



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

SER MÃE É PADECER NO PARAÍSO?

O Dispositivo da Maternidade nas narrativas da Depressão Pós-Parto

LORENA FERREIRA CRONEMBERGER

JOÃO PESSOA
FEVEREIRO, 2019

LORENA FERREIRA CRONEMBERGER

SER MÃE É PADECER NO PARAÍSO?

O Dispositivo da Maternidade nas narrativas da Depressão Pós-Parto

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Sociologia. Linha de Pesquisa: Saúde, Corpo e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica Franch Gutiérrez

JOÃO PESSOA
FEVEREIRO, 2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C947s Cronemberger, Lorena Ferreira.

Ser mãe é padecer no paraíso? o dispositivo da
maternidade nas narrativas de depressão pós-parto /
Lorena Ferreira Cronemberger. - João Pessoa, 2019.
123f.

Orientação: Mônica Lourdes Franch Gutiérrez.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. depressão pós-parto; maternidade; saúde e gênero. I.
Gutiérrez, Mônica Lourdes Franch. II. Título.

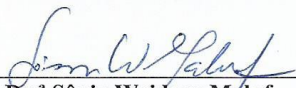
UFPB/BC

FOLHA DE AVALIAÇÃO

A dissertação intitulada *Ser mãe é padecer no paraíso? O dispositivo da maternidade nas narrativas da depressão pós-parto*, de autoria de Lorena Ferreira Cronemberger, sob orientação da Prof.^a. Dr.^a Mônica Lourdes Franch Gutiérrez, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós Graduação em Sociologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Sociologia, foi APROVADO em 20/02/2019, pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:


Prof.^a. Dr.^a Mônica Lourdes Franch Gutiérrez
Doutorado em Sociologia e Antropologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro
Orientador (PPGS-UFPB)


Prof.^a. Dr.^a Ednalva Maciel Neves
Doutorado em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Examinador Interno 01 (PPGS-UFPB)


Prof.^a. Dr.^a Sônia Weidner Maluf
Doutorado em Antropologia Social e Etnologia pela Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales
Examinador Externo 01 (PPGA-UFSC)

À Edite Ferreira, pela presença eterna
e por me ensinar o valor dos estudos.
À Francisco, por me ensinar a ser mãe
e vivenciar os extremos de mim.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer às mulheres que se dispuseram a participar desta pesquisa. Imensamente grata pelas falas e emoções que não só me estimularam a pensar o meu mestrado, mas, principalmente, me ensinaram muito sobre resistência, força e amor.

Esta dissertação só se materializou através de muitas mentes e (a)braços. Espero conseguir agradecer a todos.

Gostaria de agradecer muito a Mônica Franch, pela orientação carinhosa. Agradeço pelos conselhos e orientações preciosas, assim como os “puxões de orelha” necessários, as respiradas precisas e o carinho e atenção que fizeram a minha saúde mental e a minha vivência e aprendizado na pós-graduação tomar uma proporção de interesse e estímulo. Que tracemos ainda muitas reflexões (e festividades) juntas.

Agradecer à banca do projeto e de qualificação, compostas pelos profs. Artur Perusi, Ednalva Maciel e Sônia Maluf. Seus comentários e contribuições me fizeram refletir bem mais intensamente o tema, percebendo-o por outras perspectivas. Obrigada por esses olhares atentos, disponíveis e tão experientes.

Agradecer ao CNPQ, pela bolsa concedida; ao PPGS, tanto à coordenação quanto aos professores com quem pude trocar em minha breve passagem; e ao Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura (Grupessc), pelos encontros e eventos tão estimulantes.

Gostaria de agradecer muito aos meus colegas do PPGS – em especial Mônica Vilaça, Rafael dos Santos e Raíssa Lustosa. Sem nossas conversas, certamente eu não teria tido uma vivência tão boa em João Pessoa. Não só me estimularam a pensar e correr atrás, como se tornaram queridos amigos e referência de grandes pesquisadores! Tamo junto, galera!

Agradecer também – como não? – a meu pai (preciosos conselhos) e minha mãe, por me apoiarem sempre e torcerem por mim na vida. Aos meus amigos de longas datas, que me ajudaram lendo, me ouvindo e me apoiando no desespero e, principalmente, celebrando a vida comigo. A Raíssa, a francesinha-antropóloga mais frevista desse mundo; a Luísa, minha parceira de apoio emocional e logístico de escrita e vida a longas datas; a Lilica (minha companheira de desespero mestradístico e de vida) e todos do Coletivo Lugar comum, por que sem vocês eu não vivo; a Lu, pelas estadias maravilhosas no Bessa e a todas as trocas e

encontros maravilhosos que já tivemos neste percurso; a Fernanda, pela leitura instigada e conselhos decisivos; a Bia (bibí) e Dodô, pelas traduções emergenciais sempre maravilhosas e ensinamentos da língua “de lá”; a Gabira e Caio, meus irmãozinhos danados; ao outro Caio, pela música, caos e carinho; a Tata, Clarinha, Mari, Nico e Rapha – minha txurma de Olinda que me ajudou a pensar também a montanha-russa que este tema foi para mim – e às crianças que esses carregam, que também nos ensinam tanto.

E aos meus parceiros do dia a dia, que me aguentam, na ausência e na loucura, que preenchem meu coração e me dão energia e apoio pra continuar forte e inteira nessa luta. Meu filhote Chico, que me ensina cada dia a ser mãe, e meu amor, Gabi.

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.

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

RESUMO

Atualmente no Brasil, uma em cada quatro mulheres se depara com os sintomas da depressão pós-parto. Para a Biomedicina e para as políticas de saúde mental da mulher, a busca por explicações e causalidades é principalmente de ordem corporal e psíquica. Mas e para as mulheres que vivenciam esse pós-parto de sofrimento? Hormônios? Tristeza? Doença? Sociedade machista que sobrecarrega as mães? O presente trabalho é resultado de um estudo qualitativo sobre os sentidos e vivências da depressão pós-parto por parte de mulheres de camada média, nas cidades de Recife/PE e João Pessoa/PB. Através de entrevistas que buscaram perpassar a vivência da gravidez, parto e pós-parto, buscou-se analisar as significações acerca da depressão pós-parto, a fim de perceber a interseção entre saúde, gênero e maternidade, e o que vamos compreender como sendo parte do *dispositivo da maternidade*, que se elabora enquanto ferramenta analítica que aciona instâncias de poder e controle sobre o corpo e a vivência materna. Para apresentação dos dados, dividimos os relatos em duas partes, a primeira apresentando questões em torno da gravidez e parto, e a segunda sobre o puerpério e a depressão pós-parto. A pesquisa sugere uma pluralidade de sentidos e emoções sobre a maternidade, que podem ser apreendidos a partir da depressão pós-parto, e que incluem: culpa, cansaço, medo, frustração e sentimentos ambivalentes.

Palavras-chave: *depressão pós-parto; maternidade; saúde e gênero.*

ABSTRACT

Currently in Brazil, one in each four women is faced with the symptoms of postpartum depression. For Biomedicine and for Women's Mental Health Policies, the search for explanations and causalities are mainly from body and psychical order. But what about the women experiencing postpartum suffering? Hormones? Sadness? Disease? A male chauvinist society that overloads mothers? The present work is the result of a qualitative study on the meanings and experiences of postpartum depression by middle-aged women in the cities of Recife (State of Pernambuco) and João Pessoa (State of Paraíba). Through interviews that sought to penetrate the experience of pregnancy, childbirth and postpartum, we sought to analyze the significance of postpartum depression in order to perceive the intersection between health, gender and maternity, and what we will understand as being part of the *maternity device*, which is elaborated as an analytical tool that triggers instances of power and control over the body and maternal experience. For the presentation of the data, we divided the reports into two parts: the first introducing questions about pregnancy and childbirth, and the second on the postpartum and postpartum depression. The research suggests a plurality of meanings and emotions about motherhood, which can be captured from postpartum depression and include guilt, fatigue, fear, frustration, and ambivalent feelings.

Keywords: postpartum depression; maternity; health and gender.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
 Capítulo Um: A EXPERIÊNCIA DE CAMPO – Para além do diagnóstico	22
Chegada ao tema	22
Campo preliminar: movimento exploratório	25
Guia de perguntas – Estratégias e reflexões	28
As entrevistas	29
Universo pesquisado: as mulheres	35
1. Deméter	37
2. Réia	38
3. Gaia	38
4. Equidna	38
5. Jocasta	39
6. Nix	39
7. Hera	40
8. Dione	40
9. Alcmena	41
Análise e escrita: o individual e o coletivo na produção acadêmica	41
 Capítulo Dois: PREPARAÇÕES E EXPERIÊNCIA LIMINAR – expectativas e parto ..	43
“Eu não tinha mais tempo de tá esperando, senão eu ia ser avó”: escolha, tempo e maternidade	44
“Não sou feliz sendo só mãe. Eu preciso trabalhar”: notícia, trabalho e maternidade	50
Gravidez: preparações e expectativas	55
“Foi uma frustração, né?”: parto normal x cesárea	59
“Eu me senti o contrário de empoderada”: Nix e o relato de parto em três tempos	65
 Capítulo Três: TER OU NÃO TER A DEPRESSÃO PÓS-PARTO, eis a questão.....	71
Da Depressão ao Pós-Parto	72
Depressão Pós-Parto: um termo polissêmico	75

“Eu tinha muita resistência”: Deméter e a dança entre o biológico e social nas representações da DPP	81
Maternidades e feminismos: sobre avanços e cansaços	94
Culpa, amamentação e sacrifício: o dispositivo da maternidade na experiência das mulheres entrevistadas	100
CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
BIBLIOGRAFIA	115
ANEXO	123

. INTRODUÇÃO .

Ser mãe é padecer no paraíso

Ditado popular

Quando criança, ouvia esse ditado inúmeras vezes da minha avó, Dona Edite, mãe de oito filhos. Sempre a ouvia falar, mas ele nunca fazia muito sentido para mim. Ao me tornar mãe, me deparei reproduzindo-o. E agora, na escrita do mestrado, ele urra em minha cabeça. Ele carrega, para mim, a dimensão dialética da experiência da maternidade que buscarei refletir nesta dissertação: padecer no paraíso, ou seja, sofrer quando tudo deveria estar bem. Sentimentos conflitantes carregados, refletidos e incorporados por mulheres que vivenciam a chegada de um bebê.

A notícia da gravidez, a experiência de estar grávida, o parto e o período do pós-parto – ou puerpério – se configuram, principalmente no caso da primeira gravidez, como momentos de adaptação a uma nova dinâmica de vida, onde as expectativas sobre a maternidade são postas à prova. Mas o que acontece se esse momento não é vivenciado como esperado? A chegada de um filho na trajetória da vida de uma mulher, seja ele planejado ou não, se configura como um momento não só de diversas variações corporais e físicas, mas também de diversos sentimentos e expectativas sociais sobre esse evento, sejam alegrias, medos, frustrações, descobertas, planos, surpresas. Após a descoberta das “duas linhas”¹, a vivência da gravidez fica imersa nas preparações para esta nova experiência, seja pesquisando sobre, conversando com pessoas próximas, indo a grupos de apoio ao parto ou simplesmente esperando os nove meses se completarem. O parto também se constrói enquanto momento de grande expectativa, vivenciado como uma experiência marcante nessa transição e podendo ser encarado como um momento de *liminaridade* (TURNER, 1974), ou seja, um verdadeiro *rito de passagem* para a “maternidade real”.

Mas e o pós-parto? Nos últimos tempos, vem se desenvolvendo um crescente campo de debates sobre a gravidez e o parto no âmbito das Ciências Sociais, tendo entrado também de maneira intensa no debate público e na pauta política². Porém, o espaço de debate sobre o pós-parto parece não ter a mesma visibilidade. O que se espera e o que se vivencia neste período? O que as recém-mães sentem e pensam sobre esse momento? E quando o sofrimento se

1 Ao realizar o teste de gravidez de farmácia, as duas linhas equivalem ao resultado positivo.

2 Acerca deste panorama ver CARNEIRO, 2011; HIRSCH, 2015; TORNQUIST, 2003.

sobrepõe à alegria? Foi a partir destes questionamentos que emergiu em minhas reflexões o tema da Depressão Pós-Parto, que acredito ser um objeto sociologicamente importante para se pensar esse período do ciclo reprodutivo da mulher, pois, apesar de se tratar de uma definição biomédica e patológica, carrega também uma dimensão socialmente construída e refletida em temas como maternidade, relações de gênero, sistemas de poder e controle sobre o corpo da mulher e o próprio debate acerca da experiência de adoecimento em mulheres.

O Ministério da saúde, no Protocolo de Atenção Básica – Saúde das mulheres, considera o pós-parto “um momento muito delicado para a mulher, pois envolve o cuidado do bebê e as mudanças físicas e emocionais, no cotidiano e nas relações sociais.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p. 131), devendo ser dada uma atenção especial a este momento quanto às suas condições psíquicas e sociais, de modo que haveria um “estado de ansiedade” com a chegada do bebê, podendo ser um fator desencadeador de sintomas depressivos. Assim, o período do pós-parto – assim como as outras etapas do ciclo reprodutivo da mulher (puberdade, gravidez e climatério) –, afigura-se como prioridade de atenção nas políticas de saúde mental das mulheres³. Esse é um período que também chama a atenção da biomedicina, sendo considerado por essa vertente um momento de diversas alterações hormonais, físicas e emocionais, o que geraria uma maior vulnerabilidade da mulher para transtornos psiquiátricos (QUEVEDO; SILVA, 2017).

Dentre esses transtornos, pude perceber, através da literatura que trata do assunto, a existência de três principais, que variam conforme duração e intensidade. Em uma categoria “mais leve”, estaria o *baby blues* (O’HARA, 1997), que teria uma curta duração (de até duas semanas após o parto) e apresentaria sintomas mais “brandos”, como choro e decréscimo de concentração (QUEVEDO; SILVA, 2017). A “mais forte” seria a *psicose puerperal*, que seria o estágio mais grave e avançado, tendo sintomas como pensamentos suicidas e até infanticídio. Já a *Depressão Pós-Parto* – ou DPP⁴ – seria algo que ficaria “no meio” desses dois, não sendo tão rápida quanto o blues, nem tão violenta quanto a psicose. Ficaria no *entre*. Ela também foi a expressão biomédica do puerpério mais difundida no campo social, ligado às questões psíquicas da mulher, tendo se disseminado nos meios de comunicação e, consequentemente, nos discursos e imaginários coletivos.

3 Essas políticas dão ênfase à dimensão reprodutiva, deixando muitas vezes de lado elementos importantes e necessários do *curso da vida*, como dados biográficos e os marcadores interseccionais.

4 Como irei me referir ao termo “Depressão Pós-Parto” diversas vezes ao longo da dissertação, optei por abreviar para “DPP”, a fim de tornar a escrita, assim como a leitura, um pouco menos repetitiva.

Segundo dados recentes realizados pela pesquisadora Mariza Theme (2012) em uma pesquisa de grande porte (com 23.896 mães brasileiras), 25% das mulheres no período do pós-parto estariam acometidas pelos sintomas da DPP. Essa pesquisa está inserida no âmbito de uma outra pesquisa, ainda maior, chamada *Nascer no Brasil*, que, coordenada pelas pesquisadoras Maria do Carmo Leal e Silvana Granado, se instituiu como o maior estudo a respeito de parto e nascimento já realizado no Brasil, até 2015. Apesar de ser um dado alarmante, nos parece não haver uma repercussão tão forte quanto ao tema, ligada a uma subnotificação dos casos, que seriam ainda maiores dos que os quantificados.

Nesse contexto, assim como no âmbito das políticas públicas, observa-se a existência de uma direta relação entre os dados epidemiológicos e estabelecimentos de protocolos e as práticas medicalizadoras. Assim, em busca de traçar um caminho contrário, nos interessa⁵ perceber, para além da abordagem biomédica, o *ponto de vista dos sujeitos*, ou melhor, *das sujeitas* que são alvos dessas políticas e elaborações ligadas às práticas biomédicas e psiquiátricas. Buscamos analisar alguns aspectos que as *mães depressivas* trarão para o debate sobre maternidade e adoecimento, de modo a evidenciar seus discursos sobre essa experiência. Nos interessa como elas estão representando seu sofrimento na experiência puerperal, como também naquilo que vão chamar de “depressão pós-parto”, percebendo até que ponto o significado que estão dando a isso é o mesmo que está nos DSM’s ou CID’s⁶ ou na cabeça dos médicos, assim como o que elas indicam sobre as invenções sociais desse sofrimento.

Partimos do pressuposto de que o jargão biomédico se disseminou no espaço social, se inserindo no senso comum através de termos como “depressão” e “hormônio”, mas o significado que se estabelece acerca disso não necessariamente é o mesmo do que significa para o campo biomédico. Assim, tal como Ana Paula de Andrade e Sônia Maluf (2016), buscamos observar a atuação *micropolítica* (GUATARRI; ROLNIK, 2008) do ponto de vista dos sujeitos, de modo a favorecer, no nosso caso, a uma análise crítica acerca da categoria biomédica da DPP. Assim, nossa concepção será, a todo momento, atravessada e borrada pelos dados que surgiram em campo, de modo a perceber aproximações e distanciamentos acerca de, por um

5 A conjugação em primeira e terceira pessoa do singular será um movimento constante durante o percurso da dissertação, pois evidencia meu caminho individual durante a pesquisa, mas também o caráter coletivo da elaboração científica, seja através da figura da orientadora como de outros parceiros que auxiliaram nas reflexões e elaborações presentes no texto.

6 O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, mais conhecidos como DSM e CID, são as principais ferramentas epidemiológicas da prática médica, sendo a primeira com enfoque em saúde mental e a segunda em doenças em geral.

lado, uma apropriação do discurso biomédico e, por outro, das lógicas de seus contextos sociais, culturais e econômicos.

Nesse contexto, as *narrativas* serão o elemento central que conduzirá parte de nossa reflexão. As mulheres investigadas elaboram, de diferentes maneiras, a significação de seus processos puerperais, não delimitando, assim, suas trajetórias e experiências necessariamente ou diretamente em relação a uma definição biomédica. Assim, as sujeitas desta pesquisa, englobadas analiticamente numa vivência de DPP, nomeiam suas experiências de diversas formas, não sendo sempre interpretadas como DPP, mas tendo nele o mote para a reflexão acerca de seus pós-partos e da maternidade como um todo. Dito de outra maneira, algumas questionam se tiveram mesmo ou não essa doença, trazendo outros elementos sociais e biográficos para pensar essa temática.

Assim, não significaria dizer que a DPP seja central ou definidora daquele momento, mas sim desencadeadora de reflexões, emoções e acontecimentos que dialogam diretamente com o campo da saúde mental da mulher (ANDRADE; MALUF, 2016). Sônia Maluf, ao investigar, junto a Ana Paula Andrade, usuários e usuárias dos serviços de saúde mental, se deparou com a necessidade dos interlocutores em relatar outros elementos de suas vivências cotidianas. Nesse sentido, também nos deparamos com um conjunto de questões que aparentemente não tinham a ver com aquilo que tanto na política pública quanto no discurso psiquiátrico aparece enquanto central na DPP.

Dessa forma, partiremos dos dois modelos de compreensão elaborados por Andrade e Maluf, percebendo, por um lado, uma visão *fisio-lógica*, ou fisicalista, ligadas a concepções de ordem governamental e biomédica, em contraponto a uma visão *socio-lógica*, no sentido de focar seus modelos explicativos na experiência social que, no nosso caso, será o modo como as mulheres vão interpretar seu sofrimento puerperal.

Nesse sentido, adentraremos em questões ligadas à construção social da maternidade e do corpo da mulher, ligado ao que vamos entender como sendo parte do *dispositivo da maternidade*, em diálogo com o conceito de *dispositivo* elaborado por Michael Foucault. Foucault (1977), ao utilizar o conceito de *dispositivo* para analisar a sexualidade, sob o ponto de vista de um corpo-disciplinar, procurou estabelecer, tal como na física elétrica, um mecanismo que pudesse acionar e criar um conjunto de saberes e discursos, logo, de formações de verdades. Para ele, o *dispositivo* seria um agrupamento heterogêneo que abarcaria desde discursos científicos, morais, filosóficos, religiosos, organizações arquitetônicas, até decisões regulamentares e leis. Seria composto, então, por ditos e não-ditos e estaria recheado por

disputas e relações de poder, na busca da nomeação e construção do verdadeiro e do falso em uma ordem discursiva. Ou seja, seria algo que articularia saberes, verdades, discursos, disciplina, controle, leis, regras, normas, poder e – finalmente – sujeitos.

Assim, refletir acerca de discursos morais, religiosos e científicos sobre a maternidade e o corpo da mulher, pode nos trazer um bom panorama acerca do objeto que me proponho a estudar. Ao pensar a maternidade enquanto *dispositivo*, podemos nos voltar para a percepção de uma prática materna normativa, em que instâncias de *poder* e *controle* atuariam diretamente nesse âmbito, atuando enquanto controle das ações, atos, corpos e pensamentos maternos, tal como analisou Fabianna Marcello (2005), assim como enquanto “um lugar de subjetivação no qual as mulheres são constituídas como cuidadoras ‘natas’” (ZANELLO, 2016, p.113). Valeska Zanello (2016) irá desenvolver um pouco mais essa ideia, na medida em que localiza-o como construído historicamente, sobretudo a partir do século XVIII, momento esse no qual a capacidade de maternagem foi compreendida como desdobramento da capacidade de procriação.

Nesse contexto, buscamos pensar a DPP como um mecanismo que pudesse acionar e criar um conjunto heterogêneo de saberes e discursos, de modo a interceptar, modelar, orientar discursos, condutas e emoções do corpo e da prática materna. Ao elaborar um modelo hegemônico de maternidade, nesse âmbito, vamos de encontro às autoras supracitadas, de modo a perceber o *dispositivo da maternidade* enquanto controle de ações, pensamentos e corpos das mães investigadas nesta pesquisa. Nossa centralidade está ligada à qual seria a concepção de maternidade hegemônica atualmente neste recorte, vinculada a uma ideia de “bem-estar” e “eficiência”, o que geraria uma prática materna intensiva e exaustiva, relacionada com as experiências de sofrimento das mulheres em seus puerpérios. A maternidade, ou melhor, as maternidades, serão pensadas também através de significados e momentos variados, ou seja, não a entendemos como uma construção linear que iria do doméstico para o público ou da natureza para a cultura, e sim com momentos cíclicos e descontínuos.

Elisabeth Badinter (1985) foi uma autora que nos auxiliou a pensar acerca desse elemento, de forma que, ao investigar sobre a história do comportamento materno e de como se construiu – e perdurou – uma concepção instintiva da relação entre mãe e filho, nos demonstra um período, de quase dois séculos, em que a figura da mãe esteve atrelada ao comportamento de indiferença e rejeição, ao contrário do tão conhecido e disseminado *instinto materno*. Para ela, esse amor proveniente do nascimento de um filho estaria relacionado a qualquer outro sentimento humano que, como ele, seria incerto, frágil e imperfeito, e que talvez,

contrariando os preconceitos, não estaria profundamente inscrito na natureza feminina. É só a partir do final do século XVIII que a concepção de amor materno como um valor natural e social – e também mercantil – toma forma. O combate à mortalidade infantil, vinculado à ampliação das responsabilidades maternas quanto ao cuidado a longo prazo das crianças, fornecia uma gama de modificações no status e posicionamento social da mulher na sociedade.

Percebe-se também a existência de um discurso hegemônico que traz a ideia de que a mulher só se realizaria na maternidade, em detrimento de outros discursos que falam da priorização da vida profissional. Esses discursos estariam diretamente ligados as questões e debates feministas, de modo que a maternidade, tal como Lucila Scavone (2004) ressalta, seria reveladora de uma prática social com diversas contradições, mudanças e permanências, onde “a recusa ou aceitação da maternidade pode acontecer, ao mesmo tempo, em espaços e posições sociais diferenciadas.” (SCAVONE, 2004, p.141). Assim, pensar a maternidade, nesse contexto, nos leva a compreendê-la, através da perspectiva feminista, como um fenômeno social que, visto numa perspectiva de gênero, pode nos trazer diversas contribuições para se pensar o objeto da DPP.

Nesse contexto, vale ressaltar um ponto importante do universo desta pesquisa, que diz respeito à questão da *interseccionalidade*⁷ da experiência materna. Ao entrarmos um pouco em contato com os debates de mulheres negras, *trans*, indígenas, ciganas⁸, entre tantas outras imersas nesta palavra tão genericamente usada como “mulher”, me vi provocada, surgindo diversas indagações: quem pode se deprimir? Quem busca ou tem acesso à assistência em saúde mental? Como é a experiência de maternidade com homens *trans*? Quem exatamente pode estar visualizada nesta instância da DPP? Assim, quando nos referimos à categoria *mulher* estamos falando em um grupo específico e localizado de mulheres imersas em privilégios e relações de dominação, apesar de também imersas em relações desiguais de poder. Esse questionamento é muito importante, de modo que incide tanto nos lugares legitimados da DPP (esse diagnóstico vem sendo dado a quais mulheres?), quanto na discussão sobre quais mulheres efetivamente possuem redes de apoio que podem ser um grande diferencial no pós-parto.

O surgimento e desenvolvimento de outros feminismos – negro, indígena, pós-colonial, entre outros – se direcionam na busca de romper com a universalidade do termo “mulher”,

7 Acerca dessa temática, ver autoras como: Patrícia Hill Collins; Bell Hooks; Sueli Carneiro; Angela Davis.

8 Esse contato se deu principalmente em 2017, quando participei dos seminários Fazendo Gênero, em Florianópolis/SC, e Desfazendo Gênero, em Campina Grande/PB, e ao apresentar minha pesquisa, que ainda estava iniciando, fui inúmeras vezes questionada sobre este recorte que estava fazendo, ou seja, mulheres brancas e de classe média em sua maioria.

buscando uma ruptura epistemológica que desestabilize conceitos-chave, fechados em seu sentido, e mostre seu caráter de construção social envolto em relações de dominação, para assim desmobilizar lugares de privilégio e a fixidez conceitual e hierárquica do conhecimento científico. Deste modo, deixo claro que, nesta pesquisa, ao me referir a mulheres, não estou fazendo indicação a uma categoria generalizante, mas a um recorte específico e localizado.

*

No âmbito da pesquisa, problematizar as *emoções* se tornou um movimento inevitável⁹. Desse modo, adentrá-las na análise das narrativas acerca da DPP de mulheres de camada média, me direcionou a pensar como elas estão imbricadas nas dinâmicas e representações sociais das mulheres dessa camada, assim como no que vamos compreender como sendo parte de um *projeto de maternidade* exaustivo e desencadeador de experiências de sofrimento no puerpério dessas mulheres. Considero que os conflitos e sofrimentos no puerpério são emoções que afetam todas as mulheres mães. Contudo, em decorrência do grupo de mulheres que fez parte da minha pesquisa, vou abordar tais questões evidenciando o recorte acima mencionado, já que reconheço que os contextos possíveis de vivência da DPP incidem em distintas relações, na forma de serem nomeados e vivenciados.

Entendemos as emoções, estimuladas por Marcel Mauss (1979), não como “fenômenos exclusivamente psicológicos ou fisiológicos, mas sim fenômenos sociais, marcados por manifestações não espontâneas e da mais perfeita obrigação.” (MAUSS, 1979, p. 147). Nesse sentido, nos aproximamos dessa assertiva de Mauss, porém nos distanciamos em dois principais pontos. Primeiro, num sentido em que as interlocutoras dessa pesquisa, diferente dos casos analisados pelo autor, se apresentam em uma contramão do que poderíamos entender como sendo da normatividade, que seria a alegria como expressão obrigatória proveniente do nascimento de um filho. Segundo, na medida em que, ao contrário das manifestações coletivas e compartilhadas através de cerimônias públicas, as mulheres que fazem parte desta pesquisa vivenciaram seus sentimentos de maneira solitária e individualizada. Assim, me aproximo de Mauss na medida em que percebo os sentimentos e emoções enquanto linguagem e ação simbólica, mas torna-se necessário fazer um deslocamento em alguns sentidos de modo a delimitar as particularidades desta pesquisa.

⁹ Tal como salientou a banca de qualificação, realizada com a presença das professoras Sônia Maluf e Ednalva Maciel.

No contexto da nossa pesquisa, as emoções, tal como sua expressão, seriam um fator que também estaria diretamente ligado à questão da *camada social*¹⁰. Assim como Tânia Salem (1986), buscaremos realizar uma discussão quanto à demarcação do *ethos* da camada média, ao passo que os critérios socioeconômicos não se configurariam como suportes suficientes para estabelecer as demarcações entre os grupos, apesar de fornecer parâmetros importantes. A isto deveriam somar-se outras distinções de cunho mais simbólico, de maneira a ampliar os contornos fornecidos. Mais adiante, ao trazer o quadro dos perfis das mulheres entrevistadas, com informações mais socioeconômicas e descrições de cada uma mais detalhada, busco trazer esse duplo suporte de análise. Também é importante ressaltar – também sob a atenção de Salem – que estas considerações para a busca de uma “unidade” dos segmentos médios não se fazem mediante uma necessidade em relação à localização deste em uma categoria maior, como buscada pelos estudos de estratificação social e nos de estruturação das classes, mas, pelo contrário, através da diversidade de *ethos* no interior das camadas médias, enfatizando sua condição plural.

Gilberto Velho (1973) também traz uma reflexão interessante sobre o *ethos* desse grupo, que também nos auxiliou a pensar acerca dessa temática. Ele nos dá o exemplo da significação da expressão “estar deprimido” na camada média urbana, onde, embora não seja exclusiva desse segmento, estaria muito vinculada a “psicologização” dessa camada, na medida em que suas trajetórias e experiências estariam mais ou menos delimitadas socialmente, produzindo universos que utilizam com mais frequência essas expressões e cujo sentido está fortemente vinculado e marcado por fronteiras sociológicas (VELHO, 1973, p.21). Ou seja, o autor dirá que a significação de “estar deprimido” vai variar conforme os universos simbólicos e linguísticos de cada categoria social – como veremos mais a frente, no capítulo 3, quanto à DPP. Ele resalta também que as emoções, para essa camada, constituem preocupações e temas centrais, refletindo em seus vocabulários como na representação de suas experiências individuais, constituindo o que ele vai chamar de *projeto*.

Assim, na busca em elaborar a ideia de um *projeto de maternidade* das mulheres investigadas, percebemos um movimento de crítica e resistência, em meio ao movimento da *humanização do parto* (CARNEIRO, 2011; HIRSCH, 2015; TORNQUIST, 2003). Percebemos que, mesmo havendo um projeto que buscou no parto humanizado uma experiência marcante e singular, assim como através de uma amamentação exclusiva e em livre demanda e uma postura

10 Em contraponto à ideia de classe ou de estratificação social. Para essa discussão, ver Velho, 1975.

de atenção completa ao bebê nos primeiros seis meses (pelo menos), e que, ao se depararem com vivências e pensamentos que não condizem com esse projeto maior de maternidade, se sentem excluídas, isoladas, deprimidas em sua experiência puerperal, podendo, assim, culminar no que vão compreender como sendo parte da DPP. Isso me faz refletir sobre as “mães deprimidas” imersas no grupo das “mães humanizadas”. Sua tristeza, cansaço, conflitos e dificuldades podem ser expressados? E se expressados, serão aceitos?

O *projeto de maternidade* das mães que entrevistei articula-se assim, em nosso entendimento, em torno de um *projeto de humanização*. Em nossa elaboração, esse projeto maior se ampliaria para além da preparação e experiência de parto, mas de uma elaboração mais ampla acerca das escolhas e subjetividade das mães. Também se articularia ao que Lina Maruane (2014) vai chamar de “mães-totais”, ora buscando cumprir esse papel, ora criticando-o enquanto lugar de opressão. Segundo esse ideário, mais do que desejar ter um parto normal ou amamentar extensivamente e exclusivamente os filhos, seu desempenho as exige um investimento emocional de felicidade e realização em vivenciar essa “maternidade integral”.

*

Este trabalho se propõe a analisar as narrativas de mulheres que vivenciaram a DPP, buscando perceber as múltiplas compreensões acerca dessa temática. Essas narrativas nos conduzem não só para a uma dimensão de adoecimento, mas também para diversas esferas do processo puerperal, tais como culpa, amor, medo e expectativas em torno da maternidade. A relação entre saúde e gênero também será problematizada, na medida em que buscaremos perceber os discursos que circundam a temática da DPP, de modo a perceber as singularidades e cruzamentos entre as formas de expressar essa vivência.

A partir da escuta das interlocutoras, foi possível mergulhar nessa temática, a fim de perceber alguns discursos e práticas que emergem nesse âmbito, ora se aproximando de um ideário de maternidade, ligado a um modelo normativo do que seria uma “boa mãe” – o *dispositivo da maternidade* –, ora buscando fissuras e resistências a esse modelo. Nos discursos analisados coexistem elementos que, para fins de organização da escrita da dissertação, foram subdivididos em algumas categorias analíticas, sendo guiado por dois estudos de caso que nortearão parte da análise, sendo também atravessados a todo momento pelas outras interlocutoras. A questão central não está em determinar os fatores ou sintomas ou sentimentos que estruturam a vivência da DPP, mas sim perceber, a partir dos relatos, a complexidade dos significados que estão envolvidos nessas experiências, de modo a traçar linhas de interseção com temas ligados as questões de gênero, da saúde e corpo das mulheres e da maternidade.

Quanto às questões metodológicas, esta pesquisa contou com *entrevistas compreensivas* (KAUFFMAN, 2013) semiestruturadas e observação participante em ambientes de discussão – presenciais e virtuais – acerca da gravidez, parto e puerpério, assim como da maternidade. Foram locais multifacetados, passando por Grupos de Trabalhos em congressos e conferências¹¹, grupo de apoio ao parto humanizado, roda de conversa de coletivo de mães feministas e diversos grupos de *facebook*. Foram realizadas nove entrevistas, sendo todas gravadas e transcritas na íntegra por mim. As observações também geraram diários de campo, material este que foi utilizado como fonte para as análises subsequentes. Também foi realizado, após as entrevistas com as interlocutoras, uma entrevista com um psiquiatra especialista em DPP. Ao final, obtivemos de material bruto cerca de 11 horas de gravação, que se transformou em uma média de 190 páginas de transcrição, além de cerca de 50 páginas de notas e diários de campo nas observações participantes.

Nos inspiramos metodologicamente em C. Wright Mills (1980), através do *artesanato intelectual*, pois ele convida a fazer uma costura criativa na pesquisa, com multiplicidade de fontes e de processos. Assim, busquei me envolver na “invenção de técnicas de pesquisa e de abordagem ajustadas à natureza do tema do objeto” (MARTINS, 2013, p. 24), no caso, em desenvolver uma metodologia particular, que pudesse dar conta das minhas necessidades do campo, assim como da maneira mais adequada para realizar as entrevistas. O saber do senso comum é levado em conta enquanto categoria de conhecimento, logo, de construção do saber, ao passo que busquei trazer as definições a partir das experiências e visões de mundo de cada envolvida na pesquisa na tentativa de dialogar e aprender com elas. As pausas, silêncios e emoções também foram observadas de maneira diferenciada, pois creio que ali habite grandes reflexões. A questão da integralidade entre o objeto e vida cotidiana se entrecruzou em diversos momentos da pesquisa, em conversas informais com mães conhecidas e desconhecidas sobre suas/nossas dificuldades em exercer o papel materno atualmente, como a questão da amamentação em público ou sobre as imposições do que se deve ou fazer para ser uma boa mãe, e em processos mais específicos da minha vida cotidiana.

