tem condições de serem apontadas. Muitos anos de estudo e pesquisa ainda serão necessários para a sua devida apropriação. Portanto, não tenho a pretensão de afirmar que consegui chegar a este nível, mas não me faltou perseverança neste sentido.

González Rey (2002) coloca o pesquisador no meio da cena investigada, participando dela e tomando partido na trama da peça. Propõe que a produção do conhecimento na pesquisa qualitativa envolva o pesquisador com seus ideais, preferências e estilo pessoal. Este posicionamento do pesquisador está de acordo com Lüdke e André (1986), ao nos lembrar que, sendo uma atividade humana e social, a pesquisa traz consigo, inevitavelmente, a carga de valores e preferências, interesses e princípios que orientam o pesquisador. E esse é



membro de uma determinada época histórica e de uma sociedade específica que irão se refletir na sua investigação. Não há portanto, como estabelecer uma separação asséptica entre o pesquisador, seu objeto de estudo e as construções que ele vai elaborar. Estou certa de que foi graças a essa concepção, foi viável a minha participação nesta investigação no papel de pesquisadora.

Quanto mais eu lia e ouvia sobre a maternidade, mais tinha certeza de que “algo” estava muito “errado” na forma de vivenciá-la e compreendê-la. Aos poucos fui descobrindo que esse “algo” estaria mais relacionado a questões culturais, históricas, antropológicas, sociais do que restrito a questões psicodinâmicas da mulher. Percebi ao longo desta pesquisa que o mundo interno da mulher, sua estrutura emocional e sua personalidade, acabam sendo muito mais influenciados pelo mundo externo do que nós mulheres supomos. Por fim, entendi que a organização e a processualidade do sistema feminino e materno tencionam-se reciprocamente, sendo cada um desses parte da qualidade do outro, tendo como cenário a cultura e o momento histórico em que se dão.

Por isso, o encontro com as teorias do gênero e da subjetividade foram o respaldo de que eu precisava para abrir novos caminhos e construir novas hipóteses ao longo do desenvolvimento desta investigação. Essa descoberta, também contribuiu para compreendermos que existe uma falsa universalidade do argumento psicanalítico de que o tipo de cuidado seja exclusivamente da mãe, dispensando a sua atribuição e contribuição em desenvolver outros papéis dentro da sociedade.

Tendo vivido recentemente o grande encontro com a maternidade, minha escolha metodológica e epistemológica só poderia ser pela Epistemologia Qualitativa. Somente este parâmetro, não só permitiria, mas até incentivaria, “usar” livremente a minha experiência subjetiva maternal para construir um estudo científico. Seria impossível me abster de toda essa vivência para poder conhecer e estudar as mães com DPP, como seria recomendado numa postura mais clássica. Aliás, como fiz questão de expor neste trabalho, foi justamente por causa desta experiência tão marcante na minha vida, que nasceu o interesse de realizar um estudo sobre essa temática.

Por essa razão, sinto-me muito confortável e segura com minha escolha metodológica, pois a epistemologia qualitativa defende que o caminho percorrido pelo pesquisador, na esfera *pessoal e profissional*, abre espaço para a sua aproximação com a realidade, pois esse, como ser de história única e detentor de uma subjetividade, constitui-se como sujeito ímpar na redefinição de proposições e na visão de novas possibilidades a serem construídas e transformadas. Assim, assumo meu lugar de sujeito da emoção junto às mães estudadas, não só durante o acompanhamento do processo terapêutico, mas também no próprio relato desta investigação, aqui materializada em primeira pessoa.

Encontrava-me, e confesso que ainda me encontro, absolutamente absorta pelo tema da maternidade. Tinha basicamente as mesmas questões das mães que eu atendia no grupo. Por isso, tenho consciência de que muitas das discussões realizadas ao longo deste trabalho foram iniciadas ou inflamadas por uma motivação pessoal, que em muitas vezes, teve respaldo e eco nos relatos das participantes. A identificação não acontecia apenas entre elas, mas também entre mim e elas.

A abordagem da epistemologia qualitativa permite a eclosão de uma grande diversidade de entidades e ocorrências psicológicas que facilitam o desenvolvimento da pesquisa por enfatizar os processos de construção sobre os de respostas, os quais se transformam em informações valiosas na construção de um conhecimento mais rico e complexo. Assim, a escolha por este marco epistemológico para o delineamento da minha pesquisa apoiou-se na possibilidade de construir novas “zonas de sentido” para o conhecimento sobre a mãe com DPP, o qual perderia a riqueza de significações se desenvolvido pelas vias tradicionais de pesquisa. Ademais, o desenvolvimento de formas

alternativas de produzir conhecimento representa um avanço na constituição da Psicologia como ciência, que era um dos nossos objetivos específicos: apresentar uma alternativa teórico-metodológica para a compreensão e estudo da DPP; o qual acreditamos ter sido satisfatoriamente atendido.

