



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UnICEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE – FACES**

PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RAFAELLA PINHEIRO CESARIO DE MELLO PAIVA FERREIRA

**DEPRESSÃO PÓS PARTO
PARA ALÉM DO DIAGNÓSTICO, UM ESTUDO SOBRE REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS E PRODUÇÃO SUBJETIVA**

**BRASÍLIA-DF
2016**



RAFAELLA PINHEIRO CESARIO DE MELLO PAIVA FERREIRA

**DEPRESSÃO PÓS PARTO
PARA ALÉM DO DIAGNÓSTICO, UM ESTUDO SOBRE REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS E PRODUÇÃO SUBJETIVA**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa pela Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde – FACES

Orientação: Fernando González Rey

**BRASÍLIA-DF
2016**

Dedico este trabalho aos meus pais, que tendo percorrido tantos caminhos antes de mim, me legaram um importante mapa de rotas, afetos e valores que me nortearam na busca do meu próprio caminhar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meus pais que sempre me incentivaram nas escolhas que tomei quanto aos caminhos a percorrer. E mais: que me ensinaram que a jornada é mais importante que a chegada, e que nada vale a pena se não for feito com verdade e amor.

Agradeço ao Diego, amor tão grande que transborda, inunda e anima as demais áreas da minha vida. Inclusive, o amor a pesquisa, a me entregar de alma e profundamente.

Agradeço, em primeiro lugar, ao meu mestre e orientador, Fernando Gonzalez Rey, que generosamente e cuidadosamente vem afinando meus ouvidos na escuta dos não-ditos e cujo exemplo foi fundamental para mim no desejo de me tornar cientista.

Agradeço também ao professor Daniel Goulart que me mostrou o caminho das pedras acreditou no meu potencial até quando eu cheguei a desacreditar e que me instigou, passo a passo, a me superar, para além do que eu achei que fosse possível.

Expresso também minha gratidão pelas colegas, e amigas, Juliana e Carolina que estiveram ao meu lado, escutando minhas angústias durante todo esse longo processo.

Por último, agradeço ao UniCEUB pelas oportunidades dadas que me permitiram descobrir acima de tudo a mim mesma.

RESUMO

Na atual sociedade medicalizada e permeada por dispositivos normatizadores, onde o que diverge da norma é marginalizado a esfera do patológico, a representação social que se tem acerca da depressão pós-parto é caracterizada por uma viés biomédico que a identifica a partir de sintomas e a define como doença calcada no biológico. Desse modo, faz-se pertinentes estudos direcionados a uma compreensão complexa, que resgate as dimensões histórico, sociais, culturais e políticas, frequentemente relegadas, na configuração desse fenômeno. O presente estudo, a partir do referencial teórico da Teoria da Subjetividade, em uma perspectiva histórico-cultural, utilizando-se também de contribuições da Teoria das Representações Sociais, objetivou compreender as produções subjetivas relacionadas à vivência da depressão pós parto de modo a gerar inteligibilidades que permitissem novas estratégias no contexto da assistência à depressão pós parto. O estudo indica que a produção subjetiva da depressão pós parto está relacionada com uma dissociação entre a norma cultivada nas representações e subjetividade social dominantes, que as participantes configuram enquanto ideal por meio dos sentidos subjetivos emergidos, e o modo como estas vivenciam a maternidade. Desse modo, a depressão pós parto é produzida a partir da complexa relação entre questões de gênero, representações dominantes acerca da maternidade, a medicalização da vida e a lógica biomédica presentes na subjetividade social que se configuram individualmente a partir da relação recursiva com a subjetividade individual, a história de vida e produções subjetivas singulares de cada participante. Além da frustração e culpa por suas vivências não se enquadrarem na norma estipulada socialmente, e individualmente, a postura da equipe profissional, pautadas no referencial da normalidade, se evidenciou em atendimentos centrados no diagnóstico e nos sintomas, onde não havia espaço dialógico e que ignoravam, assim, toda a dimensão singular do fenômeno ceifando a possibilidade da geração de sentidos subjetivos e novos recursos diante da experiência vivenciada. Acentuando a falta de espaço dialógico na atenção prestada por profissionais, o vazio comunicacional presente nos relacionamentos íntimos das participantes corroborou para a inviabilização da produção de recursos para lidar com essa vivência. Desse modo, enfatiza-se a importância de um espaço de diálogo onde as puérperas possam ser apoiadas socialmente em suas experiências oportunizando, assim, uma reflexão que viabilize a emergência de novos sentidos subjetivos para que desenvolvam, de maneira segura, sua forma singular de ser mãe.

Palavras-chave: Depressão pós parto. Subjetividade. Representações sociais.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. JUSTIFICATIVA	8
3. OBJETIVOS	10
3.1 OBJETIVO GERAL	10
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	10
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
5. METODOLOGIA	15
5.1 MÉTODO	15
5.2 PARTICIPANTES	15
5.3 LOCAL/INSTRUMENTOS/MATERIAIS	16
5.4 PROCEDIMENTOS	17
6. CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO.....	18
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXOS	38
ANEXO 1	39
ANEXO 2	40
ANEXO 3	41

1. Introdução

A depressão pós parto é uma categoria médica que delimita e normatiza um fenômeno que atinge cerca de 10 a 15% das puérperas com base em seus sintomas, tais quais: um estado de morbidez, de irritabilidade, choro freqüente, baixa energia e motivação, falta de prazer e de interesse sexual, sentimento de desamparo e culpa, perda de concentração e ideias de morte ou suicídio ocorrendo por um período mínimo de duas semanas (BECK, 2001; CHANDRAN & et al., 2002; HANNA, JARMAN & SAVAGE, 2004; RIGHETTI et al., 2003 apud LOBATO, MORAES & REICHENHEIM, 2011). Contudo, a experiência desse fenômeno se configura como única, extrapolando, portanto, essa representação social, que não dá visibilidade à dimensão emocional, político-social presentes, ocultando, assim, por detrás do diagnóstico, o sujeito que vivencia a depressão pós parto.

Essa representação social da depressão pós parto calcada no biológico é oriunda do modelo biomédico, que ignora a dimensão histórica da saúde, que como todo processo social, muda de acordo com o desenvolvimento da humanidade (GONZALEZ REY, 2003). Desse modo, ao individualizar o problema, naturalizando as configurações subjetivas do processo de adoecer, reduz-se um fenômeno complexo à apenas uma de suas muitas facetas. Instaura-se, assim, um discurso patologizante que, por vezes, define como patológico estados e sentimentos que não o são, estabelecendo essa experiência como inatural e anormal ao partir do pressuposto de uma única maneira 'normal' de vivenciar a experiência da maternidade (ARRAIS, 2005).

Tal concepção é contestada pela Teoria da Subjetividade em uma perspectiva cultural-histórica, que define saúde como "produção simbólica, cultural e historicamente organizada por meio de práticas e de processos institucionais implicados nos posicionamentos frente a essa importante qualidade da vida humana, tanto por parte das pessoas, como das sociedades" (p. GONZALEZ REY, 2015). A partir de tal perspectiva, a saúde é vista não como produto, mas como processo, no qual a otimização do funcionamento do indivíduo, como um todo, implica em uma integração funcional que não corresponde à um estado de normalidade, uma vez que cada experiência é única (GONZALEZ REY, 2004). Desse modo, a saúde é vista como uma expressão do desenvolvimento humano,

portanto, indissociável dos sistemas de subjetividade individual e social e de sua dimensão histórica, resgatando, assim, o sujeito. Essa perspectiva permite alternativas teóricas e metodológicas necessárias para compreender de forma complexa a configuração subjetiva da depressão pós parto, produzindo zonas de inteligibilidade que permitam novas estratégias no contexto de assistência à depressão pós parto.

2. Justificativa

A depressão pós parto enquanto categoria médica é explicada por meio do discurso médico sustentado pelo modelo biomédico, que se configura como expressão da “complexa trama institucional que relaciona seus avanços e formas de atuação com interesses de poder, valores, e posições filosóficas que definem o funcionamento das instituições de saúde” (GONZALEZ REY, 2015, p. 10). Esse funcionamento se baseia na naturalização dos fenômenos humanos que implica em uma concepção de invariância biológica, bem como social (RAAD & TUNES, 2007), patologizando tudo que diverge da norma. Desse modo, o processo de definição e identificação do problema é feito por meio de categorias descritivas padronizadas que se distanciam da vivência das pessoas que as expressam, ocultando as dimensões singulares, político-sociais e históricas da doença, proporcionando assim, um olhar, e conseqüentemente, um tratamento fragmentado. Tal modelo sustenta a medicalização da vida, configurada pela apoderação dos modos de vida pelo saber médico, naturalizando o que é da ordem do social, e resultando na transformação dos indivíduos em objetos de estudo, pelo qual o médico é responsável, roubando-lhe, assim, sua autonomia e liberdade.