Quanto à estrutura da dissertação, chegamos em três capítulos. O primeiro, de cunho metodológico, trará a chegada ao tema e ao universo pesquisado, buscando descrever e mostrar os caminhos e escolhas percorridas em campo. No segundo e o terceiro, inspirados pela

11 A saber: 13º Fazendo Gênero, III Desfazendo Gênero, II Reunião de Antropologia da Saúde (RAS), 31ª Reunião Brasileira de Antropologia (RBA), Conferência From Birth to Health (Lisboa/Portugal) e IV Semana de Antropologia da UFPB.

tripartição trazida por Tânia Salem (1986), buscamos um caminho que abarca gravidez, parto e pós-parto.

Para fins da presente pesquisa, nos relacionamos da seguinte forma com essa tríade: através da gravidez, buscamos pensar sobre a escolha da maternidade, assim como os elementos que se aproximam e se afastam através dessa decisão; já o parto, o encaramos como uma experiência liminar, estando diretamente imbricado com o *projeto de maternidade* das mulheres analisadas. Ambos os temas serão tratados no capítulo dois. E, por fim, no terceiro capítulo, o pós-parto enquanto vivência da DPP, trazendo as múltiplas concepções acerca dessa temática, assim como a polissemia de sua representação. Desse modo, partiremos das preparações e expectativas vivenciadas na gravidez, assim como da experiência do parto como uma experiência *liminar* e parte do projeto de maternidade dessas mulheres, para então adentrar no pós-parto envolto desse panorama prévio. Para essa primeira parte, traremos mais descritivamente o caso¹² de Nix – que viveu uma violência obstétrica em sua busca pelo parto domiciliar – como ilustração de nossa elaboração, para então imergir no objeto central da pesquisa, através do caso de Deméter – que foi diagnosticada com DPP, porém nutria uma resistência em relação ao diagnóstico.

Desse modo, a elaboração desta dissertação se destinará a refletir, através do pensamento sociológico, as ambivalências existentes no puerpério, tendo como guia a experiência da DPP. Este trabalho apresenta-se como um estudo que busca compreender, através de reflexões históricas, sociais e culturais, assim como através das narrativas de mulheres de camadas médias, como a experiência da DPP é significada e representada, buscando assim fazer uma análise que problematize a relação entre saúde e gênero.

Assim, espero conseguir, minimamente, trazer esse passeio ao tema da depressão pós-parto, mostrando os caminhos que percorri e os encontros que tive, assim como, inevitavelmente, o meu percurso reflexivo enquanto pesquisadora, mulher e mãe.

12 A escolha de casos tem longa tradição na literatura das Ciências Sociais, mas tive uma inspiração direta através da tese de Mônica Franch acerca do tempo (FRANCH, 2008).

. Capítulo Um .

A EXPERIÊNCIA DE CAMPO:

Para além do diagnóstico

Chegada ao tema

A depressão pós-parto não foi um tema que me “perseguiu” na minha vivência de graduação ou que emergiu, pelo menos intencionalmente, de uma vivência pessoal – apesar da memória do meu puerpério tomar uma outra proporção ao final deste processo de escrita. Mas a questão central é que, desde a graduação até a elaboração do projeto para seleção do mestrado, um objeto acadêmico que sempre me impulsionou estava atrelado à percepção de como as “doenças mentais” me pareciam um campo pulsante para se pensar acerca de uma sociedade que se mostrava, pra mim, cada vez mais amedrontadora e patologizante. Assim, os caminhos que esta pesquisa de mestrado tomaram foram múltiplos. Não imaginava, inicialmente, que iria estudar maternidade ou temas ligados à emoção na minha pesquisa. Achava que estava objetivamente preocupada com questões da ordem da saúde, ligadas ao corpo da mulher, ou seja, apesar de já ter a questão de gênero como norteadora do meu objeto, não tinha ainda ideia do quanto esse tema se multifacetaria – e me afetaria.

Desde que entrei no Programa de Pós-graduação em Sociologia da UFPB, em 2017, muita coisa passou pela minha cabeça ao pensar o tema da depressão pós-parto: sua construção enquanto objeto de um saber biomédico específico, os sistemas e dispositivos de poder que o circundam, sua relação com a discussão de gênero e as narrativas de cada mulher com quem pude estar em contato, com sua consequente multiplicidade de experiências acerca da maternidade. Agora, no momento da escrita propriamente dita, neste momento de materializar o percurso, as leituras, reflexões e – por que não? – emoções, me vejo em busca de tentar trazer elementos e reflexões que me perpassaram, de modo a reaccessar as etapas que me atravessaram nesse tempo.

Ao juntar esse emaranhado de coisas, me deparo com uma pergunta muito simples e básica e, ao mesmo tempo, complexa e fundamental: com o que, exatamente, pretendo contribuir ao campo sociológico ao pensar o tema da depressão pós-parto? Numa tentativa de responder a esta pergunta de maneira franca, me deparo com três pontos. Primeiramente, a vontade de dialogar com o campo das Ciências Sociais da Saúde, que se mostrou um campo bastante estimulante para mim enquanto pesquisadora social, principalmente através da

intersecção de gênero; segundo, trazer o tema da depressão pós-parto buscando refletir sobre corpo e maternidade, através de seu caráter de construção social e imerso em disputas de poder e ambivalências; e, por fim, a busca em visibilizar essa experiência narrada pelas mulheres, trazendo suas vivências e reflexões enquanto elementos importantes para a construção de conhecimento.

Esta pesquisa foi impulsionada por minhas experiências anteriores enquanto pesquisadora, pois, já na graduação¹³, me pus a refletir sociologicamente sobre os “mal-estares”, tendo a depressão como grande ponto de interesse. Naquele primeiro momento, me interessava investigar a dita “epidemia do século” e tentar entender melhor como essa doença mental se disseminou tão fortemente nos últimos tempos, chegando a afetar 322 milhões de pessoas no mundo, segundo dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).¹⁴ Neste contexto, os índices de depressão aparentam acompanhar, numa proporção ascendente, uma gama de modificações provenientes da transição para a modernidade, sendo considerada “o mal do século XXI”.

Dentro deste amplo universo de reflexões sobre a depressão, um dado me chamou atenção: em praticamente todos os estudos acerca do tema, a grande maioria de casos era em mulheres. Isso me saltou aos olhos, gerando diversas indagações: por que as mulheres parecem se deprimir mais que os homens?¹⁵ Em que o gênero influi neste contexto? Que fatores estariam sendo levados em conta para esses dados? Isso viria de uma constatação epidemiológica? Como ler sociologicamente esses dados? Até que ponto essas estatísticas deveriam ser entendidas como verdade?

Assim, ao adentrar no recorte de gênero no âmbito da depressão, pude observar que certos fatores relatados e descritos como sintomas da depressão em mulheres, assim como a descrição do corpo e de seu funcionamento, estavam fortemente imbricados com a maneira pela qual a medicina se construiu enquanto campo de saber responsável pelas interpretações sobre o corpo da mulher. Ao mergulhar nesse campo e, portanto, indo em busca de uma problemática mais específica e localizada diante dessa ampla discussão, cheguei à *Depressão Pós-Parto (DPP)*, que, por se tratar de uma patologia exclusivamente da mulher, me pareceu carregar uma boa articulação entre saúde do corpo das mulheres, relações de gênero e as pressões sociais existentes em torno da maternidade.

13 Graduação em Ciências Sociais, pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

14 Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/depressao-cresce-no-mundo-segundo-oms-brasil-tem-maior-prevalencia-da-america-latina.ghtml>.

15 Referência a BAPTISTA; BAPTISTA; OLIVEIRA, 1999).

No primeiro momento da pesquisa, investi muito das minhas leituras em tentar compreender melhor a definição e compreensão biomédica da DPP, a fim de entender um pouco quais os principais sintomas e suas definições. Por isso, fui ler o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais – 5ª edição (DSM-V)¹⁶ –, como também alguns artigos e livros sobre o tema (IACONELLI, 2005; ZINGA; PHILLIPS; BORN, 2005; FRIZZO; PRADO; LINARES; PICCININI, 2008; SARAIVA; COUTINHO, 2008), em busca de me apropriar de uma literatura mais biomédica sobre a DPP, já que eu iria não só dissertar sobre o tema mas também achava que, pelo fato de entrar em contato com mulheres que a vivenciaram, também precisaria deste conhecimento “oficial”. Nesse primeiro período também achei que precisaria encontrar mulheres que tiveram o diagnóstico da DPP, pois tive uma visão preliminar que o diagnóstico legitimaria um estudo sociológico sobre DPP. Porém, ao adentrar ao campo e já atendida pela minha orientadora para uma possível ampliação dessa minha concepção, percebi cada vez mais que um perfil filtrado pelo diagnóstico tinha cada vez menos importância para a minha reflexão, e sim a significação da vivência das mulheres.

O perfil irei trabalhar nesta dissertação consiste em mulheres que tiveram o diagnóstico, mas também mulheres que, cada uma a sua maneira, acham que tiveram a DPP, de modo a abarcar auto-diagnósticos e outras questões relacionadas à medicalização e patologização do corpo e das emoções das mulheres. Essa mudança de perspectiva modificou bastante minha disposição para o tema e para as leituras subsequentes, assim como para a formulação das questões das entrevistas. Nesse primeiro momento, minha reflexão estava mais voltada para a compreensão da DPP enquanto uma experiência que se limitava a uma dimensão de adoecimento e medicalização, isto é, estava diretamente relacionada à existência ou não de um diagnóstico médico.

Nesse momento, tive dificuldades em encontrar mulheres que se dispusessem a participar da pesquisa. Não sei ao certo a origem dessa dificuldade, mas nutro a hipótese de que, ao se tratar de um tema pouco visibilizado, as mulheres que passaram pelo diagnóstico não se manifestaram ou mesmo nem estavam presentes nos grupos de maternidade e pós-parto com que pude ter contato em busca de interlocutoras. Então, procurei grupos (presenciais e virtuais) que se localizassem em Recife/PB e João Pessoa/PB e que tratassem do tema do parto e da maternidade. A escolha dessas cidades se desenhou por serem os ambientes que formavam meu

16 O DSM-V se configura como a principal base de referência para diagnósticos de saúde mental, usado por médicos e psicólogos em todo o mundo. Esta é a versão mais atual do manual organizado pela Associação Americana de Psiquiatria para definição dos diagnósticos de transtornos mentais. Ela é de maio de 2013, em substituição ao DSM-IV, criado em 1994. Sua primeira versão, o DSM-I, foi criada em 1952.

trânsito no momento do mestrado, por residir em Recife, mas fazer o mestrado em João Pessoa. Inicialmente, pensei em traçar um estudo comparativo entre as cidades, pois percebia uma certa diferença de abordagem e atuação do movimento da humanização. Porém, o desenrolar da pesquisa me levou a apenas duas mulheres de João Pessoa, tornando-se impossível levar esse desejo adiante, por se tratar de uma amostra muito reduzida.

Em busca de fazer uma ampliação de perspectiva, ou seja, ao realizar a “simples” modificação de “procuro mulheres que tiveram DPP” para “procuro mulheres que tiveram *ou acham* que tiveram DPP”, meu campo e minhas interlocutoras mudaram e falar de DPP se mostrou falar também de sofrimento na maternidade, relações de gênero, trabalho, cansaço, amor, dores, autonomia, solidão, descobertas, conquistas, prisões. Assim como também ocorreu um maior interesse de mulheres em participar da pesquisa, bem como indicações. Isso demonstra algo interessante sobre o campo, pois, dissertar sobre DPP para além da dimensão biomédica acabou por trazer outras camadas de reflexão.

Ao transitar do diagnóstico para a vivência, pude deixar um pouco mais de lado questões que são de maior interesse para área médica – como os sintomas, medicamentos ou desenvolvimento do bebê – para olhar para o tema da DPP por um olhar mais voltado para a construção dessas concepções. Nesse sentido, pensaremos a DPP como uma *experiência sintetizadora* (SALEM, 1986) do puerpério desse grupo analisado e no que vamos entender como sendo constituinte do *dispositivo da maternidade*, “na medida em que não só condensam uma visão de mundo como também exigem, ou expressam, um tipo específico de *ethos* por parte dos agentes que aderem a estas práticas” (SALEM, 1986, p. 27).

Campo preliminar: movimento exploratório

Como analisado por Rosamaria Carneiro (2011), o ambiente virtual – ou *blogosfera materna* – se configura, no cenário da humanização, como o principal meio de trocas de informações e relatos. Apesar de perceber que o tema da DPP ainda é pouco explorado nesse ambiente virtual, pude encontrar alguns elementos interessantes para se pensar a questão da problematização da essencialização da maternidade, assim como das dificuldades encontradas na vivência puerperal, através de memes¹⁷ e postagens. Essas buscas fizeram parte do movimento exploratório e ajudaram a definir a temática e o grupo que finalmente seria

17 A expressão meme de Internet é usada para descrever um conceito de imagem, vídeos, GIFs e/ou relacionados ao humor, que se espalha via Internet. O termo é uma referência ao conceito de memes, que se refere a uma teoria ampla de informações culturais criada por Richard Dawkins em seu best-seller de 1976, o livro *The Selfish Gene*. (fonte: Wikipédia)

escolhido para realizar as entrevistas. A observação *online* me acompanhou ao longo de todo o processo da pesquisa.

Durante a pesquisa também fiquei mais atenta as diversas formas de representação da “maternidade real”, em contraponto à “romantizada e essencialista”, através de imagens diversas, filmes, memes viralizados em redes sociais e etc. Nas figuras abaixo, trago dois exemplos de imagens que foram compartilhadas em ambientes virtuais sobre maternidade e que ilustram duas dimensões importantes de nossa análise, ligadas à desessencialização da figura materna como um ser instintivo, assim como da temática da DPP, mais especificamente.

FIGURA 1

- ah pq mulher ja nasce com
instinto materno



Fonte: internet

FIGURA 2



Fonte: perfil de Kathy DiVincenzo

Na primeira imagem, um meme que circulou em diversos grupos de parto e perfis de mães e levantou, de maneira bem-humorada, a questão da problematização da visão essencialista de que a mulher teria uma aptidão inata para a maternidade. Já na segunda, trata-se de um ensaio fotográfico da americana Kathy DiVincenzo, que vivenciou a DPP e decidiu expô-la com a intenção de ajudar mulheres que sentem os mesmos sintomas, porém não buscam ajuda por vergonha ou falta de apoio. Publicado com a hashtag #EndTheSilence, o texto teve mais de 70 mil compartilhamentos.

Ainda no ambiente virtual, pude observar um grupo específico sobre a temática da DPP e percebi que se configurava não só como um local para se falar sobre adoecimento (medicações e afins), mas principalmente como um grupo de apoio para desabafos sobre as dificuldades da maternidade, que aparentavam não ter espaço nos grupos de temática mais voltada para maternidade em geral. Esse grupo se mostrou ser o único grupo ativo sobre o tema, contando com 4.845 membros. Pensei em utilizá-lo para encontrar as interlocutoras, porém, ao disponibilizar *online* o guia de perguntas, tendo obtido 21 respostas, percebi que se tratava de um grupo bastante heterogêneo, tendo mulheres de todas as partes do Brasil e com diversos perfis sociais, o que inviabilizou o uso dos dados e perfis.

Durante o campo exploratório, também fui a um encontro presencial de um grupo de assistência ao parto humanizado. Isso se mostrou necessário, na medida em que eu buscava, naquele momento, me familiarizar um pouco mais com o campo da humanização, assim como encontrar possíveis mulheres para participar da minha pesquisa – fator que não se mostrou eficiente. Em Recife/PE, a questão do parto humanizado já foi bem estudada, principalmente pelas pesquisadoras do *Narrativas do Nascer*¹⁸, assim não adentrarei tanto nessa elaboração.

No grupo observado, que chamarei, ficticiamente, de *Nascer Bem*, a vivência começou com uma meditação, depois colocaram um vídeo e imagens do que seria o tema daquele dia: o períneo ou, segundo as organizadoras, “onde o bicho pega”. Percebi que elas se determinam como um grupo que dialoga com a Medicina Baseada em Evidências (MBE), assim, ouvi em vários momentos falarem as informações como “embasado cientificamente” e “muitos estudos/pesquisas provam/contestam que...”. Isto me trouxe um elemento interessante, de modo a contrapor a de um outro grupo que pude observar indiretamente, que chamarei – também ficticiamente – de *Grupo Parindo* e que traz uma visão mais holística e ancestral do momento do parto, assim como de sua preparação.

¹⁸ *Narrativas do Nascer* é um grupo de pesquisa e extensão da UFPE, que tem coordenação da profa. Elaine Müller. Sobre essa produção, ver PIMENTEL, 2017 e RODRIGUES, 2015.

Ambos os grupos aparecerão, mais à frente, no relato de algumas das entrevistadas, sendo principalmente criticados por elas. Fiquei me questionando se, no momento em que elas fazem as críticas e os distanciamentos, isso as retiraria da relação com os grupos e ideais da humanização. Nutro a hipótese de que não, pois, como já disse anteriormente, acredito que a *humanização* seja uma concepção que extrapola os grupos e o momento do parto, estando também imbricada em uma gama de concepções e reflexões conectadas com um ideal de bem nascer e bem viver dos filhos, através de uma amamentação extensiva e exclusiva e cuidados prolongados e também exclusivos pelos pais. Ao criticar esses grupos, acredito que elas se posicionem frente aos seus lugares de *outsiders* (BECKER, 2008) dentro do posicionamento pontual dos grupos, mas não exatamente fora da lógica mais geral do movimento.

Guia de perguntas – estratégias e reflexões

Chegar ao guia de perguntas foi um percurso que demandou tempo, cuidado e muita reflexão. Isso se deu, em parte, pelo fato de se tratar de um tema delicado, não só pela vivência relatada de sofrimento, mas também por uma busca de exposição da DPP que respeitasse as mulheres em suas experiências. Assim, a busca por uma condução que respeitasse a entrevistada em sua particularidade foi algo de muita importância, para mim enquanto pesquisadora. Como chegar, no fluxo das perguntas, até o tema da DPP? Supostamente, não seria uma abordagem nem inicial, nem direta.

Esse trabalho foi realizado coletivamente, dado que algumas questões fazem parte da própria bagagem da profa. Mónica Franch e do que ela “carregou” para a orientação. Nosso roteiro foi inspirado também nos roteiros de entrevista utilizados por Mónica Franch, Artur Perrusi e equipe em duas pesquisas sobre sorodiscordância para o HIV (PERRUSI; FRANCH, 2013), que, por sua vez, também se inspiraram em trabalhos sobre trajetórias reprodutivas, como os realizados por Maria Luiza Heilborn et al. no estudo Gravad (2006) e Narrativas de vida (2009), de Daniel Bertaux. Assim, buscamos pela construção de três eixos centrais:

- *O antes*: neste primeiro momento, buscamos investigar a notícia da gravidez, a vivência do período gravídico e a experiência do parto, a fim de fazer surgir questões relacionadas às expectativas diante da maternidade; como elas se prepararam para a maternidade, o que leram, pesquisaram, assistiram, etc.; e, por fim, qual era sua rede de apoio neste primeiro momento, buscando investigar a figura paterna;

- *A transição*: através da narrativa acerca do trabalho de parto e parto; o que sentiram ou pensaram no momento do nascimento, de modo a compreender esse “primeiro encontro”; quem esteve presente.
- *O pós*: explorar a descrição do período puerperal. Como foi, como era a rotina (caso houvesse uma rotina); como foi a experiência da amamentação, de modo a entender se estava relacionado a uma dimensão positiva ou negativa da experiência puerperal; qual era sua rede de apoio neste momento, para, então, adentrar no tema da DPP, investigando como se chegou a esse diagnóstico ou concepção de diagnóstico; como lidaram com isso e as pessoas à sua volta; o tempo de duração; e o que elas acham que pode ter influenciado essa experiência.

Neste segundo eixo, duas questões foram adicionadas à entrevista posteriormente – a questão sobre o trabalho e a relação geracional com mãe/sogra – de modo a trazer o caráter aberto e criativo necessário diante das respostas das entrevistadas, possibilitando aberturas reflexivas acerca do tema.

Ao fim, senti a necessidade de propor uma pergunta “sintetizadora”: “O que é ser mãe você?”. Essa pergunta vai de encontro com uma tentativa de compreender uma abordagem “resumida” acerca da maternidade, a fim de abarcar suas concepções sobre o tema proposto. Também realizei uma última pergunta, via *whatsapp*, sobre suas relações com o feminismo, as perguntando: “Qual sua relação com feminismo?”. Realizei esta última pergunta, pois percebi que eu estava pressupondo, sem dados, que elas teriam uma relação direta com o feminismo – o que se confirmou, após a realização da pergunta.

Além do guia de perguntas, também coletei: idade, profissão, escolaridade, estado civil, renda familiar e quantidade de filhos, com suas respectivas idades.

As entrevistas

Desde o início da pesquisa, eu já sabia que queria trabalhar com entrevistas. Esse desejo se fez, principalmente, diante da escassez de material que trabalhasse a temática da DPP no âmbito das Ciências Sociais, assim como em trabalhos que trouxessem o ponto de vista dos sujeitos para se pensar a experiência de adoecimento da DPP.

Durante a revisão da literatura, grande parte dos trabalhos que me deparei eram

provenientes do campo médico – principalmente da psiquiatria – e da psicologia, sendo em sua maioria através de caráter quantitativo. No âmbito das ciências sociais, encontrei uma boa literatura sobre depressão (KLEINMAN, 1988; EHRENBERG, 2004 e 2000; PERRUSI, 2015; MALUF, 2015), porém pouquíssimo material sobre a DPP especificamente – com exceção de alguns, principalmente do campo antropológico, que trarei no capítulo 3.

Ao trazer a dimensão discursiva para o meu estudo sociológico sobre a DPP busquei produzir um material de cunho qualitativo nesse panorama, de modo a resgatar as experiências e significados em torno da DPP do ponto de vista das mulheres. Assim, optei por utilizar entrevistas para suporte metodológico, técnica amplamente usada nos estudos antropológicos e sociológicos no campo de estudos da saúde e que, segundo Maria Cecília Minayo (2013), se configura enquanto um instrumento privilegiado para as ciências sociais, pois traz a

possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos terminados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. (MINAYO, 2013, p. 109)

A *experiência* se torna fundamental em nossa análise, de modo a trazer um movimento contrário à busca de uma padronização de comportamentos e emoções típicas das elaborações biomédicas, e sim enquanto uma experiência multifacetada, fluida e, sobretudo, indeterminada, e que não deveria ser deduzida através de um sistema coerente e ordenado de representações, símbolos e ideias, sendo também “marcado por contradições e vastas zonas de imprecisão” (RABELO; ALVES, SOUZA, 1999, p. 17). As narrativas aparecem como forma de interpretação da experiência individual e coletiva, assim como veículo de sentido, onde, no caso particular de narrativas ligadas ao contexto de doença, se tornam “centrais para uma compreensão dos modelos interpretativos dos grupos pesquisados, de suas explicações sobre a doença e sobre a história vivida pelo narrador ou pelos atores sociais implicados” (MALUF, 1999, p. 73).

Também me inspirei metodologicamente no sociólogo francês Jean-Claude Kaufmann (2013)¹⁹. Em diálogo direto com Wright Mills, Norbert Elias, Wilhelm Dilthey e Pierre Bourdieu, Kaufmann traz a ideia da entrevista como um conhecimento artesanal, como uma *bricolage*. Ao se referir a pesquisadores-aprendizes, que se veem inseguros em meio às regras

19 Essa inspiração partiu da orientação trazida na defesa do projeto pelo prof. Artur Perrusi.

metodológicas formais, “neutras” e exigentes do campo, o autor defende que, apesar da suspeita da entrevista ser “um método que parece frouxo, de acesso muito fácil, suspeito a priori” (KAUFMANN, 2013, p. 26), não se deveria enrijecer em modelos fechados, a fim de redigir “um belo capítulo metodológico com muitas citações, para se proteger das críticas” (KAUFMANN, 2013, p. 26). Assim, propõe a *entrevista compreensiva* como uma metodologia particular, que em muitos aspectos é “emprestada” de escolas vizinhas – principalmente a *Grounded Theory* – que tinham seu foco de atenção nas pesquisas qualitativas e empíricas, tendo como elemento central a narrativa, a palavra dita.

Se, por um lado, temos um modelo de entrevista que busca neutralidade, retenção, impessoalidade, personalização e padronização, que Kaufmann vai chamar de *modelo asséptico* (KAUFMANN, 2013, p. 39), temos, sob uma perspectiva oposta, o modelo da entrevista compreensiva, onde o entrevistador se envolve ativamente nas questões, a fim de provocar o envolvimento do entrevistado. Assim como, posteriormente, durante a análise de conteúdo, temos a interpretação do material não sendo evitada, mas, pelo contrário, constituindo-se como o elemento decisivo para a análise e desenvolvimento de uma *pequena teoria*.

Não se trata de um manual metodológico, aos moldes da pesquisa qualitativa tradicional, mas de uma obra que perpassa todas as etapas para construção, elaboração e análise de uma pesquisa. Assim, vai desde o adentramento no tema, passando pelo levantamento e problematização das leituras, o plano de execução, amostra, grade de perguntas, condução das entrevistas e, por fim, a investigação do material. Ele estimula a busca pelo rompimento da hierarquia no momento da entrevista, traçando um jogo de três polos: empatia, com compromisso e presença; “processo dialético”, com envolvimento mútuo; e o próprio objeto da pesquisa, através da problemática de pesquisa entrecruzada a narrativa da vida da informante. Jogo este que busquei fazer em meus encontros com as mulheres entrevistadas.

Escolhido o caminho pela entrevista, fui em busca de encontrar mulheres que pudessem participar da pesquisa – como dito anteriormente. Porém, fui percebendo que não seria tão fácil encontrá-las. No primeiro momento, achei que as encontraria através de um dos principais grupos de apoio ao parto em Recife/PE, seja pelo seu grupo do *facebook* (que conta com 4.423 membros, até agosto de 2018) ou pelas próprias coordenadoras dos grupos. Porém, não obtive nenhuma indicação precisa. Nutro a hipótese de que esse local de apoio ao parto (tanto presencial quanto virtual) não se constituiu enquanto lugar para compartilhamento de dificuldades e problemas do pós-parto. Percebi que não havia esta discussão nem no grupo do *facebook*, que parecia funcionar mais como meio para divulgação de matérias sobre o tema do

parto e perguntas das parturientes sobre médicos, planos de saúde e afins – nem no encontro presencial que tive a oportunidade de participar.

Diante dessa dificuldade, optei por acionar minha rede de contatos mais próxima. Este fator, por um lado, facilitou uma primeira inserção nas narrativas, de modo que as primeiras entrevistas envolviam uma certa “intimidade” para compartilhar a própria história. Mas, por outro, limitou o perfil encontrado a afinidades e valores compartilhados com o meu perfil social, econômico e cultural. Nesse sentido, apresentar minhas interlocutoras exige fazer também uma autoanálise ou uma socioanálise, no sentido dado por Pierre Bourdieu (2000), para delimitar os contornos de meu universo. Neste ponto, informo que eu, Lorena, sou uma mulher jovem, branca, de classe média, com formação universitária de humanas, politicamente afinada à esquerda e culturalmente dentro do espectro que se costuma chamar “alternativo”, para diferenciar do *mainstream*. Como mostrarei mais adiante, minhas características econômicas, sociais e culturais tiveram um efeito no grupo de mulheres que contribuiu nesta pesquisa, sendo necessário destacar, portanto, o caráter singular e específico do grupo pesquisado.

Por conta das dificuldades encontradas para a construção de uma amostra mais ampla de mulheres participando da pesquisa, e, ainda, na pontuação do meu lugar de fala, pensado eticamente e em termos identitários, esse grupo de nove mulheres afigurou-se como sendo também um grupo em sua maioria constituído de mulheres brancas, com formação acadêmica e da camada média. Constatado que tal grupo não representa uma generalidade quando discorro sobre a DPP. E, por isso, considero ser pertinente não deixar brechas para uma interpretação essencialista do meu recorte. Como mencionado anteriormente, as nomeações e vivências com a DPP podem ocorrer de formas muito distintas a depender de aspectos interseccionais, relacionados a raça e camadas socioeconômicas. Desse modo, reconheço os espaços de privilégio e as limitações dessa amostragem, no sentido de um todo. Porém, também considero que tal amostragem é legítima dentro do recorte que faço, e pode ter interseções com outras experiências de mulheres não contempladas neste recorte.

Acredito que também seja fundamental ressaltar que esta pesquisa toma uma outra proporção para mim, enquanto acadêmica, por se tratar de um tema que faz parte da minha vida: a maternidade²⁰. Assim, tanto em campo, quando quase todas as entrevistadas me perguntaram se eu era mãe ou se eu havia tido a DPP, como na própria formulação das questões e reflexões,

20 Essa reflexão partiu do I *Simpósio Brasileiro sobre Maternidade e Ciência*, realizado em 2018, que buscou realizar um encontro com pesquisadoras de diversas áreas científicas que vivenciaram a maternidade durante a carreira acadêmica a fim de debater sobre as inúmeras dificuldades e impedimentos arraigados no âmbito acadêmico. As palestras e mesas estão disponíveis *online* em: <https://www.youtube.com/c/ParentinScience>

o fato de ser mãe influenciou de maneira direta na minha subjetividade enquanto pesquisadora, tanto como um elemento estratégico de aproximação com as mulheres que tive contato, como para meu lugar de reflexão enquanto, quem sabe, objeto do que estudo. Esse ponto não se pretende enfatizar enquanto postura essencialista acerca do tema, apenas enquanto elemento pertencente à minha subjetividade e atuação social enquanto pesquisadora. Pontuo, assim, a importância da colocação deste lugar de vivência e de reflexão.

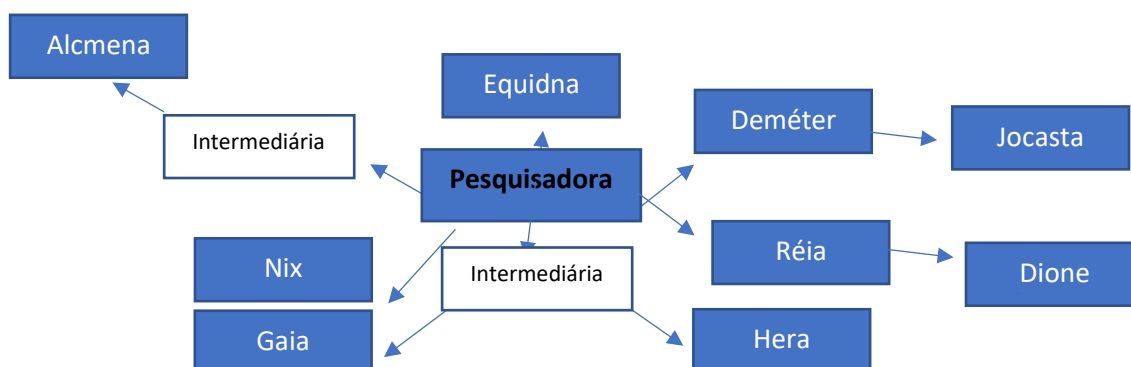
Esta questão da proximidade entre minha posição e das entrevistadas também se mostrou como algo relevante a ser posto em questão. Ser uma mãe e mulher branca de classe média, assim como a maior parte delas, me remete à reflexão de Gilberto Velho (1977), na qual, ao observar o que me é familiar, me distancio das premissas tradicionais das Ciências Sociais, tais como distanciamento e imparcialidade, para adentrar esta realidade “familiar e exótica” com filtros do meu ponto de vista e interpretação. Assim, em diversos momentos da pesquisa me vi intelectual e emocionalmente confrontada e afetada pelo objeto, tornando um trabalho de constante atenção o processo de olhar para o objeto que me propus a analisar. Desse modo, situar este meu lugar nesta pesquisa busca formular a uma perspectiva feminista que pressupõe que nenhum conhecimento científico é livre de valores e neutro, e sim inserido em pontos de vista e interpretações específicos.

Como já dito anteriormente, as entrevistas foram realizadas com mulheres que foram diagnosticadas e/ou acham que tiveram DPP. Optamos por não nos limitar ao diagnóstico formal, proveniente de um profissional da saúde, logo, algo que não se restringe ao campo biomédico. Assim, enviei, via *whatsapp*, uma mensagem para todos os meus contatos que são mães, dizendo que estava em busca de mulheres que tiveram ou acham que tiveram DPP para participar da minha pesquisa de mestrado, chegando a 9 perfis.

Toda as entrevistas foram gravadas e, ao final, ainda gravando, as informava que as entrevistas seriam utilizadas apenas para fins da pesquisa e que suas identidades seriam mantidas em sigilo, de modo a preservar suas identidades, assim como para exercer um certo distanciamento estratégico para análise de suas narrativas – já que eu tinha uma certa intimidade com algumas das entrevistadas.

Desse modo, em busca de encontrar inspiração para os nomes que seriam substituídos, assim como através do meu interesse pessoal pela mitologia grega, decidi me referir a elas como personagens icônicas e maternas desse universo, tanto por suas histórias quase sempre de sofrimento, como por serem figuras que também carregam os arquétipos da maternidade. São elas: Deméter, Réia, Gaia, Equidna, Jocasta, Nix, Hera, Dione e Alcmena. Dentre elas, quatro

das mulheres vieram da minha rede de contatos mais próxima (amigas e conhecidas) e cinco foram provenientes de indicações pelo método bola de neve (*snow ball*). Chegando, assim, ao seguinte esquema:



Fonte: elaboração própria

A maior parte das entrevistas foram realizadas em domicílio, se dando a partir da solicitação das mesmas. Esse fator aparenta estar relacionado a uma maior comodidade e privacidade para se tratar do tema. Apenas duas entrevistas foram realizadas em outros locais (trabalho e local de estudo). O clima geral das entrevistas foi de tranquilidade e, em diversos momentos, de emoção, onde todas se mostraram muito abertas para tratar do tema – algumas estavam falando aquilo pela primeira vez. A maioria delas começava a falar antes mesmo de haver uma preparação da minha parte para ligar o gravador, o que acabou gerando um “jogo de cintura” (BONETTI; FLEISCHER, 2007) para esse procedimento, a cada entrevista.

Um dado que também se faz necessário pontuar diz respeito à presença de alguns pais das crianças durante as entrevistas. Em sua maioria, cumpriam o papel de cuidadores para deixá-las disponíveis para a entrevista. Apenas um deles se manifestou ativamente durante a pesquisa. Até ele chegar na sala, achava que estava sozinha com Gaia em sua casa. Gaia trazia diversas críticas ao seu companheiro, principalmente em relação à sua falta de presença no puerpério e, segundo ela, dele achar “frescura” seus medos e sofrimentos nesse momento. Em um determinado momento, levo um susto com sua aparição. Ele diz que “seu nome é doce”, se referindo à fala de sua esposa e me questiona sobre minha “escuta unilateral” acerca do período. Falo que entendo seu questionamento, mas que, naquele momento, escutaria as mães, ressaltando a importância de também ouvir outros membros da família – “quem sabe em um outro momento”.

Ao final do processo das entrevistas com as mulheres, também senti a necessidade de fazer mais uma entrevista, desta vez com o psiquiatra especialista em DPP, Dr. Amaury

Cantilino²¹. Esse desejo se construiu pelo fato de, em campo, me deparar com uma multiplicidade de discursos acerca do tema, assim como diversas referências nas falas delas a questões de ordem biomédica. Isso provocou uma curiosidade em compreender melhor como o campo biomédico interpretava determinados discursos e sentimentos das mulheres, pois, ao ler os manuais e trabalhos sobre o tema, me deparei muito mais com estudos quantitativos e que não ressaltavam as falas e particularidades das narrativas das puérperas, e sim dados mais ligados à sintomatologia. Assim, o desejo de ir até um espaço clínico auxiliou na coleta de dados na ordem do discurso, de modo que Cantilino relatou também ouvir discursos semelhantes aos que ouvi, como mostrei mais à frente.