Com base nos preceitos teóricos de González Rey, pensamos que o impacto de uma conjuntura - o período do pós-parto - ou de um acontecimento concreto - como o nascimento de um filho - sobre a psique da mãe é inseparável tanto do contexto da subjetividade social em que tal acontecimento se produz - que é perpassado pelo mito da maternidade instintiva e exclusiva - quanto dos recursos subjetivos que a mãe possui para se relacionar com ele, que depende de sua configuração subjetiva singular. Uma constelação nuclear de diversas forças dinâmicas ocorrendo em uma combinação particular se apresenta nas configurações subjetivas da DPP. Assim, o modelo conceitual que organizamos a partir do estudo dos casos aqui analisados nos permite representar a DPP como configurações de sentidos subjetivos muito diversos, que estão associados à história de vida da mulher, do contexto atual que a cerca e da cultura dentro da qual se desenvolve, o que satisfaz o nosso objetivo geral de compreender as configurações subjetivas que estão na base da DPP em mães com este diagnóstico.

Observando a história pregressa e atual das mães participantes deste estudo, é fácil encontrar em suas configurações de sentido subjetivo indicadores de sentimentos de menos-valia, dificuldade de relacionamento com seus genitores, problemas conjugais, opressão, isolamento social, desesperança, tristeza, culpa, conflitos para conciliar a vida profissional, falta de apoio social e, principalmente, a ruptura de expectativas e a idealização da maternidade. Esses elementos, que vão se integrando à história da mãe, à sua identidade e subjetividade, tendem a convergir com toda a *força* neste momento tão complexo que é o nascimento de um filho. Parece que nenhum outro evento é capaz de requisitar a eficiência de tantos recursos, internos e externos, ao mesmo tempo, de uma só pessoa.

A pressão social sobre a mãe, sobretudo nos dias atuais, em que a mulher acumula várias outras funções, faz com que esta não se sinta autêntica e sinta-se incapaz, “defeituosa” e incompetente para ser mãe; levando-a muitas vezes à depressão. Esses elementos apareceram como atributos relacionados à subjetividade social dominante sobre a mulher e a maternidade e, em vários casos, estavam associados a “clichês sociais” que têm acompanhado as mulheres nos últimos séculos, como: “ser mãe é padecer no paraíso”, “toda mulher nasceu para ser mãe”, “toda mãe tem uma predisposição inata ao sacrifício”. Esses sentidos, em um imaginário de valores, “aprisiona” as mulheres em uma posição volitiva em serem “as mães perfeitas”.

Isto posto, procuramos levantar uma discussão sobre os fatores socioculturais, históricos, bem como sobre os eventos pessoais, subjetivos, de valor potencialmente crítico que se integram como indicadores que contribuíram para o aparecimento e manutenção da DPP em todos os casos por nós estudados. Nesta investigação, analisamos casos nos quais as configurações subjetivas seriam impossíveis de serem compreendidas a partir de cada um de seus elementos integrantes. Por exemplo, para algumas de nossas mães-participantes, como no caso de Larissa, a profissão/trabalho constituía uma configuração subjetiva relevante, a ponto de poder ser considerada uma tendência orientadora da sua personalidade. Nesta configuração, articulavam-se também o modelo que a sua mãe representa para ela, o vínculo afetivo com ela, o modelo de conjugalidade, o vínculo com seu marido, necessidades diversas de realização, de independência, de identidade, elementos da subjetividade social característica do espaço social e da época em que se desenvolveu – a qual valoriza a profissão da mulher – vivências emocionais de sucesso obtidas a partir da sua ação profissional bem-sucedida, entre outros muitos elementos.

Ou seja, se tivéssemos nos mantidos restritos apenas a verificar a qualidade da relação mãe-bebê, ou aos embates entre o bebê imaginário e o bebê real, como é comum aos estudos psicológicos da área (Sales, 2000; Camarotti, 2001; Catão, 2002; Ribeiro, 2002; Andrade 2002), certamente não teríamos chegado às configurações subjetivas da DPP. E, o que é pior, talvez tivéssemos reforçado a concepção patológica e padronizada do fenômeno.

Ao contrário disso, por meio desta investigação foi possível compreender que as configurações subjetivas da DPP não estão limitadas aos espaços simbólicos e reais da maternidade *per se*, mas está alimentada por outros núcleos de sentido subjetivos da vida da mulher. Ou seja, a DPP tem configurações subjetivas que, como qualquer outra configuração humana, se constitui de uma multiplicidade de sentidos altamente subjetivos da história do sujeito e do contexto em que se desenvolveu. Por essa razão, este estudo serviu para reforçar nossa crítica a padronização e patologização da DPP, e desta forma, contribuir para a compreensão dessa mulher que sofre diante da maternidade.

Outro importante aspecto desse estudo foi o fato de ele ter dado voz às mulheres. Ele permitiu construirmos um conhecimento a partir do que elas mesmas pensam e sentem. Acredito que esse é um dos principais fatores para que a situação da mulher seja vista como ela realmente é; e para que possamos mudar essa realidade. Notamos nas mães estudadas uma confrontação não explícita e implícita com os valores sociais dominantes. Esse confronto se expressa na falência de referências associadas aos clichês sobre a maternidade, sobre o papel de esposa e sobre a imagem da mulher, gerando rupturas simbólicas que alimentam o sofrimento atual apresentado por elas. Então, ao nosso ver, a DPP é um tipo de luta frente à imposição que o mito da maternidade exclusiva ainda hoje impõe.