É como representante dessa complexa relação entre fatores econômicos, políticos, sociais, com vistas ao controle social, que a medicina exerce um domínio sobre as pessoas por meio do consumo da produção industrial médica (ILLICH, 1975). Assim, o capitalismo socializou o corpo enquanto força de produção, outorgando à medicina o papel de estratégia biopolítica. A população passa a ser vista como um corpo heterogêneo que precisa ser homogeneizado, incumbindo a medicina de conscientizar esse corpo quanto aos métodos devidos não só à prevenção de doenças, mas quanto aos princípios morais que regem as famílias, disseminadora dos valores sociais. O poder dissipa-se, assim, permeando todas as partes do tecido social, e tornando a própria família agente dessa medicalização (FOUCAULT, 1990).

De acordo com a perspectiva da Teoria da Subjetividade, a saúde é compreendida a partir de um viés histórico-cultural, uma vez que as concepções de saúde expressam a ideologia e os fins de sua organização política e cultural (GONZALEZ REY, 2004), impossibilitada, portanto, de ser definida em termos absolutos, como os defendidos pela ótica biomédica. Tanto a saúde quanto a

doença, são concebidas como processos de caráter multidimensional e irregular, configurados a partir da integração e de desintegração de diferentes esferas do funcionamento orgânico e subjetivo afetados por diversos elementos, tais quais, físicos, sociais, culturais e subjetivos que constituem a ecologia na qual o homem se insere.

Desse modo, o tratamento fragmentado focado nos aspectos biológicos somente, cristaliza a condição de doença, uma vez que ao centralizar o saber no médico, não permite a recuperação da saúde mediante o desenvolvimento de novos sentidos subjetivos, uma vez que é retirada do campo de ação da pessoa considerada doente.

A partir de tal cenário, nasce a necessidade de construir um novo olhar que torne possível criar novas estratégias que tratem o tema de forma complexa, permitindo então a emergência do sujeito, ao resgatar sua autonomia por meio do desenvolvimento de novas produções subjetivas acerca do processo vivido. Fica explícito, portanto, o valor heurístico da Teoria da Subjetividade que permite enxergar a vivência do sujeito em consonância com os processos que culminam na situação de sofrimento, e não como dois processos separados. É dessa forma que se vê necessária uma aproximação entre saúde e educação, enquanto processo com potencial de transformação através do favorecimento à criação de novas possibilidades que se desdobram no desenvolvimento pessoal e social. Essa aproximação vai de encontro à perspectiva complexa que articula as diferentes esferas da vida, que se encontram imbricadas na subjetividade social e individual que perpassam a depressão pós parto. Desse modo, o mal estar passa a ser visto como parte de um processo vivo e diferenciado, e não como condição biológica da pessoa.

3. Objetivos

3.1. Objetivo Geral

O presente projeto de pesquisa tem como objetivo geral compreender produções subjetivas relacionadas à vivência da depressão pós parto, tendo em vista gerar inteligibilidades que permitam novas estratégias no contexto de assistência à depressão pós parto.

3.2. Objetivos Específicos

- Explicar aspectos de relação entre as representações sociais dominantes acerca da maternidade, a lógica biomédica e a representação social da depressão pós parto.
- Compreender produções subjetivas do tratamento à depressão pós parto.
- Avançar nas possibilidades de aproximação entre saúde-educação como alternativa na assistência à depressão pós parto.

4. Fundamentação Teórica

A representação social que se tem acerca da depressão pós-parto é caracterizada por uma viés biomédico que a identifica a partir de sintomas e a define como doença calcada no biológico (ARRAIS, 2005; . Essa representação reflete um discurso patologizante que, por vezes, define como patológico estados e sentimentos que não o são, estabelecendo essa experiência como inatural e patológica ao partir do pressuposto de uma única maneira 'normal' de vivenciar a experiência da maternidade (ARRAIS, 2005). Nessa ótica ignora-se todo o aspecto cultural, social e singular da "doença". A doença, na ótica biomédica, é vista como sendo a falta da saúde, instaurando, assim a dicotomia saúde-doença. Porém, essa concepção é contestada pela Teoria da Subjetividade, que define saúde, não pela ausência de algo, mas processo multideterminado, onde o indivíduo "tem papel ativo no seu modo de vida, condicionado pelo nível de desenvolvimento de sua personalidade, pela cultura e por sua experiência" (GONZALEZ REY, 2004). Desse modo, a saúde é vista como uma expressão do desenvolvimento humano, portanto, indissociável do sistemas de subjetividade individual e social e de sua dimensão histórica, resgatando, assim, o sujeito.

Utiliza-se, no presente projeto, a categoria Representação Social em seu caráter simbólico, como problematizado por Moscovici em suas produções da década de 70 (GONZALEZ REY, em revisão. Desse modo, Gonzalez Rey as definem como uma configuração subjetiva complexa organizada a partir de sistemas emocionais/simbólicos que caracterizam a vida social (GONZALEZ REY, em revisão). Tal configuração é produzida em determinado lugar e tempo, explicitando, portanto, seu caráter histórico-cultural.

A Teoria das Representações Sociais se aproxima teórico-epistemologicamente da Teoria da Subjetividade de Gonzalez Rey, ao conceber as representações sociais como modelos simbólicos que constituem a subjetividade social, que integra tanto processos simbólicos, quanto emocionais. A subjetividade social engloba também, a moral, as crenças, as produções de sentido, e está presente em nível simbólico e objetivo, micro e macro, configurando, assim toda a organização subjetiva (GONZALEZ REY, 2005). A Subjetividade Social, é, portanto, como um sistema complexo que

integra os sentidos subjetivos produzidos nas relações e espaços sociais, caracterizando os diferentes grupos sociais.

Contudo, a subjetividade não é apenas um sistema social, mas também um sistema pessoal, que se refere às formas de organização subjetiva dos sujeitos concretos, que se configuram nos espaços sociais de subjetivação, a partir dos sentidos subjetivos emergidos da vivência em tais espaços. Desse modo, a subjetividade se expressa como produção humana, presente em nível pessoal e social, que se constituem reciprocamente (GONZALEZ REY, 2011). Rompe-se assim, com a dicotomia individual/social, uma vez que não há subjetividade social a não ser na medida dos indivíduos concretos que a compõe, assim como não há uma experiência individual que não tenha como cenário um espaço social tensionado pela subjetividade social.

Assim, as representações sociais figuram como uma produção subjetiva social, que como tal embasam práticas sociais, constituindo, assim, a realidade social (GONZALEZ, em revisão) Nessa perspectiva sistêmica, as configurações subjetivas não são vistas como causas lineares de comportamentos, mas como um sistema complexo que é fonte de sentidos subjetivos para qualquer atividade (GONZÁLEZ REY, em revisão), uma vez que os fenômenos sociais não se apresentam tal qual são, mas mediante um processo de apropriação singular mediante as produções simbólico-emocionais singulares do sujeito concreto.

Essa perspectiva permite alternativas teóricas e metodológicas necessárias para compreender de forma complexa a configuração subjetiva da depressão pós parto, uma vez que, como Morin (1983, p. 35), “o que me interessa é o fenômeno multidimensional (...) Tudo o que é humano é ao mesmo tempo físico, sociológico, econômico, histórico, demográfico; interessa, pois, que esses aspectos não sejam separados”. Portanto, me proponho a investigar o tema de forma complexa, não fragmentando o fenômeno em apenas seu aspecto individual ou social, biológico ou psicológico, mas buscando compreender a organização subjetiva que emerge da vivência do fenômeno e resgatar o sujeito que a vivencia .

O ocidente tende às dicotomias, o que leva à concepção do mundo como externo ao sujeito, como se não estivéssemos implicados nele de

maneira orgânica por meio do nosso funcionamento (GONZÁLEZ REY, 1994). Ao estabelecer a dicotomia saúde/doença e normal/patológico, o sujeito se depara com somente duas maneiras de vivenciar suas experiências, onde qualquer maneira de vivenciar a experiência da maternidade que divirja da norma é marginalizado à esfera do patológico, não levando em consideração, a implicação do sujeito em seus processos. Vale ressaltar que o conceito de normalidade é histórico e cultural, refletindo assim o meio o qual o define por meio dos discursos e representações ali presentes. Portanto, a condição de doença, de patológico depende em si de seu contexto, do qual dissociado, deixa de o ser – é a partir da cultura que se denomina a norma. E não, somente a cultura, mas também da política que a reflete.

A partir do século XVIII, como consequência da Revolução Industrial Inglesa, e a nova ordem econômica e política por ela instaurada, o capitalismo, instaurou-se também uma nova forma de normatização, uma vez que, de acordo com Foucault, “o rendimento e a saúde individual passaram a ser indispensáveis ao bom funcionamento da engrenagem social” (FOUCAULT, 1998). Assim, refletindo as demandas dessa nova ordem, “a medicina passou a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano” (ILLICH, 1975). Não só a medicina, incluindo aí a psiquiatria, mas também a psicologia, passou a se encarregar da normalidade. Esse conceito de normalidade reduz a complexidade e amplitude de formas de vivenciar fenômenos sociais à dicotomia normal/patológico. Essa apropriação dos discursos por parte da medicina, implica não somente em uma produção de saber, mas em uma produção de poder (FOUCAULT, 1999) que cria espaços sociais de subjetivação. Mais além, a medicalização de todas as esferas da vida humana produz suas próprias consequências, como o controle social pelo diagnóstico levando o indivíduo a portar-se como objeto pelo qual o médico é responsável, perdendo, assim sua autonomia e liberdade, a que Illich denomina de iatrogenese social (ILLICH, 1975). Apesar dos saberes e poderes que sustentam essa dicotomia e que pretendem domar a subjetivação, tornando-a homogênea, as experiências singulares lhe extrapolam perfazendo uma história de resistência (CARODOSO JR, 2005) e demandando novos olhares para contemplar o fenômeno.

