

**CARLOS DEL NEGRO VISINTIN**

**MATERNIDADE E SOFRIMENTO SOCIAL:  
ESTUDO DE *MOMMY BLOGS***

**PUC-CAMPINAS**

**2016**

**CARLOS DEL NEGRO VISINTIN**

**MATERNIDADE E SOFRIMENTO SOCIAL:  
ESTUDO DE *MOMMY BLOGS***

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Livre Docente Tânia Maria José Aiello-Vaisberg.

**PUC-CAMPINAS**

**2016**

Ficha Catalográfica  
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e  
Informação - SBI - PUC-Campinas

t155.633  
V831m

Visintin, Carlos Del Negro.

Maternidade e sofrimento social: estudo de mommy blogs / Carlos Del Negro Visintin. – Campinas: PUC-Campinas, 2016.  
111p.

Orientadora: Tânia Maria José Aiello Vaisberg.

Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.  
Inclui bibliografia.

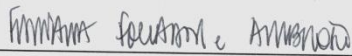
1. Maternidade. 2. Gravidez - Aspectos psicológicos. 3. Maternidade blogs. 4. Mulheres e psicanálise. I. Vaisberg, Tânia Maria José Aiello. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

**CARLOS DEL NEGRO VISINTIN**

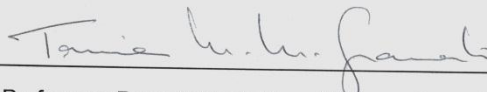
**MATERNIDADE E SOFRIMENTO SOCIAL:  
ESTUDO DE *MOMMY BLOGS***



Presidente Professora Livre Docente Tânia Maria José Aiello-Vaisberg



Doutora Fabiana Follador e Ambrosio



Professora Doutora Tania Mara Marques Granato

**PUC-CAMPINAS**

**2016**

# Agradecimentos

---

À minha família, pelo carinho e suporte constantes.

À Professora Livre Docente Tânia Maria José Aiello-Vaisberg, sempre cuidadosa e dedicada a mim e aos meus sonhos. A você, a mais sincera *révérence/curtsy*.

À Professora Dra. Tania Mara Marques Granato, por inicialmente ter me mostrado esta aventura, que é a ciência.

À Dra. Fabiana Follador e Ambrosio, pela ajuda e amizade.

Ao grupo de pesquisa, pelas discussões fecundas e acolhimento carinhoso.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas, por suas aulas inspiradoras, fundamentais para minha formação.

Às secretárias do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Maria Amélia Domingues Gonçalves, Elaine Cristina Machado de Oliveira e Caroline Maronesi Cazonatto, sempre disponíveis e atenciosas.

À Pontifícia Universidade Católica de Campinas, lugar de acolhida dos meus sonhos.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pela assistência financeira, que possibilitou esta e outras pesquisas.

# Resumo

---

Visintin, C. D. N. (2016) *Maternidade e Sofrimento Social: Estudo de Mommy Blogs*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Campinas- SP, 111 p.

A presente pesquisa objetiva investigar o imaginário coletivo sobre a maternidade, justificando-se na medida em que esta, malgrado suas facetas gratificantes, parece associada, na contemporaneidade, a sofrimentos socialmente determinados. Articula-se metodologicamente por meio do uso do método psicanalítico, aqui operacionalizado em termos de procedimentos investigativos de levantamento, seleção, registro e interpretação de postagens de *blogs* brasileiros. A consideração do conjunto do material permitiu a produção interpretativa de dois campos de sentido afetivo-emocional: “Sou mãe, logo existo” e “Mãe exclusiva”. Tais campos indicam a prevalência, no material investigado, de um imaginário coletivo que, fazendo pesadas exigências à mulher, favorece seu sofrimento emocional.

Palavras-chave: Maternidade, sofrimento social, imaginário coletivo, *mommy blogs*, método psicanalítico.

# Abstract

---

Visintin, C. D. N. (2016) *Motherhood and social suffering: a study of mommy blogs*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Campinas- SP, 111 p.