Baseado nessa premissa nosso estudo, procurou alertar para o paradoxo em que maternidade atual é vivida: as mães que estão parindo na contemporaneidade vivem a luta de tentar encaixar a maternidade em suas vidas, e não o inverso. Nossos interesses são variados e não se resumem mais aos filhos. Somos de uma geração que não quer perder conquistas. Ter um filho deveria ser algo que não nos reduz, mas, sim, nos completa, nos acrescenta. Tentamos mostrar uma nova mãe, fora do estereótipo da perfeita, que aliás não existe. Tentamos ressaltar que, antes de tudo, nós mães somos seres humanos que têm sono, raiva, desejos e dúvidas.

É necessário esclarecer que, embora coexista a ambivalência materna, materializada pela rejeição, pelos impulsos agressivos e pela tristeza, fenômenos amplamente observados nos discursos femininos da pós-modernidade, não se pode universalizar estas configurações a ponto de considerá-la como sinônimo de maternidade na atualidade. Essa é uma questão significativa para ser refletida, pois caso contrário, corremos o risco de abordar a maternidade de maneira semelhante a que tanto criticamos – aquela onde se nega a ambivalência, a tristeza e a rejeição. Assim, incorreríamos na mesma falha: criar uma padronização e uma generalização que se aplicariam a todas as mulheres - a experiência obscura da maternidade, impondo dessa forma, um único tipo de discurso e o atribuindo a todas as mulheres de um conjunto social.

Portanto, as considerações que temos feito ao longo desta tese não são passíveis de generalizações (nem era essa a nossa intenção!) para todo o universo feminino. Estamos falando sobretudo da mulher proveniente da família burguesa caracterizada pela ênfase na privacidade, no mito do amor materno e na super valorização da criança (Durham, 1983). Não obstante, tal concepção se estendeu aos diferentes agrupamentos sociais, tendo um lugar no imaginário social; por isso, é importante reconhecer que existem diferenças significativas na forma como as relações humanas se constroem e se estabelecem nos diversos grupos sociais, por isso os casos de Isabela e Lúcia se tornaram muito valiosos, pois nos permitiram ampliar as nossas hipóteses e construções sobre nossa temática. Afinal, como nos diz Scott

(1995), homens e mulheres reais não cumprem sempre, nem literalmente, as prescrições de sua sociedade ou de suas categorias analíticas.

Sob esta ótica, é tão importante examinar e compreender as formas pelas quais as identidades generificadas são construídas e relacionar seus elementos com toda uma série de sentidos subjetivos que se sobrepõem e se entrelaçam nas atividades, nas organizações e representações sociais historicamente específicas. Foi justamente o que procuramos fazer nesta pesquisa.

Por isso, apostamos na qualidade do processo de construção teórica por nós desenvolvido, na esperança de que possam auxiliar futuras investigações e intervenções. Especialmente porque, consideramos que os objetivos propostos para esta investigação foram atingidos uma vez que, os recursos para acessar a subjetividade foram realizados e analisados sob uma ótica complexa e abrangente, no que se refere aos aspectos construídos na vivência da dor, do sofrimento e da depressão no pós-parto. Ademais, eles nos permitiram observar a necessidade “política” e científica de trabalhar a desmitificação da maternidade inata e exclusiva, para melhor qualidade de vida das mães, pais e seus bebês. Neste sentido, nos identificamos totalmente com Rubem Alves, quando ele afirma: “todo ato de pesquisa é um ato político” (1984, citado por Lüdke & André, 1986, p. 5).

Para o estudo de um tema tão polêmico, de implicações políticas e que necessita de um posicionamento explícito do pesquisador, essa metodologia não só é benéfica como necessária. Isso porque, diferente de outros métodos, a epistemologia qualitativa permite esse posicionamento, além de incluir em suas análises as percepções e história de vida do pesquisador. Entendo que desconsiderar que essa pesquisadora é uma mulher e mãe pesquisando sobre a própria mulher e maternidade seria desconsiderar as implicações pessoais subjacentes que afetam nas interpretações e no estudo da maternidade; empobrecendo assim, a pesquisa.

Afirmo meu contentamento em poder registrar este momento histórico e por meio desta investigação tendo a oportunidade de ampliar meus horizontes teóricos, epistemológicos e metodológicos, e transcender a lógica dualista que oculta os interesses políticos e dominantes, os quais reduzem, aprisionam e sufocam homens e mulheres. Hoje compreendo que o amor é um sentimento que se constrói. E a construção acontece a cada dia. A cada contato. Não deve ser vivido como uma obrigação, nem mesmo por aquela pessoa de quem se fala que deve haver “amor incondicional”. Mais ainda, acredito que este amor se fortaleça principalmente ancorado na espontaneidade.