A partir dessa perspectiva, a depressão pós parto é vista como um discurso normativo que sustenta uma representação social e práticas sociais que normatizam a maneira de vivenciar a maternidade. A experiência dos sentimentos, traduzidos como sintomas, citados acima, contraria a representação social da maternidade preponderante em nossa cultura, no senso comum, na literatura e na mídia. Portanto, esse diagnóstico acarreta um cunho patologizante baseado na dicotomia maneira saudável de vivenciar a maternidade/maneira adoecida de vivenciar a maternidade, bem como na dicotomia individual/social. Ambas representações, traduzem zonas de inteligibilidade em conceitos, sustentados por saberes médicos, que, por sua vez, são reificadas e cristalizadas por aqueles que compartilham delas, invisibilizando outras facetas do fenômeno.

Portanto, para tratar o fenômeno de forma complexa, o presente estudo propõe investigar como as representações sociais de gênero e maternidade, e do próprio diagnóstico de depressão pós parto, se fazem presentes na produção subjetiva da participante, em sua ontologia e práticas sociais.

5. Metodologia

5.1. Método

A presente pesquisa utilizou como base a Epistemologia Qualitativa, que defende o conhecimento como produção humana, construção. Portanto, a pesquisa fez uso da metodologia construtiva-interpretativa, que visa a construção de modelos compreensivos referentes ao fenômeno em questão, e não uma apropriação linear de uma realidade, uma vez que concebe a realidade como complexa, multideterminada, impossível de ser compreendido por meio de determinismos ou relações causais (GONZALEZ REY, 2005).

Nessa perspectiva, a pesquisa é compreendida como uma interação entre o momento empírico e teórico, sendo ambas inseparáveis. Desse confronto, resulta a informação que representa a realidade, mas que não a esgota, permitindo, contudo, construir zonas de inteligibilidade que abrem a possibilidade para novos questionamentos e aprofundamentos na construção da teoria (GONZÁLEZ REY, 2005). Conseqüentemente, o singular se torna fonte legítima do conhecimento, por se caracterizar como um momento empírico que traz novas compreensões para a teoria, bem como via de acesso não somente à subjetividade individual, mas à subjetividade social.

Assim, foi utilizado o método construtivo-interpretativo, visando construir novas zonas de sentido que dessem visibilidade a experiência subjetiva das puérperas diagnosticadas com depressão pós-parto – sentido o qual não aparece de forma direta em respostas, mas se “dispersa na produção total da pessoa” (p.32, GONZALEZ REY, 2005), necessitando de interpretações e construções de forma a produzir inteligibilidade acerca do fenômeno.

5.2. Participantes

Participaram da pesquisa 3 puérperas que foram sido diagnosticadas com depressão pós parto e que estavam, ou tivessem passado, por tratamento. As participantes foram recrutadas por meio de divulgação no UniCeub, convidando-as a participar da pesquisa. Os critérios de inclusão para participação foram: disponibilidade, aceitação e interesse em participar da pesquisa, bem como haver sido diagnosticada com depressão pós parto, e que tenham passado, ou estivessem passando, por tratamento.

Os critérios básicos de exclusão foram: não atender a um ou mais dos critérios mencionados acima.

5.3. Local/Instrumentos/Materiais

O cenário de pesquisa foi criado mediante a opção que deixasse as participantes mais confortáveis, uma vez que dentro da perspectiva da Epistemologia Qualitativa o cenário social da pesquisa consiste na “criação de um clima de comunicação e de participação que facilita o envolvimento por parte das pessoas” (GONZALEZ REY, 2005, p.84).

Para a realização da pesquisa foram utilizados diversos materiais, tais como:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido informando os objetivos da pesquisa, os direitos dos participantes, os benefícios e os riscos inerentes à participação, e os contatos dos pesquisadores;
- Gravador, mediante a permissão dos participantes.
- Material de papelaria como resmas de papel A4, lápis;
- Vídeos e/ou filmes relacionados ao tema;

Instrumentos

Com base na Epistemologia Qualitativa e no Método construtivo-interpretativo, os instrumentos são concebidos como procedimentos adotados que provoquem a expressão do sujeito com o intuito de produzir informação como “via legítima para estimular a reflexão e a construção do sujeito a partir de perspectivas diversas” (p. 42, GONZALEZ REY, 2005) construindo, assim, as zonas de inteligibilidade, e produzindo indutores que levem à construções teóricas, bem como novas reflexões e questionamentos acerca do tema.

Os instrumentos que utilizados foram:

- Dinâmica conversacional: consiste em instigar o participante, por meio de perguntas e tópicos gerais construídos ao longo do diálogo, visando respeitar os temas de interesse abordados por eles, criando assim um “tecido de informação” que dá acesso, indireto, às produções subjetivas que emergem

da experiência singular de cada um. Ao falar das próprias experiências, não se está falando da história, mas como o passado aparece para o sujeito, auxiliando, assim, a compreender o processo de produção subjetiva sobre sua experiência (GONZALEZ REY, 2005).

- Complemento de frases: instrumento que apresenta indutores curtos a serem preenchidos pelo participante, com o intuito de estabelecer outra via de acesso às produções subjetivas e experiência singular do sujeito. Neste instrumento, visa-se que o participante se expresse a partir do que é relevante para eles por meio da escrita (GONZALEZ REY, 2005). A partir do que for respondido novas zonas de inteligibilidade se desenvolvem, abrindo espaço para novos diálogos e reflexões.

Para a realização do levantamento bibliográfico sobre programas de treinamento de pais realizados no mundo:

- Computador com acesso à internet para busca bibliográfica;
- Resmas de papel A4 e impressora para impressão do material;

5.4 Procedimento

O projeto foi realizado em dois momentos, que ocorreram simultaneamente: (1) momento empírico, no qual através do contato com os participantes foi desenvolvida a construção de sentidos subjetivos que permitiram compreender as produções subjetivas relacionadas à vivência da depressão pós parto, assim como compreender a relação entre as representações sociais dominantes acerca da maternidade, a lógica biomédica, a representação da depressão pós parto e o tratamento desenvolvendo, desse modo, novas zonas de sentido acerca de tais temáticas. O número de encontros com os participantes foi baseado na qualidade das relações estabelecidas e da informação construída; sendo que com uma participante houve 6 encontros e com as demais foram feitos 5 encontros de cerca de 1 hora e meia cada nos quais foi propiciado um espaço para a reflexão, compartilhamento de vivências e comunicação que providenciou o material para a construção de novos sentidos subjetivos acerca do fenômeno. (2) momento de reflexão: no qual foi refletido acerca dos elementos presentes no atual modelo de atenção prestada que se configuram enquanto limitantes ao desenvolvimento de recursos subjetivos frente a vivência da depressão pós parto, e no qual também foi refletido acerca de quais elementos viabilizariam a emergência de novos sentidos subjetivos que oportunizassem o desenvolvimento de uma vivência singularizada acerca da maternidade.

6. Construção da informação

Depressão pós parto: a dissociação entre real e ideal

No primeiro encontro com cada participante foi perguntado como, na concepção delas, havia se iniciado seu processo depressivo. Diante de tal questionamento C. respondeu:

“Um dia meu marido viajou. E aí tive uma crise de referência mesmo (...) Tipo, bom, eu achava isso (seu modo de pensar e agir na vida) correto, aí eu comecei assim, será que isso é correto mesmo? Aí eu passei a questionar tudo que eu acreditava, pra ver se era isso que eu queria pra ela (bebê). E eu comecei a pensar umas coisas muito doidas. Assim, eu ficava em pânico de influenciar a formação do que uma pessoa pensa, parecia que eu não sentia... É muito poder, sabe, aquilo me assustou muito. Tem isso, de se cobrar, mas mais que isso, o que ficou pra mim foi: quem eu sou? Quem eu sou para, agora, influenciar uma coisinha que não tem nada escrito? Quem eu sou? O que eu acredito de verdade? Quais são os meus valores? E da era tudo... Quais são meus valores? E, quando eu me fiz essa pergunta, eu me desestruturei.”