Universo pesquisado: as mulheres

Nesta secção, apresentarei as mulheres entrevistadas evidenciando alguns pontos importantes de suas trajetórias, assim como alguns elementos que pude observar durante as conversas. Assim como elas fizeram os seus recortes de fala, também os farei segundo o que me chamou atenção como fator de interesse durante o processo artesanal de análise, de modo a fazer uma *dupla seleção*, tal como Mónica Franch realiza em sua tese:

Escrever o tempo, neste trabalho, resulta portanto de uma dupla seleção. A seleção feita pelos jovens que, ao falarem comigo, escolhiam os aspectos de suas vidas que queriam me mostrar, norteados pelas preocupações do presente. E a minha escolha, que buscou em cada narrativa juvenil elementos que me permitissem aprofundar determinados aspectos da vivência temporal desse grupo (FRANCH, 2008, p. 78).

Assim, organizei esse momento através de duas elaborações: primeiro, a partir de uma tabela com alguns dados socioeconômicos, de modo a trazer um panorama mais amplo, localizando-as, logo, enquanto pertencentes à camada média. E segundo, através de uma breve nota biográfica, trazendo algumas informações relevantes acerca de suas vidas e processos de gravidez e puerpérios. Os perfis delas serão ampliados e complexificados ao longo da dissertação, sendo este então um primeiro momento de encontro e apresentação delas.

21 Contextualizando o aspecto de trazer seu nome real, o justificamos por ele ser tratado como um especialista da área, dando contribuições importantes e públicas sobre o tema – a exemplo da sua tese (CANTILINO, 2009) –, ao contrário das entrevistadas, que relataram aspectos privados e íntimos de suas vidas, sendo reservados então os nomes ao anonimato. Cantilino, então, é tratado tal como utilizado semelhante aos autores e autoras dessa dissertação, apesar de ser por via da entrevista. Ele é doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento (UFPE), sendo também professor adjunto do Departamento de Neuropsiquiatria da UFPE e Diretor do Programa de Saúde Mental da Mulher do Hospital das Clínicas, em Recife/PE.

TABELA 1 – DADOS DAS ENTREVISTADAS

NOME	IDADE	PROFISSÃO	ESCOLARIDADE	SITUAÇÃO CONJUGAL	RENDA FAMILIAR	QUANT. FILHOS/ IDADE ²²	PARTO
Deméter	37	Realizadora audiovisual (freelancer)	Pós-graduanda (mestrado)	União Estável	R\$8.000	2 (9a3m/2a1m)	2 cesáreas
Réia	35	Professora/ pesquisadora	Pós-graduada (doutorado)	União Estável	R\$10.000	1 (1a10m)	Normal
Gaia	37	Professora	Pós-graduada	Casada	R\$17.000	2 (2a2m/0m ²³)	2 cesáreas
Equidna	31	Fotógrafa (freelancer)	Superior incompleto	União Estável	R\$2.000 ²⁴	1 (2a1m)	Normal
Jocasta	39	Antropóloga/ produtora cultural (freelancer)	Pós-graduada (mestrado)	União Estável	R\$10.000	1 (10m)	Normal
Nix	36	Dona de casa	Superior completo	Casada	R\$10.000	1 (3a1m)	Cesárea
Hera	37	Editora/ Taróloga (freelancer)	Superior incompleto	Solteira	R\$1.600 ²⁵	2 (7a9m/6a5m)	2 Cesáreas
Dione	38	Defensora pública	Pós-graduada (mestrado)	Casada	R\$20.000	1 (2a8m)	Cesárea
Alcmena	35	Professora	Pós-graduada (mestrado)	União Estável	R\$5.000	1 (6a4m)	Cesárea

Fonte: Elaboração própria.

Em relação a esse quadro, algumas informações se mostraram interessantes de serem destacadas. A média de suas idades é 36 anos, variando de 31 a 39 anos. Isso se apresenta enquanto um dado importante de campo, pois fala de mulheres que “esperaram mais” para serem mães, apesar do *tempo biológico* da maternidade acabar por ser um fator determinante na escolha da maternidade delas – será desenvolvido no capítulo 2, junto à questão do trabalho, que também se evidenciou como elemento priorizado na vivência de maternidade delas.

22 a = anos; m = meses.

23 Estava grávida no momento da entrevista.

24 Esta renda é dela e do marido, que no momento da entrevista estavam desempregados. Eles moram juntos, porém não pagam aluguel, pois é um apartamento da família dela.

25 Hera mora com um amigo, porém este valor de RF é referente apenas a sua renda individual.

Quanto à conjugalidade, todas estavam com o pai da criança no período do puerpério, ou seja, não eram *mães solo*. Um outro dado nos salta aos olhos, ao observar esse quadro: suas rendas. Apesar de diversos estudos sobre estratificação social no Brasil ressaltarem que a questão econômica não seria mais o elemento central na delimitação do perfil social da população, tomamos esse fator (junto a outros) na busca por localizar melhor as informantes enquanto um perfil sociológico específico: camada média.

Como segundo elemento de apresentação do universo pesquisado, seguimos com uma breve apresentação das notas biográficas das mulheres:

1. *Deméter*

Deméter tem 37 anos, trabalha com publicidade e cinema e estava em meio a um mestrado em Artes Visuais no momento da entrevista. Mantém uma união estável com o pai de seus dois filhos, porém vivem em casas e cidades diferentes durante a semana. Ela vive com a filha mais nova (2 anos) em um apartamento, em João Pessoa/PB, e ele com o mais velho (9 anos), em Recife/PE. Em relação à gravidez, ela relata seu percurso com o pai das crianças: estavam com apenas quatro meses de namoro quando veio a notícia da gravidez, sendo não muito tempo depois de uma experiência difícil de aborto, com uma outra pessoa tempos antes. O aborto foi um fator que teve bastante evidência neste primeiro momento. Havia sido uma experiência que lhe “deixou um buraco”, que só “fora preenchido” após a chegada do primeiro filho.

Ela traz que a sua primeira gravidez foi na época do surgimento do *facebook* e ainda não existia o aplicativo *Whatsapp*, de modo que haveria uma menor rede de comunicação, comparado a hoje, e que mal se falava sobre puerpério. Ela se autodefine com uma visão holística da vida, preferindo florais, homeopatas e acupuntura à medicação. Ao ser diagnosticada com DPP, através de um médico, buscou “equilibrar” essas duas instâncias de tratamento – holística e alopata. Se considera uma pessoa com muitas questões existenciais e de extrema sensibilidade, o que acha que pode ter influenciado sua experiência com a DPP. Também se define com uma visão espiritualista da vida, já tendo frequentado centros de estudos budistas e espírita.

2. Réia

Réia tem 35 anos, é professora e estava em meio ao doutorado quando realizei a entrevista. Fez uma busca por um parto normal, achando que seria uma “experiência de empoderamento”, porém vivenciou sentimentos de frustração, que a fez se sentir frágil e vulnerável. Na entrevista, realizada em sua residência, me relatou que tinha uma compreensão que o sofrimento no puerpério era uma vivência não só esperada, mas também natural deste momento, e isto se daria pela forma que seus pais a educaram. Disse que só percebeu que seu puerpério havia sido “fora do comum” após passar o primeiro ano de seu filho, através de conversas com amigas e lendo sobre o puerpério. Um fator que chamou muito minha atenção foi sua experiência com a vida acadêmica. Ela faz uma forte crítica ao espaço da academia como um lugar que não compreende a experiência da maternidade como algo positivo, sendo um ponto de forte preocupação e sofrimento para ela, naquele momento.

3. Gaia

Gaia sempre quis ter filho e achava que, por ter 34 anos, já estava com o tempo limitado “senão ia ser vó”. Porém, ao receber a notícia da gravidez, entrou em desespero, ficando envolta em sentimentos conflitantes, oscilando entre querer e não querer. De todas as entrevistadas, Gaia foi a única que rejeitou explicitamente o bebê, não o desejando após o nascimento. Em seu puerpério, morou durante um ano na casa dos pais, pois se dizia insegura de ficar sozinha em casa com o bebê, enquanto o marido trabalhava. Relatou que passava o dia inteiro dentro do quarto com o bebê, só saindo para fazer as refeições, e que sentia constante falta de ar. Ao ser diagnosticada por um psiquiatra com DPP, relata que foi resistente quanto ao uso de medicação, pois tinha medo de prejudicar a amamentação. Gaia tem 37 anos e mora com o marido e a criança em um bairro nobre de Recife/PE.

4. Equidna

A entrevista de Equidna foi a que teve mais descontinuidades ao longo da conversa, pois sua filha estava doente e ela não havia dormido desde as 5h da manhã. Perguntei se queria remarcar a entrevista, pois sua filha estava visivelmente doente e ela aparentava bastante cansaço, porém ela solicitou manter, pois “seria bom para dinamizar seu dia rotineiro”. Presenciei a feitura do almoço, parte feita pelo marido e finalizada por ela. Conversamos na cozinha, na sala e no hall do prédio, sua área para fumar. Apesar das descontinuidades, o clima era tranquilo e descontraído e a conversa se desenvolveu sem grandes problemas. Equidna tem

31 anos, atua enquanto pesquisadora e fotógrafa profissional em *freelas* esporádicos e mora com a filha e o marido em um apartamento cedido por um familiar. Sua relação com a DPP se dá de forma ambígua, ora dizendo ser uma “doença que você não tem controle”, ora fazendo uma forte crítica às questões sociais de gênero imbricadas à maternidade. Diz ter vivenciado, no puerpério, problemas com álcool, optando por parar definitivamente de beber, em um determinado momento.

5. *Jocasta*

Cheguei na casa de Jocasta no fim da tarde, após o retorno dela e do filho de uma consulta pediátrica. A casa bastante arrumada e uma empregada doméstica trabalhava na cozinha enquanto conversávamos. Ela havia acabado de colocar o filho para dormir. Conversamos em sua sala. Seu relato de parto me pareceu bastante marcante, sendo descrito com bastante detalhes e simbologias. Jocasta vem de um histórico de acompanhamento psíquico através de análise durante grande parte da sua trajetória de vida e diz ter recebido o diagnóstico de fibromialgia, o que a fez já ter passado por um tratamento com antidepressivo. Me relatou vivenciar durante grande parte de sua vida um medo intenso da morte, que havia retornado de maneira mais latente após o nascimento do filho. Jocasta é a mais velha das entrevistadas a ter filho, tendo 39 anos no momento da entrevista, e relata acerca dessa temporalidade para a escolha da maternidade. É antropóloga e produtora cultural e mora com o marido em um apartamento em João Pessoa/PB.

6. *Nix*

Realizei a entrevista na cozinha americana de sua casa, em meio a algumas comidas que seriam feitas e ainda por terminar. Ela me ofereceu uma cerveja, colocou 2 copos e já começamos a conversar sobre a pesquisa. Nix se mostrou bastante emocionada sobre o tema, mesmo três anos após o nascimento de seu filho. Em poucos minutos de entrevista, já era visível seus sentimentos de raiva e emoção e, por isso, tive a sensação de uma urgência em querer relatar aquela vivência. Ela chorou em diversas partes da entrevista e fazia diversas pausas em sua fala, aparentando pensar e organizar mentalmente o que diria para mim. Ela relata que o fato de ter sofrido violência obstétrica em sua tentativa de parto domiciliar, somado a sérios problemas físicos com amamentação, a fizeram vivenciar uma experiência de puerpério de muita dor e humilhação. Relata sobre o sentimento de falta de acolhimento e atenção pela equipe de assistência ao parto na fase do puerpério, por conta dos seus problemas físicos que

se prolongaram. Ela também buscou outros tipos de tratamento (homeopatia), para além da alopatia para resolução de seus problemas físicos. Nix tem 36 anos, é formada em História e atualmente é dona de casa. Mora com o marido e o filho.

7. *Hera*

Na época do puerpério estava morando com o pai dos seus dois filhos. Este se encontrava desempregado e ela sustentava financeiramente a família. Nessa época, ela dizia se sentir “mais pai que mãe”, pois passava grande parte de seu tempo trabalhando e ele que cuidava das crianças e dos afazeres domésticos. Se deparou com a determinação de sua experiência de DPP após ver uma entrevista na televisão, com uma atriz hollywoodiana tratando sobre o tema. Relata o momento de “retorno do laço” com o primeiro filho de maneira muito emocionada, chegando a chorar ao falar e perceber racionalmente esse momento. No período puerperal estudou muito sobre tarô e esoterismo, o que disse que a ajudou bastante em seu processo de autoconhecimento, tendo vivenciado episódios de depressão anteriormente à gravidez. Hera tem 37 anos, se define enquanto editora e taróloga, teve dois partos cesárea e no momento da entrevista estava morando com amigos, em Recife/PE.

8. *Dione*

Realizamos a entrevista em seu ambiente de trabalho. Ela estava aparentemente bem-disposta, sem aparência de cansaço, e muito gesticuladora. Ela comentou sobre suas experiências sempre de maneira muito bem-humorada. Tive a impressão que, por ela fazer análise há muito tempo, já tinha uma elaboração de si e do seu passado relativamente organizadas e, por isso, aparentava firmeza e elaboração na forma com que se posicionava sobre o tema das dificuldades do puerpério. Ao meu ver, algo que poderia se aproximar a uma postura política em relação ao tema, assim como um claro exemplo do que Gilberto Velho (1973) e Duarte (1986) colocam em relação às camadas médias urbanas psicologizadas. Dione relata que sentia uma “tristeza estranha” ao final de cada dia e, apesar de ter condições financeiras de terceirizar os cuidados com o bebê, optou por vivenciar a dedicação de maneira exclusiva até o primeiro ano após o nascimento. Ela é defensora pública, tem 38 anos e mora com o marido e filho.

9. Alcmena

Realizei a entrevista em seu local de estudos. Alcmena tinha uma entonação de voz bem pausada no início, falando de forma bem “correta”, me passando uma certa sensação de desconforto inicial, como se não estivesse se sentindo tão à vontade para tratar do tema com uma desconhecida. Porém, com o andar da entrevista, percebi que ela foi relaxando e sua fala foi se tornando mais fluida. Ela até se emocionou, ao final, ao falar da experiência da amamentação. Ela tem depressão/ansiedade e foi diagnosticada com DPP, utilizando a medicação prescrita. Ela ressalta que a DPP é uma doença como outra qualquer, precisando de um tratamento adequado para a cura – faz uma analogia à dor de barriga. Tem 35 anos, é professora e tem pós-graduação na área da pedagogia.

Análise e escrita: o individual e o coletivo na produção acadêmica

Ao juntar todo o material produzido em campo, através dos diários e entrevistas, assim como as leituras bibliográficas, começou o *processo artesanal* da análise dos dados e elaboração final da dissertação. Nesse momento, fomos em busca de encontrar e separar as categorias, de modo a articular as narrativas com as teorias e obras. Trarei, portanto, rapidamente alguns pontos tanto do trabalho de análise como das decisões em relação à apresentação dos dados em forma do texto dissertativo.

O caráter coletivo da escrita acadêmica, no âmbito das Ciências Sociais, é algo muitas vezes visto com maus olhos, parecendo muitas vezes instável, quando não suspeito (FRANCH, 2010), diferente de outras áreas do conhecimento, como nas ditas “ciências exatas”, onde as coautorias são muito mais regulares. Embora a escrita final desta dissertação seja da minha responsabilidade, ressalto como essa pesquisa também se construiu de modo coletivo. Assim, não foram só minhas experiências e reflexões individuais que elaboraram a análise da pesquisa, mas, principalmente, as inúmeras trocas e discussões com outras/os pesquisadores, amigos, mães e mulheres, assim como na relação direta com a orientação.

Desse modo, tanto as reuniões de orientação com Mônica Franch e seus orientandos, quanto os eventos do Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura (GRUPESSC), GT's em congressos e eventos, banca de projeto e qualificação, foram de grande contribuição nesse momento final, pois pude trazer preliminarmente diversas questões, descobertas e dúvidas acerca do campo, podendo debater coletivamente e receber sugestões valiosas para os processos seguintes.

A imagem do artista e do montador de cinema, que Kauffman (2013) traz também pode ser uma analogia interessante desse processo final, pois é no esforço de modelamento do material que buscamos dar forma e introduzir diferentes perspectivas – tal como um escultor de argila – como também no trabalho esquartejador de montagem de uma obra que busca trazer uma constância e fio argumentativo, sendo necessário escolher, cortar, sequenciar elementos que estavam anteriormente estocados e dispersos.

A elaboração das categorias foi elaborada após a transcrição final de todas as entrevistas, de uma leitura atenta das narrativas, de modo a encontrar semelhanças e contradições, assim como os elementos que íamos percebendo através da revisão da literatura, como a questão do amor e “instinto” materno, assim como questões ligadas às representações delas da DPP, como culpa e cansaço. Consequentemente, como dito anteriormente, optamos por uma divisão dos dados em capítulos relativos ao antes e o depois da DPP. Nesse contexto, também surgiu a escolha por utilizar alguns casos concretos, principalmente o de Nix e de Deméter, como fios condutores da narração das experiências do parto e da DPP em si, a fim de ilustrar melhor nosso debate empiricamente.

Assim foi meu/nosso percurso final. Indo e voltando, inúmeras vezes. Cortando. Esmiuçando. Elaborando exaustivamente esse exercício reflexivo e sociológico.

. Capítulo Dois .

PREPARAÇÕES E EXPERIÊNCIA LIMINAR:

Expectativas e Parto

Na hora do parto mesmo, eu fiz, “não, pera aí, calma, leva ele [o bebê] daqui, deixa eu respirar”. E isso não é uma coisa fácil, de você lidar, entendeu? (...) Você nervosa. Eu achava que eu não tava respirando. Eu falava o tempo todo, “eu não tô respirando, eu não tô respirando”. Aí vem o neném aqui do lado, aí eu “não, leva daqui, pelo amor de Deus”. Então esquecem que cada pessoa é uma. Tem gente que vai pegar o filho, vai ficar lá. Mas é normal também que você não tenha essa vontade e eu lembro que eu passei muito por isso. Pode ser que você não ame seu filho de primeira. Falei muito isso, porque isso aconteceu comigo. E minhas amigas, muitas disseram “obrigado por você falar isso, porque a gente precisa ouvir”, né? Que é normal. Porque vai que acontece. Pode ser que com você não, mas se acontecer não fique mal, entendeu? Por isso que eu fiquei com isso, em mim, pra falar. Mulheres precisam ouvir isso!

Dione – interlocutura da pesquisa

Antes de adentrar o puerpério em si e nas experiências da DPP, irei passar pelo *antes*, de modo a coletar algumas informações importantes que fazem parte da trajetória e do projeto de maternidade dessas mulheres e que estão diretamente relacionadas às questões que vieram após o nascimento do bebê e, conseqüentemente, suas concepções acerca desse momento. Assim, questões relacionadas ao modo como foi a chegada da notícia, a vivência da gravidez e a preparação e vivência do parto nos guiarão para criar uma atmosfera prévia para, enfim, lançarmo-nos no objeto central desta pesquisa, no capítulo três.

Neste capítulo, trago a relação das interlocutoras com a escolha pela maternidade, de modo a perceber também como, na maioria dos casos, o *tempo* – ligado a uma ideia de *tempo biológico* – se configurou como elemento importante para a decisão pela maternidade. Em seguida, traçaremos uma reflexão que abarca a descoberta da maternidade e sua relação ambivalente com o trabalho, buscando perceber a maternidade e vida profissional para essas mulheres. Mais à frente, observo algumas expectativas e preparações que foram construídas em torno da maternidade durante a gravidez, buscando elencar alguns elementos comuns nesse projeto. Para, por fim, chegar à experiência do parto como uma *experiência liminar* (TURNER, 1974), sendo o “rito de passagem” para a “maternidade real” e parte de um *projeto de maternidade* ligado, direto ou indiretamente, ao *movimento de humanização do parto*. Nesse

momento, intento perceber como a busca pelo parto normal se manifesta como principal desejo. Porém, a maior parte delas passa por uma cesárea, vivenciando uma experiência de frustração e medo.

Ao final desse capítulo, achei pertinente trazer o caso de Nix para ilustrar esse panorama, de modo a contextualizar os “três tempos” do seu parto. Formulamos essa tripartição, pois percebemos três momentos importantes em sua narrativa, onde o primeiro estaria relacionado à elaboração e idealização do seu parto desejado [*o pré-parto*], seguido da sua experiência vivencial no momento do parto [*o aqui e o agora*] e, por fim, sua narrativa posterior, na busca de racionalizar os elementos que influenciaram sua experiência de sofrimento puerperal nesse momento [*o pós-parto*].

“Eu não tinha tempo de tá esperado, senão eu ia ser avó”: escolha, tempo e maternidade

Dos anos 50 pra cá, os discursos sobre controle de natalidade predominaram em uma visão contrária à maternidade, dizendo ser esta uma instância que deveria ser controlada e planejada. Porém, houve outros momentos históricos em que se predominou um discurso natalista de incentivo à reprodução na política governamental – sobretudo na Europa, mas também no Brasil – incentivando a maternidade. Nesse contexto, percebe-se uma ambivalência proveniente dessas *macro* instâncias, que estimularia também um sentimento de ambivalência por parte das mulheres na escolha pela maternidade. Escolha essa não só de interesse sociológico, mas também de outras vertentes do campo científico, oscilando, por um lado, no discurso da ação biológica ligada ao instinto de sobrevivência e perpetuação da espécie e, por outro, como parte de uma construção social. A relação direta da escolha de vivenciar a maternidade pode nos levar para vários caminhos. Os desta pesquisa me levaram para alguns.

Por muito tempo, a maternidade foi pensada e elaborada por uma perspectiva essencialista, que ligava essa vivência a uma instância natural e instintiva. Nesse âmbito, o debate feminista se configurou enquanto elemento fundamental para a busca de uma dessecencialização da maternidade. A porta aberta por Simone de Beauvoir (1974)²⁶, cujas ideias embasaram e influenciaram uma boa parte do pensamento feminista atual, se relacionava com uma politização das questões privadas, trazendo para o debate a maternidade como um eixo central para se pensar as diferenças de gênero, não mais sob a ótica do determinismo biológico, e sim através dos determinantes sociais e relações de poder existentes nesse âmbito.

26 A primeira edição é de 1949, mais de duas décadas antes dessa.

Porém, Beauvoir afirmará que “a função reprodutora não é mais comandada pelo simples acaso biológico: é controlada pela vontade.” (BEAUVOIR, 1974, p. 248), trazendo como o conhecimento científico da reprodução e o desenvolvimento de métodos contraceptivos modernos tornam a gravidez tecnicamente evitável. O que ocorre é que a “vontade”, que neste trecho aparece como algo do terreno individual, é socialmente construída.

Nos casos que vimos em campo, apesar de haver até, em certas situações, um interesse pela maternidade, a escolha é algo que deve ser problematizada, pois tanto a gravidez “acidental” quanto as relacionadas a essa “pressão da idade” ficam evidentes quanto a esse momento. A ideia de uma *mãe deprimida*, que busco elaborar, aparenta ir de encontro a essa visão – ainda incorporada – da *mãe instintiva*, que ainda esperaria na maternidade uma experiência de satisfação e realização. Sentimentos como culpa e tristeza confrontam e dialogam com uma concepção de maternidade que ainda seria “inata” à condição da mulher.

Segundo Elisabeth Badinter (2010), nos últimos 30 anos – de 1980 a 2010 – haveríamos vivenciado uma *revolução silenciosa* em nossa concepção de maternidade, recolocando a maternidade no cerne do destino feminino. Se até os anos 70 “a reprodução era ao mesmo tempo um instinto, um dever religioso e uma dívida a mais para a sobrevivência da espécie” (BADINTER, 2010, p. 17), com o desenvolvimento de meios de controle da reprodução, a busca por direitos e a possibilidade de realização pessoal, provenientes da luta feminista, a maternidade adentraria um caráter maior de escolha, de algo que não seria mais tão constante, nem universal.

Assim, Badinter defende a existência de um âmbito de escolha para a vivência da maternidade, que carregaria pressões ainda maiores as mães ante as responsabilidades e deveres.

Optar por ser mãe não garante, como inicialmente se acreditou, uma melhor maternidade. Não apenas porque a liberdade de escolha talvez seja um embuste, mas também porque ela aumenta consideravelmente o peso das responsabilidades em um tempo em que o individualismo e a “paixão de si” nunca foram tão poderosos (BADINTER, 2010, p. 25).

Essa ideia de escolha tem diversas limitações, pois ela não traduziria o que se observa em estudos sobre trajetórias reprodutivas, onde a gravidez, frequentemente, “acontece”, sem que haja uma escolha nesse sentido. Isso se daria, em parte, por uma falta de educação sexual, ligada à precariedade de acesso à contracepção, somado a uma legislação restritiva quanto a prática segura do aborto, por exemplo, o que dificultaria ainda mais essa escolha. A maternidade

enquanto imperativo moral e social também atuaria como um cerceamento de uma possível escolha pela não maternidade. Entretanto, podemos pensar que, enquanto ideário, sobretudo no que diz respeito às responsabilidades advindas de uma maternidade, em tese, escolhida, as observações de Badinter fazem certo sentido para compreender a formação de um *dispositivo* específico da maternidade junto às mulheres que participaram desta pesquisa.

Esse ideal de maternidade apresentado como “natural e instintivo” para mulheres que buscam satisfação absoluta na maternidade se configura, para Kátia Rosa Azevedo e Alessandra da Rocha Arrais (2006), como um dos principais responsáveis pela instalação e manutenção da DPP. Para as autoras, as representações sociais da maternidade estariam fortemente calcadas culturalmente no *mito de mãe perfeita*, acreditando numa maternidade inata à mulher e parte intrínseca do seu ciclo evolutivo vital, de modo a supor que a mulher, por ser quem gera os filhos e filhas, desenvolveria um amor incondicional por eles/as, sendo assim, a pessoa melhor capacitada para exercer as funções de cuidado. A hipótese das autoras consiste em caracterizar as pressões culturais que as mulheres vivenciam na maternidade, associadas a um sentimento de incapacidade em adequar-se a uma visão romantizada desta fase, o que acaba por deixá-las ansiosas e culpadas, suscitando, assim, conflitos que predisporiam a DPP.

As autoras também trazem ao debate a questão da figura da “mãe moderna”, que apesar da sua maior inserção no mercado de trabalho e o consequente declínio do sistema patriarcal e da hegemonia masculina inerente a essa mudança, ainda se configura como o maior parâmetro para os cuidados dos filhos pequenos.

Assim, entendemos que há uma nova mulher, mas que vive sob o manto das velhas representações, pois continuamos cobrando delas o velho modelo de mãe idealizada. O problema, porém, é que as mulheres de hoje, já não são preparadas, não sabem e nem querem cuidar dos seus filhos como suas mães faziam. Elas têm outros interesses, desejos, informações, expectativas e, sobretudo, outras alternativas para se realizarem como mulher, que não estão mais restritas à maternidade (AZEVEDO; ARRAIS, 2006, p. 270).

Esta é uma questão que deve ser problematizada, pois poderia ser interpretada como se “as mães de hoje” tivessem anseios e ações que não houve em tempos passados. A historiografia está aí para mostrar como a maternidade teve ciclos de maior e menor visibilidade, ao longo da história, seja durante a saída dos lares para ida as fábricas, durante a Segunda Guerra, ou do seu retorno, nos anos 50.

Em recente obra, a socióloga israelense Orna Donath (2017) traz uma pesquisa que visou visibilizar um tabu quase intocável: o não desejo de ser mãe, mesmo entre mulheres que já foram. Em um contexto social em que a média de filhos por mulher é de três – Israel – a autora criticará o feminismo por invisibilizar as situações de mulheres que se arrependem por terem se tornado mães. Através de uma pesquisa qualitativa, com entrevistas em profundidade, Donath traz a narrativa de mulheres que dizem ter se arrependido de serem mães – e o que essa conclusão poderia abarcar enquanto crítica a essa essencialização da maternidade.

Se pensarmos nas emoções também como maneira de se manifestar contra os sistemas de poder, então o arrependimento é um alarme que deveria não apenas instar as sociedades a facilitarem as coisas para as mães, mas nos convidar a repensar as políticas de reprodução e nossas ideias sobre a obrigação de ser mãe. (DONATH, 2017, p. 13).

A autora ressalta que a busca por investigar o arrependimento está relacionado a sua busca por romper com a ideia que as mães não são seres subservientes ao cuidado do filho, e sim “sujeitas individuais, donas do seu corpo, seus pensamentos, suas emoções, sua imaginação e suas memórias, e capazes de determinar se tudo isso valeu a pena ou não” (DONATH, 2017, p.14). Neste sentido, compactuamos com a assertiva da autora, de modo a trazer a DPP enquanto elemento de reflexão para se pensar a experiência puerperal da maternidade de forma ambivalente e envolta de sentimentos conflitantes. Sem querer adiantar os resultados, destaco que, apesar de nenhuma das entrevistadas na minha pesquisa se colocarem enquanto *mães arrependidas*, todas compartilham dos sentimentos conflitantes na vivência com a maternidade.

Pensar acerca da *desseccionalização* da maternidade, com autoras como Aminatta Forna (1999) e Elisabeth Badinter (1985; 2010) é um esforço necessário na busca de trazer o caráter social e construído da maternidade. Badinter (2010), ao refletir acerca da invenção de um ideal da realização da mulher na maternidade baseado nesse (nem tão ultrapassado) conceito de *instinto materno*, traz um questionamento ao que estaria vinculado *ao mito do amor materno*, associado ao vínculo natural entre mãe e filho e ancorado, por exemplo, na amamentação enquanto obrigação e na culpabilização da mãe por eventuais comportamentos desviantes do bebê.

Forna(1999) também reflete como, apesar das diversas mudanças conquistadas no âmbito do trabalho e da família, ainda se manteria uma visão da figura materna enquanto um

ser instintivo, amorosamente entregue e devotado ao filho(a). Este “mito da maternidade” estaria relacionado ao “mito da mãe perfeita”, onde esta

deve ser completamente devotada não só aos filhos, mas a seu papel de mãe. Deve ser a mãe que compreende os filhos, que dá amor total e, o que é mais importante, que se entrega totalmente. Deve ser capaz de enormes sacrifícios. Deve ser fértil e ter instinto maternal, a não ser que seja solteira e/ou pobre, e será aviltada precisamente por essas condições. (...) Ela deve incorporar todas as qualidades tradicionalmente associadas à feminilidade, tais como acolhimento, ternura e intimidade (FORNA, 1999, p. 11).

Forna tratará também um outro ponto que se mostrou interessante na pesquisa – e que pude perceber em campo – relacionado a um “relógio biológico” das mulheres para decisão do momento da maternidade. Para essa autora, essa noção de um “relógio biológico” seria um bom exemplo da fabricação de mitos contemporâneos, onde, por um lado, estaria o declínio da fertilidade com os passar dos anos – que de fato existe – e, por outro, por uma insistência pela decisão de ter filho, que levaria a mulher a vivenciar um sentimento de intimidação.

O *tempo biológico* mostra-se como um fator influenciador das escolhas nas entrevistas. Algumas delas relatam que optaram por ter filho por já chegar em uma “idade limite” para reprodução²⁷.

Gaia: Eu era louca pra engravidar, mas meu marido não queria. Sempre dizia “agora não, agora não, agora não”. Mas eu já tava com 34 anos. Então, eu não tinha tempo de tá esperando, senão eu ia ser vó.

Equidna: Porque, de início, eu não sabia muito bem se queria ou não [ser mãe]. Mas aí a gente resolveu que, bom, já tava com mais de 30 também. Vamos ver aí, o que é que dá. A idade pesou um pouco nessa hora.

Jocasta: Bom, é uma gravidez planejada mesmo. Eu sou até um pouco mais velha, já tô com 39 anos, engravidei com 38 e... mas velha um pouco pra engravidar, né? Não velha, mas um pouco mais... pra gravidez, né?

Dione: Eu tô com 38 anos e eu só engravidei aos 36. Então, eu esperei o máximo. Todo mundo ficava, “menina, tu não vai engravidar não?”. Aquela pressão, né? “Tu não vai engravidar não?”. E eu, “não, só quando realmente eu me senti pronta” e

27 A faixa etária média das mães entrevistadas, no momento da gravidez, variou de 28 a 35 anos.

mesmo assim você nunca vai estar pronta 100%. Não adianta. Mesmo que você... Então bateu um desespero. Mas que esse desespero durou um dia. Depois disso já... não, beleza, tranquilo.

Alcmena: Sempre tive o desejo de ser mãe e aí fui protelando, né? Não, vou terminar a graduação, vou esperar um emprego, vou esperar, esperar, vou esperar o mestrado, esperar isso, esperar aquilo outro. E aí quando cheguei perto dos trinta anos, aí eu disse, “não, eu quero ter um filho antes dos trinta”. Aí meu marido falou – já estávamos juntos a aproximadamente quatro anos –, aí ele falou, “não, vamos esperar mais um pouco, né? Porque eu não tenho uma situação estável”. Que até hoje não tem, enfim. “Financeiramente, de trabalho”. “Não, mas vamos lá, porque vamos esperar a vida toda? E eu quero ser mãe antes dos trinta e quero ser mãe antes do doutorado”.

Nos trechos acima, “esperar”, “protelar” e “pesar” serão expressões utilizadas para mostrar como a escolha pela maternidade passou por uma racionalização do tempo, apesar do desejo em vivenciar a maternidade. Nesse sentido, podemos nos remeter ao trabalho de Mónica Franch (2010), onde, apoiada em Annette Langevin, vai falar da sexualização social do curso da vida e como o calendário feminino está submetido ao papel social da reprodução.

No Brasil, uma mulher ter filhos na faixa dos 30 anos, por exemplo, já é visto como tardio. É um pouco o argumento que está presente em Donath (2017) e Forna (1999), onde a idade põe em marcha o “fato social” coercitivo que é a exigência social de ser mãe. Por um lado, há uma condenação social e moral em relação a uma gravidez em idades mais baixas, considerada “precocidade”, como mostrou a pesquisa Gravid (HEILBORN; 2006). Por outro lado, um estímulo à imagem da mãe jovem que contrasta, às vezes de modo grotesco, inclusive, com a tolerância com que se trata a idade dos genitores, homens. Trata-se de um padrão que é solidário com a diferença de idade dos pais, que pode chegar a ser muito grande – como revelam os recentes presidentes do Brasil.

Além da clara desvalorização dos sinais de envelhecimento nas mulheres, o estímulo à maternidade jovem X paternidade a qualquer idade nos fala da diferença de expectativas em relação à maternidade e à paternidade – cabe à mãe não apenas engravidar e parir mas, sobretudo, cuidar desses filhos até que eles alcancem a idade adulta. Já os pais, tornam-se pais apenas engravidando a mulher. Tornar-se pai, em nossa sociedade, não significa propriamente exercer a paternidade, mas antes o contrário. É comum que as mulheres se sintam sobrecarregadas e desamparadas pelo fato dos pais não exercerem efetivamente a paternidade, tratando-a como adendo, favor, ou ajuda. Enquanto que, para as mulheres, o exercício da

maternidade é uma obrigação sempre passível de julgamento. O que, nos feminismos, vai ser nomeado de “maternagem”²⁸.

A metáfora do relógio biológico é “boa para pensar”, pois se apoia na noção do corpo-máquina, discutida por David Le Breton (2003), e traz para o domínio do biológico um artefato (máquina) desenvolvido historicamente para medir o tempo. O relógio relaciona-se com uma noção de tempo abstrato, quantificável/mensurável e previsível. Ao trazer o biológico para qualificar esse relógio, naturaliza-se o artefato, dando ao corpo e seus ritmos uma noção de regularidade que permite fazer previsões e se impõe aos sujeitos com a força da verdade. Seja no sentimento de intimidação ou estímulo por parte dos companheiros ou pela sociedade em geral, pelo desejo em esperar e protelar a gravidez ou até mesmo pela indecisão sobre querer ou não ser mãe, em todos os trechos mostrados, vemos a intercepção determinante do tempo biológico influenciar decisivamente as escolhas das entrevistadas, ilustrando, assim, um forte caráter controlador de seus corpos e vivências, no que tange a maternidade, podendo ser encarado como o primeiro acionamento do *dispositivo da maternidade*.