Vale ressaltar, como nos diz Serrurier (1993) e Rohenkohl (2005), que nunca é tarde para que uma mulher se questione: por que eu quis filhos? É preciso que as mulheres saibam até onde podem ir, conheçam o seu desejo por filhos, distinto da demanda criada socialmente, para que possam construir com eles uma relação sincera, ancorada na verdade de seus sentimentos. De acordo com Serrurier (1993), a mulher deve reconhecer os seus limites como mãe, além de considerar que seus desejos também podem ser outros, que não os filhos.

É certo que quebrar paradigmas é um trabalho árduo e muito longo, mas acredito que nós, mulheres, através do conhecimento, podemos realizar essa mudança. É por esse conhecimento ter um papel central na desmistificação de conceitos aparentemente ‘naturais’ e ser capaz de produzir mudanças na esfera cultural e social que o presente estudo se faz importante. Por intermédio do esclarecimento, seja ele feito através de educação formal ou de conversas informais, a mulher se sente capaz de construir sua maneira singular de viver, podendo, assim, ser construtora de sua própria realidade e subjetividade, sem se exigir viver de acordo com os padrões tradicionalmente estipulados. Assim, a mulher pode finalmente sentir a liberdade para, de fato, sentir prazer em viver e em exercer a sua maternagem.

Assumindo esta posição, advogamos ser imprescindível a “desculpabilização” das mães e incentivar o compartilhamento de responsabilidades entre mães, pais, familiares e toda

a sociedade, assim como a conseqüente divisão de tarefas nos cuidados e a responsabilidade de zelar pela educação física, emocional, cognitiva e social dos filhos. Ou seja, todos devem se responsabilizar pela criação de um novo ser, em especial, o pai que deve compartilhar a criação dos filhos, e não apenas se restringir a dimensão da ajuda opcional e esporádica.

Temos a importante missão de pontuar que este é um pequeno passo rumo à compreensão das possíveis implicações da DPP para a mulher/mãe, bebê e sua família, na esperança de que este fomente interesses no estudo desse amplo fenômeno. Sugerimos a realização de outras pesquisas qualitativas que especifiquem a participação paterna/marital nas configurações subjetivas da DPP. Também seriam bem-vindos estudos que investigassem este fenômeno em mães adotivas, pois estas não passariam pelas alterações hormonais alegadas pela literatura médica como causa primeira da DPP, mas, por outro, lado estariam submetidas à mesma cultura da maternidade exclusiva e instintiva das mães biológicas.

Defendemos, ainda, que se faz imperiosa a necessidade de avaliar e qualificar a forma como profissionais da saúde, sobretudo obstetras e pediatras, têm auxiliado as mães e as famílias que estão sofrendo no pós-parto. Em primeiro lugar, é valioso sensibilizar o profissional de saúde para a importância do fenômeno da depressão após um parto. A falta de orientação e de apoio determinam na mulher um sofrimento físico e emocional que poderia ser evitado com medidas preventivas ou curativas (Cruz, Simões & Faisal-Cury, 2005). Há de se considerar, com a devida importância, que as ações assistenciais contempladas pelas normas e rotinas, ora em vigor, não são capazes de responder de forma singular às necessidades das pacientes, tal qual se supõe; devendo ser, portanto, revistas, dando ênfase às necessidades diferenciadas que se alicerçam na dimensão subjetiva da mulher. Nessa perspectiva, vale atentar para a necessidade de reformulações do modelo assistencial ora vigente, no sentido de considerar a maternagem como uma tarefa que precisa ser *aprendida* pela mulher e *protegida* pela sociedade.

Em termos práticos, sugerimos a implantação de um “pré-natal psicológico” que inclua a figura paterna, onde os médicos deveriam se preocupar com a mãe e com o pai, tanto em termos orgânicos como psicológicos. Acreditamos que um pré-natal deste tipo, além de prevenir uma série de doenças e problemas com a mamãe e o bebê, também serve como prevenção de uma depressão no pós-parto e para a vinculação afetiva da tríade mãe-pai-bebê e a posterior parentalidade compartilhada.

Esta mesma atitude deve ser adotada no pós-natal, período no qual as tradicionais consultas puerperais deveriam ter seu foco ampliado para as questões emocionais, culturais e sociais envolvidas na maternidade e na paternidade. Grupos de acompanhamento das mães e pais, nos moldes dos que realizamos no trabalho de campo desta investigação, deveriam ser implantados junto a maternidades e bancos de leite, com o objetivo de proporcionar às puérperas e seus companheiros um espaço de escuta emocional e apoio onde o tema da maternidade, da paternidade e da DPP pudessem ser adequadamente abordados para melhorar a qualidade de vida não só das mães, de seus bebês, pais e familiares. Mas chamamos atenção que, para a efetivação dessas abordagens tanto no pré quanto no pós-natal, é preciso trabalhar em equipe, integrando a esta o psicólogo hospitalar, com vistas a promover também o bem estar psicológico e social das gestantes e puérperas. Quem sabe, assim, a maternidade chegasse mais próxima das glamourosas fotos das campanhas nos cartazes dos Bancos de Leite!