Ela disse ainda: “Eu não sei se esse negócio de ser mãe te muda de posição na vida, que aí de repente você tem que dar conta do outro. Aí você fala, poxa, será que eu dou conta de mim? Aí tive uma crise de referência mesmo”. Tais trechos demonstram a insegurança de C. diante da expectativa diante de tamanha mudança e responsabilidade. A partir da fala relatada e dos sentidos subjetivos emergidos, levanta-se a hipótese de que as questões de gênero, que delimitam as papéis ditos femininos, incluindo nesse escopo a mulher/mãe enquanto principal figura responsável pelos filhos, se fazem presentes na produção subjetiva de C. que naturaliza esses papéis de gênero tomando para si toda a responsabilidade concernente a formação da filha. Essa concepção tradicional de gênero que se desdobra em uma crença de que a formação da filha é estritamente sua responsabilidade leva a um afastamento do marido, com quem ela não dialoga acerca destes temores, resultando em um enfraquecimento de sua rede social de apoio.

Ao relatar o que sentiu no nascimento da filha C. diz:

Outra coisa, a coisa do amor, essa questão também, a gravidez e a maternidade é muito romanceada né? Nossa a mulher grávida fica num aura. Não, e aí quando você olhar a carinha você se apaixona não sei o que. Eu olhei a carinha e eu falei uhm ... Você tem um instinto de meu Deus tá chorando tenho que dar comida, um instinto de defesa. Mas eu ficava cobrando assim eu tenho que sentir aquele amor né, que quando você olha já transforma. Eu não senti aquele amor. Assim, no meu caso, nem sei o que eu tava sentindo. Aí assim, não tô amando esse bebê. Meu Deus não tô amando esse bebê, que nem todo mundo ama. Que culpa! Não tô amando, tô cuidando mas...”

Mais uma vez é possível identificar a culpa oriunda do sentimento de inadequação perante o ideal social, que ela cultivava tornando em ideal individual.

A.P., por outro lado, relatou que um momento que a marcou profundamente foi a descoberta da gravidez, que não foi planejada. Ao descobrir-se grávida AP sentiu-se extremamente infeliz e insegura, uma vez que temia a reação do marido que já tinha duas filhas de outro casamento. Os sentidos subjetivos emergidos nesse diálogo novamente indicam questões de gênero, vez que outorga a satisfação e necessidade do marido um lugar central em sua vida. A demora em contar ao marido a novidade da gravidez indicam uma fragilidade desse relacionamento, no qual ela não enxerga espaço para dividir suas questões. Além disso, A.P. se descreveu como “extremamente controladora” temendo tudo aquilo que lhe sai do controle. Assim, engravidar-se foi visto como uma falha, como um lapso. A infelicidade que sentiu foi motivo de culpa durante todo o puerpério, pois ela concebia que “estava em débito com meu filho”, vez que temia que ele fosse sentir-se rejeitado pelo fato de ela ter-se sentido infeliz com a descoberta da gravidez.

Já A. diz não ter detectado de imediato que estava vivenciando um processo depressivo, pois de acordo com ela,

“o mais cruel é que você acaba se atribuindo tanta responsabilidade e culpa com relação a essa performance (da maternidade), que tem que dar conta, tem que amamentar, tem

que estar bonita... Você acha que é mais uma coisa que você tem que dar conta... Vai ver isso é natural e é assim mesmo”.

Mais uma vez o termo responsabilidade é utilizado, fortalecendo a hipótese de que as questões de gênero que delimitam os papéis femininos são um importante elemento na configuração da depressão pós parto. Ainda, a pressão relatada extrapola o domínio da maternidade, invadindo o domínio do ser mulher, que em nossa sociedade de consumo, impõe mais um ideal: de beleza. Assim, a mulher é mulher-para, boa mãe para o filho, atraente para o marido – tantas imposições que de tão cedo impostas se tornam auto-cobranças e padrões de sucesso. A. ainda ressaltou como aspecto fundamental a “pressão social de inserção: no mercado, na vida social” ilustrando como “a estrutura social não está preparada para ver (o puerpério) como um momento especial e único. É mais um processo mecanicamente programado”. A. relata que em sua família todas as suas irmãs que deram a luz eram pressionadas “a voltarem a trabalhar, a participar de reunião e que se não voltasse era mais uma falha atribuída”. Mais além, A. diz, “que o sistema é sempre maior que a proteção. O empresário, por exemplo, se sente lesado de contratar uma mulher por que não tem quatro meses produtivos”. Desse modo, a pressão já exercida pelos ideais normativos de maternidade presentes na subjetividade social é acompanhada da pressão oriunda de nossa estrutura capitalista de produzir. Tais reflexões refletem não somente uma imensa “exigência social” mas também e os mecanismos biopolíticos, que operam através da família e da sociedade na produção da normalização que tornam difícil e sofrido posicionar-se de maneira singular diante das exigências sociais (FOUCAULT, 2004; 2014). Assim, para A. a sociedade banaliza os processos, atropelando-os – o que não dá a oportunidade, e nem o tempo, para que as puérperas possam desenvolver seus recursos e sua forma de vivenciar a maternidade.

A culpa relatada pelas participantes por vivenciarem a maternidade de forma distinta da idealizada expressa a dissociação entre suas vivências e a representação social hegemônica de maternidade presente na subjetividade social que cultivam. Tal ideal figura enquanto uma norma que se impõe a experiência das participantes convertendo-se no ideal que elas se cobram atingir. E essa imposição acarreta na intensificação da insegurança experienciada nesse processo de tornarem-se mães criando a partir dos sentidos subjetivos que emergirem das suas vivências suas

próprias ‘micronormas’ consoantes com suas possibilidades e limitações (CANGUILHEM, 2005).

As representações sociais hegemônicas acerca da maternidade ilustram somente uma de suas inúmeras facetas, reduzindo-a, assim, à maneira romanceada que é retratada e a “injunção obrigatória do amor materno” (BADINGTER, 1985). Ao se deparar com uma maneira distinta de vivenciar a maternidade C. e A.P. encontraram-se fragilizadas e sem confiança para assumirem suas próprias formas singularizadas de vivenciar a maternidade – o que ilustra o modo como a representação social hegemônica, que figura enquanto forma socialmente aceita de vivenciar a maternidade, é um elemento importante na configuração da depressão pós parto, pois esse ideal passa a configurar a subjetividade individual dessas puérperas. A submissão perante tais normas sociais indica um processo de produção de sentido subjetivo que naturaliza esse ideal de maternidade socialmente construído impossibilitando-as de emergirem enquanto sujeito de suas experiências (GONZALEZ REY, 2005), vez que não enxergam alternativas frente ao ideal que cultivam. Ainda, as questões de gênero mencionadas, que atravessam e configuram os relacionamentos concretos dessas puérperas, geram um isolamento comunicacional que corrobora com a dificuldade de dialogar acerca, dividir responsabilidades e desenvolver alternativas que estejam de acordo com suas possibilidades enquanto mulher, mãe e família.

Todas as participantes relataram terem passado diversas situações que frustraram suas expectativas distanciando-as do ideal cultivado. Ideal esse configurado de forma complexa a partir da produção subjetiva singular de cada participante, marcado pelas questões de gênero, representações dominantes acerca da maternidade e da medicalização da vida, assim como da história de vida e dos relacionamentos cultivados por essas puérperas. A primeira experiência que gerou frustração em C. e A.P. foi a gravidez. Para A.P. a gravidez que deveria ser “satisfação pessoal grande” foi na sua vivência extremamente infeliz. Já C. relatou que a gravidez “é muito romanceada. Dizem que a mulher grávida fica numa aura (...) É tudo lindo” foi uma experiência de bastante desconforto, sendo distinta do que ela imaginava, “engravidar, passei muito mal na gravidez, enjoiei muito não passou, fiquei com várias manchas, me questionando se dava conta... Não tinha nada a ver com aquela aura”. Vale ressaltar que ainda que C. por vezes racionalmente critique essa representação “romanceada” da maternidade tal crítica é incoerente com seu

comportamento de cobrar-se e culpar-se por não se adequar a norma social (CANGUILHEM, 2002) – o que sugere que essa crítica expressa valores carentes de sentido subjetivo, representando apenas uma posição cognitiva despersonalizada assumida perante as representações sociais dominantes presentes na subjetividade social (GONZALEZ REY, 2005), tornando-se assim, vítimas e não sujeitos, críticos, diante das normas sociais.

A discrepância entre sua vivências e sua expectativa levou C. a se questionar, não somente acerca de sua capacidade para ser mãe, mas acerca de si mesma, levando-a se “desestruturar completamente”. Tal desestruturação ocorre quando sua vivência passa a contestar sua identidade e seus ideais configurados a partir de sua produção subjetiva acerca do processo de maternidade. Já A.P. reagiu a tal discrepância intensificando as cobranças para com si mesma, como se devesse “dar tudo e mais um pouco” no intuito de ‘compensar’ o débito que imaginava ter gerado para com o filho devido a infelicidade sentida ao descobrir-se grávida. Tal intensificação oriunda do “medo de prejudicar o filho” ilustra que a discrepância entre o vivido e o idealizado, quando não há um espaço para a reflexão e diálogo, acaba por reificar o naturalizado como única maneira de vivenciar a maternidade.