This research aims to investigate the collective imaginary about motherhood. It is justified since motherhood may be associated, in contemporary society, despite of their rewarding facets, with socially determined sufferings. It is methodologically articulated through the use of the psychoanalytic method, here operationalized in terms of investigative procedures of survey, selection, presentation, and interpretation of posts from Brazilian blogs. The consideration of the material allowed the interpretative production of two fields of affective-emotional meaning, "I am a mother, therefore I exist", and "Exclusive mother". These fields indicate the prevalence, in the investigated material, of a collective imaginary that, with heavy demands on women, promotes emotional suffering.

Key-words: Motherhood, social suffering, collective imaginary, mommy blogs, psychoanalytic method.

# Sumário

---

<b>Apresentação .....</b>	<b>9</b>
<b>Capítulo 1 - O problema de pesquisa .....</b>	<b>16</b>
Maternidade e sofrimento social .....	17
Maternidade e feminismo .....	26
<b>Capítulo 2 - Estratégias metodológicas.....</b>	<b>33</b>
Pesquisa qualitativa com o método psicanalítico.....	33
Conceitos fundamentais .....	35
Conversas de <i>mommy bloggers</i> como material de pesquisa .....	43
Procedimentos investigativos.....	48
<b>Capítulo 3 - Postagens selecionadas .....</b>	<b>54</b>
<b>Capítulo 4 - Interpretação de campos e interlocuções reflexivas .....</b>	<b>88</b>
Campos de sentido afetivo-emocional .....	88
Interlocuções reflexivas .....	90
<b>Considerações finais.....</b>	<b>102</b>
<i>Révérence</i> .....	104
<b>Referências.....</b>	<b>105</b>



# Apresentação

---

Apresentar uma pesquisa que objetiva estudar a associação entre maternidade e sofrimento social, no contexto de um grupo de pesquisa que se define pelo uso do método psicanalítico na investigação de sofrimentos humanos, exige que façamos algumas considerações preliminares, que retomaremos ao longo do texto.

Parece haver predominado entre nós, nas últimas décadas do século passado, uma visão segundo a qual os pacientes, que chegavam aos serviços de assistência psiquiátrica e/ou psicológica, podiam ser diferenciados como casos orgânicos, sociais ou psicológicos, segundo o entendimento de que apenas os últimos apresentariam sofrimentos emocionais autênticos (Aiello-Vaisberg, 2013). Felizmente, essa ideia está, atualmente, superada, na medida em que se reconhece que a doença orgânica e a pobreza são, evidentemente, fortes motivações de sofrimento. Hoje, isso que corresponde a uma obviedade, que se encontra na base da inserção do psicólogo em instituições de saúde e de assistência social, como profissional indispensável, já tinha sido rigorosamente tratado pela psicologia psicanalítica concreta quando apontou que somos seres pessoais e vinculares que vivenciam todo e qualquer acontecimento como experiência, vale dizer, como dramática de vida (Bleger, 1963/1977; Politzer, 1928/2004).

Compreende-se, assim, que toda e qualquer experiência de sofrimento, independentemente de suas determinações, possa ser tomada como objeto de

estudo da psicologia e, mais especificamente, da psicopatologia, quando compreendida como teoria do sofrimento humano, e não como mero sistema de classificação de transtornos mentais (Aiello-Vaisberg, 2002; Aiello-Vaisberg, Machado & Micelli-Baptista, 2003; Medeiros & Aiello-Vaisberg, 2010). É ao redor do estudo e realização de pesquisas sobre esse fenômeno, que merece ser compreendido e combatido, que se organizam os integrantes do Grupo de Pesquisa PUC-Campinas/CNPq orientados pela Professora Livre Docente Tânia Maria José Aiello-Vaisberg<sup>1</sup>.

Entretanto, devemos esclarecer que já chegamos ao mestrado comprometidos com um interesse prévio, derivado do que aprendemos ao longo de iniciações científicas sob orientação da Professora Doutora Tania Mara Marques Granato. Tais trabalhos tanto contribuíram para nosso entusiasmo pela pesquisa acadêmica, de modo geral, como nos sensibilizaram para a importância da maternidade. Desse modo, aportamos a um mestrado definido por meio da articulação entre esses dois grandes temas, maternidade e sofrimento, que afunilamos ao decidir focalizar mais especificamente os chamados sofrimentos sociais (Kleinman, Das & Lock, 1997; Renault, 2010)<sup>2</sup>.