Por fim, gostaríamos de afirmar que temos consciência de que, na tentativa, talvez exagerada, de marcar o lado “obscuro” da maternidade, tenhamos imprimido uma tonalidade ácida ao nosso trabalho. Buscamos, com isso, alertar para a necessidade de incluirmos este outro lado da “mesma moeda” nos nossos “sonhos” maternos, para que eles possam se aproximar mais da realidade e da maternidade satisfatória para todos. Não estamos sozinhos nesta concepção, pois encontramos respaldo em Maldonato (1985) quando ela afirma ser

preciso, desde a gestação, evitar encorajar apenas a expressão dos sentimentos positivos, pois isso criaria uma imagem muito incompleta da totalidade das vivências maternas. Ao contrário, deve-se estimular também a expressão dos sentimentos negativos, de hostilidade e rejeição, das ansiedades, temores e dúvidas, a fim de que, através da elaboração, se faça emergir mais plenamente os sentimentos de amor e ternura e, sobretudo, ajude a entender as dimensões polivalentes que compõem cada relação humana.

Apesar de nossa ênfase “amarga” e da afirmação de Serrurier (1993) de que “ não é bom ser mãe nos dias de hoje” (p.9), queremos afirmar que continuamos a valorizar a maternidade. É difícil, sim. Cansa, sim. Dá trabalho, sim. Mas existem vários motivos (altamente subjetivos e singulares!) para acreditar que compensa ser uma mãe na atualidade. Dentre esses motivos, gostaria de finalizar esta tese destacando alguns preciosos que me fazem avaliar positivamente a experiência da maternidade: para ver meu corpo mudar de forma e gerar outras pessoas, para descobrir que a minha capacidade de amar/odiar é muito maior do que eu imaginava; para entender melhor a minha mãe e meu pai; para ouvir alguém me chamar de mãe; para ver de perto uma criança crescendo; para ver meu casamento passar por uma “prova de fogo” e se manter; para reconhecer o homem que está ao meu lado; para integrar prioridades; para lutar pelas mães, para escrever uma tese de doutorado, para abrir linhas de pesquisa sobre a maternidade/paternidade e para conhecer as pessoas mais lindas que eu já vi no mundo - Ana Clara e Sofia!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, L. (Org.) (2003). *Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde*. Belo Horizonte: Edições do Campo Social.
- Aleixo, D. de C. (2005). *Arqueologia do feminino em Freud*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Alves-Mazzotti, A. J. & Gewandsznajder, F (2004). *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Andrade, M. A. (2002). O casal grávido e a formação da parentalidade. Em Corrêa Filho, L.; Corrêa, M. E. G. & França, P. S. (Orgs.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos* (pp.165-187). Brasília: L.G.E. Editora.
- Araújo, M. F.; Martins, E. J. S. & Santos, A. L. (2004). Violência de gênero e violência contra a mulher. Em Araújo, M. F. & Mattioli, O. C. (Orgs), *Gênero e violência*.(pp.17-36). São Paulo: Arte & Ciência.
- Azevedo, K. R. (2003). *O mito da mãe-exclusiva: fatores psicossociais em um caso de depressão pós-parto*. Trabalho de final de curso de psicologia, Universidade Católica de Brasília, Brasília.
- Azevedo, K. R. & Arrais, A. R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Revista Psicologia: Reflexão & Crítica*, 19 (2), (no prelo).
- Bacca, C. C. (2005). Desvelando o manto sagrado da maternidade: a rejeição como possibilidade. Trabalho de final de curso de psicologia, Universidade Católica de Brasília, Brasília.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Ballone, G. J. (2001). *Depressão pós-parto*. In: Psiqweb, Psiquiatria Geral. Retirado em 27/10/2005, da <http://www.psiqweb.med.br/sexo/posparto.html>.
- Bartilotti, M. R. M. B.(1998). Obstetrícia e Ginecologia: urgências psicológicas. Em Angerami-Camon, A. (Org.), *Urgências psicológicas no hospital*. (pp. 193-206). São Paulo: Pioneira.
- Baptista, M. N.; Baptista, A. S. D. & Oliveira, M. G. (2004) Depressão e gênero: por que as mulheres se deprimem mais que os homens? Em Baptista, N. (Org.), *Suicídio e depressão: atualizações* (pp.50-59).Rio de Janeiro:Guanabara Koogan S.A.
- Batista, G. S.; Leite, P. H. S. (2004). *A participação do pai no parto: sua importância para a formação da paternidade*. Trabalho de final de curso de especialização em saúde perinatal, Universidade de Brasília, Brasília.
- Beauvoir, S (1980). *O segundo sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Booth, W. C.; Colomb, G. G. & Willians, J. M. (2000). *A arte da pesquisa*. São Paulo: Martins Fontes.

Botega, N. J. & Dias, M. K.(2002). Gravidez e puerpério. Em Botega, N. J. (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. (pp.285-297) Porto Alegre: Artmed Editora.

Botega, Fortes & Brasil (2002). Somatização. Em Botega, N. J. (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. (pp.269-284) Porto Alegre: Artmed Editora.

Brasil (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes/* Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.