“Não sou feliz sendo só mãe. Eu preciso trabalhar”: notícia, trabalho e maternidade

Em meio ao processo de pesquisa, me deparei com o filme *O Olmo e a Gaivota* (2015), que acabou por se tornar uma importante ferramenta reflexiva para se pensar a intersecção entre gravidez e trabalho, que busco problematizar nesse momento²⁹. Esse filme, das diretoras Lea Glob e Petra Costa, surgiu do desejo delas em produzir uma ficção-documental que pudesse trazer um olhar cinematográfico, de forma íntima e corporal, para a vida de uma personagem real. Porém, ao convidarem a atriz Olivia, se depararam com um fator surpresa: ela estava grávida. E o que era pra ser um dia na vida dela, viraram nove meses.

O filme inicia com a encenação da peça *A gaivota* (1986), de Anton Tchekov, que conta a história de Nina e Arkádina. Nina, uma atriz que cai na loucura. Arkádina, uma atriz entrando na velhice e tendo o medo de perder o lugar como grande atriz do teatro russo. Dois medos que Olivia partilhava – o medo da loucura e da impossibilidade de trabalhar em sua carreira. Após descobrir a gravidez, Olivia decide partilhar com seus parceiros de trabalho a notícia e, conseqüentemente, sua perturbação acerca da equalização do tempo da gravidez com o tempo

28 Esse termo também foi visto recorrentemente na *blogosfera materna*. Ao fazer uma busca nos principais blogs, encontrei que existe uma distinção entre maternidade e maternagem, sendo a primeira ligada a condição física do gestar e parir e, a segunda, em uma dimensão de escolha, ligada a dedicação e aprendizagem de ser mãe.

29 Apresentei uma comunicação sobre esse filme durante a II Reunião de Antropologia da Saúde, em Brasília/DF, no Grupo de Trabalho “Direitos sexuais e reprodutivos em narrativas femininas: O meu corpo me pertence em sua miríade”, com coordenação de Rosamaria Carneiro e Giovana Tempestade.

do trabalho. Neste momento, as elaborações racionais de Olivia e de seu grupo acerca da implicação da gravidez para a execução dessa peça começam a fazer chão para o nosso debate, na medida em que estar grávida, naquele momento, a trouxe a impossibilidade de continuar fazendo parte do elenco, dado o prazo da estreia e da descoberta de um hematoma uterino, que desembocou em uma gravidez de risco, a confinando ao espaço físico de sua casa.

Ela, em um ato indagativo (que não sei ao certo se dirigido ou pessoal), se confronta com as diretoras ao se deparar com esse “confinamento” inesperado e as questiona acerca do sentido do filme, já que ainda não visualizava seu novo papel, tão diferente do roteiro imaginado. Olivia diz se sentir presa e que sua expectativa em vivenciar uma gravidez trabalhando, sem pausas, era uma mentira. Que sentia medo do compromisso. Perder um trabalho no qual investiu 10 anos de sua vida? Seria o começo do fim de sua carreira?

Ter um filho ou trabalhar? Eis uma questão que aparenta, no primeiro momento (e talvez em outros), como uma escolha que, conseqüentemente, dificultará a outra. A busca pela experiência da maternidade parece seguir um caminho inverso ao do investimento profissional, ao passo que implica algo imprescindível para a mulher: seu corpo. De fato, existem mulheres que praticamente não param de trabalhar ao ter um filho, principalmente quando a subsistência e sobrevivência dos seus dependem da sua atuação. Neste ponto, qual caminho tomar? É realmente um caminho que se bifurca?

Em *O olmo e a Gaivota*, a personagem Olivia, ao vivenciar uma gravidez de risco, se depara com a impossibilidade de fazer o que fez toda a vida: atuar. Ou seja, exercer seu trabalho. Em uma determinada cena do filme, podemos ver de maneira bem delicada essa problemática.

Serge [companheiro de Olivia] chega em casa após um expediente no teatro de 10 horas. Olivia está sentada na poltrona da sala, olhando o celular. Serge pergunta a Olivia como havia sido seu dia – ela não responde. Ela pergunta a ele sobre seu dia, sobre os ensaios, a outra atriz que a está substituindo na montagem da peça, se alguém perguntou por ela. Serge, visivelmente exausto, não responde a todas as perguntas e pergunta se pode tomar banho. Nesse momento, o diálogo gira em torno do pedido de Olivia para que ele a entenda nesse processo, pois ela está vivendo um presente que diz respeito aos dois, apesar de apenas ela o carregar. Ela diz estar trabalhando pelos dois, mas que se sente sozinha e com medo. Serge segue justificando seu cansaço, agora por um viés financeiro. Fala que precisam de dinheiro para sobreviver e que apenas ele pode exercer isto no momento. Olivia ironiza seu “discurso de contador” e diz não pedir que ele deixe de trabalhar – ela tem plena consciência da necessidade disso – porém, pede sua companhia em atividades corriqueiras como ver um filme ou conversar. Ao contrário do cansaço de Serge, Olivia diz estar cheia de energia. Neste momento, ouve-se a voz da diretora do filme. Ela pede uma variação na cena. Pede

por uma Olivia menos severa e um pouco mais aberta a compartilhar com Serge o que se passa na sua mente e no seu corpo. Retomam a cena do início, com Serge a perguntando como fora seu dia. Olivia, chorando e comendo uma banana, responde que terminou as orelhas e que talvez tenha feito os cílios e terminado o fígado – o que a tomou muita energia. Fim da cena. (CRONEMBERGER, 2017, p. 7).

Parece-nos uma boa metáfora do trabalho doméstico da mulher. E, além disso, uma desconstrução da imagem de passividade da mulher nos processos ligados à reprodução. Dizer que ela fez as orelhas, os cílios e o fígado significa reiterar uma atividade da mulher, onde seu corpo está, de fato, fazendo outro ser. Nessa jornada psicológica e cinematográfica do processo de gravidez de Olivia e da sua impossibilidade de trabalhar, vemos as ambivalências e complexidades existentes em um âmbito que, muitas das vezes, é apresentado como uma “receita de bolo”, como um passo-a-passo necessário para ser chegar à “boa maternidade”.

A metáfora utilizado pelo título do filme, onde *Olmo* significa, em italiano, uma árvore que cresce incessantemente a partir das suas raízes, e a *Gaivota*, um ser que alça voo e baila livre no ar, me fez refletir sobre as complexas ambivalências na experiência de conceber outro ser. Será possível sobreviver em sua própria pele?³⁰

Voltando às entrevistadas, e conectando com essa discussão trazia pelo filme, Alcmena é uma interlocutora que vivenciou a gravidez de forma a semelhante à Olivia, pois passou por um princípio de aborto que perdurou por três meses de sua gestação, tendo ela que ficar em repouso total durante esse período. Nesse contexto, vivenciou um “período misto” de muita alegria, pela descoberta da gravidez, mas também de muito medo e preocupação em ter que dar conta do cuidado ao corpo além do exercício de seu trabalho, que chegava a adentrar os três turnos sendo professora da Rede Estadual.

Ao adentrar as narrativas das entrevistadas acerca dos seus percursos no universo da maternidade, busquei perceber como a notícia de estar grávida as levou a indagação e problematização, assim como no puerpério, da instância da vida profissional. A questão do trabalho é uma categoria que emerge em campo se configurando enquanto elemento provocador de questionamentos da maternidade das interlocutoras, na medida em que relatam que não desejavam se perceber como “só mães”, mas também como seres autônomos e produtivos. Como também trazem o elemento de sofrimento e do dilema imerso nessas questões.

30 Indagação trazida pela sinopse do filme.

Acerca da notícia da gravidez, Réia nos conta que estava em meio ao doutorado, o que a faz refletir sobre a maternidade em seu âmbito de trabalho.

Réia: Eu não digo que não foi planejado, porque eu sempre quis ter filho. Então, estava nos meus planejamentos filhos, mas foi numa hora que não era adequada, não tava no script naquele momento. Porque eu tinha acabado de começar o doutorado, tava no primeiro ano do doutorado.

Réia irá criticar duramente a academia, de modo a ressaltar as dificuldades de lidar com a maternidade nesse contexto em que ninguém “chega pra dá parabéns” pela gravidez, sendo também um “ambiente de trabalho que tem uma normatividade completamente masculina”. Conta que, ao falar ao orientador acerca da gravidez, ele apenas pediu para marcar uma reunião e que apenas uma professora lhe parabenizou dizendo que “academia não tem idade, você pode voltar quando quiser”. Fala também que não era exatamente a questão da priorização do filho que lhe incomodava, mas que precisava se sentir produtiva intelectualmente e colocar a vida acadêmica em “segundo plano” acarretou diversas críticas e apontamentos. “Eu amo trabalhar. A maternidade não me completa. Não sou feliz sendo só mãe. Eu preciso trabalhar”, ela relata.

Relata também sobre o impasse com uma professora que, “apesar de ser mãe de duas filhas”, foi intransigente não a deixando entregar o material final após o prazo estipulado, estando ela grávida. Na época em que Réia ficou grávida, o Brasil vivenciava um surto epidêmico nomeado pela biomedicina de Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV), onde “a microcefalia foi uma das características de maior destaque, transformando-se em uma importante categoria identitária local” (ALVES; FLEISCHER, 2018). Pernambuco, naquele momento, estava no epicentro desse fenômeno, com 16,9%, dos 60,7% que se encontravam na região nordeste do país³¹. Apesar de ter afetado aparentemente, em sua maioria, mulheres de camada popular³², se configurou enquanto um fenômeno que afetou todas as mulheres que estavam grávidas naquele momento, como no caso de Réia. Esse panorama também se apresenta como um elemento interessante para se pensar uma intersecção da vivência materna com a biomedicina. A “falta de respostas” da medicina, nesse momento, mostrou ser um

31 Dados encontrados no Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde, do ministério da saúde, (Vol.19, nº18, 2018). Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/30/2018-002.pdf>

32 Não sabemos, ao certo, até que ponto mulheres de outras camadas também contraíram Zika e optaram por um abortamento, devido à dificuldade de pesquisar esse assunto. Sobre esse aspecto, ver: <https://www.acidigital.com/noticias/infectadas-pelo-virus-zika-brasileiras-decidem-abortar-seus-bebes-antes-mesmo-do-diagnostico-de-microcefalia-10624>

desencadeador de medo e aflição em mulheres grávidas, pois não se sabia a procedência nem a resolução dessa problemática séria. Assim, ser da “geração da microcefalia”, para ela, implicou em mais uma dificuldade em vivenciar a gravidez trabalhando.

Outras interlocutoras também vão trazer a dimensão do trabalho, de modo a vivenciar de forma ambivalente a vida maternal e a profissional.

Deméter: Eu só pensava em trabalhar, em fazer o mestrado e não sei que. Não sei, talvez algum medo inconsciente, sabe? De me tornar só aquilo, de ser só mãe. Que quando eu era jovem nunca foi um dos meus desejos. Porque tem amigas e pessoas que sempre tiveram um lado maternal, um desejo voltado pro casamento e etc. E eu não pensava nisso, né?

Equidna: Mas eu acho o que mais me deprimiu foi o fato de tá em casa, essa rotina mesmo da casa. E a falta do trabalho, da rua. Que quando você não tá no trabalho, você tá em casa.

Percebe-se que o trabalho faz parte da identidade e forma de vida dessas mulheres, em contraponto ao ambiente doméstico, que aparece enquanto espaço de enclausuramento. O trabalho, para as mulheres entrevistadas, não diz respeito apenas a um ganha-pão, mas também a uma fonte de realização pessoal. Sendo, então, parte do *ethos* de nossas interlocutoras.

O trabalho reaparece, mais a frente, nas narrativas do pós-parto, como quando Dione narra que estava com saudade de “falar de coisas de adulto”.

Dione: Foi muito tranquilo [voltar ao trabalho]. Eu também me senti super bem, não senti culpa nenhuma. Talvez por ele tá mais velhinho, não senti culpa pelo retorno. Eu tava super ansiosa para voltar para trabalhar. Como eu disse, sempre gostei de ser independente, de fazer minhas coisas. Então, eu tava com saudade do trabalho.

Das interlocutoras, só Jocasta e Alcmena trouxeram uma outra dimensão conflitiva do retorno do trabalho, pois, em seus casos, o desejo se voltou em querer continuar mais um tempo no ambiente doméstico e nos cuidados intensivos com os/as filhos/as.

Pesquisadora: Você não teve vontade de voltar pro trabalho?

Alcmena: Não, voltei porque era o jeito (risos). Porque eu não tinha outra opção. Se eu pudesse, se houvesse essa condição, eu teria ficado mais dois, três anos, talvez a infância inteira, não sei, cuidando realmente da casa e de [filho].

—

Jocasta: O retorno foi porque era o jeito, porque a vontade era de... foi o inverso, né? Você passa a vida toda priorizando o trabalho, os estudos, enfim. E depois desse processo intenso, eu achava que eu deveria ficar em casa, tomando conta da casa e de [filho].

É interessante perceber a existência de atitudes diferentes em relação ao trabalho entre as entrevistadas, desde as que sentem falta e percebem que o espaço doméstico as enclausuras, até aquelas que não queriam retornar e preferiam ter ficado em casa, cuidando dos/das filhos/as. Não foi visto em campo uma relação direta entre o tipo de trabalho e as atitudes em relação ao afastamento, mas demonstra a heterogeneidade do *ethos* dessa camada quanto ao tema.

Gravidez: preparações e expectativas

Se o corpo da mulher já é socialmente regulado, vemos o *corpo grávido* carregar de forma ainda mais intensa esse poder regulador, se apresentando, muitas vezes, como um “corpo coletivo”, que passa pela legislação e intervenção de todo mundo nesse momento de gerar. Nesse contexto, os limites da idoneidade corpórea – respeito ao corpo no espaço – são ultrapassados a todo momento, onde a “barriga” vira um corpo passível de ser tocado sem autorização prévia, assim como na problematização e julgamento das ações maternas. A questão do assédio, tão discutida do âmbito feminista, toma uma outra proporção nesse contexto, onde esse corpo é tocado e vigiados por todos – conhecidos ou não.

Equidna é uma interlocutora que ilustra bem essa problemática das ações do *corpo grávido*, ao contar o “fora” que deu em uma amiga que a interceptou perguntando se ela “queria matar a filha” ao vê-la subir em um banco para pegar algo no armário da cozinha. Equidna é uma das mulheres que fazem parte da minha rede mais próxima e lembro bastante de sua crítica aos “aconselhamentos” de todos, pois, no seu caso, ela não conseguiu parar de fumar na gravidez e, muitas vezes, precisava se esconder para fazer isso, se não sempre chegava alguém para lhe dá uma “lição de moral” quanto a esse ato visto socialmente como nocivo ao feto.

Na vivência – e expectativas – da gravidez, encontramos em campo uma variedade de relatos, assim como elementos comuns. O processo de preparação para a gravidez envolveu leituras de livros, artigos e relatos de internet, assim como vídeos e filmes. As que foram aos grupos de humanização, presencialmente, nutriram críticas a eles, como veremos mais a frente. Isso é um elemento importante do campo, pois, apesar de dialogarem com as premissas da humanização, tiveram conflitos em suas vivências pessoais.

Quanto aos livros lidos pelas interlocutoras, percebi dois tipos de abordagem: um mais fisiológico, ligado a dicas para o parto ou em relação ao sono do bebê, e outro mais voltado para as questões emocionais das mães. Sobre esse segundo ponto, em diversos momentos me deparei com a obra da psicoterapeuta argentina Laura Gutman, principalmente através do livro *Maternidade e o encontro com a própria sombra* (2016). Esse foi um livro que trouxe controvérsias entre as interlocutoras, sendo encarado como referência de livro para questões emocionais, porém também criticado enquanto “cheio de certeza”.

Deméter: [Antes] Eram livros mais relativos ao parto em si, né? Questões fisiológicas. Não adentravam tanto essas questões emocionais da mulher. Por exemplo, a maternidade enquanto encontro com a própria sombra.

Nix: 'Maternidade e o encontro com a própria sombra' que me recomendaram, eu não gostei. Porque eu achei ele... Achei, pra mim, pra uma pessoa como eu, um desserviço, assim, só pra você ficar... eu ficava com raiva das coisas, das bobagens que a mulher falava, cheia de inferência, cheia de certeza ali, dizendo que uma coisa era consequência direta da outra, assim... não, não...

Ao paginar o livro, tive a impressão que, apesar de problematizar e questionar, fora do ambiente acadêmico, o senso de plenitude e felicidade incondicional durante a gravidez e puerpério – trazendo as “sombras” –, contraditoriamente, também reproduz sistemas de regulação, julgamentos e essencialismos acerca da vivência da maternidade. Quando, por exemplo, o livro associa a conexão inexorável entre mãe e bebê, contribuindo para essencializar esse corpo da função-mãe que pesa novamente sobre a relação entre expectativa e culpa na maternidade, o que pode ser frustrante.

Dentre as leituras mencionadas pelas entrevistadas, no que toca a preparação para o parto normal, bem como questões ligadas a amamentação e sono do bebê, foram citados livros mais antigos, tais como *O que se espera quando se está esperando* (1984) ou *Parto Ativo* (1983), além de, e principalmente, informação coletada na internet. Um relato interessante,

acerca desse aspecto, é de Gaia, que diz ter parado de pesquisar sobre o parto pois começou a gerar uma grande ansiedade. Fator esse que acabou em um processo de medicalização³³ durante a gravidez.

Gaia: Eu ficava lendo demais e já tava viajada. [Uma]Amiga, “Gaia, parou! Vai olhar quarto, decoração. Tão bonito. Esquece coisa de parto, de o que é melhor, o que é pior, o que pode acontecer no parto. Esquece!”. Aí eu dei uma parada e fui ver decoração [risos], porque tava muito ansiosa, eu era muito... tinha muita ansiedade, sou muito ansiosa. Aí pronto.

—

Pesquisadora: A quantidade de informação influenciava isso?

Gaia: Uhum, porque eu ficava... meio que, tudo aquilo que eu lia na internet, eu achava que ia acontecer comigo, que podia acontecer. (...) Eu ficava... tudo de ruim eu achava que ia acontecer comigo ou com o bebê. Aí eu parei, foi quando eu parei. Aí a médica veio, como ela disse que me achava muito ansiosa durante toda a gravidez, sempre com [simulação de respiração ofegante], ela veio passar um remedinho pra mim.

Nesse relato, a sobrecarga de informações sobre a gravidez e, principalmente, sobre o parto estimularam uma incorporação de “ser ansiosa” enquanto um processo passível de ser medicalizado. “Vê decoração” também emerge enquanto elemento do *ethos* dessa camada, de modo a evidenciar uma tentativa de não pré-ocupação com a experiência futura. Um fator particular da narrativa de Gaia foi também a utilização do diminutivo sempre que se referia a questões de ordem mental ou médica. “Remedinho”, “doidinha”, “depressãozinha” são algumas das expressões ditas por ela, durante a entrevista, e aparenta demonstrar uma tentativa de “suavização” desses aspectos vistos socialmente como problemáticos.

Em relação aos filmes vistos, houve grande referência ao documentário *O Renascimento do Parto* (2013), que se tornou a principal referência cinematográfica, no contexto brasileiro, a tratar acerca da temática do parto humanizado. Com direção de Eduardo Chauvet, o filme retrata a grave realidade obstétrica mundial e, sobretudo, brasileira, que se caracteriza por um número alarmante de cesarianas ou de partos com intervenções traumáticas e desnecessárias. Suas narrativas provêm de mães e profissionais da área da saúde. Esse filme é uma direta referência

33 Medicação fitoterápica.

ao livro do obstetra francês Michel Odent, de mesmo nome, conhecido pela famosa frase nos meios do parto humanizado, e que também aparece logo no início do documentário: “Para mudar o mundo, temos que mudar a forma de nascer”.

Quanto às rodas presenciais de apoio ao parto humanizado, percebi que as mulheres, mesmo nutrindo uma afinidade ao movimento de humanização, teceram críticas aos grupos que frequentaram, ora questionando-os quanto a autonomia da mulher ou do desserviço que certos posicionamentos geraram, ora achando-os muito “bicho-grilo”, reiterando uma “linhagem feminina” do parir. Em relação ao primeiro grupo, temos as seguintes narrativas:

Réia: Eu não gostei do *Grupo Nascer Bem*³⁴, porque tinha aquela coisa de que se você não tiver com a equipe “x” de médicos, você vai acabar na cesárea. E eu ficava questionando, cadê o protagonismo da mulher? A mulher é só vítima desse processo todo? Se ela é protagonista do processo, ela tem condições de não ter uma cesárea. Aí eu deixei de frequentar o grupo.

Nix: Na assistência humanizada que eu encontrei era uma... Fui percebendo isso aos poucos, né?... Você pedir anestesia, você descia um degrau, ali, na escada da parideira, da mulher, sei lá... Era uma coisa que você teria que evitar de fazer. Hoje, eu vejo, eu falo isso porque eu mudei de opinião, né? Era a imagem que eu tinha e a imagem que eu tinha era que eu acho que construí por conta de várias coisas, entre elas, por causa das pessoas que me acompanharam, por causa do grupo que eu participei.

Pesquisadora: Qual foi?

Nix: O *Grupo Nascer Bem*³⁵. Eu fui a dois encontros só. Hoje eu acho que foi, pra mim, um desserviço, não acho... Acho que é uma abordagem muito dessa natureza, de que “ah, se deixar levar pela... pela...”. Lembro que teve uma discussão lá, quando a gente foi na primeira vez. Eu fui com [marido] e a discussão que teve foi que, na época, sobre a decisão, sobre o parto mesmo. E aí [marido] ficou falando, assim, se uma mulher, ela tem informação e ainda assim ela decide ter um parto cesáreo? E aí a resposta da mediadora lá foi que “ah, se uma mulher que tem todas informações, ela não vai querer ter um parto cesáreo”. Então era por aí, sabe? E que... eu tô falando isso, porque meu sofrimento com a experiência de ser mãe teve muito a ver com isso. [ela começa a chorar]

34 Nome fictício.

35 Mesmo grupo de Réia.

É interessante pensar acerca desses apontamentos, de modo a perceber como essas críticas tecem-se abarcado em uma visão que podemos entender como feminista. Ao questionar o protagonismo da mulher, que estava sendo colocada apenas enquanto lugar de vítima, Réia se posiciona criticamente a visão da humanização, que, nesse contexto, carregaria o lugar de “vilão” dos médicos. A questão da anestesia, trazida por Nix, também ilustra uma questão importante, pois dirá respeito a uma dimensão de naturalização do parir, se conectando, em certa medida com o apontamento crítico de Equidna.

Equidna: Eu fui para um só, presencialmente, que foi aquele *Grupo Parindo*³⁶, achei uó e não fui mais.

Pesquisadora: Por que?

Equidna: Porque eu achei muito mamãe-natureza, bicho-grilo, sagrado feminino (risos). Não me identifico com essa linhagem aí... Aí eu digo “não, querida, não vou, não dá para mim não esse babado”. Me conectar com... [a sua filha começa a chorar, pois está doente, o que a faz dá uma pausa longa na fala] E aí não fui mais.

Se “conectar” ou se “deixar levar” pelo parto é um elemento que elas trazem, na interpretação do discurso desse movimento, podendo ser compreendido como uma contradição, pois ao mesmo tempo que estimulam o aprendizado e conhecimento das técnicas e processos do parto, acabam por reafirmar a natureza intrínseca na mulher no ato de parir. O que pode gerar, como veremos, uma frustração ainda maior em um parto cesárea. Como dito anteriormente, percebemos que essas críticas não as retiram do âmbito da humanização, mas demonstram as resistências possíveis nesse meio.

“Foi uma frustração, né?”: parto normal x cesárea

Segundo Carmen Susana Tornquist (2003), o parto é um evento simbólico, considerado ao mesmo tempo biológico, cultural e individual, sendo compreendido não só como um fenômeno puramente orgânico, mas também elaborado através de distintas significações que seriam, aparentemente, universais. O parto pode, ainda, ser entendido, como sugere Marisa Monticelli

36 Idem.

(1994), como sinônimo de *experiência* – na contramão da compreensão biomédica que o reduz a uma *disease*. Na pesquisa, a definição do parto aparece como um *turning point* e parte do projeto das mulheres, onde, apesar de tecerem críticas aos grupos de humanização que frequentaram, todas nutriam o desejo pelo parto normal, seja pelo medo de vivenciar um procedimento cirúrgico, por achar que a recuperação do parto normal seria mais rápida e menos dolorosa, assim como em respeito ao “tempo natural” para nascer de seus bebês.

Na camada média brasileira, intelectualizada e psicologizada (VELHO, 1981) e na linha de trabalhos como os de Tânia Salem (1986) e Carmen Susana Tornquist (2003), percebemos que a busca pelo parto humanizado se tornou bastante disseminada em uma determinada vertente de mulheres desse recorte, na contramão de um *controle dos corpos* (FOUCAULT, 2009) onde a lógica cesarista se apresenta. O slogan feminista “meu corpo, minhas regras” busca tomar corpo também na instância do parir.

Segundo Rosamaria Carneiro (2011), o parto humanizado seria

(...) a grosso modo, aquele com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível ou, então, o que respeita o tempo físico e psíquico de cada mulher para parir, em ambiente respeitoso e acolhedor e com seu consentimento informado para todo e qualquer procedimento realizado. Dessa forma, pode ser o parto que ocorre em casa, com “parteiras urbanas”, no hospital, com o médico, na água, na vertical, na horizontal ou de cócoras, desde que a mulher tenha solicitado ou concordado com a efetivação de determinadas práticas médicas (CARNEIRO, p. 13, 2011).

Assim, não diria, necessariamente, respeito a parir “por baixo”, mas sim enquanto um conceito polissêmico (DINIZ, 2005) e plural, relacionado a um novo modelo de ação social, ligada ao lugar do desejo da parturiente, envolto de práticas e atores diversificados (CARNEIRO, 2015).

Se, por um lado, é compreendido que a proposta do parto humanizado não se direciona para uma negação ou demonização do parto cesárea, tal como Carneiro ressalta, o que percebemos em campo diz respeito a um *sentimento de frustração* ao não vivenciar o tão esperado parto humanizado e normal, que para a maior parte delas seria o sinônimo do parto “por baixo”. Na presente pesquisa, seis das nove entrevistadas não trilham o caminho idealizado, acabando por vivenciar uma cesárea indesejada, fator este que desencadeou diversas reflexões e sentimentos em suas vivências puerperais.

Segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS), 83% das mulheres brasileiras vivenciaram, em 2017, uma cesárea no sistema privado de saúde. Este é um dado alarmante,

partindo da recomendação de 15% da Organização Mundial da Saúde (OMS) para esse tipo de parto. Assim, viveríamos, já a algum tempo, uma “epidemia” da cesárea no Brasil. Na espreita de resistência a esse percentual enorme, foi-se construindo o *movimento de humanização do parto* (TORNQUIST, 2003; CARNEIRO, 2011; HIRSCH, 2015), encabeçado, inicialmente, por agentes de saúde e, posteriormente, pelas próprias mulheres – principalmente pelas da camada média.

No decorrer da pesquisa, ao conversar informalmente com uma pessoa do meio dos grupos de apoio ao parto humanizado/domiciliar, em Recife/PE, me deparei com uma informação que me chamou bastante atenção: grande parte das mães que passavam pela cesárea não retornavam para relatar seu parto³⁷. Rosamaria Carneiro (2017) pontua como a cesárea se configuraria como o lugar do não-dito, do que se nega e que poderia desenvolver, em algumas mulheres, a vivência da DPP.

Como já exposto, a maior parte dos partos desta pesquisa foi a cesárea, o que nos chama a atenção que essa proporção de mulheres que tiveram esse parto é conivente com a média no Brasil para mulheres de classe média. Assim, buscarei analisar a *simbologia da cesárea* (CARNEIRO, 2017) neste grupo, dialogando com a produção mais recente acerca do parto humanizado. Começo com os relatos de Alcmena e Hera, que trouxeram a vivência da cesárea ligada a sentimentos como alegria, ansiedade, tensão, frustração e medo.

Alcmena: Foi uma cesariana de urgência, já eram mais de dez horas e [filho] nasceu, né? E durante o tempo no Hospital foi uma mistura de alegria, de muita ansiedade, de muita tensão porque havia uma incerteza, né? Eu queria muito ter realizado um parto mais natural possível... (...). Foi uma frustração, né? Porque eu realmente queria ter um parto natural.

Hera: Eu tava com muito medo, eu senti muito medo. (...). No [parto] de [segundo filho] eu fiquei com medo. Na de [primeiro filho] eu não tive tempo pra ficar com medo da operação, de coisa que dá errado, de como é que vão tratar o menino depois de não sei que, e se eu morrer? Não tive medo disso. De [segundo filho] eu tive todos esses medos, pelos dois. Não era o medo só pela criança, era um medo duplo, né? (...)

37 Este grupo tem o costume de fazer mensalmente, ou pelo menos com uma certa regularidade, um encontro com as mães no pós-parto para que relatem suas experiências de parto de forma compartilhada.

Há uma diferença entre esses depoimentos, que denotam, ao menos, duas emoções distintas. Alcmena, de fato, vai falar na frustração, que tem a ver com o investimento que ela fez para ter um parto normal e como essa expectativa não se realizou. Já no caso de Hera, o sentimento de medo que veio à tona, um medo de não sobreviver à cirurgia, talvez pelo fato de perder ainda mais o controle sobre o processo, pela compreensão de que há, de fato, riscos de vida envolvidos no ato de parir, como atestam as taxas altíssimas de mortalidade materna que o Brasil amarga. Mas o interessante, neste caso, tem a ver com o significado atrelado ao medo. Não se trata de um medo individual, da possibilidade da morte como um deixar de existir. Em verdade, é a descontinuidade de seu lugar na família que vem à tona. Neste sentido, o medo emerge como a outra cara da responsabilidade, sendo uma emoção que denota a introjeção de um papel social, o de mãe, e com ele a enorme responsabilidade sobre a vida e o bem-estar do filho. Na fala de Hera, o momento do parto, retrospectivamente, é trazido como um momento em que toda essa responsabilidade se manifesta.

Um fator relevante, em meio a esse contexto, nos chegou através da obra de Emily Martin (2006), em sua análise sobre metáforas médicas e o parto. Para Martin, o desenvolvimento da obstetrícia, assim como o do pensamento e da medicina ocidentais, o corpo passa a ser visto como máquina, o que se expressaria, no caso do parto, em uma substituição das mãos femininas das parteiras pelas mãos masculinas dos médicos e suas ferramentas que as “consertam” e controlam. No da cesárea, isso viria com ainda mais intensidade, de modo que

De fato, após uma cesariana que as tenha deixado com raiva e frustradas, as mulheres são consoladas ouvindo que deveriam se sentir felizes por terem um bebê saudável. O enfoque no produto do trabalho de parto ignora, é claro, aquilo que talvez fosse importante para mulher na mesma medida: a natureza de sua própria experiência com o nascimento (MARTIN, 2006, p. 120).

Isso também dialoga com o ponto de vista de Olivia Nogueira Hirsch (2015), em sua pesquisa sobre o parto natural e humanizado em mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro:

Os depoimentos chamam a atenção para a ênfase dada à liberdade e ao reconhecimento das singularidades, sendo possível dizer que o ideário se encontra atravessado pelo processo de individualização, subjacente à lógica de modernização dos comportamentos sociais, que predomina entre os segmentos médios da sociedade brasileira. Nesse sentido, é possível afirmar que as entrevistadas desse grupo almejam

ser reconhecidas como “indivíduos”, com liberdade e autonomia para decidir sobre seus partos (HIRSCH, 2015, p. 236).

Se, por um lado, a lógica cesarista ofereceria esse “roubo da experiência” (CARNEIRO, 2017, p.154), por outro, seria através da humanização que as mulheres poderiam se localizar enquanto indivíduos singulares e autônomos para atuar com certa liberdade sobre seus corpos no momento do parto. Em campo, percebi essa questão através de Jocasta, que já estava indo para uma cesárea quando conseguiu reverter o quadro e ter um parto normal:

Jocasta: Aí comecei a chorar, chorei muito, né? Nos primeiros dias chorei muito.

Pesquisadora: Por algum motivo específico...?

Jocasta: Então, às vezes eu chorava normal... Então um pouco pela... qual a palavra? Pera, que eu vou achar... pela intensidade do parto! Pra mim, foi um processo muito intenso, muito intenso, foi muito intenso e eu tive essa dificuldade de falar que eu queria uma cesárea. E aí teve um dos períodos que eu chorei muito, aí eu consegui conversar com a minha irmã sobre isso, conversei com [marido], conversei com os dois, e eu chorei muito porque eu falei, cara, quase que eu faço uma cesárea! E eu pedi! (...) Isso nessa primeira semana logo após, terceiro dia, eu falei, cara, quase que eu fiz uma cesárea! Porque eu pedi? Porque que eu pedi isso? Você não precisava. Eu fiquei me sentindo... não é culpa a palavra, mas fiquei me sentindo... sei lá, besta. Porque que eu fui falar aquilo? Porque eu falei que queria uma cesárea? Eu não queria! Não era o que eu queria! Eu não estava aguentando uma dor, eu tinha que falar isso.

Aqui reaparece a questão das emoções e da linguagem, que é um elemento importante também. Isso reforça nossa hipótese, na medida em que tais narrativas acerca do parto podem ser mais ambíguas do que parecem num primeiro momento. Na fala de Jocasta, por exemplo, emerge a “besteira” por ter desejado no momento de um parto complicado a cesárea como opção. Isso ilustra o fato de que o feixe discursivo construído em torno do parto natural e humanizado também pode ser impositivo nessa camada investigada.

Trata-se de um movimento na esteira do feminismo e que pode estar criando novas invisibilidades quanto a experiências menos positivas e ufanistas da maternidade. Desse modo, observar as experiências e representações de mulheres quanto à fase puerperal, envoltos desse movimento de revalorização simbólica da maternidade, poderá nos lançar luz às insatisfações, inaptações, tensões etc. deste grupo social.

Houve também um relato inusitado, nesse contexto, quando Réia, ao ter conseguindo o tão desejado parto normal, se vê surpresa e ambivalente quando ao período subsequente.

Réia: Eu achava que eu me sentir mais poderosa. Como eu me senti. Eu me sinto muito poderosa por saber que eu pari, entendeu?

Pesquisadora: Poderosa em que sentido?

Réia: Empoderada mesmo, acho que me tornei uma mulher mais segura, porque eu disse, porra, pari. Eu sou capaz de, sabe? Só que aconteceu o contrário, eu me senti super fragilizada no puerpério. Eu dizia que queria sair na rua com uma plaquinha, estou de puerpério, estou NO puerpério. Porque eu fiquei fragilizada com tudo.

Nesse caso, ser capaz de parir, ou seja, se vê empoderada dessa experiência, não a garantiu, como esperado, um puerpério igualmente potente. Aqui, a relação entre *parto* e *poder* pode ser evidenciada, através de Tornquist (2003), na medida em que

Creio que numa sociedade altamente medicalizada, a mesma que leva muitos (mulheres e médicos) a optar pelo parto cirúrgico, a introdução de elementos não-medicalizados e de uma concepção positiva da mulher (de seu corpo, de suas dinâmicas, de suas escolhas) pode ser vista como um momento de inversão, quando as mulheres assumem – temporariamente – um poder. O poder de parir (e de gestar), é celebrado como um poder generificado e sexuado que, em outras esferas, proporciona desigualdades e violência. Momento de empoderamento do qual muito se fala no âmbito do movimento que está em questão aqui. Se estamos diante de uma sociedade ainda marcada pelo peso da herança patriarcal mesmo entre casais ditos igualitários, o parto aparece como sendo o momento no qual as mulheres detêm um poder – talvez relativo, talvez provisório, talvez secundário – mas, de toda forma, poder. Daí a noção nativa corrente de que no parto humanizado a mulher se empodera, de uma maneira similar à que acontece no carnaval brasileiro, quando os pobres tomariam provisória e simbolicamente o lugar das elites (TORNQUIST, 2003, p. 302).