Ainda outra experiência que divergiu das expectativas das puérperas, gerando mais culpa, foi referente ao parto. Tanto C. quanto A. haviam se programado e criado expectativas quanto a terem um parto normal. C. relatou, “tentei normal e não consegui. A bolsa estourou. Eu era toda bicho grilo, vegetariana... Mas não consegui fazer parto normal. A filmagem do meu parto é eu em pânico, chorando. É um filme de terror”. A., por sua vez disse que sentiu-se um fracasso, pois “não foi capaz de fazer o que foi biologicamente programada para fazer”.

Além da frustração e culpa oriundas da incapacidade de ter um parto normal, não foi proporcionado as puérperas um espaço dialógico, por parte da equipe de médica e de enfermagem, no qual seu sofrimento fosse acolhido e fosse possível construir, com apoio profissional, e como forma de prevenção ao sofrimento psíquico, uma aceitação de suas experiências gerando condições para se posicionassem diante de suas vivências favorecendo, assim, que emergissem enquanto sujeito de suas experiências. Tal postura por parte da equipe profissional revela a rigidez das ações profissionais aprisionadas ao referencial da normalidade (FOUCAULT, 2004; 2014) apontando para a necessidade de que os profissionais

desenvolvam recursos teóricos que os permitam compreenderem a singularidade de cada caso. C. contou que “as enfermeiras disseram assim não fica nervosa senão seu leite vai secar”, aumentando ainda mais a pressão já imposta por ter de alcançar certo ideal de mãe, e colocando-a em uma posição subjugada em relação ao suposto saber que possuem. Faz-se necessário questionar a atenção prestada, que muitas vezes opera uma violência invisível e sutil, agravando o quadro no lugar de apoiar as puérperas e auxiliá-las a gerarem novos recursos. C. relatou,

“Dito e feito. Meu leite secou. Com cinco dias ela tentava mamar, e eu chorava e chorava, aí chamei uma dessas enfermeiras que ajudam com o aleitamento e ela disse que eu não tinha leite. E aquilo ali me fez muito mal assim, por que eu me senti muito mal, essa coisa do aleitamento e aquela carteirinha do ministério da saúde: o que fazer para seu filho crescer emocionalmente saudável? Amamente exclusivamente no peito por até seis meses. O que fazer para seu filho ter uma dentição saudável? Amamente... É tudo muito sofrido, e eu fazia de tudo para ter o leite, e a sensação é essa de desconexão total com o mundo. Eu tinha a sensação de ficar doida. Acumulava com a falta de sono, e a mudança que é muito brusca.”

Essa foi a terceira experiência que culminou em sentimento de fracasso e culpa por parte de C. O sentimento de solidão e desconexão indicam mais uma vez a falta de uma rede social de apoio, evidenciando um isolamento que simultaneamente exacerba seu senso de responsabilidade e inibe trocas das quais possam emergir novos sentidos subjetivos que possibilitem um novo modo de lidar com a vivência experimentada. Tal vazio comunicacional deixa a participante vulnerável frente aos ideais sociais, fazendo com que esta os adotes sem questioná-los. Desse modo, as práticas sociais hegemônicas (aleitamento) ganham força, configurando-se enquanto mais um ideal relacionado à forma de ser mãe. A.P. também sofreu com a amamentação, pois o leite secou fazendo com que tivesse que desmamar o filho antes do esperado, o que terminou por gerar um imenso sentimento de culpa. É importante ressaltar que tais práticas somente tem um efeito tão profundo sobre as puérperas vez que a produção subjetiva individual, englobando aí crenças e valores, as naturalizam e transformado-as em ideais a

serem atingidos. É precisamente esse o efeito nocivo da biopoder e da biopolítica para qual Foucault (2014) nos alerta: a normalização e produção dos sujeitos por meio da norma, difundida a partir dos diversos discursos (médicos, religiosos, escolares, da família, da moral etc.), que compõe a subjetividade social, e que incidem sobre a saúde e as condutas de cada um, a nível individual, assim como a nível populacional por meio, por exemplo, das campanhas de saúde que pregam práticas rígidas e definidas a priori e que nem sempre são possíveis de serem seguidas. Entretanto, a subjetividade é importante recurso para subverter a norma criando sua própria forma singularizada de vivenciar a maternidade. Contudo, a falta de um espaço dialógico e de reflexão, que se evidencia nos não-ditos acerca dos companheiros, família e amigos, bem como nos sentimentos de solidão e responsabilidade exclusiva, acaba por ceifar a oportunidade de uma reflexão crítica acerca dos elementos que configuram as produções subjetivas individuais e que se desdobram na naturalização das normas e representações dominantes.

A. ao falar da família relatou, “meu pai era extremamente rígido. As coisas tinham de ser do jeito dele e ai se não fosse”. No caso de A., um dos maiores tabus para a família era a gravidez antes do casamento, vez que seu pai havia sido criado sem pai. A rigidez e falta de espaço para dialogar e fazer diferente em seu contexto familiar termina por criar um padrão de passividade perante as normas. Essa posição de passividade encorajada repercute na naturalização das participantes quanto as diversas normas e representações hegemônicas presentes na subjetividade social constituindo um campo de subjetivação na qual delimitam seus próprios ideias de acordo com essas perspectivas normativas. Explicita-se novamente então, a importância de espaços que permitam uma reflexão crítica acerca dessas perspectivas normativas e dos diversos elementos que constituem essa produção subjetiva rígida que determina de forma apriorística o curso da experiência.

A grande responsabilidade colocada sobre a figura materna socialmente, e que se configura individualmente por meio da produção subjetiva das participantes, também contribui para uma pressão para que se acerte tudo. Não há só uma maneira de fazer as coisas. Como também, não é possível acertar sempre. Contudo, essa super responsabilização da função materna, tão presente na subjetividade social e tão marcada por questões de gênero, que se concretiza no modelo familiar

de todas as participantes, paralelamente à cristalização de uma maneira de ser mãe, geram uma imensa pressão que propicia a dúvida e o anseio.

A.P. relatou que “tinha medo de não dar conta e ser tudo culpa minha”. Enquanto A. enfatiza a culpa oriunda das pressões relacionadas. A fala de A.P. ilustra como essa responsabilização única e exclusiva da figura materna quanto ao bebê pregada no ideal romanceado de maternidade gerou sentimentos de insegurança, medo e culpa. O relato de A. também indica como a pressão social relacionada a

“a essa performance (de mãe), em que você tem que dar conta de tudo. De repente aparece um ser cuja necessidade está ligada cem por cento a você, não é o pai, nem o médico... Agora eu sou responsável por isso o resto da vida. Você acorda e sabe que nunca mais vai no banheiro sem saber que alguém depende de você. É simplesmente aterrorizador. É um processo sem retorno”.

Essa construção social da mãe que “precisa dar conta de tudo” é atravessada por papéis conservadores de gênero - nos quais o pai se coloca como figura que não participa desse processo de criação do filho, a não ser como provedor financeiro - faz parte, de uma forma não consciente, da produção subjetiva acerca de maternidade das puérperas. Fica exposto nas falas citadas acima como a naturalização das representações sociais dominantes acerca da maternidade e de gênero gera ideais inatingíveis que terminam por produzir uma culpa intensa. Fica explícito a necessidade de um espaço nas quais grávidas e puérperas possam discutir acerca desses elementos que se fazem presentes na configuração da depressão pós parto.

C. relatou ter sentido,

“Uma culpa, uma culpa. Por que ela [a filha] sempre foi miudinha. Ela era pequeninha e magrinha, e ai meu Deus, era tudo por minha causa, por que ela não tinha mamado no peito e por que eu tinha tomado remédio. Por que ela não crescia. Aí leite de vaca não deu certo. E ela teve que tomar leite de soja, e ficou com o peitinho crescido, por causa do hormônio da soja. E uma culpa, uma culpa.”

A culpa reiteradamente relatada nos discurso das participantes é consequente da discrepância entre a experiência real e a idealizada o que levou as participantes a sentirem o modo que estavam experienciando a maternidade como um fracasso pessoal – ainda outro efeito da biopolítica sobre qual Foucault (2014) nos adverte: a localizar no indivíduo o desvio do instituído, o que termina por inviabilizar um processo de reflexão acerca da construção e configuração complexa desse fenômeno.

Assim, a vulnerabilidade das puérperas é acentuada pelos discursos médicos que, marcados pelo modelo biomédico partem de um referencial de normalidade calcado no biológico que ignora toda a dimensão histórica da saúde enquanto processo social (GONZALEZ REY, 2003) e que restringem a depressão pós parto a esfera do individual. E não só a medicina opera essa lógica mas a família também. É possível observar como o discurso médico dissipa-se através do tecido social, fazendo com que a própria moral se estabeleça fundada sobre o pretense conhecimento científico que delimita o que pertence à esfera do normal e do patológico (DUARTE & CESÁR, 2014) enfatizando a inadequação de vivenciar uma experiência que extrapole a norma.