Brito, A. X. & Leonardos, A. C. (2001). A identidade das pesquisas qualitativas: construção de um quadro analítico. *Fundação Carlos Chagas: Cadernos de Pesquisa*, 113,1-19.

Camorotti, M. C. (2001). Que olhar tão triste o de mamãe: o bebê diante da depressão materna. Em Camorotti, M. C (Org.), *Atendimento ao bebê uma abordagem interdisciplinar*. (pp. 49-58). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Castells, M. (1999). O fim do patriarcalismo: movimentos sociais, família e sexualidade na era da informação. Em Castells, M. *A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura*. (pp.2-285) São Paulo, SP: Paz e Terra.

Catão, I. (2001). Comunicação pessoal no seminário: “Importância da primeira infância para a saúde mental do indivíduo no IV Encontro Nacional sobre o Bebê”, ocorrida no dia 30 de novembro de 2001 - mesa redonda, em Brasília, DF.

Catão, I. (2002). A tristeza das mães e seu risco para o bebê. Em Corrêa Filho, L.; Corrêa, M. E. G. & França, P. S.(Orgs.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos* (pp. 221-231). Brasília: L.G.E. Editora.

Chauí, M. S. (1984). *Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida*. São Paulo: Brasiliense.

Chauí, M. S. (1985). Participando do debate sobre mulher e violência. Em *Perspectivas antropológicas da mulher 4*. (pp.23-61). Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Chiattonne, H. B. C. (2000) A significação da psicologia no contexto hospitalar. Em Camon, V. A. A. (Org.), *Psicologia da saúde um novo significado para a prática clínica* (pp. 73-165). São Paulo: Pioneira.

Chodorow, N. (1990). *Psicanálise da Maternidade. Uma crítica a Freud a partir da mulher*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

CID-10 (1993) *Classificação dos Transtornos Mentais e do comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Coord. Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas.



Corrêa Filho, L.; Corrêa, M. E. G.; França, P. S.(Orgs.) (2002) *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos*. Brasília: L.G.E. Editora.

Corrêa, M. C. M. & Corrêa, M. D. J. (1999). Puerpério. Em Corrêa, M. D. (Org.), *Noções práticas de obstetrícia*.(pp. 97-104). Rio de Janeiro: Medsi.

Cruz, E. B. S.; Simões, G. L. & Faisal-Cury, A (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 27(4), p. 181-188. Retirado em 11/11/05, da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/revistas/revpsi>

Del Priore, M. (2004). *A História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Ed. Contexto.

Demo, P. (2001). *Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos*. Campinas, SP: Papirus.

Dias, A. C. G. & Lopes, R. C. S.(2003). Representações de maternidade de mães jovens e suas mães. *Psicologia em Estudo* 8, p.63-73. Retirado em 23/10/2004, da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/revistas/revpsi>

Diniz, G. S. R. (1999). Condição feminina - fator de risco para a saúde mental? Em Paz, M. G. T., & Tamayo, A. (Orgs.), *Escola, saúde e trabalho: estudos psicológicos*. (pp.179-198). Brasília: Editora da UnB.

Dix, C. (1992). *Depresión posparto. Como superar el estrés y la depresión que suceden al parto*. España:Apóstrofe.

Documentário da série brasileira "Mãe & Cia" (2001) Episódio: Depressão Pós-Parto, parte I e II. Rio de Janeiro: GNT (Globosat News Television). Videocassete (30 min.) cada, VHS, son. Color.

DSM-IV (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Durham, E. R. (1983). "A Família e a Mulher". *Cadernos C.E.R.U.*, (18), 7-47.

Ehrhardt, U. (1986). *Meninas boazinhas vão para o céu. As más vão à luta*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Erikson, E. H. (1976). O ciclo vital: epigênese da identidade. Em Erikson, E. H, *Identidade juventude e crise*. (pp-91-141). Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Falcke, D & Wagner, A. (2000). Mães e madrastas: mitos sociais e auto-conceito. *Estudos de Psicologia* 5 (2), p.421-441. Retirado em 28/09/2004, da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/revistas/epsic>

Fávero, M. H.& Mello, R. M. (1997). Adolescência, maternidade e vida Escolar: a difícil conciliação de papéis. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 01, 131-136.

Ferreira, A. B. H. (1986). *Novo dicionário aurélio da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova fronteira.

Figueiredo, L. C. M. & Santi, P. L. R. (1999). *Psicologia, uma (nova) introdução.* São Paulo: EDUC.

Forna, A. (1999). *Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães*. Rio de Janeiro: Ediouro.

Galvão, E. A. da S. (2003). *Depressão pós-parto: a representação dos profissionais de saúde acerca desta problemática*. Trabalho de final de curso de psicologia, Universidade Católica de Brasília, Brasília.

Gigliione, R. & Richard, J. F. (1994). *Cours de psychologie. II Bases Méthodes Epistemologie*, Paris: Dunod.

Golse, B. (2002). Depressão do bebê, depressão da mãe. Conceito de psiquiatria perinatal. Em Corrêa Filho, L.; Corrêa, M. E. G. & França, P. S.(Orgs.) (2002). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos* (pp.232-248). Brasília: L.G.E. Editora.