Nesse contexto, Nix foi uma mulher que buscou essa experiência empoderadora do parto, na busca por uma vivência mais acolhedora e autônoma, porém vivenciou uma violência obstétrica em sua busca pelo parto domiciliar e acabou passando por uma cesárea. Dentro as interlocutoras, me deparar com o relato de Nix me fez refletir sobre as atualidades das

experiências de maternidade no meio urbano, imerso também nas multiplicidades de sofrimentos do puerpério.

“Me senti o contrário de empoderada”: Nix e o relato de um parto em três tempos

O caso de Nix foi escolhido como fio condutor final desse capítulo, pois ilustra bem o ponto que buscarei trazer nessa última parte da análise. Nix está imersa nesta onda, encabeçada por mulheres de camada média, para o retorno da vivência do parto domiciliar no contexto urbano, a fim de trazer resistência às inúmeras cesáreas agendadas e desnecessárias que tomaram corpo ao longo dos anos para esta camada social. Essas mulheres se orientam em um “retorno ao lar” para a experiência do parto, a fim da busca por um lugar mais acolhedor e personalizado para a chegada do bebê.

Ao buscar o parto domiciliar e humanizado, Nix seguiu todos os “protocolos” recomendados: procurou uma equipe de parto humanizado, frequentou grupos de apoio, contratou uma *doula*, comprou todos os materiais solicitados. Ela desejava, através disso, vivenciar um parto em seu lar, de modo a fugir de uma possível experiência negativa no ambiente hospitalar. Porém, viveu uma violência obstétrica, que só foi minimizada após a chegada no hospital. Essa experiência ainda se somou aos vários problemas físicos que ela teve no puerpério, ligados à amamentação, que a fizeram viver um pós-parto de muita dor e sofrimento.

Alguns dos elementos que me chamaram atenção no relato de Nix dizem respeito a como a lógica de “sucesso” de um modelo de parto natural faz com que mulheres sofram e se frustrem ao vivenciar uma cesárea, fazendo-as se sentir “menos mãe”. Essa inadequação entre experiências e expectativas se traduziu, no caso dela, em emoções contraditórias e percebidas de maneira negativa. Assim, para falar da vivência do parto e do puerpério, Nix utilizou termos como humilhação, isolamento, pressão, julgamento e sacrifício. Nesse sentido, o próprio Michel Foucault (1979) pode nos auxiliar a pensar como, mesmo quando tentamos fugir do poder, criar linhas de fuga, a partir, neste caso, de experiências de parto que se afastem do controle biomédico, novos enquadramentos surgem e novos poderes se exercem, exigindo novas linhas de fuga.

Para organizar o relato de Nix, evidenciaremos os três momentos de sua narrativa de parto ou, o que formulamos como o parto em “três tempos”. No primeiro, uma elaboração voltada para planos e desejos; o segundo, imerso em dor intensa do parto, o *desempoderamento*

do plano inicial; e, por fim, os sentimentos de reprovação e julgamento, assim como a construção da percepção que “havia feito algo errado”, por vivenciar uma cesárea.

No primeiro tempo (*o pré-parto*), vimos uma busca pela antecipação da experiência, através do *plano de parto*, que se constitui como um documento fundamental no meio da humanização, principalmente no contexto do parto domiciliar, em que:

[...] as mulheres deixam explícitas suas expectativas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Este documento pode assumir diferentes características, desde as mais poéticas até as mais esquemáticas, e deve ser lido por todos os profissionais envolvidos no acompanhamento ao parto. Nele comumente são listados todos os procedimentos aos quais a parturiente deseja ou não se submeter, incluindo técnicas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor; a organização do ambiente; as pessoas que devem estar presentes; os procedimentos com o recém-nascido e assim por diante. O plano de parto aparece como alternativa para escapar da prática obstétrica de rotina e estabelecer novas relações de poder, controladas por práticas de liberdade. Para elaborá-lo é preciso que a mulher busque informações, esteja a par das etapas fisiológicas de um trabalho de parto, das técnicas existentes e seus efeitos (positivos e negativos), suas possibilidades de aplicação e assim por diante. Para isso, a participação nos grupos de discussão presencial e virtual, a leitura de planos parto e relatos de outras mulheres, a orientação de profissionais, especialmente de doulas, aparece como imprescindível. À par disso, a mulher grávida pode julgar e selecionar aquilo que se adequa aos seus desejos e reais possibilidades. Costuma-se, inclusive, discutir o plano de parto com a equipe que acompanha a mulher durante o pré-natal.” (RODRIGUES, 2015, p. 183).

Nesse momento, Nix busca realizar uma escolha racional acerca de uma vivência que ainda se evidenciará, traçando e repassando para a equipe contratada seus desejos e possíveis soluções para os momentos do parto. Apesar de ser um documento elaborado, em tese, pela co-responsabilização entre a parturiente e a equipe, a percepção de Nix se volta, posteriormente no *terceiro tempo*, como um “aval” para tomarem as decisões no momento que ela estivesse “fora de si”, ou como ouvi inúmeras vezes no campo da humanização, na *partolândia*³⁸.

38 “A partolândia vem descrita como um estado alterado de consciência, um estágio liminar ou crepuscular, em que a mulher escapa da norma e da estrutura social. Segundo relatos de algumas dessas mulheres, funciona como um período em que o tempo e tampouco o espaço existem, nos quais a mulher parece ir para um não lugar, onde abandona estados vigilantes e as faculdades racionais não tem espaço. Por isso, por vezes, apareceu como um vazio ou como um estado meditativo, enquanto, em outras situações, como um momento de euforia e de agressividade, em que se geme, se chora e em que existe brecha para o grito, para frases desconexas, para as

Pensando nos “tempos” envolvidos na vivência de Nix, podemos dizer que o plano de parto é solidário de uma concepção linear de tempo, no sentido de se apoiar na ideia de que é possível prever e dar soluções antecipadas a um evento que ainda não ocorreu, com base nas experiências e conhecimentos acumulados por outras parturientes, suas doulas, médicas etc. Nesse sentido, mesmo se afastando do modelo biomédico, sobretudo no que diz respeito à participação da mulher na elaboração de seu plano pessoal, o plano de parto guarda uma relação com os “protocolos” médicos, no sentido de buscar ser um guia preconcebido para as práticas em torno da mulher que vai parir.

Nesse contexto, Nix traz outro relato interessante de pensar:

Nix: Tudo isso, Lorena, pode ser que eu teja falando e que seja, assim, uma impressão em função do meu estado de nervos, que não tava normal na época. Mas foi o que eu senti e foi o que eu senti e tudo isso veio evoluindo, essa... esses acontecimentos. Eu venho pensando sobre eles durante esses 3 anos. Então, eu já pensei bastante sobre isso e eu acho que é por aí mesmo, sabe?

A questão dos *nervos*, já foi um tema bem trabalhado por Maria Lucia da Silveira³⁹, em *O nervo fala, o nervo cala* (2000), sendo um bom exemplo da interseção entre biomedicina e ponto de vista dos sujeitos, pois vai mostrar o distanciamento que muitas vezes existe entre as práticas e denominações médicas e como os sujeitos vão interpretar e relatar os próprios sintomas. Os “nervos”, para Silveira, seria um termo polissêmico característico de uma síndrome culturalmente delimitada ou de sintomas interpretados culturalmente e, ressalta a autora, apenas um exemplo da inabilidade profissional da instância biomédica. O “estado de nervos” em Nix se remete diretamente a um estado “fora da normalidade”, na medida em que percebe e questiona sua própria narrativa temporal que se inicia na gravidez, mas que perdura posteriormente em sua análise.

Acerca do segundo tempo (*o aqui e o agora*), retomamos a ideia da “partolândia” como um momento de suspensão de tempo e espaço e de posta à margem da estrutura social, onde a linearidade prevista anteriormente se esfacela. É um momento dominado por sentidos e emoções como dor e medo, que se apresenta, a posteriori, como essencialmente confuso. Além

ofensas, para o desejo sexual e para a transpiração, apresentando-se como uma zona onde se é ‘meio bicho, meio mulher’.” (CARNEIRO, P.203-204, 2011)

39 O primeiro a falar sobre o nervoso foi o Luiz Fernando Dias Duarte, em *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas* (1986).

disso, Nix irá falar acerca de um sentimento de *desempoderamento* que sentiu durante seu parto, onde, novamente, a questão entre *poder e parto* emerge.

Nix: Eu já tava me sentindo várias coisas, meio que... o contrário de empoderada, né? Meio que compelida a ir por determinado caminho, não por imposição mas por sugestão dela [parteira], por coisas muito mais sutis que uma imposição. Mas que hoje eu vejo. Por exemplo, essa coisa do plano de parto. Eu já tinha acesso a outros planos de parto mas por acaso, ou não por acaso, todos os que eu li tinham falando sobre isso, sabe? De se eu disser que eu quero ir pro hospital, me segure, eu não quero de verdade. Veja só... Meu estado... Até então eu não tinha essa impressão, sabe, por isso que eu falei pra você, eu não tinha a impressão até então que eu não tinha aguentado suficiente, ou de que tipo... que eu não tinha sido forte o suficiente, que eu tinha cedido.

O termo “empoderamento” também é expressão que faz parte do contexto da humanização, como ressalta a autora Tornquist (2003):

O empoderamento no ato de dar à luz, para o Parto Humanizado, refere-se à capacidade da mulher recuperar um poder natural de parir, atributo essencialmente feminino. Esta capacidade, como vimos, é construída, é fruto de um processo sócio cultural, o qual o próprio Movimento, ao divulgar suas idéias, ajuda a instituir. Esta concepção parece ter uma dupla face: de um lado, atribui ao parto um valor positivo (parir é ter poder), de outro, reitera o mito da maternidade, uma vez que propugna um determinado modelo de família e de mãe de questionável universalidade, como vimos neste trabalho, tanto no âmbito hospitalar quanto fora dele, ou seja, nos partos atendidos pelas parteiras do interior (TORNQUIST, 2003, p. 363).

Como mostrado anteriormente, o plano de parto fez parte da construção e elaboração do parto de Nix. Porém, ela vai relatar, posteriormente, como é difícil você planejar algo que nunca vivenciou. Ela diz que se baseou em coisas que lia ou ouvia falar, reproduzindo o modelo proposto segundo essas informações. Apesar de se “fazer cumprir” o que foi pedido em seu plano, assim como a questão da co-responsabilidade existente nesse procedimento, Nix se deparou com uma situação de conflito que a fez vivenciar, naquele momento e posteriormente, um sofrimento. Ela havia colocado em seu plano que era para estimularem ela a não ir ao hospital, caso pedisse durante o trabalho de parto em casa, sob a pré-ocupação que não estaria apta para decidir isso “racionalmente” no momento do parto. Porém, ela relata de maneira muito

intensa, que, posteriormente, durante o trabalho de parto, pediu inúmeras vezes para ir ao hospital, que havia chegado em seu limite mental e corporal, porém não foi acatada em sua decisão imediatamente, permanecendo por mais tempo em casa.

Nix: Hoje eu fico vendo que, pra mim, não tem sentido nenhum um plano de parto, você prevê sem você ter vivido aquilo, você prevê a reação que você quer ter na hora. Não tem, pra mim, foi o atestado pra galera fazer o que quisesse, na hora, o que eles achassem que era... Até que teve uma hora que teve uma convenção aqui das parteiras e da doula, pra saber se eu devia mesmo pro hospital ou não. Assim, sem a minha participação, entendeu? Sem que me... eu me senti completamente o contrário de empoderada, eu me senti sujeita ao que me mandassem fazer, oque... eu tava tomada pela dor.

Posteriormente, isso gerou dois pensamentos nela: um, que não haviam respeitado sua decisão (que havia mudado, durante o trabalho de parto) e, outro, que o fato de ter pedido e ido para o hospital, a fazia não ter “sido forte o suficiente” para passar pelo parto normal. Ou seja, ao se sentir *desempoderada*, ela traz a dimensão negativa do parto e como esse sentimento a leva a uma percepção de si como “menos mãe”.

A partir disso, me saltam algumas indagações: Quais as expectativas das mulheres que buscam essa vivência? Ter parto domiciliar é ter um parto ativo? Quais os limites das decisões neste âmbito? Ressalto que essa é uma reflexão singular e localizada, a partir do relato desta interlocutora, não pretendendo, assim, ser uma representação ou análise mais aprofundada sobre este campo do parto domiciliar – que é bem mais complexo e com diversas particularidades.

No terceiro momento (*o pós-parto*), as questões provenientes do parto vêm à tona de maneira muito dolorosa em um processo de autorreflexão. Aqui, o tempo mobilizado é um tempo retrospectivo, em que o passado é posto em perspectiva. Deste modo, Nix relata que não foram atendidas suas decisões, se sentindo vulnerável e exausta. Somado a esses fatores, também estava o que ela visualizou como sendo uma culpabilização do parceiro, que ele não estava presente “o suficiente”, quando o seu desejo era vivenciar as contrações sem ninguém perto. A sensação que “havia feito algo de errado”, para terminar em uma cesárea, se tornou um sentimento que, para ela, havia sido incitado pela equipe de acompanhamento.

Nix: É lógico que mesmo que eu tivesse em paz, que eu não tivesse ouvido essas coisas, porra, é foda, eu planejei um parto domiciliar, entendesse? E terminar numa

cesárea não era obviamente meus planos, mas assim, pelo andar da carruagem, pra mim tava tudo muito justificado. (...) Eu não ouvi nada da minha família, de forma nenhuma, nem das pessoas. Minha família imediata me apoiou desde sempre com a coisa do parto domiciliar (...). Nunca ouvi nada, nem senti nenhum olhar de reprovação, nem nada. Fui sentir justamente da equipe que eu contratei, achando que tava contratando a melhor equipe possível. Eu acho que, naquele época, talvez hoje em dia já seja a coisa mais equilibrada, mas eu acho que naquela época tinha ainda uma coisa de reação à um modelo de obstetrícia. E você reaja com força também, né? Com a força que você é atingido. Então, eu acho que tinha um desequilíbrio muito grande, no discurso, na... acho que até uma coisa de inexperiência ainda, de você não ter vivido, não sei.. (...). E eu fico pensando que eu sofri o outro lado, não sofri uma violência obstétrica como eu entendia, mas eu hoje acho que foi, pela situação vulnerável que eu tava, pelo que elas se propunham a fazer, porque eu me aproximei por causa dessa proposta. Não foi, né? Foi aonde eu encontrei julgamento, foi o lugar onde eu achei julgamento.

Esse trecho parece sintetizar os três “tempos”, na medida em que ela elabora até mesmo uma justificativa estrutural do sofrimento do “outro lado” que ela vivenciou. Esses “três tempos” ilustram a complexidade e importância do parto no meio investigado, de modo a também perceber como pode ser um elemento importante que se configura na experiência e, consequentemente, nas representações de DPP no universo pesquisado. A DPP começa no puerpério ou é um sentimento de angústia, inadequação, abandono e medo que vem sendo gestado ao longo de toda a gestação efetiva?

. Capítulo Três .

TER OU NÃO TER DEPRESSÃO PÓS-PARTO, Eis a questão.

Será que podemos falar de uma visão homogênea do mundo, ou será que as coisas parecem muito diferentes se as enxergarmos pelos olhos de uma mulher?

Emily Martin, *A mulher no corpo*, 2006.

Como já salientei em diversas partes desta dissertação, pesquisar a temática da depressão pós-parto, através do olhar das Ciências Sociais, se apresentou enquanto um grande desafio. Não só pela escassez de material acerca dessa temática específica em nossa área, como na criação de estratégias necessárias para se lançar em algo que já é, em si, uma elaboração biomédica⁴⁰. Desse modo, foi preciso construir elementos que pudessem ser suficientes para problematizar essa concepção já culturalmente elaborada, buscando recolher o que pudesse ser captado pelo meu olhar de cientista social.

Para isso, parti de pesquisadores e pesquisadoras que buscaram pensar acerca da questão da depressão, através de interpretações de cunho social e histórico, tanto por se tratar de um tema relativamente próximo, como por ter uma bibliografia bem mais extensa – inclusive no campo das Ciências Sociais. Busquei me inspirar por essas obras, a fim de perceber quais seriam os elementos sociológicos que poderiam ser elencados para analisar o tema que me dispus a pesquisar, buscando assim contribuir para essa temática ainda tímida em nosso campo científico.

Tanto a depressão, quanto a depressão pós-parto, são diagnósticos provenientes de uma elaboração biomédica, ou seja, estão diretamente relacionadas à construção social da medicina, principalmente ligada as ditas *ciências psi*, assim como a fatores de ordem social e cultural. Assim, guiarei o leitor por alguns percursos teóricos que percorri e que foram fundamentais para minhas indagações de pesquisa. Primeiramente, faço alguns apontamentos acerca da depressão, de modo a percebê-la enquanto *sintoma social* da nossa época, analisando que elementos saltam aos olhos de alguns autores que buscaram pensá-la. Posteriormente, adentrarei a temática de gênero dentro desse panorama, analisando a relação com a construção

⁴⁰ Vale ressaltar que levamos em consideração que essa não é uma questão específica da saúde mental. Faz parte da constituição do campo da antropologia e da sociologia da saúde ou médica.

social da medicina ligada ao corpo da mulher para, enfim, mergulhar nas questões específicas do meu objeto, a fim de localizar a DPP enquanto um tema complexo e imerso em diversos elementos sociais e culturais. Em outras palavras, mostrarei de qual depressão pós-parto estou falando, não sendo, assim, um termo já dado. Por fim, trarei as vivências e elaborações das mulheres entrevistadas acerca do tema, utilizando para tanto o caso de Deméter como fio condutor de análise das entrevistas, de modo a ilustrar alguns fatores que foram percebidos em campo através de sua narrativa, abrindo caminho para as narrativas das outras interlocutoras.

O sentido que esperamos dar a essa categoria nos direciona, então, a três principais caminhos: como aspectos conflitivos da vivência da maternidade são traduzidos num diagnóstico médico; como as mulheres compreendem esse mesmo diagnóstico – suas concordâncias, estratégias e resistências –; e como as representações da DPP se apresentam como heterogêneas no universo pesquisado, não sendo igualmente mediadas pelo diagnóstico ou por uma visão estritamente biomédica. Esses caminhos virão de modo a dimensionar nessa pesquisa as complexidades do campo e da temática, demonstrando os múltiplos aportes que podem ser observados nesse universo pesquisado.

Da depressão ao pós-parto

Nem sempre tristeza em demasia foi interpretada socialmente como um sintoma de depressão. O sofrimento psíquico foi entendido, desde o século XX, como algo ligado à subjetividade individual, desse modo, as áreas que tratam da psique humana, tais como a psicologia e, posteriormente, a psicanálise e a psiquiatria, se localizaram historicamente como portadoras das interpretações acerca desse tema. Mas como transformar o sofrimento psíquico em objeto sociológico? (PUSSETTI; BRAZZABENI, 2011)

Não pretendemos fazer um levantamento histórico acerca da temática, mas vale salientar que ela está presente na Sociologia desde as origens, quando Émile Durkheim (1987), na busca de tornar sólida uma base científica para as Ciências Sociais, inaugurou uma primeira compreensão social de um comportamento humano visto até então como individual – o suicídio –, numa formulação que buscou compreender os sujeitos inseridos na realidade social, ou seja, marcados pela externalidade social. Durkheim buscava entender o suicídio como um sintoma consistente e relevante de um organismo coletivo – e não enquanto sintomas individuais e isolados.

O ideal de felicidade que estava sendo elaborado, a partir da ascensão da burguesia no início do século XX, trouxe inúmeras mudanças sociais. Foi diante deste contexto que o

psicanalista Sigmund Freud, em sua obra *O Mal-Estar na Civilização* (1930), se preocupou em refletir sobre as decepções e desprazeres do “homem moderno”⁴¹ diante de todos os aspectos que essas mudanças ocasionaram em seu entendimento e expectativa de felicidade, assim como, consequentemente, na de tristeza.

A sociedade ocidental se encontrava, aquele contexto, em um momento de intensa utilização dos recursos naturais, na busca por uma melhor qualidade de vida, porém, o poder sobre a natureza não seria a condição única da felicidade humana (FREUD, 1930, p.46). Logo, apesar de ser uma época de muitos avanços e descobertas, foi também um momento onde esse “homem” também se deparou com um mal-estar proveniente dos mecanismos de segurança, que vieram à tona para regulamentação dessa sociedade que se modificava de maneira cada vez mais acelerada. Esse “homem” de Freud havia trocado as possibilidades de felicidade por um “quinhão” de segurança – e isso teria, para Freud, um alto custo.

Próximo a esse contexto, vemos emergir a inserção do termo depressão, no campo da psicopatologia, ocupando, para muitos autores, o lugar historicamente ocupado pela melancolia⁴². A psicanalista Urania Tourinho Peres (2003) retrata a depressão como uma doença proveniente da modernidade e que teria um caráter ambíguo, tal como a melancolia: por um lado, um humor natural, que sempre esteve e estará presente no ser humano e, por outro, uma doença mental produzida por um desequilíbrio de humor. Mas, como a própria autora ressalta, como uma doença considerada mental, logo de caráter individualizante, pode se tornar epidêmica?

Maria Rita Kehl, em *O Tempo e o cão* (2009), também traçará uma reflexão acerca dessa temática, partindo de Freud, de modo a pensar o aumento dos casos de depressão, visto atualmente, articulando esse fenômeno ao *sintoma social* da contemporaneidade. Como uma sociedade tão estimuladora da felicidade e com tantos recursos para excitação e alegria produz cada vez mais depressivos?

Na perspectiva sociológica, Alain Ehrenberg é outro importante autor que pensou acerca da depressão. Para Ehrenberg (2004), a depressão se configura como um sucesso médico, social e, também, sociológico. Sucesso médico, pois se tornou o foco central da psiquiatria nos anos 70, sendo tida como a patologia mental mais disseminada no mundo; social, por ter se tornado, midiaticamente, uma “doença da moda” ou “mal do “século”, tendo se disseminado no senso

41 Homem enquanto ser humano. Aquele “velho probleminha” terminológico de certos autores.

42 Existe uma gama de referências, principalmente na literatura e na psicanálise, referente à melancolia. Apesar de ser um conceito relevante para nosso estudo, optamos por não o desenvolver nesse momento, dado as escolhas metodológicas para tratar o tema da depressão com enfoque em gênero.

comum de modo bastante expansivo; e, por fim, sociológico, por parecer designar parte dos maus comportamentos ou males psíquicos ao longo da vida de um sujeito. Numa perspectiva mais ampla e generalizante, o autor faz insurgir duas questões: em que sentido a depressão se tornou a doença mais disseminada no mundo? E em que a depressão é reveladora das transformações na individualidade contemporânea?

Inspirada nas reflexões do autor e buscando fazer uma reflexão bem mais localizada e singela, também me deparei com, pelo menos, duas questões sobre o tema da DPP: *em que sentido a DPP se tornou uma doença invisibilizada, apesar da alta incidência? Em que medida a DPP pode ser reveladora do ethos de mulheres que vivenciaram a experiência puerperal?*

Neste âmbito, abordamos a DPP como um *sintoma social* da sociedade atual, de modo que entendemos o sofrimento como algo que não se restringe apenas a desejos individuais, mas principalmente, às expectativas e ações coletivas estritamente ligadas a contextos sociais específicos da contemporaneidade (CASTEL, 1978; CONRAD, 1992; MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2006; KLEINMAN, 1988). Assim, o “mal-estar puerperal” nos parece fazer sentido, sob essa perspectiva, pois nos faz pensar que o sofrimento, no contexto do nascimento de um/a filho/a e dentro de uma sociedade de “bem-estar e eficiência”, parece fazê-las se confrontarem com um sofrimento em dar conta do que esse momento as pede. E a justificativa mais próxima para essa inadequação vai de encontro a uma justificativa biomédica. Esse aspecto é acentuado pelo demarcador de sexo-gênero, já que tal diagnóstico se relaciona a sujeitos inseridos nesse recorte.

Para além da demanda de inserção numa sociedade do bem-estar e eficiência, a depressão pós-parto dialoga com as expectativas lançadas socialmente para as mulheres, que dizem respeito aos aspectos discutidos até aqui, tais como a realização do “papel” das mulheres na maternidade, a romantização desse processo e a invisibilidade típica de processos subjetivos relativos às mulheres numa sociedade patriarcal.

Quanto a saúde mental, o gênero também seria uma noção de suma relevância⁴³, como aponta Valeska Zanello (2014). Mais especificamente acerca do sofrimento psíquico, Zanello ressaltará que

43 Mari Luz Esteban (2006), em busca de evidenciar a relação entre saúde e gênero, problematiza uma gama de visões provenientes do pensamento positivista do século XIX, tais como a busca de uma noção universal para o entendimento de doença e de uma suposta neutralidade intrínseca à ciência, de modo a buscar alternativas reflexivas (e políticas) para se pensar e reformular essas visões binárias e supostamente imparciais. A autora põe em questão os princípios da medicina ocidental e assume um particularismo e relativismo para se pensar a dimensão histórica e cultural, assim como as vinculações entre o “natural” e o “social”, como propõem a antropologia da medicina, permitindo avançar na desnaturalização e dessecencialização necessária para os estudos

se o sofrimento psíquico é mediado pela linguagem e pela cultura, para acessá-lo é necessário qualificar a fala do paciente, não apenas em seus aspectos objetivos, mas como expressão simbólica e constitutiva daquele. O sofrimento psíquico deve ser compreendido assim em toda sua complexidade, na qual os aspectos sociais e históricos específicos do sujeito confluem. Dentre estes aspectos importantes na constituição do sujeito, temos as relações de gênero (ZANELLO, 2014, p. 44).

Nesse sentido, ressalta a noção de gênero diretamente relacionada também a construção social do sexo biológico e dos papéis designados social e historicamente a partir das supostas diferenças entre homens e mulheres. Em nossa pesquisa, vemos as mulheres tomar expressões e emoções ligadas tanto a suas “identidades esperadas” – ou seja, cumprindo uma normatividade de se portar perante expectativas sociais de gênero – como também questões ligadas ao trabalho laboral, sentimentos de culpa, raiva, amor, conflito. Enfim, diversos vetores que tentaremos pensar acerca.

Depressão pós-parto: um termo polissêmico

Em busca de ampliar as fontes sobre o tema da DPP, fui ao *youtube* e me deparei como um canal chamado “Hel Mother”, da jornalista Helen Ramos. Já tinha ouvido falar dela nos meus ciclos de amigas-mães e até visto alguns vídeos bem engraçados em que ela tratava da “maternidade sem caô” – expressão utilizada por ela na descrição do canal, que hoje conta 152 mil inscritas/os. Helen, estimulada por três amigas, iniciou o canal logo após ter o primeiro filho, como uma forma de compartilhar as dificuldades de ser *mãe solo* e de ter um lugar em que se sentisse confortável para desabafar. Acabou se tornando uma *youtuber* famosa em assuntos sobre a maternidade. Em um tom quase sempre de humor, ela adentra em temas do puerpério a fim de problematizar idealizações e romantizações da maternidade.

O vídeo que apareceu, nessa minha pesquisa, se chama “caiu, levantou”⁴⁴ e traz o relato sobre sua experiência pessoal com a DPP, dizendo que fará uma discussão que busca ultrapassar a definição médica – até porque não é da área de saúde – para adentrar a sua experiência vivida.

de gênero. “Só assim podemos evitar a mesma definição e hierarquização dos sintomas e mal-estares femininos que se fazem desde a biomedicina e que é assumida acriticamente pelas ciências sociais.” (ESTEBAN, 2006, p.13). O desafio emerge na busca não apenas de construir dados empíricos e estatísticos para a diferença entre homens e mulheres, mas também na preocupação em buscar uma explicação que clareie a construção social subjacente às diferenças e desigualdades de gênero no âmbito da saúde.

44 Exibido em 13/10/2016, contando com mais de 110 mil visualizações, até agosto de 2018. Link: <https://www.youtube.com/watch?v=DQDwrMZxkQQ&t=490s>.

Segunda ela, toda mulher no pós-parto vivenciaria o *baby blues*, que estaria relacionado a mudanças hormonais e físicas do período puerperal, somado a questões psicológicas e a própria experiência de ruptura trazida pelo parto. Helen enfatiza como vivenciou uma idealização da maternidade como sendo um momento de “alegria plena”, para trazer uma crítica à mídia sensacionalista, que muitas vezes aborda o tema da DPP de uma maneira generalizante e expondo casos extremos como exemplo. Fala também da sua solidão em vivenciar um puerpério sem rede de apoio. Ela fora diagnosticada com DPP através de consulta psiquiátrica, adentrando em um tratamento com medicação, e relata sobre os inúmeros julgamentos que vivenciou neste período, como quando era questionada se teria condições de cuidar do filho “naquelas condições”. O que este vídeo trouxe enquanto reflexão diz respeito a como ela explorou essa fronteira tênue entre a medicina – com referências a hormônios e aspectos mais fisiológicos – e a experiência em si, com suas particularidades e desdobramentos.

Para a biomedicina, o *período puerperal*, também conhecido popularmente como *resguardo* ou *quarentena*, se configura como um período posterior ao parto e teria duração de até 6 semanas, que seria o tempo médio para a mulher voltar a ovular. Essa questão temporal do puerpério foi um fator interessante na pesquisa, pois apesar de haver uma delimitação de tempo pelo saber biomédico, pude perceber, em campo, uma vivência de puerpério mais prolongada, chegando em alguns casos até o primeiro ano de vida da criança. Descobri, posteriormente, através da entrevista com o especialista em DPP, que este primeiro ano também é levado em conta, para a psiquiatria, como o período limiar para a formulação de um diagnóstico entre a depressão no pós-parto e uma depressão mais geral.

Como dito na introdução, percebemos a existência de três principais sofrimentos psíquicos no período do puerpério, que pude encontrar tanto na literatura biomédica quanto nas representações das interlocutoras. Elas variam conforme tempo, sintomas e intensidade, sendo o *blues* puerperal, a mais branda; a DPP, a intermediária; e a psicose puerperal, a mais avançada. Quanto ao *blues*, tivemos uma referência a essa condição na fala de Dione:

Dione: Eu não creio que eu tenha tido depressão pós-parto não, mas o baby blues, digamos assim, eu acredito que eu tive, entendeu? Eu acredito que um baby blues eu tenha tido. Acredito que seja até hormonal, não sei, porque era sempre no fim da tarde, me dava uma angústia, uma tristeza. Normalmente era o horário que você tende a estar sozinha. Eu não tinha ninguém em casa, era só você e o bebê. Então dá aquela angústia.

É interessante pois, da mesma forma que ela se remete a justificação hormonal, também vai falar do sentimento de solidão que essa vivência do fim da tarde a trouxe. A solidão aparece como elemento que permeia alguns momentos das falas das entrevistadas, seja por parte da ausência de amigos, que não se mostram presentes nesse momento de “pouca vida social”, como também dos parceiros, seja por precisaram voltar ao trabalho com poucos dias após o nascimento ou pela própria elaboração de “ajuda” que é machistamente gentrificada.

Como dissemos, a DPP aparece no *entre* e seria causada pela combinação de fatores biológicos, psicossociais e genéticos, onde o histórico pessoal de depressão seria um dos principais fatores de risco⁴⁵. Quanto a essa questão, a entrevista com Amary Cantilino nos traz um interessante panorama acerca dessa diferenciação.

Cantilino: O diagnóstico, ele é importante que seja feito por um profissional capacitado, até pra não confundir com situações normais que ocorrem no puerpério. Porque boa parte desses pensamentos ocorrem em mulheres que não tem depressão pós-parto também. Foi até o que a gente observou na nossa pesquisa. Então, são pensamentos que parecem até assustadores e etcetera, mas muitas mulheres que não tem DPP também podem pensar determinadas coisas. "Ah, eu tô cheia disso tudo", "não devia ter tido filho", "tô aprisionada nessa situação", "quero ir mimbora daqui", "vou dá o meu bebê pra alguém cuidar", "eu não vou ser capaz de cuidar do meu bebê". Isso acontece muito mais frequentemente em quem tem DPP do que em quem não tem, mas mesmo quem não tem pode ter esse tipo de pensamento. Porque durante o pós-parto, aí sim, por uma questão sobretudo hormonal, acontece uma hipersensibilidade emocional. É como se os nervos ficassem à flor da pele.

Podemos perceber, nesse trecho, que questões como a busca por uma “delimitação” de um comportamento dito “normal”, questões hormonais provenientes da gravidez e do parto e elementos relacionados a uma funcionalidade das relações e comportamentos são levados em conta para uma concepção biomédica de DPP.

Essas três definições se constituem enquanto diferenciações relacionadas a variações de humor existentes no período puerperal, segundo uma abordagem biomédica ocidental, ou seja, um saber em um contexto social específico e socialmente localizado. De modo a atentar acessar outras concepções para a DPP, para além dessa esplanada anteriormente, busquei alguns trabalhos que buscaram perceber o puerpério e a DPP em outros contextos sociais e culturais,

45 Algumas de nossas entrevistadas apresentaram este histórico.

que não só pela concepção da biomedicina, a fim de ampliar um pouco nossa visão, percebendo a cultura como elemento fundamental da experiência puerperal.

Em *Postnatal depression across countries and cultures* (2004), seus diversos autores ressaltam que, apesar do crescente reconhecimento internacional relacionado a DPP como elemento de preocupação de saúde mental mundial, a maioria das pesquisas sobre a temática foram conduzidas em países ocidentais desenvolvidos (KUMAR, 1997; O'HARA; SWAIN, 1996), não levando em conta o alcance das diferentes experiências psicossociais provenientes de outras culturas, assim como, por exemplo, a natureza do casamento, da família e do parentesco ou as variações de tratamento no apoio novas mães em diferentes países e culturas. Os autores vão dizer que, nas sociedades não-ocidentais, existem uma série de rituais, proibições e proscricções que acompanham a transição para a maternidade e que fornecem orientação e apoio social, enquanto a mãe se adapta ao seu novo papel.

No contexto asiático, por exemplo, temos o estudo de Piyanee Klainin e David Gordon Arthur (2009) que compilaram estudos quantitativos e qualitativos na Ásia. Eles trazem como a medicina tradicional chinesa compreende que existem duas forças opostas, o "Yin" (energia positiva) e "Yang" (energia negativa), que regulam todo o universo e que existem no corpo humano. Após o parto, a harmonia e equilíbrio dessas forças seriam prejudicadas, levando a um estado fisiologicamente vulnerável. Assim, mulheres na China, Taiwan, Hong Kong, Singapura e Vietnã são encorajadas a participar de um pós-parto conhecido como "doing de month", por 30 dias após o parto. As mulheres ficam descansando, de preferência na cama, e recebem o apoio da própria mãe ou da sogra, em relação a cuidar da criança, cozinhar e outros trabalhos domésticos. Certas atividades, como tomar banho, lavar o cabelo, ir para fora da casa e "ser soprada pelo vento" devem ser evitadas, a fim de prevenir que as mulheres tenham possíveis problemas médicos. Dietas também são prescritas a fim de restaurar o equilíbrio Yin e Yang.

Segundo eles, a cultura asiática incorporaria uma grande variedade de práticas tradicionais para o período do puerpério, desse modo, os fatores culturais desempenhariam um papel fundamental na ocorrência de depressão pós-parto nessas culturas. Problematicamos esse aspecto aparentemente "mais acolhedor" das sociedades não-ocidentais, trazida pelos autores, na medida em que também visualizamos nessas culturas elementos e configurações desiguais no que tange ao gênero – sendo até mais intenso, nesses locais –, onde a mulher desempenha um papel de submissão e controle ainda mais socialmente imposto.