Acreditamos ser conveniente dizer algumas palavras sobre o conceito de sofrimento social, que discutiremos oportunamente. Basta, para o momento, esclarecer que com tal expressão não se visa designar todo e qualquer

---

<sup>1</sup> Este Grupo de Pesquisa conta, ainda, com mais duas orientadoras: Professoras Doutoras Vera Engler Cury e Tania Mara Marques Granato.

<sup>2</sup> Neste ponto, uma advertência se faz necessária, para evitar mal-entendidos: definir como interesse investigativo a articulação entre maternidade e sofrimento social não significa, absolutamente, que pensemos que a experiência de ser mãe traga consigo somente agruras e dissabores. Não há como negar que profundas gratificações são vivenciadas, pela mulher, mesmo em condições sociais desfavoráveis, como atesta, por exemplo, a pesquisa de Aching (2013) e Aching e Granato (2016).

infortúnio ou infelicidade, mas especificamente aqueles que derivam de problemáticas sociais, tais como a pobreza, o racismo e a opressão de gênero, entre outros. Evidentemente, em sentido amplo, todo e qualquer sofrimento tem origem social, na medida em que a vida humana define-se como coexistência, na perspectiva da psicologia psicanalítica concreta (Bleger, 1963/1977). Contudo, para efeitos práticos imediatos, consonantes com o escopo esperado de uma dissertação, adotaremos a definição mais estrita, acima esboçada, que faz referência a determinantes sociais óbvios, que geram, habitualmente, sentimentos de desamparo, humilhação e injustiça (Kleinman, Das & Lock, 1997; Renault, 2010).

Estabelecido o interesse de pesquisa sobre a articulação entre maternidade e sofrimento social, pensamos sobre o caminho a trilhar em termos de sua abordagem. Já sabíamos de antemão que faríamos uso do método psicanalítico e que nos fundamentaríamos na psicologia psicanalítica concreta (Bleger, 1963/1977), pois é ao redor desses que se organizam os trabalhos do nosso subgrupo de pesquisa. Além disso, nossa experiência anterior, nas iniciações científicas, já nos colocara em diálogo com mulheres por meio do estudo de *blogs* e revistas femininas (Visintin & Granato, 2013, 2014), convencendo-nos da rica potencialidade do estudo de formas de comunicação que não se fazem presencialmente, sejam entrevistas, sejam atendimentos.

O conhecimento de que mães de bebês e crianças pequenas dedicam-se expressivamente a postarem em *blogs* (Visintin & Granato, 2014) animou-nos no sentido de focalizar este tipo de material que, como descobrimos, é volumoso. Deste modo, defrontamo-nos com a questão de como selecionar

manifestações significativas em vista do nosso interesse pela articulação entre maternidade e sofrimento social, o que nos levou a reflexões sobre o desenho de pesquisa. Optamos por focalizar, transpondo a ideia de procedimentos encobertos focalizados por Aiello-Vaisberg (1995), postagens que já trouxessem manifestamente alusões diretas ao sofrer.

Revendo a literatura da época, Aiello-Tsu (1980) encontrou uma tendência que apontava como as gestantes temiam fortemente a geração de bebês malformados. Esta questão tinha sido cuidadosamente pesquisada por Langer (1951/1986), numa obra que se tornou leitura obrigatória entre psicanalistas que dialogam com a escola britânica das relações objetais. Tal temor aparece como fundamentalmente vinculado a fantasias de castigo ligadas a emoções agressivas vivenciadas pela mulher, quando menina, em relação à sua própria mãe, tanto na fase edípica como em fases anteriores. O filho malformado seria a evidência de uma fantasiada maldade interna que teria comprometido a capacidade criadora da gestante. Ora, se os dramas vivenciados na relação entre mães e filhas continuam vigentes, no mundo em que vivemos, afetando a experiência emocional da maternidade, podemos supor que o fato de os avanços tecnológicos terem permitido a realização de ultrassonografia fetal como rotina, inclusive na saúde pública, pode provocar uma mudança no modo como tais fantasias se expressam.