Golse, B. (2003). O bebê hoje: novos dados, esperanças e frustrações. Em Golse, B., *Sobre a psicoterapia pais-bebê: narrativa, filiação e transmissão* (pp. 13-43). São Paulo: casa do Psicólogo.

González Rey., F. L. (1992). *Personalidade, salud y modo de vida*. Caracas: Fondo Editorial de la Facultad de Humanidades y Educación.

González Rey, F. L. (1993). *Problemas epistemológicos da la psicologia*. México: Colégio de Ciências Y Humanidades Plantel Sur.

González Rey, F. L. (1995). *Comunicación, Personalidad y Desarrollo*, Habana: Pueblo y Educación.

González Rey, F. L. (1997). *Epistemología Cualitativa y Subjetividad*. São Paulo: EDUC.

González Rey, F. L. (1999). *La investigación Cualitativa en Psicología: rumbos y desafios*. São Paulo: EDUC.

González Rey, F. L. (2001). *La categoría de sentido subjetivo y su significación en la construcción del pensamiento psicológico*. Contrapontos. Ano I. Vol 2.

González Rey, F. L. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

González Rey, F. L. (2002). *Sujeito e Subjetividade*. São Paulo: Thomson / Pioneira.

González Rey F. L. (2004a). *O social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito*. Petrópolis, RJ: Vozes.

González Rey F. L. (2004b). O sujeito, a subjetividade e o outro na dialética complexa do desenvolvimento humano. Em Martínez, A. M. & Simão, L. M. (Orgs.) *O outro no desenvolvimento humano: diálogos para pesquisa e a prática profissional em psicologia* (pp.1-27). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

González Rey F. L. (2005a). O valor heurístico da subjetividade na investigação psicológica. Em González Rey, F. L. *Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia*. (pp. 27-52) São Paulo: Pioneira Thompson Learning.

González Rey F. L. (2005b). *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: Os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Grande *Dicionário Larrousse Cultural Da Língua Portuguesa* (2002), São Paulo: Nova Cultural.

Grunstun, H. & Grunstun, F. (1984). *Assuntos de família*. São Paulo: Ed. Cirós.

Guédeney, N. & Jeammet, P. (2002). Depressões pós-natais (DPN) e decisões e orientações. Em Corrêa Filho, L.; Corrêa, M. E. G. & França, P. S. (Orgs.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos*. (pp. 249-262) Brasília: L.G.E. Editora.

Guidano, V. F. (1994) *El. Sí-Mismo En Proceso. Hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Harvey, E. (2002). *Depressão pós-parto: esclarecendo suas dúvidas*. São Paulo: Ágora.

Kitizinger, S. (1978). *Mães – Um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Presença.

Laqueur, T. (2001). *Inventando o Sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*, Rio de Janeiro Relume Dumará.

Lucena, L. L. (2004). *Depressão Pós-parto e depressão: um estudo comparativo*. Trabalho de final de curso de psicologia, Universidade Católica de Brasília, Brasília.

Lüdke, M & André, M. E. D. A (1986). *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.

Kude, V. (1994). O mito da culpa materna. Em Cardoso, R. (Org.). *É uma mulher*. Petrópolis: Editora Vozes.

Maldonado, M. T. (1985). *Psicologia da Gravidez*. (7ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes.

Maldonado, M. T.; Dickstein, J. & Nahoum, J. C. (2000). *Nós Estamos Grávidos*. São Paulo: Editora Saraiva.

Mamede, M. & Corrêa, M. E. G. (1997). *Da barriga da mamãe aos 3 anos: como ajudar a me desenvolver melhor*. Brasília: Coronário.

- Martínez, A. M. (2005). A teoria da subjetividade de González Rey: Uma expressão do paradigma da complexidade. Em González Rey, F. L. *Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia* (pp. 1- 26) São Paulo: Pioneira Thompson Learning.
- Miranda, G. V. & Miranda, S. (1999). Distúrbios psiquiátricos na gravidez e no puerpério. Em Corrêa, M. D. (Org.), *Noções práticas de obstetrícia*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Montgomery, M. (1998). *O novo pai*. São Paulo: Editora Gente.
- Moreira, M. T. (1993). *Ser mãe é padecer, mas não no paraíso. É a ditadura do peito*. São Paulo: Brasiliense.
- Moreira, M. T. (1998). *Maternidade que delícia, que sufoco – 30 histórias reais*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Morin C, E. (2003). *Ciência com consciência*. São Paulo: Ed Bertrand do Brasil.
- Muszkat, M. (1994). *Desejo de Mulher*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Ventos.
- Neubern, M. S. (2004). *Complexidade e psicologia clínica*. Brasília: Editora Plano.
- Nogueira, E. G. (2004). *A saúde da mulher na perspectiva de gênero: o impacto da condição feminina nas mulheres em sofrimento psíquico*. Trabalho de final de curso de psicologia, Universidade Católica de Brasília, Brasília.
- Nolasco, S. (1985). *O mito da masculinidade*. Rio de Janeiro: Editora Rocco.
- Parker, R. (1997). *A mãe dividida: a experiência da ambivalência na maternidade*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Penso, M. A. (2003). *Dinâmicas familiares e construções identitárias de adolescentes envolvidos em atos infracionais e com drogas*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Brasília.
- Piccini, C. A; Silvia, M. R.; Lopes, R. S.; Gonçalves, T. R. & Tudge, J. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: reflexão e crítica* 17(3), p. 303-314. Retirado em 28/09/2004, da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/revistas/epsic>
- Okay, Y. (1986). A atenção global à criança e o modelo biomédico. *Pediatria* (8), 172-175.
- Ramos, D. G.(1994). Alguns modelos e conceitos sobre a doença e o processo de cura. Em Ramos, D. G., *A Psique do Corpo: uma compreensão simbólica da doença*. (pp. 13-37) São Paulo: Summus.
- Remen, R.N (1993). *O paciente como ser humano*. São Paulo: Summus.