Apesar de racionalmente se posicionarem contra os rígidos padrões impostos a maternidade a culpa e sofrimento relatados indicam que a representação social dominante da maternidade e de gênero, que se caracterizam enquanto ideais a serem atingidos, assim como os sentidos subjetivos que emergem de sua história de vida e dessa experiência, fazem parte da produção subjetivas dessas puérperas resultando no sentimento de inadequação sentida perante a vivencia que diverge da produção subjetiva idealizada.

Durante diversos momentos as participantes pareciam defender-se de uma acusação não proferida. A.P. repetiu diversas vezes, “que se dedicou infinita e exclusivamente ao filho” e que portanto, “a depressão não repercutiu na sua relação” com seu filho. Enquanto C. afirmou reiteradamente que, apesar de não ter sentido um amor automático e instintivo, que ela teve instinto de alimentar e proteger. Ela também afirmou repetidamente que “queria muito engravidar, por que tem gente que as vezes você ficou mal por que não queria” e que “sempre quis ser mãe”. C. também relatou a história de sua prima:

“Uma prima minha em BH aconteceu isso. Ela não agüentava olhar pra ele, ela entrava em pânico. Ela foi pra uma outra

casa. Eu não tive isso, de querer... Eu tive falta de vontade, depressão, de ficar deitada... Mas eu não fiquei com uma aversão à ela. Eu ficava era com culpa. De ela ter nascido e eu ta assim, de não ta melhor, de ela ta pequena”.

O relato acima permite inferir acerca da solidão resultante da falta de espaços onde podia compartilhar sua vivencia, acentuando a hipótese de que o vazio relacional é importante parte da aceitação não crítica dos ideais sociais. Ademais, verifica-se uma contradição na fala de C., que relata o sofrimento por ser incompreendida em relação à depressão, ainda que tenha esse mesmo posicionamento em relação à experiência de sua prima, evidenciando a influencia das representações sociais dominantes com as quais ela mesma não consegue romper. O relato da história de sua prima, no caso de C., e as constantes defesas por parte dela e das demais participantes quanto a sua vivencia da maternidade, revelam uma tentativa de atribuir algum valor positivo às suas próprias vivências. Tais tentativas tornam nítido, mais uma vez, que as representações sociais dominantes acerca da maternidade, e do que é considerado ser “boa mãe” fazem parte da produção subjetiva das puérperas demonstrando como o poder dissipa-se através do tecido social, tornando as próprias agentes desse discurso de normalização, que ora se manifesta enquanto cobranças para elas mesmas, e que ora opera no julgamento do outro.

Assim, o discurso das participantes sugere que apesar das elaborações racionais, a produção subjetiva das puérperas entrevistadas seguem submetidas a norma social criando uma dissociação entre o ideal cultivado e a experiência vivida produzindo sentimentos de inadequação e culpa que configuram a depressão pós parto.

Patologização, preconceito e exclusão: a importância de redes sociais de apoio

Verifica-se, a partir dos relatos das participantes como o vazio relacional e comunicacional que se manifesta tanto na área de seus relacionamentos privados, quanto dos profissionais que prestaram assistência durante o processo de maternidade, é um elemento importante na configuração da depressão pós parto. Portanto, fica explícita a importância de uma rede de apoio, assim como de apoio profissional que abra um espaço de diálogo onde seja possível apoiá-las

socialmente em suas experiências oportunizando, assim, uma reflexão que viabilize a emergência de novos sentidos subjetivos para que desenvolvam, de maneira segura, sua forma singular de ser mãe.

C. relatou que ao sentir-se desorganizada subjetivamente, buscou então “um médico para me ajudar”. É interessante que a primeira reação Tal ação pode ser interpretada como uma expressão do monopólio radical da medicina (ILLICH, 1975), uma vez que ao vivenciar a maternidade de forma distinta da idealizada, C. a concebe como uma forma doente de experimentá-la, requerendo, portanto, tratamento e cura. É interessante perceber que, mais do que buscar diferentes formas de compreender a sua própria experiência e, a partir de então, fomentar recursos subjetivos que a poderiam ajudar nesse momento, C. parece se submeter à lógica patologizante do modelo biomédico (ARRAIS, 2005), mediante percepção de que precisa se livrar daquilo que a está distanciando da normalidade. Contudo, essa ação também pode ser considerada o modo que conseguiu, estando sentindo solidão resultante da falta de espaço dialógico em suas relações afetivas mais próximas, como um pedido de ajuda que auxiliasse a compreender sua experiência, ainda que a partir do referencial biomédico.

Contudo, os diagnósticos dados e relatados à participante, bem como as perguntas feitas, exacerbaram o pânico que já estava sentindo. “Eu fui nos médicos e eles perguntavam se a televisão estava conversando comigo, aí eu ficava com medo de assistir televisão. Eu sabia que isso era coisa de doido, e eu falava vai que a televisão conversa comigo.”

A fala acima ilustra a fragilidade de C. que se generaliza e vai tomando corpo em diversas dimensões da vida de C. Dois processos simultâneos, seu sofrimento por não se adequar ao almejado e o diagnóstico que rotula sua experiência como forma ‘doente’ de vivenciar a maternidade (ARRAIS, 2005) tornam-na a refém do descompasse entre ideal e real, sem condições subjetivas de se posicionar ativamente a partir dos sentidos subjetivos que emergem da sua experiência como mãe.

Além de aumentar o medo e impotência que a participante já estava sentindo, exemplificando a iatrogênese social discutida por Illich (1987), os diagnósticos eram percebidos como processos exteriores ao que estava sendo vivenciado por ela, demonstrando assim a falta de um espaço dialógico, no âmbito profissional, que favorecesse a compreensão de sua situação de forma singular e que poderia

oportunizar a emergência de sentidos subjetivos que a permitissem desenvolver recursos frente à aos imprevistos no curso de sua experiência.

Outro aspecto interessante é que, ao falar sobre sua vivência, C. utilizava termos técnicos oriundos do jargão médico: “E aí não sei se a depressão veio junto da dissociação, despersonalização e fragmentação de personalidade, essas coisas que eu tive”. O uso de tais categorias para falar de si mesma demonstra uma apropriação inconsciente e uma produção de sentido subjetivo de naturalização do discurso médico que patologiza os processos emocionais subjetivos. Mais além, o uso das categorias demonstra a naturalização da ótica médica enquanto única forma legítima de conceber sua vivência.

A centralidade do diagnóstico, e o conjunto de saberes e práticas que e organizam ao redor do mesmo, se configuram enquanto uma representação dentro de uma visão biomédica que explica o fenômeno com base em sintomas. Como representação o diagnóstico é estático e delimitado, contemplando apenas um dos diversos aspectos que constituem essa vivência, e que exclui os aspectos culturais, históricos e pessoais. Essa padronização do fenômeno resultou em uma dificuldade da participante em se enxergar no diagnóstico, uma vez que não estava condizente com o sentido emergido por meio da experiência. Ademais, o modo que o diagnóstico é utilizado corrobora com a patologização e estigmatização dessa vivência pautada na dicotomia “maneira saudável de vivenciar a maternidade/maneira adoecida de vivenciar a maternidade”.

A. ao falar sobre a depressão pós parto ressalta “a interferência médica” resultante da medicalização da vida que se apropria do parto e da maternidade ao tornar apenas o seu discurso como aceitável, excluindo desse modo as mulheres que vivenciam esse processo.

“Há toda uma organização social e econômica envolta do parto que nasceu lá na época medieval na qual os homens passam a organizar esse processo, que acaba se tornando um espetáculo fazendo com que se perca o espaço de diálogo e troca de experiências, por que o procedimento que é considerado normal é aquele padrão”.

A fala de A. ressalta como a intervenção e atenção médica prestada acaba por ceifar a possibilidade do singular e da geração de sentidos subjetivos próprios

que possibilitem a puérpera a gerar normas singulares que estejam consoantes com a vivencia de cada uma (CANGUILHEM, 2005).

A. também comparou a experiência distinta que teve em duas das suas gravidezes: a primeira, na qual experienciou a depressão pós parto, e a terceira. Na primeira gravidez, ela relatou ter se sentido subjugada, vez que não havia a possibilidade de se posicionar ativamente nas decisões concernentes ao parto. Ela relatou que os médicos disseram que era impossível que ela tivesse um parto normal, interrompendo já o trabalho de parto que já estava experienciando, mas que não sabia devido a falta de informações. Assim, seu primeiro parto foi permeado pelo medo de fazer mal ao bebê e pela falta de voz durante o processo. Ela relatou ainda, que como “se acha que é mais uma coisa que se tem que dar conta” ela não teve ajuda e apoio durante o puerpério.

Já durante sua terceira gestação, que foi nos Estados Unidos, as grávidas e os acompanhantes que elas escolhessem eram requeridos a fazerem um curso na qual eram socializadas informações relacionadas ao parto, puerpério e primeiros socorros na qual havia médicos, enfermeiras, outras mães e grávidas o que “o que acaba por mudar a relação com o médico, pois se cria uma espaço de diálogo”. Além disso, ao escolher um acompanhante acaba-se por dividir a responsabilidade diminuindo desse modo a ansiedade consequente da responsabilização única e exclusiva da mãe. Durante esse processo, ela pode “escolher o que eu ia comer e beber antes do parto, a música que eu ia colocar... Você é cem por cento participativa, você tem liberdade e está envolvida no processo. E não só você, mas o acompanhante que você escolhe”. Para A. tal liberdade empodera as mulheres e abre espaço para que o companheiro faça parte desse processo, o que ajuda na vinculação de ambos e para com o bebê.