Vale a pena detalhar o que queremos afirmar. Se de um lado não existem razões para duvidar de que eventuais dificuldades de relação com a própria mãe possam afetar o modo como a mulher vivencia a gestação, por outro, dados de realidade podem incidir sobre a forma como tal configuração se apresenta manifestamente. Se antes a mulher sonhava a possibilidade de

gestar um bebê imperfeito durante toda a gestação (Aiello-Tsu, 1980) para só saber das condições do bebê na hora do nascimento, hoje pode tranquilizar-se quando recebe resultados de exame que indicam que o processo gestacional e o desenvolvimento do feto seguem de modo saudável <sup>3</sup>. Tal fato, entretanto, provavelmente motivará uma transformação no tipo de conduta a emergir a partir de um campo relacional configurado ao redor de fantasias de ataque à própria mãe e de punição correspondente. O imaginário de que algo muito infeliz possa resultar da gravidez pode ser expresso tanto por meio do temor de o bebê ser malformado como de outros infortúnios, como, por exemplo, da eclosão de uma depressão pós-parto.

Ou seja, se o ultrassom desmentir a malformação, persistindo as condições afetivo-emocionais que geravam os temores, esses ganharão nova forma de expressão. Ousamos cogitar que o castigo fantasiado possa vir a ser muitas vezes substituído, em sua dimensão manifesta, pelo medo da depressão pós-parto – com a evidente ajuda dos meios de divulgação dos avanços das ciências em geral e das médicas e biológicas em particular.

Como pesquisadores que realizam trabalho empírico com o método psicanalítico, podemos e devemos manter teorias prévias em suspensão para poder cultivar atenção flutuante e associação livre, a partir de uma atitude fenomenológica de abertura ao acontecer. Assim, não nos apegaremos às proposições kleinianas de Langer (1951/1986), mas não deixaremos de lembrá-las para propor que atualmente uma boa estratégia para selecionar material de estudo, quando nos interessamos pela articulação entre

---

<sup>3</sup> Claro que em muitos casos, como aqueles que Cia (2014) estudou quando atendeu casais que receberam diagnóstico de anencefalia fetal, fantasias terríveis se transformam em dura realidade.

maternidade e sofrimento social, possa ser a seleção de postagens em *mommy blogs* a partir de buscas com o termo depressão pós-parto.

Por este motivo, realizamos alguns levantamentos preliminares de postagens sobre depressão pós-parto provenientes de *blogs* brasileiros escritos por pessoas que se identificam como mães. Assim sendo, chegamos à proposição da presente pesquisa: estudar o imaginário coletivo sobre maternidade por meio da utilização de postagens em *mommy blogs* brasileiros, tendo em vista produzir conhecimento compreensivo.

No primeiro capítulo, tecemos considerações sobre o fenômeno de nosso interesse, ou seja, a interface entre maternidade e sofrimento social. Ao continuarmos em nosso percurso, discorreremos, com o auxílio da literatura, sobre maternidade e feminismo.

O segundo capítulo está dividido em quatro seções. Na primeira, apresentamos como a psicanálise pode ser articulada à construção de pesquisas qualitativas. Na segunda, analisamos como as pessoas conversam, na sociedade em que vivemos, a respeito de suas experiências, enfatizando o uso de *blogs* como um dos novos canais para este tipo de comunicação e como potencial artifício metodológico para pesquisas científicas. Na terceira, apresentamos os conceitos fundamentais do método psicanalítico que, na nossa perspectiva, são conduta, campo de sentido afetivo-emocional e imaginário coletivo. Na quarta, explicitamos os procedimentos investigativos por meio dos quais temos operacionalizado o uso do método psicanalítico em pesquisas qualitativas: 1) procedimento investigativo de levantamento e seleção de postagens, 2) procedimento investigativo de registro do material,

que se faz pela transcrição das postagens e 3) procedimento investigativo de interpretação do material, que se faz como criação/encontro de campos de sentido afetivo-emocional. Descrevemos também o procedimento de interlocuções reflexivas, fase em que suspendemos a atenção flutuante e a associação livre para prosseguir num trabalho de cunho reflexivo sobre os campos à luz de contribuições de outros autores.

No terceiro capítulo, apresentamos as postagens que usamos para tecer esta dissertação, vale dizer, o material que usamos como base para a produção interpretativa dos campos de sentido afetivo-emocional.