No contexto ocidental mais amplo, temos no trabalho de Stern e Kruckman (1983), *Multi-disciplinary perspectives on post-partum depression: an anthropological critique*, um

dos pouquíssimos materiais das áreas das Ciências Sociais sobre a DPP. Em uma revisão da literatura antropológica sobre a depressão pós-parto, eles sugerem que a falta de rituais e acolhimento no pós-parto na sociedade ocidental pode ser uma das principais causas de depressão puerperal. Para os autores, optar por uma perspectiva antropológica vai de encontro a incorporar de uma maneira mais eficiente os comportamentos simbólicos aos processos biológicos do que na pesquisa biológica e psicossocial isoladamente. Dão atenção ao impacto da padronização do período pós-parto e trazem a literatura intercultural para identificar elementos comuns na estruturação social desse período. Eles incluem, em suas reflexões, a padronização cultural para período pós-parto, as medidas de proteção lançadas para refletir a vulnerabilidade da nova mãe, a reclusão social, o repouso obrigatório, a falta de assistência em tarefas pelos parentes e o reconhecimento social de novo status social através de rituais, presentes ou outros meios.

Os autores propõem uma hipótese que a DPP seria resultante da falta de estruturação social dos eventos do pós-parto, ligado a falta de reconhecimento social da transição de papel para a nova mãe, assim como o apoio e ajuda para a nova mãe. Como veremos em seguida, essas questões fizeram aparição nos relatos das mulheres entrevistadas, destacando a solidão e o cansaço como elementos importantes na vivência puerperal.

Já no contexto brasileiro, trago como exemplos da heterogeneidade da vivência do puerpério dois trabalhos. Um, através da etnografia da antropóloga Soraya Fleischer (2007), realizada em Melgaço/PA, onde ela relata o caso de três mulheres que vivenciavam um estado patológico resultado de um *resguardo* malcuidado. E outro, no contexto dos Munduruku do Amazonas, realizado por Raquel Dias-Scopel, Daniel Scopel e Esther Jean Langdon (2017).

Em sua etnografia, Fleischer (2007) descreve as indicações necessárias para um pós-parto saudável:

Manter a casa fechada, não fazer trabalho pesado, prescindir da vida sexual, alimentar-se de forma correta e ter sossego para descansar eram algumas das principais prescrições para que a puérpera *quarentasse* com saúde e pudesse voltar normalmente, depois desse período, ao seu trabalho, ao cuidado da casa, crianças, marido e família, à sua vida sexual e reprodutiva etc. Como D. Dinorá, as parteiras eram categóricas ao alertar estes maridos e familiares que, caso estas regras não fossem cumpridas, a mulher corria o risco de *seu parto subir para a cabeça* (FLEISCHER, 2007, p. 88).

Esse “sangue que sobe para a cabeça” estaria relacionado a uma especificidade da condição da mulher que deveria ser escoada do corpo, seja em forma de menstruação ou no

período posterior ao parto. E caso não fosse, o equilíbrio físico-moral da mulher estaria comprometido. Assim, a parteira, o marido e as mulheres da família deveriam depositar um cuidado especial na mulher puérpera, de modo ao seu corpo recuperar a normalidade.

Já Dias-Scopel, Scopel e Langdon (2017) vão trazer a orientação dos Mudukuru acerca do pós-parto:

No pós-parto, é o casal, e não apenas a mulher, que ingressa em um período liminar cercado de perigos, chamado *resguardo de parto*. Entre as práticas de autoatenção, destacam-se a reclusão feminina e a *couvade*. As práticas de autoatenção do pós-parto são realizadas com a intenção de garantir a vida e a saúde do recém-nascido e da mãe. O sangue do pós-parto é potencialmente perigoso por ter as mesmas características atrativas do sangue menstrual, o que, para os Munduruku, é extremamente importante, considerando o poder atrativo que o sangue tem sobre seres maléficos, conforme descrito anteriormente. A reclusão das parturientes no interior da casa ocorre até o sangramento cessar. Elas também seguem uma dieta alimentar para evitar hemorragias ou feridas no útero, doenças e mal-estar no recém-nascido. Não se pretende aqui fazer uma lista detalhada dessa dieta, apenas demonstrar que o foco das práticas de atenção não se resume apenas ao que se come, mas também no modo como os alimentos são preparados e no estado de convalescência da parturiente. [...] O resguardo é de 40 dias, sendo que, em média, as mulheres e os recém-nascidos permanecem pelo menos 20 dias após o parto sem sair de casa. Nesse período, o marido assume as atividades de lavar louças, carregar água, cozinhar e limpar a casa, sempre acompanhado pelos filhos mais velhos, caracterizando uma inversão dos papéis cotidianos, já que tais tarefas não são realizadas pelos homens cotidianamente, estando relacionadas à esfera de atividades exclusivas das mulheres. Com a certeza do fim do sangramento e, portanto, dos perigos advindos com o cheiro do sangue, as mulheres ampliam seus espaços de circulação e dos recém-nascidos, além de retomar as tarefas cotidianas. Logo após o nascimento, o pai vai até a mata para cortar um tronco da árvore do Taperebá, que será usado em um ritual para proteger o recém-nascido e permitir que o pai flexibilize certas proibições da *couvade*. Diz-se que o pai não pode “fazer força”, “trançar cordas” ou puxar a corda que dá partida em motor de popa, pois tais movimentos bruscos são potencialmente perigosos ao bebê e resultam no sangramento do umbigo. O ritual consiste em apresentar o tronco de Taperebá ao recém-nascido e lhe dizer: “este é o teu pai”, passando-o por baixo da rede onde ele se encontra. O tronco ficará dentro da casa próximo ao bebê até o fim do resguardo, como uma espécie de vigia sempre presente, um pai substituto, simbólico. Com o fim do resguardo de parto, o pai verdadeiro retoma o lugar do pai simbólico, que não é descartado. O tronco personificado deve ser plantado próximo a casa pelo pai verdadeiro, de modo a continuar, de certa maneira, a observar o crescimento da

criança. A árvore crescerá e não restará indistinta, ao contrário, será relacionada à criança e identificada como “o pai de fulano(a)”. Ela crescerá e dará frutos no quintal da família (DIAS-SCOPEL, SCOPEL, LANGDON, 2017, p. 198).

Neste âmbito, o *saber popular* e tantas outras formas de se conceber o período do pós-parto me fizeram refletir acerca das diversas formas de significar e conceber a DPP. Nas páginas que se seguem, discorro de que maneira as mulheres entrevistadas – mulheres moradoras no Nordeste brasileiras, brancas, de classe média urbana e intelectualizadas – elaboram suas experiências de pós-parto, negociando seus possíveis diagnósticos. De formas diferentes, todas essas narrativas, cada uma com as suas especificidades, parecem remeter ao estado de isolamento simbólico e efetivo compulsório das mulheres no puerpério, independentemente de como a depressão pós-parto é abordada, ou mesmo se vem à tona enquanto um diagnóstico.

“Eu tinha muita resistência”: Deméter e a dança entre o biológico e social nas representações da DPP

Deméter foi a primeira mulher que me apareceu como possível entrevistada, ainda no início da pesquisa. Tínhamos uma amiga em comum que fez “a ponte” para eu dar caronas a ela no trajeto de Olinda a João Pessoa. Como eu, ela também vivia esse fluxo de vai e vem. Já na primeira carona, conversamos bastante nas duas horas de trajeto, falamos dos nossos projetos de mestrado (ela também estava no mestrado, em artes visuais), nossas vidas de ir e vir e as dificuldades que vivenciávamos na maternidade. Assim que comentei da minha pesquisa sobre a DPP, ela prontamente falou: “eu tive, quero participar!”. Guardei aquela informação e, no segundo ano do mestrado, quando pude emergir no campo, e quase um ano depois dessa primeira conversa, fiz a primeira entrevista da pesquisa com ela.

Cheguei na casa de Deméter por volta das 19h, horário este que ela poderia me receber mais calmamente, já que a parte da manhã ela estaria em função da filha e, à tarde, quando a filha fosse para a escola, ela se destinaria na escrita da dissertação. Cheguei em sua casa e sua filha havia acabado de dormir. Um apartamento no bairro do Bessa, considerado bairro nobre de João Pessoa/PB, que se encontrava em meio a restos de mudanças – caixas ainda por abrir e quadros espalhados pelos cantos. Esperei ela terminar uma ligação e sentamos na varanda.

Rapidamente a entrevista se iniciou, antes mesmo de haver uma preparação da minha parte para o seu início. Isso aconteceu novamente em outras entrevistas, o que me fez pensar que poderia estar relacionado a um desejo em querer expressar-se sobre o tema. Nesse caso, pedi uma pausa rápida para ligar o gravador e demos continuidade à conversa.

Deméter estava, no momento da entrevista, com 37 anos e trabalhava com publicidade e cinema. E, como já dito, estava em meio a um mestrado em Artes Visuais. Mantinha uma união estável com o pai de seus dois filhos, porém viviam em cidades diferentes durante a semana. Assim como as demais interlocutoras dessa pesquisa, se auto define feminista. O caso de Deméter virá como fio condutor desse capítulo, abrindo caminho para as outras interlocutoras e nos auxiliando a pensar e problematizar temas como: resistência ao diagnóstico, conflitos geracionais, dimensão hormonal/cerebral para a compreensão corporal e comportamental da mulher, culpa materna, estigma, amamentação e cobranças, de modo a articular e conceitualizar a ideia de um *dispositivo da maternidade*.

Deméter diz, em sua entrevista, ter sido resistente ao diagnóstico da DPP. Ela havia sido diagnosticada por uma médica especialista em puerpério, que, segundo ela, disse que seria interessante ela tomar fluoxetina⁴⁶, pois estava com um “desnível acima da média”. À diferença das mulheres de Melgaço, investigadas por Soraya Fleischer (2007), que encontram em outras mulheres de seu meio social orientações práticas e simbólicas para o *resguardo*, Deméter recorre ao saber e a autoridade médica para lidar com seu sofrimento, de acordo com disposições de classe e com a sua pertença ao meio urbano.

Nesse sentido, é possível fazermos uma aproximação com a obra de Luc Boltanski (1979), na medida em que o autor relaciona, no contexto francês por ele pesquisado, a atitude de pessoas de diversas classes sociais com a biomedicina, especificamente com as orientações do médico. Nas camadas médias, este autor encontra uma adesão maior a essas orientações, pois existiria uma maior coincidência na visão de mundo, inclusive na linguagem usada e na familiaridade.

No caso do Brasil, apesar de ser uma sociedade hipermedicalizada, há setores que têm uma resistência à medicalização e acreditamos que o caso da Deméter pode ilustrar as complexidades dessa resistência. Deste modo, ao procurar dar um sentido ao que acontece em sua vida e seus sentimentos, Deméter lança mão de outras compreensões que não só as biomédicas, acionando sua experiência e conhecimentos adquiridos. É dessa forma que ela resiste ao enquadramento médico, por um lado, porém, posteriormente, o aceita sob nova justificação, mesmo que ainda com certos questionamentos e incompreensões.

Inicialmente, a resistência de Deméter se encaminhou em duas direções. Por um lado, uma resistência em se perceber em uma dimensão de adoecimento, e sim diante de inúmeros

46 É um medicamento antidepressivo da classe dos inibidores de recepção de serotonina, comumente prescrito pelos médicos em casos de DPP.

desafios e questões – existenciais, emocionais, financeiras, relacionais etc. – a partir dessa mudança de vida proveniente do nascimento do primeiro filho. Por outro lado, ela resiste ao diagnóstico para evitar usar medicamentos que poderiam interferir na amamentação, que é percebida como um elemento central em sua *maternagem*. Quanto as questões e desafios, Demeter dirá:

Deméter: Eu tinha muita resistência, porque eu ficava ainda achando que aquilo era crise existencial, que era tristeza em demasia, que era excesso de stress, de desafio, né? Porque não tinha nenhum fator estruturante que pudesse me acolher e me agarrar. A vida financeira não era estável, o relacionamento tava se construindo, eu não tinha uma rede de apoio social. Minha mãe, quando ia pra Recife me apoiar, era uma pessoa supercrítica, que eu ficava ainda mais pra baixo. Então, eu falava “meu deus, eu vou surtar”. Eu pensava, sabe? “Eu vou surtar”.

Sua compreensão acerca do próprio sofrimento emerge, neste ponto, de maneira multifacetada, vindo como diversos vetores em sua direção e abarcando desde a dimensão existencial a material. A culminância desses fatores a faz questionar sua estabilidade psíquica, que estaria entrando “em surto”.

Um dos aspectos também referidos por ela diz respeito à importância da rede de apoio, melhor dizendo, a ausência de uma rede de apoio efetiva para acompanhá-la no momento do puerpério. A solidão aparece como categoria que será partilhada entre algumas interlocutoras, se relacionando com a literatura através dos estudos de Stern e Kruchman (1983), que também chamavam a atenção para a ausência de redes sociais de apoio como um dos fatores desencadeadores de DPP no contexto ocidental e urbano. No nosso universo pesquisado, tivemos mulheres que vivenciaram solitariamente seus puerpérios – por não residir em sua cidade natal ou pelo marido e avós estarem trabalhando – mas também mulheres que tiveram extensivamente o apoio familiar, principalmente da avó materna, a exemplo de Nix, Gaia, Alcmena que foram morar, por cerca de um ano, na casa de suas mães.

A questão dessas redes é um tema importante para a sociologia que se propõe compreender conjugalidade, família e maternidades, como podemos ver já no clássico estudo de Elizabeth Bott (1976), como também em Tânia Salem (1986). Salem, em seu estudo sobre o modelo do “Casal Grávido”, também trará a rede, com foco no parceiro, que dividiria integralmente a criação do filho desde a gravidez. O estudo mostrou os conflitos em torno das demandas impostas pela chegada de um bebê, que tornam necessária a incorporação das redes familiares e, com elas, de hierarquias, inclusive de gênero, que estavam tentando se contestar a

partir de práticas mais igualitárias. Ainda no que tange as redes de apoio, Deméter menciona só poder contar com uma mãe “supercrítica”. O conflito com a geração da mãe também aponta para as contradições na vivência prática da maternidade na medida em que deseja, para si, algum tipo de “vida alternativa” e reflexivamente distinta da que experimentou quando era criança. Este ponto, acerca da relação geracional filha/mãe, desenvolveremos mais à frente.

Os outros conflitos também estão presentes na narrativa de Deméter, sobretudo em relação à condição financeira e à sua autoimagem de mulher independente. A instabilidade iniciada na gravidez – “eu sabia que ninguém contratava mulher grávida” – e desenvolvida em um puerpério de dedicação exclusiva ao bebê, a fez vivenciar um momento de falta de autonomia financeira, o que ocasionaria, para ela, mais um elemento de angústia e sofrimento – “eu me bancava de tudo, sem ajuda da minha família. Coisa que hoje em dia eu não consigo. Isso é um pouco deprimente também, vai.”. O importante aqui é perceber que Deméter traz à tona essas questões (ausência de apoio, dificuldade financeira, conflitos com a mãe) para justificar sua compreensão inicial acerca de seu sofrimento: ele seria uma reação normal, não patológica, a um momento da vida de extrema dificuldade.

Já o segundo motivo de sua resistência em aceitar o diagnóstico, ou seja, o consequente uso de medicamentos, está diretamente ligado à questão da amamentação, ou seja, existiu um receio que o uso de medicamento para a DPP prejudicasse a atividade de amamentação, que lhe era primordial naquele momento. “Eu falava ‘não, não, eu quero amamentar, eu quero amamentar’”. Como veremos mais adiante, a *amamentação* é um elemento de suma importância nas narrativas das pesquisadas, tomando diversas conotações, a depender de cada uma delas, ora aparecendo como sinônimo de “escravidão”, “servidão”, “imperativo”, ora como elemento de “conexão”, “simbiose” e demonstração de amor e cuidado.

Porém, Deméter, que parecia ir pelo caminho de uma compreensão de sua experiência com a DPP como um sofrimento não patológico, diretamente ligado às condições sociais de vivência da maternidade, toma um outro rumo, culminando na aceitação do diagnóstico. Nesse outro momento, sua compreensão adentra a dimensão hormonal/fisiológica, de modo que sua percepção de resistência demonstra entrar em conflito com a justificação biomédica acerca da DPP.

Deméter: Eu aceitei [o diagnóstico]. Eu entendi que era alguma coisa pra além de um contexto muito difícil, que tinha uma coisa hormonal ali, fisiológica, que eu não tava dando mais conta. Que realmente eu tive uma baixa de serotonina absurda, né?

Mas ela se indaga: “Ainda sim, eu me pergunto: porque eu tenho tanta resistência a tomar medicamento?”. O fato de a aceitação do diagnóstico levar em conta hormônios e fisiologia nos leva a pensar como as mulheres compreendem esse aspecto, ao mesmo tempo interno ao seu corpo, mas também percebido como um fator de desequilíbrio. Até que ponto “sou eu” e até que ponto é “meu corpo”? Como se fossem instâncias aparentemente separadas.

Essa aparente separação entre perceber as múltiplas dificuldades presentes em sua vida – o “sou eu” – e a percepção de que haveria uma alteração de ordem corporal/hormonal – o “meu corpo” – nos remete diretamente a obra de Emily Martin (2006), na medida em que a autora pontua acerca de até que ponto a ciência se tornou responsável pela fragmentação da ideia de pessoa, influenciando, assim, como as mulheres representariam o próprio corpo.

Além disso, muitos elementos da ciência médica moderna têm sido considerados responsáveis, em parte, pela fragmentação da unidade da pessoa. Quando a ciência trata a pessoa como máquina e pressupõe que o corpo pode ser consertado por meio de manipulações mecânicas, ela ignora, e nos incentiva a ignorar, outros aspectos do nosso eu, como nossas emoções e nossas relações com as outras pessoas (MARTIN, 2006, p. 58).

Assim, não seria “acidente” que fatores “naturais” sobre as mulheres, ligadas as concepções e definições biológicas, fossem usadas com frequência para justificar uma estratificação social baseada no gênero. Essa perspectiva nos traz um segundo conjunto de sentidos para se analisar o caso da DPP entre o grupo investigado, mais próximo às explicações biomédicas.

Elemento central na explicação biomédica da DPP, a questão dos *hormônios* possui uma longa trajetória na construção do conhecimento biomédico sobre os ditos “comportamentos das mulheres”. Fabíola Rohden, em busca de problematizar a popularização dos hormônios, tanto no meio científico como no senso comum, trará os hormônios “como metáfora que nos ajudam a entender certos valores que vão sendo redefinidos e reafirmados” (ROHDEN, 2017, p.4), ligado não só ao funcionamento do corpo mas, principalmente, na referência a comportamentos, preferências, emoções etc., assim como na suposta diferenciação entre os gêneros.

Em *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher* (2001), Fabíola Rohden desenvolve acerca do fenômeno dos discursos científicos e midiáticos em tentar obsessivamente definir as diferenças entre homens e mulheres, ilustrando não só os progressos da ciência, mas refletindo, principalmente, a determinação de contingências políticas e culturais

imbricadas no dualismo societal entre natureza e cultura. A autora remontará às transformações características do século XIX, analisando desde a industrialização, urbanização e maior inserção das mulheres no mercado de trabalho, até a construção de uma especialidade médica voltada para a mulher e a reprodução: a ginecologia – o que convergiria, para a autora, numa verdadeira “ciência da diferença”. Outros fatores que também influenciariam a chamada “ciência da mulher”, neste contexto, estariam relacionados à própria constituição do Estado-nação brasileiro, junto a uma dinâmica intervencionista do higienismo, ligado a um controle de natalidade e por uma intensa preocupação quantitativa da população. Seria o que Jurandir Costa chamaria de *mãe-higiênica* (COSTA, 1986), proveniente desse duplo movimento histórico. Onde, por um lado, existiria uma emancipação feminina do poder patriarcal e, por outro, a colonização da mulher pelo saber médico.

Assim, práticas como o aborto e a contracepção saem do âmbito da escolha pessoal e passam a implicar uma ameaça à ideia de “crescimento da nação”, atuando sempre como políticas de controle e podendo, inclusive, articular discursos contraditórios, ora remetendo à argumentação sobre índices de natalidade e mortalidade, arregimentando o discurso de controle populacional, por exemplo, quando tratamos de métodos contraceptivos, ora exercendo controle por regulação moral e criminal, tal como acontece no impasse acerca da legalização do aborto no Brasil. De um feixe ou de outro, tais implicações vêm incidir diretamente nas possibilidades de escolha, decisão e autonomia das mulheres em relação aos seus próprios corpos. E a maternidade não escapa desse processo, mas, ao contrário é um dos aspectos centrais do mesmo. Porque maternidade e aborto estão em dois extremos na discussão sobre direitos reprodutivos das mulheres. Num país onde é vigente uma concepção de criminalização e rechaço às mulheres que decidem interromper a gravidez, levá-la a termo e exercer a maternidade se coloca como um ato sublime, independente das reais condições e desejos que as mulheres efetivamente tenham de se tornarem mães.

A importância dessas contribuições para minha pesquisa, portanto, se dá em perceber como certas práticas, ligadas a uma atenção ao corpo feminino, se implementaram na dinâmica social brasileira, de modo a visualizar a figura materna imersa nesses saberes e institucionalizações. Pensar a DPP em meio a essa constituição, nos auxiliou em percebê-la imersa em um contexto mais amplo acerca das práticas médicas, sociais, morais, institucionais, entre outras, podendo configurar as bases de uma concepção que perduraria até os dias atuais, em alguns aspectos.

Num de seus trabalhos, Rohden também problematiza esses padrões dicotômicos demonstrando como, na passagem do século XVIII para o XX, a elaboração científica de uma natureza imutável entre homens e mulheres, em referência a uma anatomofisiologia essencialmente diferenciada, se ampliou para uma explicação também de ordem bioquímica, em um modelo dualista onde o ovário se evidenciaria como principal responsável pelas perturbações de ordem física e mental das mulheres (ROHDEN, 2017), em detrimento dos testículos masculinos. Nessa lógica, os órgãos sexuais das mulheres seriam o centro da *economia corporal feminina* (ROHDEN, 2017). Em um outro artigo, Rohden (2008) também fala de um “império dos hormônios”, que viria, mais uma vez, através de discursos – também científicos e disseminados para o senso comum – voltados para as mulheres, tendo na ideia de *ciclos e instabilidade* suas principais representações. Acerca, especificamente, do período puerperal, a autora traz a seguinte pontuação.

Além disso, em alguns casos, como o da loucura puerperal, as perturbações femininas poderiam ter consequências que extrapolavam o domínio individual, chegando, na visão dos médicos, a atingir a sociedade como um todo, uma vez que eram percebidas como determinantes na execução de atos considerados nocivos ao bem público, como no crime de infanticídio. Na realidade, tratava-se de um terreno de desordens que passava pelo corpo, mente e moralidade femininas e chegava até a sociedade (ROHDEN, 2008, p. 135).

Esse caminho que parte, através do discurso médico, da instância individual para a social, na vivência no pós-parto, pôde ser percebido diversas vezes no discurso das nossas interlocutoras, na medida em que é atravessado por essa dimensão explicitada por Rohden, onde a representação e funcionamento do corpo da mulher é interceptada pelo campo científico, de modo a elaborar e reelaborar, ao longo dos tempos, determinadas normas e valores sociais vigentes, ligados às representações de gênero, tal Thomas Laqueur⁴⁷ (2001) e a própria Rohden (2001) também evidenciaram.

47 Em *Inventando o sexo – corpo e gênero dos gregos a Freud* (2001), Thomas Laqueur nos traz uma interface entre biologia, história e filosofia para problematizar um lugar a-histórico e apolítico que a biologia se propunha estar para a concepção do corpo como um conhecimento “concreto”. Seu trabalho pode ser visto, neste sentido, como mais uma contribuição no sentido de perceber o caráter histórico e político da suposta natureza feminina, aspecto que percebo como um elemento fulcral de uma possível interpretação sociológica da Depressão Pós-Parto. Para o autor, ao contrário de se definir o gênero enquanto algo posto pelo sexo biológico, ele o traz como uma construção social, uma invenção da ciência. Assim, a representação do corpo estaria imbricada a uma *fisiologia moral*. Ao remontar desde os gregos, onde a concepção de corpo se relacionava a uma ritualística universal e natural, até culminar em Freud, com um corpo do desejo e habitado pelo inconsciente, muitas águas rolaram para/com a definição do corpo, mas, certamente, o corpo da mulher sempre esteve um foco por sua capacidade

Todas as mulheres entrevistadas tinham conhecimento da explicação hormonal acionada pela biomedicina em torno da DPP, mas suas falas relativizam a importância desse aspecto, em alguns casos de forma muito enfática. Equidna, que teve sua relação com a DPP vinculada a problemas com álcool e tabaco, nos traz um relato que poderá ilustrar bem a complexidade desse panorama analisado por Rohden, na medida em que problematiza a justificação hormonal na vivência puerperal, em detrimento de uma gama de fatores sociais e pessoais, tal como Deméter também relatou inicialmente.

Equidna: Você tá ali sozinha, com sua vida completamente modificada, acordando de 5 em 5 minutos porque, né? Bebê não dorme. De dia, você não vai dormir porque você tem uma louça para lavar, você tem roupa para lavar, você tem comida para fazer, você tem a casa para arrumar, você tem que tomar um banho, você tem que escovar o dente, você tem que comer, você tem que fazer xixi, você tem que fazer cocô, você tem que fazer um monte de coisas, enquanto de meia em meia hora a criança está ali, acordando, pedindo leite, pedindo não sei o que, pedindo atenção, pedindo colo. Aí tu vai me dizer que isso não dá uma tristeza não? A pessoa não fica esgotada não? Como não ficar? Que hormônio é esse? Não, querida, não tem baixa hormonal não. Botava umas três amigas minha pra fazer as coisas para mim, [marido] ali em casa junto comigo com 6 meses de licença-maternidade junto comigo e eu vou lhe dizer que eu duvido que eu teria baby Blues, simples assim. (...) "Ah, é baby Blues, é uma baixa hormonal que dá quando a mulher tem filho" Não, velho, não é baixa hormonal não, é baixa de dinheiro, é baixa de disposição, é cansaço, tá ligado? Não é baixa hormonal... baixa hormonal não deixa ninguém triste não. Vê se antigamente tinha isso. Quando a mulher ia morar com fulano, aí tinha a mãe, tinha irmã, todo mundo ali junto, tinha depressão não, querida. É muito... é muito nome para doença e pouca análise de estrutura mesmo, tá ligado? De ver o que é que tá ali, ao redor.

Equidna questiona exatamente a instância hormonal, demonstrando, em sua visão, os fatores que desencadeariam a experiência de sofrimento no período puerperal. Mais uma vez, a ausência da rede de apoio é ressaltada como parte do sofrimento puerperal, e a explicação hormonal é entendida como um encobrimento das condições reais de vivência da maternidade: “é muito nome pra doença e pouca análise de estrutura”. Nesse sentido, também em diálogo com Emily Martin (2006), seria possível falar de como os hormônios terminam atuando como

única e exclusiva: a reprodução. Assim, vemos o corpo feminino acompanhar algumas metáforas de estruturas de mundo – seja através de analogias à natureza, às máquinas ou em oposição ao homem.

linguagens que revelam situações sociais, na medida em que se elaboram enquanto metáforas para a representação dos corpos (e das experiências) das mulheres. Mas ao mesmo tempo, pensando com Equidna, negam essas mesmas situações locando toda a explanação no terreno do biológico, logo evitando qualquer linha de compreensão que possa incluir elementos sociais ou mesmo políticos veiculados pelas queixas e os mal-estares dessas mulheres.

Equidna também trará uma outra compreensão, imbricada ao saber biomédico, à medida que percebe uma dimensão de representação que descola a doença da vivência individual, assim como Deméter.

Equidna: Eu acho que depressão é uma coisa que você não tem controle sozinho, sabe? E eu não sei, porque é como se fosse uma coisa sem motivo, sem um motivo aparente. É o que eu acredito que seja uma depressão. Uma doença mesmo, né? Que você não consegue se levantar da cama, você não consegue controlar o pensamento ruim, o pensamento negativo. E aí, eu não sei se eu me encaixo nisso, sabe? Porque eu acho que... eu fiquei deprimida, não sei se depressiva. Porque... eu me chateava com coisas que, pra mim, eram muito reais, entendeu? Então, não era uma coisa de eu não ter forças pra me levantar, eu tinha – tanto que eu tô aqui ainda –, mas eu me deprimia por coisas que aconteciam frequentemente: cansaço, briga, cobrança.

Nesse caso, a negociação do diagnóstico se apresenta relacionada a sua tristeza como uma reação “normal” a uma vida de dificuldades. Uma depressão puramente patológica, de acordo com Equidna, independeria de qualquer situação social. Nesse trecho também emerge a dimensão “ficar deprimida” *versus* “ficar depressiva”. É outro tipo de negociação com um possível diagnóstico, onde ela não se reconhece como depressiva, mas, ao mesmo tempo, se insere no contexto da DPP.

Jocasta, nossa interlocutora que teve sua relação com DPP vinculada ao diagnóstico de fibromialgia e relação direta com o medo, traz uma compreensão que vai abarcar, em certa medida, a questão hormonal, se não especificamente no puerpério, sim em relação a seu desejo de ser mãe. Essa “vontade”, como ela mesma entende, seria algo da ordem do biológico ou do hormonal, que independe de uma análise racional e que se impõe sobre outras volições com muita força em determinado momento da vida.

Jocasta: Eu acho que foi vontade mesmo. Não sei se é hormônio. Não era medo de demorar, não. Uma vontade, uma vontade, sabe? Eu falei, nossa, será que é uma coisa biológica?

Pesquisadora: Você sempre quis ser mãe?

Jocasta: Ah, sempre quis. Sim, sempre.

Pesquisadora: Será que é uma coisa biológica? Como é...?

Jocasta: Então, fiquei pensando isso: será que é uma coisa biológica, essa vontade que veio, né? Nossa, veio uma super vontade. Porque, racionalmente, eu acho que eu não teria. Pensando racionalmente, eu não sei eu teria filho. Não é um mundo que eu acho tão promissor, assim, aí pela frente, né? Então, essa questão sempre foi muito presente pra mim. Essa vontade de ter filho, mas, ao mesmo tempo, uma coisa que eu falava, será que vale a pena ter filho nesse mundo? Mas, enfim, veio essa vontade enorme.

Ainda nessa perspectiva de dilema, percebemos também, voltando a Deméter, duas outras compreensões acerca da experiência da DPP. Primeiro, sua compreensão da experiência se apoia na instância biomédica, na medida em que relata ser preciso usar medicamento como um “paliativo, que na crise precisar tomar”, e, em uma outra dimensão, onde problematiza uma diferenciação do “tempo das nossas avós” e o tempo presente, em que ela estaria inserida. Falaremos do segundo ponto mais a frente, ao tratar de feminismo e maternidade.

Acerca desse primeiro sentido, mais afinado com a compreensão biomédica, também temos o relato de Alcmena que compara a DPP a “uma doença como outra qualquer”. Alcmena teve sua relação com a DPP através de um diagnóstico médico, sendo tratada através de medicação, tendo também histórico de diagnóstico de transtorno mental, anterior a gestação. Seu relato pode nos ajudar a compreender uma maior afinidade com as explicações biomédicas da DPP:

Alcmena: É uma analogia meio distante, mas é como um resfriado, uma dengue. Enfim. Só que é no cérebro. São algumas substâncias que não estão, seus neurotransmissores que não funcionam bem. Tem um estigma muito grande em relação à depressão, porque muita gente ainda acredita que foi alguma coisa que aconteceu, que você ficou triste, que se você for numa praia ou no cinema você vai melhorar e não é assim. Não é assim que funciona, porque realmente é um processo bioquímico no teu corpo e realmente é uma doença. As pessoas, quando eu comento “não, eu tenho depressão, eu tenho transtorno de ansiedade”, “Não, mas não parece, não sei o que”. Porque não é uma coisa que você compartilhe constantemente. E muita rejeição, na minha família, “psiquiatra!”, acha como se fosse uma coisa do outro mundo. E eu falo com muita naturalidade, até pra colaborar pra desmistificar um

pouco, porque eu acho que é importante. Que é uma doença como outra qualquer, mas as pessoas ainda têm um estigma, um preconceito muito grande. Essa ideia do senso comum que depressão é uma tristeza, como eu falei, como se você for... "ah, vai dar um passeio". E não é, porque quando você está nesse momento, nada funciona. Absolutamente nada.

O *estigma* da doença mental é um aspecto importante de seu relato. É um relato que se coloca num sentido oposto ao das outras duas, Deméter e Equidna. No caso dela, temos uma defesa do diagnóstico psiquiátrico, que aparece como um reconhecimento de um sofrimento biográfico que não deve ser entendido enquanto uma falha moral, uma fraqueza ou uma “loucura”, mas uma condição medicamente apreensível e questionável. O estigma atua como contexto da negação, observado também em outras interlocutoras. Se para Erving Goffman, o estigma estaria relacionado a “um sinal visível de uma falha oculta, iniquidade ou torpeza moral proporcionando ao indivíduo um sinal de aflição ou um motivo de vergonha” (GOFFMAN, 1988, p. 12-13), para as interlocutoras, a relação estigma/vergonha se faz visível em um lugar de silenciamento, no processo de vivência da DPP. Muitas delas dizem que só conseguiram falar acerca do tema depois de vivencia-lo, seja porque “via que era um tema meio tabu”, ou porque tinham receio em estar “sobrecarregando ou pesando a conversa” com amigos e familiares, ou até por conta do medo que o filho “um dia cresça com isso”, como no caso de Gaia, que chegou a explicitar na pesquisa o desejo de que a filha morresse.

Esse lugar de silenciamento, nos faz pensar acerca novamente da relação entre *emoções* e *linguagem*, sendo também possível ser percebida na seguinte fala de Dione, interlocutora que diz ter vivenciado um *blues* puerperal:

Dione: Eu abria para todo mundo. Eu, “ó, minha gente, é muito difícil, não tem nada de romântico, nada de mágico”. Pode ser que até tenha alguém que viva algo mágico, mas assim, a realidade é muito provavelmente você não vai ter essa conexão que o povo diz que você olhou e conectou... Comigo não foi e eu passei para minhas amigas, “ó, comigo não foi, talvez com você também não seja”. Sempre fiz muita questão de falar muito disso, porque pra não acontecer das pessoas ficarem, “meu Deus, eu sou um bicho, né? que eu não gosto do meu filho”. E não é que você não goste, é porque é tanta coisa, tanta responsabilidade, é tanta coisa nova, que você não está pronta ainda para sentir. E, assim, do mesmo jeito que nasce a criança, nasce a mãe. Vocês tão nascendo no dia do parto, entendeu? Isso foi uma coisa que eu sinto, não tinha lido nada a respeito, eu que senti, depois, com o passar do tempo, depois acabei lendo relatos dizendo exatamente isso, que ali nasce a mãe, [...] e a gente esquece, as pessoas

ao redor esquecem que não é só criança que tá nascendo, a mãe também tá nascendo. E a gente acaba sendo esquecida. É como se a gente já tivesse que saber tudo. Você é mãe, então você sabe tudo, você ama seu filho... Então, assim, esquecem de cuidar de você.

Sua busca em romper essa conspiração do silêncio é interessante pois evidencia de onde vem seu discurso, ou seja, ao falar acerca das dificuldades e sofrimentos da maternidade, assim como na busca por problematizar o amor “inato” da mãe pelo bebê, a faz tentar também romper com o estigma acerca dessa problemática. Nesse contexto, a frase célebre de Beauvoir toma novas proporções: *não se nasce mãe, torna-se mãe*.