Ela ainda, dividiu que outro aspecto interessante era que essa clínica era uma clínica somente de mulheres e que as mulheres que tinham filhos pequenos em fase de aleitamento os levavam para o trabalho “demonstrando naturalmente como é possível inserir o bebê no dia a dia”. Para A. essa assistência preventiva e estrutura foi fundamental para que ela se sentisse mais segura. Os encontros ocorriam anterior e posterior ao parto, sendo um espaço para a socialização das vivências, dúvidas e anseios. Além disso, se fosse detectado que a puérpera precisava de mais apoio era feito um revezamento, por parte das trabalhadoras e voluntárias da clínica, que ficavam algumas horas por dia com a puérpera. Essa assistência fez

com que se sentisse “amparada e protegida, mesmo longe de casa e da família, em outro país”. Para ela, “a sociedade precisa olhar para essas mulheres, criar redes de apoio” por que “quantas mulheres podem ter a ajuda de alguém?”.

A.P. também sofreu com a falta de uma rede de apoio no parto e no puerpério. O parto de A.P. foi antecipado, fazendo com que ela passasse por esse momento importante sozinha e sem apoio - o que gerou intensa insegurança resultando em uma “crise de pânico” antes do parto. Ademais, seu pai, “de quem sempre fui muito próxima e ligada” estava adoecido ao ver que o neto havia nascido bem foi para casa não esperando-a sair do quarto para vê-la. Ao relatar tal experiência a participante ficou extremamente emocionada, revelando todo o desamparo que sentiu ao perceber que o pai não estava bem. Além disso, o adoecimento do pai fez com que as atenções estivessem voltadas para ele e que ela não “se sentisse a vontade para pedir ajuda”. E ainda, A.P. relatou que posterior ao parto ela “havia acabado de mudar de cidade e não conhecia ninguém. Eu estava longe da minha irmã, meus sobrinhos, meus pais e meu marido viajava muito”. Mais um indicador de que a falta de espaço comunicacional – pelo distanciamento do pai devido a seus problemas de saúde, da mudança para uma cidade onde não tinha rede de apoio, assim como a falta de espaço dialógico com o marido com quem não se sentia a vontade para dividir que sentia – é um constituinte importante dessa configuração, Esse vazio relacional gerou uma imensa insegurança em A.P., pois sentia que “tinha que dar conta de tudo sozinha” e que ela devia isso ao filho, vez que se “sentia em débito com ele”.

Entretanto, não basta que haja um rede de apoio mas que esta rede se configure enquanto um espaço livre da estigmatização e patologização das diferentes maneiras de se vivenciar a maternidade.

C. relatou ao ser questionado sobre como sua vivência foi vista pelos demais, que “queria muito engravidar, mas que tem gente que dizia: as vezes você ficou mal por que não queria”.

“Então, tinha isso de, não, por que? Como assim você não queria ela? Não, eu queria! Então o que é? Por que você não reage? Por que você não pega ela e vai pro parquinho? Como se fosse uma fraqueza.”

Fica claro que essa culpabilização vinda da rede social das participantes colaborou para a culpa que estas já sentiam, bem como uma sensação de incompreensão e desamparo. A vivência desse fenômeno fica reduzida à dimensão singular e individual, como resultado de algo que foi feito ou deixou-se de fazer demonstrando que ainda persiste a noção de que a depressão pós parto é efeito de algo feito pela mãe, seguindo a tendência da lógica biomédica de reduzir esse fenômeno complexo a seus aspectos biológicos-individuais. Faz-se importante, portanto, criar um espaço social de diálogo que contemple os aspectos sociais, históricos e singulares dessa vivência de modo a compreender a configuração subjetiva complexa desse mal estar que se configura processualmente integrando sentidos subjetivos provenientes das mais diversas áreas da vida das puérperas.

A incompreensão e falta de apoio por parte da rede social em relação à essa experiência evidencia a generalização das representações sociais dominantes da maternidade, que normatizam a experiência, sem que esta contemple a singularidade da experiência de ser mãe. Concomitante à isso, a atribuição dessa experiência a uma falha pessoal, gera um preconceito, associando essa vivência diferenciada (e patologizada) à uma incapacidade. Assim, essa maneira de vivenciar a maternidade fica associada à uma falha no ser mãe. Desse modo, como foi relatado pela participante, “as pessoas não falam que tem, é quase como se fosse uma vergonha se ter depressão. Falam num círculo muito íntimo, mas depois que você fala as pessoas falam”.

Entretanto, ao ser sugerido um encontro entre todas as participantes para que pudessem compartilhar suas experiências e estabelecer um diálogo que viabilizasse não somente a expressão de suas experiências individuais, mas também um espaço social de reflexão com o intuito de produzir novos sentidos subjetivos acerca de suas vivências, estas declinaram o convite. Tal postura sugere que, apesar de criticarem a falta de apoio social, elas reproduzem esse comportamento por não terem rompido com as representações sociais dominantes de maternidade que suscitam culpa e vergonha por não atingido esse ideal. Desse modo, os indicadores sugerem que as participantes, ainda que critiquem a falta de compreensão por parte de sua rede social, aderem formal e impessoalmente a práticas que não parecem adquirir autenticidade na relação destas consigo mesmas e com suas experiências.

7. Considerações finais

A presente pesquisa, utilizando-se do referencial teórico da Teoria da Subjetividade e de contribuições da Teoria das Representações Sociais, concluiu que a depressão pós parto é um fenômeno complexo que não se restringe às dimensões biológicas e individuais, comportando em sua configuração aspectos históricos, sociais, econômicos, políticos e singulares. Assim, a depressão pós parto é produzida a partir da complexa relação entre questões de gênero, representações sociais dominantes de maternidade, a medicalização da vida e a lógica biomédica presentes na subjetividade social e que se configura individualmente a partir de sua relação recursiva com a subjetividade individual, a história de vida e a produção subjetiva singular de cada puérpera que se desdobra em uma naturalização das normas estipuladas socialmente que passam a configurar como ideal a ser atingido. Desse modo, a depressão pós parto resulta de uma dissociação entre ideal socialmente, e individualmente, estipulados e da experiência de fato vivida. Ademais, a falta de um espaço relacional e dialógico, que marca tanto o âmbito das relações afetivas privadas assim como a esfera do apoio profissional, acaba por inviabilizar a produção de recursos para lidar com essa vivência, corroborando com a aceitação não crítica dos ideais cultivados socialmente e individualmente.

Para além da culpa resultante de uma vivência que não se enquadra na norma cultivada, o atendimento profissional prestado, seguindo a lógica biomédica pautada no referencial da normalidade, culmina em atendimentos centrados no diagnóstico e em sintomas, seguindo um protocolo rígido e despersonalizado, que excluindo os aspectos sociais, históricos, políticos e singulares na produção desse fenômeno termina por ceifar a possibilidade de um espaço de reflexão propício à problematização crítica desses diversos aspectos. Assim, ceifa-se a possibilidade de produção de recursos subjetivos para lidar com essa vivência.

Desse modo, a partir do presente estudo, enfatiza-se a importância de espaços sociais dialógicos nos quais as puérperas possam ser apoiadas socialmente e socializar suas experiências oportunizando, desse modo, uma reflexão crítica que oportunize a emergência de novos sentidos subjetivos frente a essa experiência. Ademais, enfatiza-se a importância de uma rede de apoio que apoie a puérpera nesse momento de intensas mudanças.

Assim, sugere-se que já durante a gestação seja feito um acompanhamento, em grupos, que oportunize a socialização de medos e expectativas de modo a

fomentar uma posição preventiva e ativa, retomando a posição de sujeito, frente aos diversos elementos que atravessam a maternidade, tais quais: gênero, relações familiares, representações sociais dominantes, a medicalização da vida, histórico de vida, ideais sociais e individuais etc. Sugere-se que também que esse grupo possa se estender ao pós parto de modo que se configure simultaneamente como espaço dialógico e de reflexão, bem como de apoio. A proposta consistiria na premissa de que ao dividir experiências coletivas de gestação, do parto e do pós parto, ser perceberá que não há um único modo de vivenciar a maternidade legitimando, desse modo, as diversas vivencias singulares. Ademais, seria interessante que o grupo fosse aberto a convidados das participantes de modo a incluir nessa reflexão os parceiros, familiares e amigos importantes estruturando, assim, uma rede de apoio significativa que compartilhasse e refletisse acerca dessa experiência e da maneira como estão implicados nela.

Para concluir, a depressão pós parto é um fenômeno complexo e multifacetado que não deve ser reduzido, e sim investigado em toda sua complexidade e singularidade de modo a viabilizar uma reflexão crítica que possibilite o desenvolvimento de recursos subjetivos que permitam desenvolver sua própria maneira singular de ser mãe.