**REVISTA ÉPOCA (2003). Muito Além do pai–padrão. Época Especial Homem. 1º setembro, 2003. São Paulo: Editora Globo, 18-20.**

REVISTA CRESCER (2004). Culpa S/A. Janeiro, 2004. Ed. nº 122, São Paulo: Editora Globo, 54-56.

Ramos, C. V. & Almeida, J. A.G. (2003). Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria* 79(5), 385-390. Retirado em 28/09/ 2004, da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/jped>

Ribeiro, C. S. (2002). *Depressão pós parto e relação mãe-filho*. In: PsiqWeb, Internet, disponível em <http://gballone.sites.uol.com.br/colab/carmen.html>. Acessado em 02/03/05

Ribeiro, A. S. M. & Almeida, A. M. O. (2003). Masculinidade: nova história velhas representações. Em Campos, P. H. F. & Louriero, M. C. da S. (Orgs.), *Representações sociais e práticas educativas* (pp. 145-167). Goiânia: Editora da UCG.

Rocha-Coutinho, M. L. (1994). *Tecendo por trás dos panos. A mulher brasileira nas relações familiares*. Rio de Janeiro: Rocco.

Rocha, F. L. (1999). Depressão puerperal – Revisão e atualização. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 48 (3), 105-114.

Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: casa do Psicólogo.

Rohenkohl, C. M. F (2005). Entrevista à Cláudia M.F. Rohenkohl. *Revista Pais e Filhos*, ano 35, n. 419, Manchete Editora: São Paulo, fevereiro, 45-48.

Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Sales, L. M. (2000). A loucura das mães: do desejo à realidade do filho. Em Rohenkohl, C. M. F. (Org.), *A clínica com o bebê* (pp.27-36). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Santos, M. F. S. dos (1995). *Depressão no pós- parto: validação da escala de Edimburgo em puérperas brasileiras*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília.

Santos, M. F. S, dos; Martins, F. C.; Pasquali, L. (1999) Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: um estudo no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica* 26(2) Edição especial.

Santos, M. F. S dos (2001). *Depressão após o parto*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Brasília.

Scott, J. (1990) Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade* 16 (2), 5-22.

Serrurier, C. (1993). *Elogio às mães más*. São Paulo: Summus Editorial.

Szejer, M. (2002). Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. Em Corrêa Filho, L.; Corrêa, M. E. G. & França, P. S.(Orgs.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos*. (pp. 188-204). Brasília: L.G.E. Editora.

Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sterian, A. (2001). *Emergências psiquiátricas: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Schwengber, D. D. S. & Piccinini, C. A. (2003) O impacto da depressão pós-parto para interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia* 8 (3), 403-411. Retirado em 28/09/2004, da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/revistas/epsic>

Tiba, I. (2002). *Quem ama, educa!*. São Paulo: Editora Gente.

Trindade, Z. A. (1993). As representações sociais e o cotidiano: a questão da maternidade e da paternidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 9 (3), 535 – 546.

Trindade, Z. A (1998). Em busca da maternidade: dilema reprodutivo de mulheres inférteis. Em Moreira, A. S. P. & Oliveira, D.C. (Orgs.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp.191-203). Goiânia: AB.

Trucharte, F.A. R. & Knijnik, R. B. (1995). Estudos psicológicos do Puerpério. Em Angerami-Camon, V. (Org.) *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. (pp.73-98) São Paulo: Pioneira.

Winnicott, D. W. (1947/2000a). O ódio na contratransferência. Em Winnicott, D. W da pediatria à psicanálise obras escolhidas. (pp. 277-298). Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1947/2000b). A preocupação Materna Primária. Em Winnicott, D. W da pediatria à psicanálise obras escolhidas. (pp. 399 - 405). Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1971/2002). A mãe dedicada comum. Em Winnicott, D. W., *Os bebês e suas mães*. (pp. 1-12). São Paulo: Martins Fontes.

Viana, V. M. G. (2004) Comunicação pessoal feita em palestra intitulada “Trabalhando com mulheres: DPP”, em outubro/2004, no I Encontro Candango da Abordagem Gestáltica, em Brasília- DF

Zalcborg, M. (2003). *A relação Mãe & Filha*. Rio de Janeiro: Campus.