Retomando o relato de Alcmena, quanto a analogia da DPP, percebemos que a *questão cerebral* também é uma questão central em seu entendimento, de modo que ela percebe o cérebro enquanto elemento importante em sua compreensão de adoecimento. Esse elemento está diretamente relacionado à temática hormonal/fisiológica, na medida que o cérebro também se configura enquanto metáfora de justificação de emoções e comportamentos das mulheres. Esta problemática também me abriu uma perspectiva interessante quanto aos estudos que versam sobre ciência e gênero, trazendo, dentre outras coisas, o cérebro para se pensar essas configurações⁴⁸.

Além disso, é preciso observar que o cérebro não aparece por acaso nessa discussão. De objeto científico e médico, ele é “promovido” a um ator social, e se torna um personagem da imaginação contemporânea, passando a ser utilizado cada vez mais para descrever e compreender comportamentos sociais (EHRENBERG, 2004). Com isso, o cérebro vem ocupando uma posição hierarquicamente superior não apenas aos outros órgãos do corpo humano, mas superior também à noção de mente e ao próprio corpo (AZIZE, 2010). Atualmente, ele ocupa lugar central no processo de descrição da individualidade e subjetividade em termos corporais (ORTEGA, 2008). Combinado aos hormônios, tais discursos acerca do cérebro procuram, muitas vezes, “materializar” ou “substancializar” supostas diferenças biológicas entre homens e mulheres. (NUCCI, 2018, p. 10).

48 Essa problemática surgiu ao assistir na 31ª Reunião Brasileira de Antropologia (RBA), no Grupo de Trabalho “Maternidades, partos e cuidados infantis: políticas do corpo, direitos humanos e antropologia em ação”, coordenado pelas professoras Rosamaria Giatti Carneiro e Elaine Müller. Este trabalho, apresentado por Marina Fisher Nucci. Seu artigo completo, intitulado “Maternidade, gênero e ciência: reflexões e tensionamentos”, encontra-se disponível *online*, no site oficial da RBA, no GT 42.

Marina Nucci trará para esta reflexão, através de Cornélia Fine (2010), a existência de *neurosexismos* no âmbito das produções da área da neurociência que buscam traçar diferenciações entre o cérebro dos homens e das mulheres, de modo a problematizar os estereótipos de gênero que permeiam este campo. Assim, o cérebro emerge enquanto elemento provocativo para um entendimento de si contemporâneo, que, principalmente no caso das mulheres, estaria também perpassado intensamente pela dimensão das problemáticas de gênero, sendo um elemento corporal hierárquico central. Percebe-se como é interessante que, nos casos em que há o diagnóstico e uma convivência maior com a biomedicina, exemplificados por Alcmena, aparenta-se uma aceitação maior desse diagnóstico. Porém, o fato de as mulheres serem medicalizadas não as exime do sentido de culpa, apenas as resigna. E não podemos afirmar, no outro lado, que a medicalização necessariamente as torna “boas mães”.

Nesse panorama, temos também o relato de Gaia para ilustrar essa problemática. Do mesmo modo de Alcmena, Gaia também foi diagnosticada e fez uso de medicação. Seu caso esteve ligado ao isolamento social e pensamentos de rejeição a filha. Vejamos parte de seu relato:

Gaia: Aí é por isso que eu digo, porque, às vezes, a pessoa diz “menina, como é que uma mãe pega um recém-nascido e joga no lixo?”. Eu, “minha gente, vocês não sabem o que é que passa na cabeça da pessoa não, é a cabeça”. Antes eu achava um absurdo a pessoa pegar um recém-nascido e jogar no lixo, mas agora, eu sei que acontece. A cabeça, o psicológico é muita coisa. às vezes você não tá preparada. Acha que tá, mas não tá.

É perceptível a sensibilidade de Gaia em relação a um dos aspectos socialmente considerados mais preocupantes em relação à DPP: a falta de conexão mãe/bebê. Tendo ela própria sentido na pele o que é não corresponder ao imperativo do amor automático pela filha, sua entrevista mostrou compreensão em relação à situação de mulheres que atentam contra a vida de seus filhos. Diante de um tipo de emoção (a indiferença ou mesmo a hostilidade) que afronta todas as ideias sobre o tão propalado instinto materno, uma explicação de desordens psiquiátricas consegue afastar a ideia de mãe desnaturada ou monstruosa, permitindo se reconciliar com o próprio desvio em relação à norma. Ao interpretar, ainda, a fala de Gaia, percebemos “a cabeça” ligada a dimensão psicológica, nos remetendo diretamente ao trabalho de Soraya Fleishcer (2007), já exposto anteriormente. Nesse caso, assim como em Fleishcer, a “cabeça” seria a nomeação nativa da instância de “enlouquecimento”, podendo dialogar também com a ideia de fragmentação trazida por Martin (2006).

Maternidades e feminismos: sobre avanços e cansaços

Retomando o caso de Deméter, abre-se uma interessante reflexão na medida em que ela problematiza, tal como Lucila Scavone (2004), a relação da maternidade com o feminismo, onde “esse lugar da maternidade ainda não tá bem resolvido”. A questão do feminismo foi um elemento que surgiu em meio as leituras, assim como apareceu nas falas das mulheres, sendo então incorporado ao guia de perguntas posteriormente. Esse é um ponto importante, pois elas trazem, de maneiras distintas, suas proximidades e questionamentos acerca do tema, demonstrando como essa determinação faz parte de suas construções individuais e parte de como se autodefinem enquanto mulheres e mães – cotidiana e politicamente – e, conseqüentemente, em como vão encarar e representar suas relações com a DPP.

Quanto a essa relação, Deméter se auto define feminista, “mas não da perspectiva de uma militante afinada a correntes que pregam o empoderamento”, e sim “voltada às micropolíticas, a justiça pela equivalência de direitos e oportunidades, a criação não machista dos filhos, a uma maior partilha com o homem da carga mental da mãe e dona e dona de casa, uma maior valorização e respeito da maternagem e dos trabalhos e artes realizados por estas”.

De todas as entrevistadas, Jocasta foi a única que não se auto declarou feminista, pois diz não se vincular nem conectar em como o atual feminismo tem se apresentado. Se diz uma “mulher livre, independente e que preza pela liberdade/autonomia/individualidade das mulheres, tendo em si o universo feminino como grande referência” – relacionado a sua família composta exclusivamente por mulheres. Mesmo compreendendo a argumentação de Jocasta quando não identificada com o feminismo, considero importante pontuar, tal como afirma Margareth Rago (2001), que muitos dos discursos associados à estigmatização do feminismo são naturalizados e reproduzidos para firmar uma lógica de dominação masculina. Rago, assim, vai partir da afirmativa de que “feminizar é preciso” na constatação de que as políticas feministas visam justamente os acessos e as liberdades das mulheres numa sociedade mais equânime no que toca questões de sexo-gênero.

Esses relatos me remetem também a Lucila Scavone (2004), acerca dos *três movimentos* que embasaram o feminismo contemporâneo, ligado a questão da maternidade. O primeiro viria enquanto recusa da maternidade, pois se tratava de um confinamento das mulheres a uma “bio-classe”. Assim, a busca pelo direito de escolha, através da pílula anticoncepcional e ao aborto, se tornou a principal pauta dessa corrente, questionando o caráter definidor da mulher pela maternidade. Já no segundo movimento, a maternidade passa a ser considerada um “poder” das

mulheres – invejado pelos homens – e parte de suas identidades. Ao contrário da abordagem *igualitarista* do movimento anterior, esse se situava enquanto uma corrente que se baseava na diferença. No terceiro, que estaria ainda em curso, viria o caráter de “desconstrução” mostrando “como não é o fato biológico da reprodução que determina a posição social das mulheres, mas as relações de dominação que atribuem um significado social à maternidade” (SCAVONE, 2004, p. 141). Quanto a esses três momentos, concordamos com a assertiva de Elaine Müller, Laís Rodrigues e Camila Pimentel (2015) que vão dizer que eles “convivem na atualidade em um ambiente de disputas que estabelece não apenas o modo como a maternidade e o parto são conceituados, mas como são abordados nos diferentes espaços de discussão, estabelecendo as prioridades e direções das políticas públicas e produções científicas/ acadêmicas” (MÜLLER, RODRIGUES, PIMENTEL, 2015, p. 280-281).

Acerca disso, Deméter diz:

Deméter: Eu acho que a maternidade, nesse contexto contemporâneo, ela é um grande desafio pra mulher, acima de tudo, pra você não se perder como individuo no meio desse processo. E é um desafio constante de como você dosar as duas coisas, quanto você quer ser de mãe e o quanto você quer ser de mulher, o quanto você quer ser de profissional. Pra mim é o tempo inteiro isso, sabe?

Nesse contexto, Deméter também problematiza como, no tempo “das nossas avós”, a condição da mulher (“por pior que fosse”) era mais bem definida, no sentido que estavam dentro de casa, como “bibelôs”, vivendo para a procriação. Para ela, naquela época, a mulher não teria a *auto cobrança* que existiria para as mães de hoje. “Não pariam com todas as questões que a gente pari”, que seriam, para ela: ter um filho, mas precisar trabalhar, precisar ganhar o mesmo que o marido, voltar rápido ao mercado de trabalho e cuidar 24h da criança (sem terceirizar este cuidado). Essa autocobrança seria, para Deméter, cruel e se desenvolveria em angústia nas mulheres, podendo também se relacionar com experiências com a DPP.

Se, por um lado, essa reflexão não dá conta da vivência da maternidade “no tempo das nossas avós”, uma vez que a interlocutora não viveu, efetivamente, esse tempo e suas possíveis contradições e sofrimentos, ela é muito válida para compreender o modelo de maternidade posto para o grupo que resolvi incluir nesta pesquisa, ou seja, mulheres intelectualizadas, de camada média, que têm em comum um “estilo de vida” baseado em parâmetros trazidos pelo *novo paradigma da humanização do parto* (CARNEIRO, 2011), tais como um modelo de parto singular, amamentação exclusiva por pelo menos seis meses e cuidados integrais por parte,

principalmente, da mãe – apesar da figura dos pais cumprir um papel também ativo neste momento.

Essa autocobrança também foi um ponto visível em outras entrevistas, como nesse trecho de Dione:

Dione: Parar de achar que a gente tem superpoderes. Que eu sou uma das que achava, que acho, tô deixando de achar, mas que quer dá conta de tudo, entendeu? E eu não dou conta de tudo. Tenho que parar e dizer “não, eu não consigo, eu preciso de ajuda”. Porque não dá pra ser mãe, pra ser profissional, pra ser esposa. Não dá.

Para Dione, o sentimento de cobrança também proveria de outras mulheres e seria necessário a criação de “uma comunidade de mulheres que se ajudam, que se entendem e não que culpam uma a outra”, ou seja, sua compreensão acerca da cobrança se direciona a ela e a suas relações com outras mulheres. Percebe-se, assim, uma cobrança que provém de uma dimensão intragênero (principalmente através das avós), que pode nos mostrar como o *dispositivo da maternidade* pode gerar um sistema de vigilância entre as gerações. Que se traduziria, então, em termos de emoções e disposições, tais como culpa, auto exigência e sofrimento. Ressalto o cuidado para não trazer o sentimento de culpa atrelado à vigilância entre as mulheres. Por mais que isso aconteça, o cerne dessa prática está em toda a condição nefasta das mulheres inseridas nessa lógica de machismo estrutural em que vivemos. Homens e mulheres são estimulados/as a vigiarem as mulheres. Homens estão isentos do sistema de vigília, sendo “universalizados”.

Nesse contexto, Equidna, apesar de também se auto definir como feminista, traz um relato interessante acerca dessa temática, ao contar como foi expulsa de um grupo de *whatsapp* de “mães feministas”.

Pesquisadora: Mas tu saísse do grupo, por que mesmo?

Equidna: Então, aí começa essas coisas, né? Porque tem que amamentar, que não sei, que não sei o que. Aí sempre que tinha alguém que fazia alguma coisa diferente daquilo era bombardeada. Eu já tava de saco cheio disso. E aí, uma das meninas disse que num Fórum sei lá onde, que ela: “Ah! Porque fulana disse que não queria amamentar em livre demanda”, ou sei lá, até os dois anos, “porque não queria que os *peito arriasse*. Isso é uma ridícula, não pensa...”. Aí começou a falar um monte de merda. Eu disse, Ó amiga, isso aqui não é um grupo de mães feministas? Porque até

onde eu sei, a gente tinha direito a escolha, né? Se ela não quer ficar com *os peito arriado*, eu acho que o peito dela, né? "Não, mas é a criança que escolhe." Eu disse, não, não acho que a criança que escolhe não, quem escolhe é a pessoa que escolhe, cada um com seu limite, né? E se ela não quer, ela não quer. Hoje em dia, a gente tem tecnologia, porque, no final das contas, o NAN não faz mal a ninguém, até onde eu sei, né? Inclusive bebê que nem pegou no peito na vida, tá aí, boa. [...] Então, assim, você não tem que ser julgada por não conseguir segurar essa onda de tudo aquilo que a gente tava conversando, entendesse? A culpada não é... Se ela não tá querendo porque o peito vai arriar, então a culpada é uma sociedade que cobra dela que ela tenha um peito de adolescente o resto da vida! Não é ela, tá ligada? E esses grupos, eles não têm esse entendimento, sabe? Não tem esse, não sei, esse traquejo, essa vivência política, não sei. Eu sei que disse a ela que eu acho que isso não leva isso para frente não. Grupo de mães feministas? Isso é um grupo de mães dos anos 50, entendeu? Que tá aqui para conversar sobre comidinha de filho, sobre não sei o quê, mas se alguém que tiver com algum problema, que tiver afim de deixar de mamar, tiver querendo voltar pra o mercado de trabalho porque gosta, porque gosta de trabalhar, sempre trabalhou, ou alguém tá se sentindo feia e quer fazer uma plástica, for excluída ou for xingada ou ofendida por causa disso. Então, isso não grupo feminista, isso não... Aí ela me tirou do grupo. [risos]

Essa é uma reflexão muito importante. Sobre direito de escolha, autonomia e como essas coisas se colocam coletivamente sob o manto do feminismo. Achamos que daria para desenvolver uma a reflexão entre ação e prática feminista dentro do próprio sentido do feminismo, ou seja, existe uma incorporação do discurso feminista que tem sido comumente evocada em espaços de discussão próprios das mulheres, mas ainda recaímos demais em lugares comuns de desigualdades naturalizadas quando vamos para a prática/ação, e talvez, articulando com a narrativa anterior de Dione, pode fazer uma boa conexão sobre como esse sistema de vigilância entre as mulheres é fruto desse movimento.

Mais à frente, Deméter também adentrará nesse aspecto, que traria, para ela, um “lugar de sufocamento”.

Deméter: É um lugar de sufocamento acima de tudo, que é importante dizer, dentro dessa estrutura patriarcal que a gente tem. Porque você é sufocada por sua sogra, você é sufocada por sua mãe, sabe? Que sempre vão achar que se o seu marido lava um prato e senta pra brincar com os meninos, ele é um pai muuuito exemplar, muito perfeito. E você não. Não importa o que você fizer, você sempre vai tá em dívida, sabe? Então, eu também acho que é um lugar de culpa, de dívida, que infelizmente,

as mulheres mais velhas perpetuam e reafirmam isso. Que eu acho que nasce junto com o bebê. Você sempre se sentir em falta, sempre achar que você pode estar mais plena, mais presente, usar menos o celular com o filho do lado e essas coisas todas.

Esse trecho pode nos fazer refletir em um sentido de pensar o *gênero*, tal como sugeriu Joan Scott (1990), como uma primeira maneira de significar o poder. Nesse sentido, também sugeriria uma distribuição diferencial de privilégios, de modo que os homens são facilmente premiados enquanto as mulheres são facilmente cobradas, o que geraria um cansaço extensivo.

O *cansaço* é uma categoria que emerge em campo. Ao ler *Sociedade do cansaço* (2017), de Byung-Chul Han, em que ele traz a *sociedade do desempenho*, em desenvolvimento a *sociedade disciplinar* de Foucault, que produziria os depressivos do nosso tempo. Vai dizer também, agora em diálogo com Ehrenberg, que não obedeceríamos apenas a si mesmos, mas também a *pressão do desempenho*, da *positividade* do mesmo. Assim, após ouvir os relatos das entrevistadas, fiquei pensando sobre como parece ser cansativo ser mãe hoje em dia. Mas, quanto a isso, não podemos esquecer dois aspectos: primeiramente, o trabalho doméstico é invisibilizado por ser historicamente alocado às mulheres, mas não deixa de ser exaustivo. Então, mesmo antes, quando as mulheres estavam mais em casa e menos no mercado de trabalho, elas estavam efetivamente trabalhando num trabalho cansativo mental e psicologicamente, porque envolvia força bruta da limpeza e força psicológica da responsabilidade por tudo que acontecia às crianças. Em segundo lugar, devemos considerar que quando as mulheres entram no mercado do trabalho, isso não necessariamente as exime dessa obrigação com os afazeres domésticos e cuidados privados. Ao contrário, infelizmente a invisibilidade do trabalho doméstico continua acontecendo associada às mulheres, independente de trabalharem fora ou não, o que estabelece as chamadas *triplas jornadas de trabalho*, onde as mulheres trabalham exaustivamente fora e quando chegam em casa, exaustivamente no ambiente doméstico. De uma forma (antes) ou de outra (nos dias atuais) sempre esteve presente para as mulheres essa dupla inscrição de cansaço e invisibilidade.

Além desse aspecto, que acabamos de ressaltar, há também um outro que é o associado ao posicionamento das mulheres, que, geracionalmente, vêm se deslocando de uma postura de conformismo e resignação a outra de autonomia e resiliência. Desse modo, nada mais esperado que os relatos das mães cansadas, exaustas, saturadas, apareçam nomeadamente agora de uma forma que antes não aparecia.

Eu, que só tenho um filho, me sinto extremamente cansada pra dá conta das demandas da vida e ainda ser uma mãe presente e com energia para me relacionar com meu filho. Filho

este, inclusive, que está ansiosamente aguardando que eu termine esse “bendito mestrado” e “volte para ele”, como vem me sinalizando. Lembro da minha avó – a quem dedico essa dissertação – e penso: como ela não enlouqueceu pra cuidar e educar seus oito filhos? Diante disso, penso nas mães que entrevistei e na depressão pós-parto. Em como elas estavam cansadas e violentadas de sobrecarga em seus puerpérios. Querer dá conta da normatividade da maternidade atual as fez achar que estavam doentes. E talvez até estivessem, mas essa não é a questão central. Às vezes eu as indagava sobre o porquê de, em meio a todo aquele sofrimento, elas não pedirem ajuda. Mas ajuda pra quem? Era papel delas! Era um cansaço que só elas poderiam carregar! Relembro de um momento engraçado quando Hera vai me falar do ditado que uso como título desse trabalho (ser mãe é padecer no paraíso). Ela diz que, ao ouvir que “ser mãe era padecer no paraíso”, se perguntava: “que paraíso? Porque nem nisso cheguei ainda”.

Acerca disso, também me deparei com um outro livro recente (e gerador de polêmicas), da chilena Lina Maruane, que, em *Contra os filhos* (2014), traz um manifesto fervoroso e problematizador acerca de uma maternidade do “império dos filhos” – ou como Freud já havia dito, *His Majesty the Baby*. O que me saltou os olhos, durante a leitura desse livro, é o que ela vai dizer sobre o aumento dos requisitos da boa-mãe.

A ela agora é recomendado o retorno ao parto sem anestesia, a prolongação da lactação, a fralda de pano, o perpétuo leva e traz das crianças a suas numerosas consultas médicas, pedagógicas e sociais (porque não podem ir a nada por conta própria); e soma-se o novo tempo de qualidade que reduz sua independência (MARUANE, 2014, p. 31).

Segundo essa autora, “nossas mães” não haviam passado por esse excesso de obrigações e os filhos viriam, nesse novo contexto, como um novo subterfúgio contra as mulheres para atraí-las de volta ao lar. Ela faz uma irônica distinção entre as *mães-totais* e as *mães-pela-metade*, onde as primeiras seriam o que ela vai chamar de feministas-da-essência, com uma maternidade intensiva e pseudoecológica, e as segundas, as pragmáticas mães-divididas entre o amor maternal e o desejo profissional. Uma interessante divisão para pensarmos nossas interlocutoras.

Assim, o desempenho nos parece central para a lógica da DPP que buscamos elaborar, assim como para o projeto de maternidade desse grupo, ao passo que estaria também no cerne do *dispositivo da maternidade* dessas mulheres. O cansaço emerge, assim, como sintoma de um

corpo cansado, física e emocionalmente. Nesse conjunto, a amamentação se mostrou como ponto elementar desse panorama, podendo nos auxiliar na significação das experiências de sofrimento no puerpério das mulheres investigadas, a fim de mapear certos regimes de verdade e produções de uma prática materna normativa.

Culpa, amamentação e sacrifício: O dispositivo da maternidade na experiência das mulheres entrevistadas.

Segundo Waleska Zanello, o *dispositivo da maternidade* fora construído historicamente, principalmente a partir do século XVIII, em um momento em que a capacidade de procriação e a capacidade de maternagem eram tidas como sinônimos. Para esta autora, com a passagem descrita por Foucault de um poder repressivo para um poder constitutivo, algo novo emergiria na cena da maternidade: a *culpa materna*.

Houve uma colonização dos afetos, traduzindo sua vitória no sentimento de culpa das mães. Esse tão constante na fala daquelas que são mães nos dias atuais é o sintoma de que a interpelação de certas performances e subjetivação pelo dispositivo materno deram certo. Assim, as mulheres se culpam, quando mães, por cuidarem demais, por cuidarem de menos, por não cuidarem. Culpam-se também por não desejarem ser mães, quando descobrem uma gravidez; por se arrependerem de ter tido um filho (apesar de muitas vezes amá-lo, ambivalência); por não se disponibilizarem a cuidar dos outros (ZANELLO, 2016, p. 114).

O sentimento de culpa foi algo que saltou inúmeras vezes nas narrativas das interlocutoras, sendo um sentimento compartilhado por todas as nossas entrevistadas e aparecendo sob diversos aspectos da vida e das reflexões delas acerca da própria experiência de maternidade. É um sentimento a grosso modo inerente à própria ideia de maternidade. Para Amanitta Forna, a culpa

ficou tão fortemente associada à maternidade que é considerada um sentimento natural. Pois não é. A culpa não é uma reação biológica regulada por hormônios. As mulheres se sentem culpadas porque as fazem se sentir assim. Dizem às mães que todas as falhas, todas as negligências, qualquer displicência em suas numerosas obrigações, qualquer recusa ao sacrifício, vai afetar a psique da criança, estragar o futuro dela e prejudicar não só a relação mãe-filho, mas todas as relações subsequentes na vida do filho. Isto, se a mãe relapsa não criar um delinquente juvenil ou um criminoso completo e acabado (FORNA, 1999, p. 21).

Trarei alguns exemplos e algumas reflexões acerca deles. Começemos por Deméter, nosso fio condutor.

Deméter: Era uma sensação muito de privação da liberdade. Lembro bem desse sentimento, sabe? Dessa tristeza, no começo. E aí, até hoje, eu fico me culpando, né? Do que ele absolveu.

Nesse exemplo, é interessante que a culpa é retrospectiva e parece se relacionar com uma não realização de expectativa, em que a falta de cuidado se introjetaria enquanto culpa, podendo ser compreendida como estando nas raízes do ideário da maternidade, conforme a descreve Elisabeth Badinter (1985). Assim como em uma expectativa, por outro lado, de vivência da individualidade ligado a própria liberdade.

Em um outro trecho, Dione relata:

Dione: Por que imaginava tudo muito, assim, aqueles relatos maravilhosos... Eu dando de mamar, ele nascendo, eu botando ele no meu peito, ele comigo o tempo todo, eu super desenrolada, sabendo tudo, não sei que. E não foi nada disso (risos). Nada disso. E essa culpa toda é que dá agonia, sabe? Que mãe sente muita culpa. E eu senti muito essa culpa no início, mas ainda bem que ela foi passando.

Acho esse trecho também sintomático, pois ele traz uma faceta do confronto entre uma expectativa que fora construída, na época da gravidez, porém vivenciada de maneira diferenciada, gerando uma culpa relacionado a não estar, mais uma vez, “cumprindo” as determinações que se imaginava executar. Hera, outra interlocutora, também trará esse sentimento:

Hera: Eu sentia... só tinha uma coisa que... tinha uma coisinha que eu percebia. Era uma eterna sensação de culpa. Eu tava sempre me sentindo culpada por alguma coisa que eu não sabia o que era. Porque, conscientemente, eu tava fazendo tudo que estava ao meu alcance. (...) E, no final das contas, eu sentia muita culpa. Só que eu não conseguia, digamos que... materializar a culpa. Não sabia dizer: Qual é? É o que essa culpa? É sobre o que? O que é que tu tá fazendo de errado? Eu não sabia o que era, tás entendendo?

Porém, mais a frente, Hera explicita sua explicação:

Hera: A culpa foi se materializando. Eu fui entendendo porque eu tava me sentindo culpada. Porque eu não tava sendo uma mãe muito presente. Porque eu tava muito mais conectada com questões materiais, estruturais, do que no amor maternal, do que essa fluidez. Eu tava muito masculina, sabe? Eu tinha uma energia muito masculina.

Esse relato é interessante, pois traz a representação acerca da materialização do seu sentimento de culpa diretamente relacionado a como ela compreende como uma mãe deve se portar. Assim, essa sua “falta de energia feminina” a levaria a vivenciar o sentimento de culpa. Na verdade, não seria uma falta de energia feminina, como ela fala. Explicitamente, e em duas passagens na mesma fala que destacamos, ela refere-se à sua ausência afetiva como energia masculina. Isso nos parece sintomático. Primeiro, a forma como a identidade do masculino é descontextualizada do sentido de cuidado. Ou seja, se ela está distanciada e não fluida, conectada afetivamente, ela acionou uma energia masculina. Não é difícil perceber como, portanto, vemos a ausência da paternidade como algo tão corriqueiro em nossas sociedades. Numa lógica patriarcal, os pais trabalham fora, se distanciam do cuidado e da responsabilidade sobre o que acontece com suas crias. Tal atributo é dado às mães. Podemos fazer, então, a inferência de uma relação direta entre o cansaço e tristeza física e mental, esse sentido de isolamento e desamparo das mães, com tal ausência e distanciamento naturalizado do masculino. E isso leva a uma segunda constatação da fala dela: ela se sente culpada como mãe por esse distanciamento, a culpa diretamente associada em sua fala ao acionamento de uma energia masculina. Aqui há uma relação de acessos e embargos ligados a uma generificação, ou seja, acesso e embargos ligados à condição de homem-masculino e mulher-feminina, respectivamente, no tocante ao exercício de estar com os/as filhos/as. Esse trecho da entrevista é significativo também pela revelação das expectativas normativas de gênero no que diz respeito a atitudes, práticas e emoções. Algumas delas são masculinas e, outras, femininas. Não as realizar significa, de algum modo, não desempenhar o papel a contento. Nesse caso, ela poderia significar sua experiência alargando a representação de masculino e de feminino, porém ela o faz de forma normativa, mostrando sua inadequação, que estaria na raiz dessa culpa – que atribuiremos ao *dispositivo da maternidade*.

Hera também fala do amor maternal, tema amplamente problematizado no âmbito dos estudos sobre maternidade. Ao pensar essa problemática, deslocando para o contexto brasileiro, Mónica Franch e Tânia Lago-Falcão (2004) endossam as críticas direcionadas à obra *Death without weeping* (1992), de Nancy Scheper-Hughes, que vinha na contramão de estudos como

o de Badinter, de que o amor materno seria uma invenção da modernidade, e trazia como tese uma negligência seletiva e de aparente indiferença das mães ante a morte precoce dos filhos, em meados dos anos 80, na Zona da Mata nordestina. As autoras percorrem um caminho inverso, ao passo que concebem que a não manifestação da dor da perda se relaciona com uma inadequação cultural para expressão destes sentimentos, estando, assim, no cerne desta questão a relação entre o sentir e o expressar “esse amor”. O que se evidencia então, neste âmbito, seriam as construções e incorporações das concepções culturais e sociais acerca da maternidade e de como a mãe sente e expressa sua emoção frente aos fatos vivenciados.

Em um outro exemplo de culpa, também trazido por Hera, a amamentação entra novamente em cena, quando ela relata que precisou dar NAN⁴⁹ aos seus dois filhos, após “o peito ter secado rápido”. Ao indaga-la sobre como se sentiu em relação a isso, ela responde:

Hera: Culpa para caralho, nas duas vezes. Me sentindo menos mulher, me sentindo... Assim, eu, exatamente, não me sentia mal, de... Nunca me senti mal em relação às mulheres que amamentavam. Nunca teve essa situação de inveja, sabe? Sempre achei lindo. Sempre realizei muito minhas amigas com os *peito* para fora, tás entendendo? Só que, ao mesmo tempo, eu sinto culpa, por que no fundo, no fundo, a própria amamentação talvez me incomodava um pouco...

Pesquisadora: O que da amamentação?

Hera: A falta da liberdade do meu corpo...

Aqui, a amamentação retorna como ponto de reflexão, de modo a se apresentar como mais um elemento do *dispositivo da maternidade*, ligado a uma hierarquização entre as mulheres “mais ou menos mães”, mediadas por regras de normatividade, que, nesse caso, seria a amamentação exclusiva com leite materno. A fala de Hera é bem interessante porque ela não se sentia inferior às outras mães. Na verdade, ela se sentiu aliviada por não dar de mamar, pelo aspecto de “escravidão” que a amamentação implicava, assim como pela falta de liberdade com o próprio corpo. Sua culpa advém de não se adequar ao modelo imposto. É o sentimento de alívio que lhe é impedido por conta dessa culpa.

Assim, além da culpa, visualizamos a questão da amamentação como ponto de convergência acerca da atuação do dispositivo na vivência de sofrimento puerperal das

49 Leite em pó, da marca Nestlé, indicado para bebês, com justificativa de suprir certas necessidades nutricionais.

mulheres investigadas. Este é um aspecto que emergiu também após a leitura da obra mais recente da Elisabeth Badinter, *O conflito* (2010), onde ela investigou, no contexto francês, como a amamentação acabou por se tornar mais um ponto de pressão a mulheres que desejavam ser “boas mães”.

Nas entrevistas, ouvi tanto relatos positivos como negativos. Algumas relataram adorar o vínculo que a amamentação proporcionava, assim como os fatores positivos da amamentação para a saúde do bebê. Porém, essa vivência também apareceu carregada de negatividade, como no caso de Nix, que passou por sérios problemas físicos para amamentar – teve mastite, que virou um cisto e depois um nódulo – e, em uma indagação retrospectiva, me relatou:

Nix: Ainda tinha mais a pressão da amamentação, né? Que era uma outra coisa que eu ouvia. Por exemplo, [fulana] foi uma pessoa que, quando eu tava BEM mal, assim, de... lascada com as coisas da mastite. Eu comentando com ela, no telefone, ela queria me visitar e eu não tava querendo visita de jeito nenhum. E eu dizendo, tô muito mal. Assim, antes de perguntar sobre como eu tava, fez "e [filho]? tá tomando fórmula?". E aí pode ser até que nem que tivesse sido com a intenção, mas, pra mim, era me... me... assim, eu tô falando disso aqui [se referindo aos problemas físicos com a amamentação]. Se ele tá tomando fórmula, se ele não tá tomando fórmula, isso é relevante? Ele tá mamando também. E acho que perguntou também quanto de fórmula que tava tomando. E sobre a amamentação também, eu me senti, assim, que eu já tinha falhado com o parto e que com a amamentação eu não podia falhar. Não acredito que até... nem nisso eu vou conseguir... (...). Acho que eu me sentia muito mais pressionada por mim mesmo, pelas coisas que eu lia, pelo tipo de informação que eu buscava, onde eu buscava essa informação acho que tinha essa pressão mesmo, pela amamentação. Isso de que você, “amamentar é difícil mesmo, então você tem que...”. Sim, amamentar é difícil, mas tem graus de dificuldade. Hoje eu não faria, de jeito nenhum, DE JEITO NENHUM eu chegaria no ponto que eu cheguei.

É importante destacar uma dimensão de medo do “fracasso” que carrega essa fala e que pode ser compreendida como mais uma das incorporações do *dispositivo da maternidade*. Não amamentar, nesse contexto, seria falhar no *projeto de maternidade*. Ao dizer que “amamentar é difícil, mas tem graus de dificuldades”, Nix irá questionar a pressão que sentiu acerca de uma amamentação “acima de tudo” e se posicionar, após sua vivência, contrária a essa assertiva.

Podemos dar um passo à frente e pensar em um dispositivo específico que a maternidade dessas mulheres encarna, pois, em outros grupos sociais, essa cobrança nos parece não ser tão forte. Ao pensar acerca da *interseccionalidade* no âmbito da maternidade, os marcadores de

classe e raça demonstram se configurar como intensos elementos de diferenciação acerca da concepção social acerca da figura materna. Sobre esse aspecto, abro um parêntese para relatar uma vivência de campo da pesquisa, realizada em uma roda de conversa sobre saúde mental e maternidade, organizado pelo Coletivo de Mães Feministas Ranúsia Alves (CoMFRA), em maio/2017, em Recife/PE. O CoMFRA atua, na cidade de Recife/PE, com encontros presenciais esporádicos, a fim de debater acerca dos temas que circundam o universo da maternidade e dos feminismos, assim como através de grupos de discussão no *facebook*. É um coletivo que estava em fase de organização, no momento que pude ter contato, e estavam em busca de uma maior regularidade. Todas as integrantes são mães e se nomeiam feministas.

A presente roda foi formada por dez mulheres, das quais cinco haviam levado o/a filho/a para o evento. Estes ficavam brincando na área externa do espaço e adentravam a roda em diversos momentos, seja para pedir água, comida, falar algo para mãe ou relatar algum desentendimento entre eles. Das mulheres presentes, nove eram mães – à exceção da doula convidada para o evento. As mães que não levaram as/os filhas/os (como eu) relataram que se soubessem que haveria outras crianças e um espaço apropriado para elas brincarem, certamente teriam levados suas/seus filhas/os e enfatizaram a escassez de lugares "apropriados" para levar suas crias em eventos públicos. Entre as mulheres presentes havia: médica, doula, psicóloga, jornalista, advogada, estudantes e autônomas. O perfil das autônomas era de mulheres que viviam em regiões periféricas da cidade e reforçaram a importância de se pensar a mulher e o feminismo nesta realidade.

Eu poderia elencar diversos elementos discutidos nesse momento, que dialogam diretamente com a minha pesquisa, tal como a invisibilização da mulher no pós-parto, a importância da rede social de apoio (constituída, principalmente, por mulheres) ou a relação entre expectativa e realidade vivenciada no puerpério. Mas irei me ater a problemática trazida pelas *mães periféricas*. Elas, que desde o início da roda se localizaram enquanto lugar político de “mães periféricas”, falaram de um *feminismo na prática*, de modo que não se sentiam pertencentes às teorias feministas, mas que se percebiam enquanto feministas em seus dias-a-dia. Para elas, pensar a saúde mental da mulher periférica as levava a serem percebidas como mães que “têm que ser fortes”, ou seja, problematizavam uma concepção da figura materna voltada a elas que não permitia a visibilização do seu lugar emocional, físico e mental de sofrimento. Esse é um fator que, em certa medida, se aproxima e, em outra, se distancia dos casos das mulheres que investiguei na minha pesquisa. A aproximação aparece no momento em que, em graus diferentes, é percebida a invisibilização dos próprios sentimentos, assim como

nas demandas de “segurar a barra” entendida num sentido geral, bem como no sentimento de desamparo. Tanto as mulheres da pesquisa como as mulheres apresentadas na vivência da roda de conversa evidenciam a dificuldade em poder externalizar o próprio sofrimento. Porém, o distanciamento se dá exatamente no momento em que as representações sociais, ligadas aos marcadores raça e classe, aparecem, pois, apesar da figura materna em ambos os casos aparecer através da execução de múltiplas tarefas, a expressão “ter que ser forte” se manifestou evidenciada de forma mais incisiva no *dispositivo da maternidade* das mães periféricas, como percebido em campo.