Referências Bibliográficas

ARRUDA, Ângela. **Teoria das representações sociais teorias da gênero.** Cadernos de Pesquisa. Rio de Janeiro, no. 117, p. 127-147, Nov. 2002.

ARRAIS, Alessandra. **As Configurações Subjetivas da Depressão Pós-Parto: Para Além da Padronização Patologizante.** Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do título de doutor em Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

ARIÉS, Philippe. **História Social da Criança e da Família.** Rio de Janeiro: Editora S.A., 1978.

AZEVEDO, Kátia R. e ARRAIS, Alessandra R. **O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto.** Revista Psicologia: Reflexão & Crítica. Brasília, vol. 19, no. 2.

BADINTER, Elizabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985, p. 1-41.

BIZZERIL, Jose. GONZALEZ REY, Fernando (Org). **Saúde, Cultura e Subjetividade: uma referência interdisciplinar.** Brasília: UniCeub. 2015.

BRAATZ, Jennifer P. **A Norma, o Saber e o Poder**, "In:" X CONGRESSO DE EDUCAÇÃO – EDUCERE, I Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação – SIRSSE, 7 a 10 de nov., 2011, Curitiba. Curitiba: PUCPR, 2011. p. 2952- 2963.

BUTLER, Judith. **Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity.** Nova York, 1990.

CADONÁ, Elaine. STREY, Marlene. **A produção da maternidade nos discursos de incentivo à amamentação.** Estudos Feministas. Florianópolis: 22(2): 304, maio-agosto, 2014.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** Tradução de Maria de Threza Redig de C. Barrocas e Luiz Octávio F. B. Leite. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CHIZZOTTI, Antonio. **A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios.** Revista Portuguesa de Educação. 2003, p. 221-236.

DUARTE, André. CÉSAR, Maria Rita. **Michel Foucault e as lutas políticas do presente: para além do sujeito identitário de direitos.** Psicologia em Estudo, Maringá: vol. 19, n.3, p. 401-414, jul./set.2014.

DUVEEN, G & LLOYD, B (eds.). **Social Representations and the Development of Knowledge**, p. 164 – 185. Cambridge: Cambridge University Press.

FOUCAULT, Michel. **A Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**: 1 a vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. **Naissance de la biopolitique**, Paris: Gallimard - Seuil. 2004.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, Território, população**. (E. Brandão, Tradutor). São Paulo: Martins Fontes.

FURTADO, Odair. **O psiquismo e a subjetividade social**. Bock, A. M.M; Gonçalves, M.G.M; Furtado, O. (orgs.) *Psicologia Sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. 3.ed. São Paulo:Cortez.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GONZALEZ REY, Fernando. **A new path for the discussion of Social Representations**: advancing the topic of subjectivity from a cultural-historical standpoint. 2014.

GONZALEZ REY, Fernando. **Epistemología y Ontología**: un debate necesario para la Psicología hoy. *Diversitas* [online]. v. 5, n. 2, p. 205-224, 2009b. Disponível em: < <http://ojs.usta.edu.co/index.php/diversitas/article/viewFile/6/pdf>>. Acesso em: 19 de agosto 2012.

GONZALEZ REY, Fernando. **Personalidade, Saúde e Modo de vida**. São Paulo: Thomson 2004.

GONZALEZ REY, Fernando. **Pesquisa Qualitativa e Subjetiva**: os processos de construção da informação. São Paulo: Thomson 2005.

GONZALEZ REY, Fernando. **Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales**. Bogotá: Diversitas 2008.

GOULART, Daniel. **Institucionalização, Subjetividade e Desenvolvimento Humano**: abrindo caminhos entre educação e saúde mental. 2013. 146 f. (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Educação Universidade de Brasília. 2013.

ILLICH, Ivan. **A Expropriação da Saúde**: Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

LOBATO, Gustavo; MORAES, Claudia e REICHENHEIM, Michael E. **Magnitude da depressão pós-parto no Brasil**: uma revisão sistemática. *Rev. Brás. Mater. Infant. Recife*, vol.11, no. 4, out./dec. 2011.

MACHADO, Adriana. ALMEIDA, Izabel. SARAIVA, Luís Fernando. Rupturas necessárias para uma prática inclusiva. Em Conselho Federal de Psicologia. **Educação Inclusiva**: experiências profissionais em psicologia. Brasília: CFP, 2009, p.37-51.

MOREIRA, Lisandra. NARDI, Henrique. **Mãe é tudo Igual?** Enunciados produzindo maternidades contemporâneas. Estudos Feministas. Florianópolis: 17(2): 344, maio-agosto, 2009.

MORIN, Edgar. 1983. **O Problema Epistemológico da Complexidade**. Lisboa: Europa-America.

MOSCOVICI, Serge. **A Representação Social da Psicanálise**. Paris: PUF, 1961.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOTTA, Alice. CUNHA URT, Sônia. **Pensando o sujeito: um diálogo entre Castoriadis e Gonzalez Rey**. PSicol. Estud. Vol. 14. No.4 Maringá. Oct./Dec. 2009
MOYSÉS, Maria Aparecida. **A instituição invisível: crianças que não aprendem na escola**. Campinas: Mercado de Letras; São Paulo: Fapesp, 2001.

PASSOS, Izabel. **Poder, normalização e violência**. São Paulo: Ed. Autêntica, 2008.

PERÉZ, María Luisa. CRUZ, Amália María. **Canguilhem y Foucault: de la normatividad a la normalización**. Ludus Vitalis, vol. XVII, num. 31, 2009, pp. 65-85. 2009.

PINTO, Celi. **Feminismo, história e poder**. Revista de Sociologia e Política, Curitiba, vol. 19, n. 36, jun. 2010.

RAAD, Ingrid. TUNES, Elizabeth. 92f. **Deficiência como iatrogenese: A medicina, a família a escolar como cúmplices no processo de adoecimento**. (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Educação da Universidade de Brasília, 2007.

ROSE, Nikolas. **Uma História Crítica da psicologia**, “In:” Inventando nossos Selves, psicologia, poder e subjetividade. Petrópolis: Ed. Vozes, 2011, p. 70.

ROUSSEAU, Jean J. **Emílio ou da Educação**. Trad. R.L. Ferreira. 3ª Edição. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

SCHMIDT, Eluisa B.; PICCOLOTO, Neri M. e MULLER, Marisa C. **Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil**. Psico-USF. Itatiba: vol. 9, no. 2, p. 61-68, jan./jun. 2005.

SILVA CRUZ, Eliane B.; SIMÕES, Lucena S. e FAISAL-CURY, Alexandre. **Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família**. Rev. Brás. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro, vol. 27, no.4, abr. 2005.

VASCONCELOS, Michele, et al. **Os Limbos Felizes da Não-identidade: Tensões e Implicações**. Revista Mal-Estar e Subjetividade. Fortaleza: Vol. XI N. 3, p. 1217-1264. Setembro, 2

Anexos

Anexo 1

Complemento de frase A.

Complemento de frases

Abaixo, haverá indicadores curtos a serem completados com o que vier a sua cabeça – não necessitando estar, necessariamente, relacionado ao tema da pesquisa.

1. Ser mulher é maravilhoso
2. Ser mãe é ...benção e amor divino
3. O que mais desejo é ...realização plena do meu ser
4. Tenho medo de não realizar tudo nesta vida
5. Sonho com ...um mundo mais justo e equânime
6. O que mais doeu ... a solidão
7. Apoio é ... aconchego, presença, amor
8. Superar é ...reviver a fundo, entender e ir além
9. Coragem é enfrentamento
10. Para meus filho(s) ... todo o amor do mundo, liberdade e plenitude

Anexo 2

Complemento de frase A.P.

Complemento de frases

Abaixo, haverá indicadores curtos a serem completados com o que vier a sua cabeça – não necessitando estar, necessariamente, relacionado ao tema da pesquisa.

1. Ser mulher éamar
2. Ser mãe é ...aprender
3. O que mais desejo é ...paz
4. Tenho medodor
5. Sonho com ... Harmonia entre pessoas diferentes
6. O que mais doeu ... Ausência do meu pai
7. Apoio é ... Perceber o outro
8. Superar é ...crescer
9. Coragem é Enfrentar
10. Para meus filho(s) ... Felicidade

Anexo 3

Complemento de frase C.

Complemento de frases

Abaixo, haverá indicadores curtos a serem completados com o que vier a sua cabeça – não necessitando estar, necessariamente, relacionado ao tema da pesquisa.

1. Ser mulher é maravilhoso mas difícil também
2. Ser mãe é ... amar todos os dias
3. O que mais desejo é ... secretamente, ser mãe novamente
4. Tenho medo que algo aconteça com minha filha
5. Sonho com ... uma vida tranquila
6. O que mais doeu ... não ter sido como sonhei
7. Apoio é ... estar ao lado não importa o que
8. Superar é ... seguir com a vida
9. Coragem é enfrentar de frente
10. Para meus filho(s) ... tudo de melhor que houver no mundo