Retomando o medo do “fracasso” relatado por Nix, nos ocorreu também que, para tratar a questão da resistência, este grupo constrói um ideário da maternidade como resposta a práticas medicalizadoras que, em tese, retiram o aspecto “natural” da maternidade e sua efetiva apropriação pelas mulheres. Recorrer à medicação significa, de certo modo, capitular diante daquilo que se pretende negar, que seria a maior legitimidade do saber biomédico diante dos processos relativos à reprodução. Nesse sentido, Deméter nos traz uma narrativa interessante para se pensar essa dimensão de escolha, imersos em suas complexidades e ambivalências, e também ligado à questão da amamentação.

Deméter: A gente sabe que a amamentação tá muito ligada a questões psicológicas também, né? Em relação a contexto, a estado emocional, à sua disposição. Tem a fisiologia do peito, às vezes. Algum problema fisiológico, hormonal que você tiver. Mas eu acho que tem algo do inconsciente também, de você querer ou não querer, de você ter medo ou não ter, de você tá disposta a atravessar as dificuldades ou não estar. (...) É uma dependência que, pra mim, é uma extensão de você ter filho. É uma consequência, é biológico. Você tem um bicho ali que, por um tempo, ele precisa daquela mamada, né? Você tem o direito de estabelecer por quanto tempo. Eu acho que se você dá por seis meses é super ok. Mas eu acho que vai do tipo de disposição que você tem, do tipo que você tá disposta a desenvolver, do tipo de vida que você tá tendo naquele contexto. Tem isso. Se você precisa voltar a trabalhar num trabalho de bater ponto o dia inteiro, cara, como é que você vai fazer uma livre demanda, né? É muito sofrido pra uma mulher.

Nesse trecho, podemos perceber uma incorporação (*embodiment*) das emoções e uma responsabilização (mais uma vez) das mulheres/mães. Percebe-se, por um lado, um reconhecimento de que amamentar é algo que tem que caber na vida da mulher, porque está “super ok” se você pára porque tem que trabalhar; por outro lado, uma compreensão do fato de que as emoções se incorporam ao ponto de determinarem o que ocorre no corpo (produção de

leite, mastite e etc.). Nesse sentido, abre-se mais uma via para a responsabilização da mulher. Guardando as devidas distâncias, podemos nos aproximar da crítica que Susan Sontag (1978) vai fazer às metáforas psicológicas em torno do câncer, que tornam os sujeitos afetados pelo câncer responsáveis pela própria doença, uma vez que não haveriam sabido lidar de forma saudável com suas próprias emoções ao longo da vida. Por outro lado, é claro que compreensões que articulam corpo e emoções, no sentido de compreender as reações fisiológicas em comunicação com as reações emocionais, dialogam de modo mais produtivo com referenciais holísticos em relação à saúde que são, majoritariamente, acessados pelas nossas interlocutoras – enquanto a compreensão de Sontag dialoga muito melhor com compreensões biomédicas da doença. Essa culpabilização, no contexto da DPP, faz sentido na medida em que sentir-se triste ou frustrada em meio ao nascimento do filho, as leva a achar que podem estar doentes e nos gera culpa. Nesse contexto, a amamentação nos parece, por vezes, a metáfora mais poderosa dessa servidão voluntária que é percebida como o cerne da maternidade – a doação, o sacrifício, a disponibilidade irrestrita que se paga no próprio corpo, com o próprio corpo.

Ainda sobre o dispositivo de cobrança, ligada à amamentação, também temos as narrativas de Réia:

Réia: Dava [de mamar] durante o dia, porque eu não aguentava. Ele mamava meus dois peitos e tomava o complemento. Só que aí veio a primeira crise, que foi a sensação de que eu não consigo alimentar meu filho. (...) Porque tem a cobrança externa, né? Você tem a cobrança sua, mas a cobrança do meio em que você vive é muito pesada.

Pesquisadora: E qual era a cobrança?

Réia: Cobrança que a mãe tem que amamentar. Por que a maternidade, né? É construída nessas questões da amamentação, do parto normal e num sei que. E parece que se você não seguir esse processo, você é menos mãe.

E mais à frente, continua:

Réia: A amamentação pra mim, eu sempre digo, a amamentação pra mim é sinônimo de escravidão.

Pesquisadora: Porque que você acha isso?

Réia: Porque você não tem vida, né? Você vive em função daquele peito. Você não pode sair, você não pode... amamentação, né? (...) Mas se você se dedica a amamentar exclusivamente em livre demanda, que era o que eu pretendia, e fiz em livre demanda – a hora que ele quisesse, ele mamava. Era muito exaustivo. E era aquela coisa da criança dependendo de você, não fica com outra pessoa. É difícil.

Assim, mais uma vez, a amamentação aparece como enquadramento moral das mulheres, de modo a fazê-las esquecerem de sua individualidade e assumir, de forma intensiva e exaustiva, seu novo papel de servidão a seus filhos. Sobre esse contexto, Karina Kuschnir (2008) nos traz um interessante panorama, que dialoga diretamente com os relatos de nossas interlocutoras. Kuschnir irá investigar os processos de construção de identidade e os significados atribuídos à noção de maternidade por mulheres da Zona Sul do RJ que passaram, ou estavam passando, pela experiência da amamentação e que, segundo ela, estaria diretamente relacionada às transformações da subjetividade e identidade das mulheres em seus processos de maternagem. Esse fator afetaria suas percepções acerca de diversas dimensões da própria vida, seja na instância físico-corporal, como na profissional e sexual.

A valorização da capacidade de alimentar o bebê exclusivamente por meio do leite materno durante quatro ou seis meses, complementando com outros alimentos no período seguinte até o desmame, é um dado novo na história das famílias de camadas médias urbanas no Brasil. Os valores tradicionais de amor e dedicação aos filhos são ressignificados pela inclusão da amamentação como prática desejada (KUSCHNIR, 2008, p. 100).

Para Kuschnir, em diálogo com autoras e autores clássicas do tema da maternidade, o ato de amamentar não seria natural e instintivo, e sim aprendido através da socialização da cultura. Essa busca pela dessenssencialização da maternidade, que teve Simone de Beauvoir como precursora questionando a dimensão natural e biológica da mesma e não sendo “mais comandada pelo simples acaso biológico” (BEAUVOIR, 1974, p. 248) e sim pela vontade, se daria, para Kuschnir, principalmente por meio da observação das práticas intrafamiliares. Assim, a autora também trará algo que já trouxemos enquanto dado de campo, ligado às relações intragênero, principalmente na dimensão familiar.

Tanto a amamentação enquanto projeto, como o contraponto de si em relação as “outras maternidades”, proveniente de outras gerações, foram fatores que surgiram no campo desta pesquisa, como salientado anteriormente. A questão da relação geracional, inclusive, acabou

sendo incorporada à grade de perguntas, por aparecer em diversos momentos do campo. A figura de Deméter, o fio condutor desse presente capítulo, compactua com a amostra de Kuschnir, no sentido de perceber a maternidade como um *turning point* (FRANCH, 2008), quando diz que “ser mãe é um divisor de águas nas suas forças”, que “você ressignifica muita coisa na sua vida, na sua personalidade, dos seus valores, do seu entorno, do tipo de relação que você estabelece também com as pessoas”, e também com a questão geracional.

Anteriormente, mostramos que Deméter já problematizava a questão da maternidade “no tempo das nossas avós”, e agora nos traz um interessante relato, a partir da sua relação com sua mãe, como Kuschnir também investiga:

Deméter: Minha mãe é da geração do leite ninho. Me deu de mamar só um mês. E da geração que, por mais que ela negue às vezes, que as crianças eram criadas pelas babás, né? Não tinha esse retorno do feminino, que a gente tem hoje em dia. De ficar preocupada e se dividir muito e tal. E aí, eu acho que tiveram lacunas e acho que essa coisa dela não ter me amamentado mais de um mês não é porque ela não conseguiu. A gente sabe que a amamentação tá muito ligada a questões psicológicas também, né?

Pesquisadora: Em relação ao quê?

Deméter: Em relação a contexto, a estado emocional, a sua disposição. Tem a fisiologia do peito, às vezes. Algum problema fisiológico, hormonal que você tiver. Mas eu acho que tem algo do inconsciente também. De você querer ou não querer, de você ter medo ou não ter, de você tá disposta a atravessar as dificuldades ou não estar.

Nesse trecho, Deméter traz mais alguns elementos interessantes acerca, tanto das diferenciações de modelo de maternidade, quando fala da “geração do leite ninho” em contraponto a sua geração, quanto às disposições ora psicológicas, ora emocionais, ora corporais e até mesmo inconscientes na vivência da escolha pela amamentação. Nesse sentido, as preocupações envolvidas a essa maternidade somada a uma multiplicidade de tarefas, trariam a vivência em um sentido diferenciado.

Ela também expõe, nessa fala, vários paradoxos que estão ligados a toda a discussão de maternidade. Implicitamente, ela condena o ato da mãe de ter corroborado, tendo ela como filha, com a geração leite ninho. E quando vai explicitar, vai pontuando todas várias oscilações que são próprias do *dispositivo da maternidade*, não apenas na amamentação, mas num sentido geral, desde a escolha de ser mãe às escolhas com filhos/as: de querer, de ter medo, de estar disposta a atravessar as dificuldades. Um *dispositivo* em grande medida atravessado pelos

aspectos inconscientes, sim. Nessa fala estão também, vários aspectos que se conectam à própria explicação que tenta dar conta da DPP: o retorno do feminino, a preocupação, a divisão, o emocional, o psicológico, mas também o hormonal e o fisiológico, que se conectam às apetências e inapetências da maternidade real.

Assim, Deméter nos encaminhou a pensar acerca dos diversos elementos do universo materno, em diálogo com outras interlocutoras, a fim de evidenciar como a vivência da DPP e da própria maternidade, podem ser experienciadas de maneira multifacetada e envolta de diversas dimensões de verdade. Sua compreensão nos levou a perceber uma hibridação entre compreensões biomédicas, sociais e culturais, trazendo um panorama estimulante para pensar a temática da DPP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota sobre a maternidade de hoje. Como ser mãe em 2019: Certifique-se de que as necessidades acadêmicas, emocionais, psicológicas, mentais, espirituais, físicas, nutricionais e sociais de seus filhos sejam atendidas, tendo o cuidado de não hiper-estimular, sub-estimular, medicar indevidamente, superproteger ou negligenciar. Tudo isso num ambiente livre de telas, de alimentos ultraprocessados, transgênicos, agrotóxicos e plásticos, livre de energia negativa, promotor do amor próprio mas livre do narcisismo, socialmente consciente, com uma educação respeitosa e não autoritária, estimulante e protetora mas promovendo a independência, gentil mas não excessivamente permissiva, ambientalmente correta, num quarto montessoriano e à prova de acidentes, num lar multilíngue com quintal arborizado, situado num bairro sem poluição e com ótimas escolas construtivistas e área verde e comida orgânica e livre de açúcar, com 1,5 irmãos espaçados pelo menos dois anos. Sem esquecer o óleo de coco. Como ser mãe em todas as gerações que nos antecederam: alimente-os às vezes.

Trecho retirado de uma publicação no facebook de uma mãe puérpera.

Sempre que alguma mulher – principalmente que já era mãe – me perguntava o que eu estava estudando no mestrado, eu percebia um interesse imediato e um compartilhamento de que precisávamos falar sobre o tema da depressão pós-parto. Confesso que nem sempre foram lugares fáceis, para mim, tanto como pesquisadora como enquanto mulher e mãe. A fase da transcrição, por exemplo, foi uma das mais difíceis. Ouvir intensiva e repetidamente aquelas narrativas me levou, em vários momentos, a um estado de imensa tristeza. Precisei construir *respiros* durante a pesquisa, pois sentia que minha saúde mental precisava também ser cuidada. Enfim, cá estou, escrevendo as considerações finais desta pesquisa que tanto me afetou.

Durante esses dois anos, tive a oportunidade de conversar com bastante gente sobre o tema da DPP: mães, pesquisadoras, parteiras, pessoal da área da saúde, mulheres de diversas idades e lugares. Mas chega a hora de finalizar este percurso e tentar elaborar este momento final, que também me soa como uma despedida ao tema – já que busco migrar de objeto, no doutorado.

Ao longo deste trabalho, tentamos ampliar nossos olhares em relação às várias configurações da DPP, estimulados pelas narrativas de mulheres de camada média que tiveram uma experiência de sofrimento em seus puerpérios. Agora, em busca de traçar algumas reflexões conclusivas, me indago de que forma este trabalho contribuiu para a discussão acerca dessa temática.

Em primeiro lugar, embora a DPP seja uma experiência localizada nos diversos aspectos da vivência do pós-parto, é possível perceber como ela incide de forma diversificada nos diferentes corpos. Ser uma mulher de classe média, branca, casada e atuante profissionalmente poderia garantir às mulheres entrevistadas uma vida mais privilegiada e, conseqüentemente, com menos sofrimento. Porém, a maternidade as faz imergir em questões subjetivas, físicas, emocionais sobre seus lugares e corpos de mulher e mãe dentro da sociedade, ao mesmo tempo que nos indagamos até que ponto esse tipo de sofrimento, entendido como DPP, não faz parte do modo como esta camada social modela emocional e psiquicamente suas experiências.

No presente trabalho, a DPP terminou atuando como um possível acesso à experiência (socialmente localizada) da maternidade, justamente naquilo que menos se espera dela – o cansaço, o fracasso, a tristeza, a depressão. Aqui, valeria a pena reaccessar o percurso entre a saúde mental e o gênero, de modo a retomar a ideia *socio-lógica* (ANDRADE; MALUF, 2016), na medida em que tentamos elaborar um modelo explicativo baseado na experiência social do sofrimento puerperal, de modo a abarcar questões ligadas a emoções, interpretações e questionamentos acerca da DPP. Pudemos ver como a DPP – que envolveu desde a gravidez até o pós-parto – se configurou para além de um lugar biomédico de vulnerabilidade física, psíquica e emocional, mas também como uma vivência que possibilitou pensar acerca da maternidade como um todo, assim como em reflexões ligadas a questões de gênero, sistemas de poder, controle sobre o corpo das mulheres e suas experiências de adoecimento.

Nas narrativas das entrevistadas, encontramos também representações e significações diversificadas ligadas aos discursos e imaginários coletivos, quanto ao tema da DPP. Essas narrativas, nesse contexto, ultrapassaram o que está nos DSM's e CID's, indicando que, apesar da linguagem e de elementos construídos socialmente pela medicina – tal como o “cérebro” e o “hormônio” enquanto condicionadores de comportamentos e emoções das mulheres –, também foi possível perceber os distanciamentos, ou linhas de fuga, dentro desse sistema, seja no questionamento do diagnóstico através de elementos biográficos seja a partir de uma análise mais estrutural, baseada nas diferenças de gênero no âmbito da maternidade. Assim, nos deparamos com questões que não tem necessariamente a ver com o que está nas políticas públicas ou no discurso psiquiátrico, tais como as categorias de cansaço, medo, culpa e auto-cobrança – que apareceram nesta pesquisa, como parte de um *dispositivo da maternidade*.

O *dispositivo da maternidade* que buscamos elaborar e exemplificar perpassou diversos momentos do trabalho, tanto nos momentos de preparação na gravidez quanto posteriormente ligado a amamentação, por exemplo. Esse controle das ações, pensamentos e corpos das mães

investigadas proveio da instância médica e social, partindo de um discurso hegemônico e normativo para a figura materna. Em certa medida, nossas interlocutoras buscaram trazer *fissuras* a esse modelo, seja criticando grupos de apoio ao parto humanizado ou na localização política enquanto feministas. Um fator que foi pouco tratado, porém que fica de impulso para outras/os pesquisadoras/es, diz respeito à busca por inserir a perspectiva da *interseccionalidade* de maneira mais efetiva no debate sobre a DPP. Ponto que se evidenciou de extrema importância, porém que não foi possível desenvolver nesta pesquisa.

Me arrisco a levantar mais duas questões, neste momento final.

Primeiro, trazendo a questão da paternidade como algo que não foi amplamente abordado no trabalho, pois não era o foco, mas que se relaciona amplamente com as questões que apontam na caracterização da DPP e na própria ideia de maternidade como *dispositivo*. O fato de forcarmos nas mães-mulheres, não significa que corrobora com a naturalização do distanciamento da paternidade envolvida no processo.

Segundo. Questionar, para além da dicotomia biomédica *versus* social, a ideia da depressão pós-parto como algo separado do processo da gravidez e da própria concepção de maternidade em nosso imaginário social. Será mesmo que a mãe só nasce quando nasce a criança? Ou seria a mãe essa dupla e contraditória inscrição de alento e sombra numa concepção muito mais ampla do que o ato de tornar-se mãe no pós-parto? “Alento”, porque o *dispositivo da maternidade* inscreve – e subordina – a mãe ao imaginário da cuidadora. “Sombra”, porque a ideia da maternidade aparece para as meninas e depois mulheres como uma realização quase compulsória, no entendimento da nossa experiência “plena” como sujeitos sociais. Tal inscrição é reverberada desde muito cedo através de atos formativos e pedagogias culturais. Basta, por exemplo, analisar uma sequência de comerciais destinados ao público infantil. Quais são os brinquedos anunciados para meninas? Que configurações se conectam aos indivíduos desde antes de virem ao mundo, em relação às formatações de gênero? Quarto rosa para meninas (e azul pros meninos, como defende nossa mais nova ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos⁵⁰), meninas tendo de se portar educadamente, não sentarem de pernas abertas, não serem “traquinas” e, sobretudo, serem boas cuidadoras – que começam a aprender com as bonecas. Esse incentivo ao cuidado e à maternidade (e ao trabalho doméstico) chega muito antes de sequer termos consciência da nossa sexualidade.

50 Referência direta à afirmativa da advogada e pastora evangélica Damares Regina Alves, ministra do governo de Jair Bolsonaro, em 2019, de que o Brasil estaria em uma “nova era” em que “menino veste azul e menina veste rosa”.

A ideia do cuidado e da maternagem vai sendo impregnada na formatação da nossa própria condição de sermos mulheres. Então, por esse viés, poderíamos considerar que a mãe nasce primeiro num imaginário social e de construção inerente à ideia de ser mulher. Depois, a mãe também vai sendo gestada com a gestação, a partir de todas as mudanças físicas, psíquicas e sociais que vamos experimentando. E a mãe, quando se torna, de fato, tem de lidar efetivamente com todas as mudanças e desafios já aqui colocados e relacionados ao *dispositivo da maternidade*. Por essa reflexão, a DPP seria um processo muito mais complexo do que uma distinção biomédica *versus* aspectos sociais no puerpério.

Também pretendemos contribuir para uma dessecencialização da imagem materna. É preciso estar atenta (e forte!) ao cuidado com a essencialização de uma natureza inapta à mulher para o parir, assim como para a maternidade. É preciso perceber a escolha como princípio de liberdade, pois vemos as “consequências” de culpa e sofrimento para as que não conseguem ou não querem vivenciar esse ideário. Ser mãe não é padecer no paraíso. Ser mãe é o que ela deseja ser. Se ela deseja ser. E ser mãe é, sobretudo, conseguir desnaturalizar os desejos que estão colocados como “escolhas compulsórias” às mulheres.

BIBLIOGRAFIA

AGAMBEN, G. O que é um dispositivo? In: **O que é o contemporâneo?** e outros ensaios. Chapecó: Argos, 2009.

ALVES, R. L. C.; FLEISCHER, S. 'O Que Adianta Conhecer Muita Gente e no Fim das Contas Estar Sempre só?' Desafios da maternidade em tempos de Síndrome Congênita do Zika Vírus. **Revista ANTHROPOLÓGICAS**. Ano 22, 29(2): 6-27, 2018.

ANDRADE, A. P.; MALUF, S. W. Sujeitos e(m) experiências: estratégias micropolíticas no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. In: **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v.26, n.1, 2016.

ASHWORTH, T. NOBILE, A. **Eu era uma ótima mãe até ter filhos**. Ed. Sextante, 2008.

AURELIANO, W. A. **Materialidade, Intenção e Cura**: o uso de medicamentos no espiritismo brasileiro. Debates do NER, v. 13, p. 253-280, 2012.

AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. In: **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 269-276, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n2/a13v19n2.pdf>. Acesso em: 15 de março de 2018.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

_____. **O conflito** – a mulher e a mãe. Rio de Janeiro: Record, 2010.

BALASKAS, J. **Parto Ativo**: guia prático para o parto normal. 2ª ed. São Paulo: Ed. Ground, 1991.

BAPTISTA, M. BAPTISTA, A. OLIVEIRA, M. G. Depressão e gênero: porque as mulheres deprimem mais que os homens? In: **Temas da Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 7, nº 2, p. 143-156, agosto 1999. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v7n2/v7n2a05.pdf>. Acesso em: 15 de março de 2018.

BEAUVOIR, S. **Le deuxième sexe**. Gallimard: Paris, 1974 [1949].

BECKER, H. S. **Outsiders**. Estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar. 2008 [1963].

BERTAUX, D. **Le récit de vie**. Paris: Nathan, 2009.

BOLTANSKI, L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

BONETTI, A.; FLEISCHER, S. **Entre saia justas e jogos de cintura**. Florianópolis: Editora Mulheres, 2007.

BOURDIEU, P. **Les structures sociales de l'économie**. Paris, Seuil. 2000.

BOTT, E. **Família e rede social**: papéis, normas e relacionamentos externos em famílias urbanas comuns. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1976.

CANTILINO, A. **Depressão pós-parto**: prevalência, pensamentos disfuncionais e comorbidade com transtornos ansiosos. Recife: UFPE, 2009. 159fls. Tese (Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento).

CARNEIRO, R. **Cenas de parto e políticas do corpo**: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. Campinas: Unicamp, 2011. Tese (Doutorado em Ciências Sociais).

_____. A CICATRIZ DA CESÁREA (IN) DESEJADA: marca que significa corpos e mulheres na atualidade. **Revista de Ciências Sociais**, João Pessoa, nº 47, p. 121-138, Junho/Dezembro de 2017.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CONRAD, P. **Medicalization and social control**. **Annu. Rev. Sociol.**, v. 18, (August), p.209-32, 1992.

COSTA, J. F. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

CRONEMBERGER, L. O Olmo e a Gaivota – ou reflexões acerca do trabalho produtivo e reprodutivo. In: **II Reunião de Antropologia da Saúde**, 2017, Brasília. Anais (on-line).

DAMASCENSO, N. F. P. MALVEZZI, E. SALES, C. M. SALES, A. A narrativa como alternativa na pesquisa em saúde. In: **Interface** – Comunicação, saúde, educação, Botucatu, v 22, n. 64, p. 133-140, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-576220160815.pdf>. Acesso em: 15 de março de 2018.

DEL PRIORE, M. **Ao sul do corpo** – a condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

DINIZ, C. S. Gr. **Entre a técnica e os direitos humanos**: limites e possibilidades da humanização da assistência ao parto e nascimento. São Paulo, 2001. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) Universidade de São Paulo.

DONATH, Orna. **Madres arrependidas**: Una mirada radical a la maternidad y sus falacias sociales. Barcelona: Reservoir Books, 2ª ed. 2016.

DUARTE, Luís Fernando Dias. **Da vida nervosa das classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000 (1987).

EHRENBERG, A. **La fatigue d'être soi**. Paris: Poches Odile Jacob, 2000.

_____. Depressão, doença da autonomia? Entrevista de Alain Ehrenberg a Michel Botbol. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 143-153, jan/jun 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/agora/v7n1/v7n1a09.pdf>. Acesso em: 15 de março de 2018.

ESTEBAN, M. L. El estudio de la Salud y el Género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. In: **Salud Colectiva**, Lanús, v. 2, n. 1, p. 9-20, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v2n1/v2n1a02.pdf>. Acesso em: 15 de março de 2018.

FINE, C. **Delusions of gender**: The Real Science behind Sex Differences. London: Icon Books, 2010.

FLEISCHER, S. R. Sangue, leite e quarentena: Notas etnográficas sobre o puerpério na cidade de Melgaço, Pará. In: **Campos** – Revista de Antropologia, Florianópolis, v. 8, n. 2, p.81-97, 2007. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/campos/article/view/11169/7772>. Acesso em: 15 de março de 2018.

FONTANELLA, B. J. B. JÚNIOR, R. M. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. In: **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 63-71, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n1/v17n1a07.pdf>. Acesso em: 15 de março de 2018.

FOUCAULT, Michel. **A história da sexualidade I**: a vontade do ser. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1977.

_____. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **Do governo dos vivos**. Curso no Collège de France, 1979-1980 (excertos). Tradução de Nildo Avelino. Rio de Janeiro: Achiamé, 2010.

FORNA, A. **Mãe de todos os mitos**: como a sociedade modela e reprime as mães. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

FRANCH, Mónica; FALCÃO, T. Será que elas sofrem? Algumas observações sobre Death without weeping de Nancy Scheper-Hughes. In: **Revista de Ciências Sociais**, João Pessoa, nº 20, p. 181-196, abril de 2004.

FRANCH, Mónica. **Tempos, contratempos e passatempos**. Um estudo sobre os sentidos e os usos do tempo entre jovens de grupos populares do Grande Recife. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008. Tese Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia.

_____. Amigas, colegas e “falsas amigas”. Amizade e sexualidade entre mulheres jovens de grupos populares. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, n.4, pp.28-52, 2010.

FREUD, Sigmund. O mal-estar na civilização. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1930].

FRIZZO, G. B. PRADO, L. C. LINARES, J. L. PICCININI, C. A. Depressão pós-parto: Evidências a partir de dois casos clínicos. In: **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 1, n. 23, p. 46-55, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v23n1/a07v23n1.pdf>. Acesso em: 15 de março de 2018.

GOFFMAN, Erving. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 9ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

GUTMAN, Laura. **Maternidade e o encontro com a própria sombra**. Editora Best Seller, 2016

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço**. Ed.2. Petrópolis: Vozes, 2017.

HEILBORN, M. L. Experiência da Sexualidade, Reprodução e Trajetória Biográficas juvenis. I: **O aprendizado da Sexualidade: Reprodução e trajetórias Sociais de Jovens Brasileiros**. Rio de Janeiro: Fio Cruz e Garamond, 2006.

HIRSCH, Olívia Nogueira. O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. In: **Civitas – Revista de Ciências Sociais**. Porto Alegre: v. 15, n. 2, p. 229- 249, abr-jun, 2015.

IACONELLI, V. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. **Revista Pediatria Moderna**, v. 41, nº 4, jul-ago, 2005.

KAUFMANN, Jean-Claude. **A entrevista compreensiva: um guia para a pesquisa de campo**. Maceió: Edufal, 2013.

KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão – a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2009.

KLAININ, P.; ARTHUR, D.G. **Postpartum depression in Asian cultures: a literature review**. Int. J. Nurs. Stud. 2009 Oct;46(10):1355-73. 2009

KLEINMAN, A. **Illness narratives: suffering, healing and the human condition**. New York: Basic Books, 1988.

KUMAR, K. **Da Sociedade Pós-industrial à Pós-moderna: Novas Teorias Sobre o Mundo Contemporâneo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

KUSCHINIR, K. MATERNIDADE E AMAMENTAÇÃO Biografia e relações de gênero intergeracionais. In: **Sociologia, problemas e práticas**, n.º 56, 2008,

LANGDON, E. J.; FOLLER, M.; MALUF, S. W. **Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais**. Anuário Antropológico, v. 34, p. 51-89, 2012.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando Sexo: Corpo e Gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LIMA FILHO, G. L. Reflexões sobre *Illness e Disease*. In: **Saberes em perspectiva**, v. 5, p. 7-24, 2015.

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade**. Campinas: Papirus, 2003.

MALUF, S. W. Antropologia, narrativa e a busca de sentido. In: **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 5, n. 12, p. 69-82, dez. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v5n12/0104-7183-ha-5-12-0069.pdf>. Acesso em: 5 de março de 2018.

_____. Corpo e corporalidade nas culturas contemporâneas: abordagens antropológicas. In: **Esboços: Histórias em contextos globais**, v. 9, n. 9, p. 87-101, 2002. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/563/9837>. Acesso em: 5 de março de 2018.

MARCELLO, F. A. Enunciar-se, organizar-se, controlar-se: modos de subjetivação feminina no dispositivo da maternidade. In: **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 29, p. 139-151, ago. 2005.

MARUANE, L. **Contra os filhos**. 1ª ed. São Paulo: Editora Todavia, 2018.

MARTIN, E. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARTINÉZ-HERNÁEZ, A. La mercantilización de los estados de ánimo. **Política y Sociedad** 43(3):43-56, 2006.

MARTINS, J. S. O artesanato intelectual na Sociologia. In: **Revista brasileira de Sociologia**, v. 1, n. 2, jul/dez 2013.

MAUSS, Marcel. 1979 [1921] **A expressão obrigatória dos sentimentos**. In: OLIVEIRA, Roberto Cardoso (org). Mauss. São Paulo: Ática.

MILLS, C. Wright. **A imaginação sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13ª ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de Atenção Básica – Saúde das mulheres**. 2016.

MONTICELLI, M. **O nascimento como um rito de passagem**: Uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos. Santa Catarina: UFSC, 1994. (Dissertação)

MULLER, Elaine.; RODRIGUES, Laís.; PIMENTEL, Camila. O tabu do parto: Dilemas e interdições de um campo ainda em construção. In: **Civitas**: Revista de Ciências Sociais (Impresso), v. 15, p. 272-293, 2015.

NAKAMURA, E. O Método Etnográfico em Pesquisas na Área da Saúde: uma reflexão antropológica. In: **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 95-103, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/12.pdf>. Acesso em: 5 de março de 2018.

NUCCI, M. F. Crítica feminista à ciência: das “feministas biológicas” ao caso das “neurofeministas”. In: **Revista Estudos Feministas**, v.26, n.1, 2018.

O’HARA, M. W.; SWAIN, A. M. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. In: **International Review of Psychiatry**, v. 8, 1996.

PERRUSI, Artur. **Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos**: saúde mental e individualidade contemporânea. Tempo Social (USP. Impresso), v. 27, p. 139-159, 2015.

PERRUSI, Artur.; FRANCH, Mónica. (Org.). Casais (im)possíveis: um estudo socio-antropológico sobre sorodiscordância para HIV/aids. 01. ed. João Pessoa: Editora Universitária - UFPB, 2013. v. 01. 247, p.

PERES, U. T. **Depressão e Melancolia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

PIMENTEL, Camila. **No tempo da espera**: reflexões sociológicas sobre a humanização do parto no Recife. 2017. Tese de Doutorado na Universidade Federal de Pernambuco.

PUSSETTI, C. BRAZZABENI, M. Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo. In: **Etnográfica**, v. 15, n. 3, p. 467-478, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/etn/v15n3/v15n3a03.pdf>. Acesso em: 5 de março de 2018.

QUEVEDO, J.; SILVIA, A. **Depressão**: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013.

RABELO, M. C. M. ALVES, P. C. B. SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

RAGO, M. Feminizar é preciso – por uma cultura filógina. In: **São Paulo em Perspectiva**, v.15, n.3, setembro/2001.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

_____. **O império dos hormônios e a constituição da diferença entre os sexos**. História, ciências, saúde – Monguinhos, 2008.

_____. Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. In: **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 89-109, 2009.

_____. Prescrições de gênero via autoajuda científica: manual para usar a natureza? In: FONSECA, C.; ROHDEN, F.; MACHADO, P. **Ciências na vida: antropologia da ciência em perspectiva**. São Paulo: Terceiro Nome, 2012. p. 229-251.

RODRIGUES, Laís. **Parir é libertário**: etnografia em um grupo de apoio ao parto humanizado de Recife/PE. 2015. Tese de doutorado pela Universidade Federal de Pernambuco.

SALEM, Tânia. **O casal grávido**: disposições e dilemas da parceria igualitária. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1986.

SARAIVA, E. R. A. COUTINHO, M. P. L. A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. In: **Psico-USF**, Itatiba, v. 12, n.2, p. 319-326, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v12n2/v12n2a20.pdf>. Acesso em: 5 de março de 2018.

SCAVONE, L. Dar a vida e cuidar da vida: **Feminismo e Ciências Sociais**. São Paulo: EDUNESP, 2004.

SCHEPER-HUGHES, N. **Death without weeping** - the violence of everyday life in Brazil. Berkeley, Los Angeles: Univ. of California Press, 1992.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez, 1990.

DIAS-SCOPEL, R.; SCOPEL, D.; LANGDON, E.J. Gestação, Parto e Pós-parto entre os Mundurucu do Amazonas: confrontos e articulações entre o modelo médico hegemônico e as práticas indígenas de autoatenção. In: **ILHA** v. 19, n. 1, p. 183-216, junho de 2017.

Silveira, M.L. **O nervo cala, o nervo fala**: a linguagem da doença. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000.

SONTAG, S. **Sob o signo de Saturno**. Porto Alegre: L&PM, 1978.

STERN, G.; KRUCKMAN, L. Multidisciplinary perspectives on postpartum depression: an anthropological critique. **Social Science and Medicine**, 17, 1027–1041, 1983.

O'HARA, M. W.; SWAIN, A. M. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37–54, 1996

THEME, M. AYERS, S. GAMA, S. LEAL, M. *Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2012/2011*. In: **Journal of Affective Disorders**, n. 194, jan. 2016.

TORNQUIST, Carmen Susana. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, sup. 2, p. S419-S427, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a23v19s2.pdf>. Acesso em: 5 de março de 2018.

TURNER, V. O **Processo Ritual: Estrutura e Anti-Estrutura**. Petrópolis: Vozes, 1974.

VELHO, Gilberto. **A utopia urbana**: um estudo de antropologia social. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1973.

_____. **Individualismo e Cultura**: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

ZANELLO, Valeska. Mental health, women and conjugality. In: **Labrys**, v. 26, jul/dez 2014.

_____. Dispositivo materno e processos de subjetivação: desafios para a psicologia. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. In: **Aborto e (não) desejo de maternidade(s)**: questões para a psicologia. Brasília: CFP, p. 103-122, 2016.

ZINGA, D. PHILLIPS, S. D. BORN, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, supl. 2, p. s56-s64, Oct. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a05v27s2.pdf. Acesso em: 5 de março de 2018.

Filmografia:

Olmo e a Gaivota (Petra Costa e Lea Glob, 2015)

O Renascimento do parto (Eduardo Chauvet, 2013)

ANEXO

1. GUIA DE PERGUNTAS

- Nome: _____ - Idade: _____
- Profissão: _____ - Escolaridade: _____
- Estado civil: _____ - Renda familiar : _____
- Quantidade de filhos (com idade): _____

Gravidez/parto	Como soube da gravidez? Como foi a gravidez? Como se preparou para a maternidade? (Grupos de apoio, internet, livros, etc.) Como foi o parto? O que você sentiu pelo bebê, quando ele nasceu? Quem foi sua rede de apoio neste momento? (Explorar a figura paterna)
Puerpério/Depressão Pós-parto	Como foi o puerpério? Como era sua rotina? Como foi a amamentação? Como ficou sua relação com o trabalho? Como você acha que foi a vivência da sua mãe comparada a sua? Como você achou que tinha depressão pós-parto? Como surgiu o diagnóstico? O que você fez a partir dele? Como foi a experiência com depressão pós-parto? O que você sentia? Como as pessoas lidaram com isso? Quanto tempo durou? O que você acha que pode ter influenciado essa experiência? Quem foi sua rede de apoio neste momento?
Maternidade	O que é ser mãe para você?