O quarto capítulo foi construído em duas seções. A primeira, mais breve e sucinta, consiste na apresentação da definição dos campos de sentido afetivo-emocional, considerados como substratos não conscientes, a partir dos quais se produz o material da pesquisa. Denominamos os campos de sentido afetivo-emocional criados/encontrados nesta pesquisa como “Sou mãe, logo existo” e “Mãe exclusiva”. Na segunda parte, cumprimos o procedimento de interlocuções reflexivas, a fim de produzir o conhecimento compreensivo que buscamos.

Como penúltima seção, apresentamos a *Révérance*, que consiste num agradecimento mais detalhado àqueles que foram de extrema importância para que esta dissertação pudesse ser tecida.

Destacamos, por fim, nas considerações finais, as contribuições que esta pesquisa trouxe, a nosso ver, ao campo dos estudos sobre maternidade e sofrimento.

# Capítulo 1

---

## **O problema de pesquisa**

É de suma e fundamental importância iniciarmos a dissertação buscando delimitar com clareza o problema de pesquisa, a partir do qual estabelecemos nossos objetivos investigativos. Optamos por cumprir tal delimitação articulando o conceito de sofrimento social com as imposições do cuidado infantil colocadas à mulher. Em sequência, buscamos compreender, utilizando a literatura feminista, a articulação e a associação, socialmente construídas, entre a mulher e a mãe.

Mais detalhadamente, então, este capítulo está seccionado em duas partes. Na primeira divisão, tecemos considerações sobre a maternidade como sofrimento social (Carreteiro, 2003; Das, 2006; Kleinman, Das & Lock, 1997). Utilizando textos de diversas ciências humanas, buscamos enquadrar o fenômeno de nosso interesse como transversal às classes sociais, na medida em que atinge tanto camadas abastadas como classes menos favorecidas.

Na segunda parte, buscamos iniciar uma discussão sobre maternidade e feminismo, valendo-nos de uma parcela da copiosa literatura sobre o tema. Operamos um recorte que incide diretamente sobre o feminismo francês, pois nele as questões relativas à maternidade ganharam destacada importância. Tal escolha se justifica em função do valor da contribuição francesa que, além de ter influenciado de modo marcante todo o debate feminista mundial, deteve-se de modo destacado sobre a relevância do



fenômeno da maternidade na trajetória vital da mulher, desde a pioneira obra de Beauvoir (1949/2001). Devemos, entretanto, ressaltar que isso não significa que desconhecamos a importância do pensamento de outras autoras, entre as quais poderíamos lembrar, mesmo que rapidamente, Veena Das (2000, 2006) e Judith Butler (1993, 1997, 2015). Tais autoras realizaram contribuições reconhecidamente importantes, mas, ainda que não desconsiderem a maternidade em suas teorizações, aquelas feitas por Badinter (1980/1985, 1986, 2010/2011) podem ser melhor empregadas neste estudo.

## **Maternidade e sofrimento social**

Parece-nos que, entre psicólogos e estudantes de psicologia, os fenômenos que aqui designamos como sofrimentos sociais são muitas vezes considerados como consequências diretas da pobreza material. Não estamos dispostos a crer ou a postular que a ausência de poder aquisitivo não cause sofrimento devido à impossibilidade de acessar certos serviços, como saúde e educação de qualidade. Entretanto, se a pobreza gera sofrimento, pensamos que outras condições, que não exclusivas de classes menos favorecidas, deveriam ser lembradas, como o machismo e o racismo, para citarmos apenas dois exemplos, que provocam sofrimento.

A dissertação de Aiello-Fernandes (2013) pode nos auxiliar nesse momento. Em estudo de caso, o pesquisador entrevistou dois participantes idosos que se declaravam negros e que tinham alcançado sucesso profissional e financeiro, constatando que se consideravam vítimas de racismo. Da nossa parte, podemos pensar que tais situações refletem, na verdade, uma gama de

situações que foram historicamente construídas e que, apesar de avanços sociais significativos, provocam sofrimento emocional relevante. Não poderíamos explicar situações de opressão e humilhação satisfatoriamente a partir de teorias que postulam conflitos internos puramente essenciais do sujeito, uma vez que estaríamos desconsiderando questões sociais e culturais que estão imbricadas na forma como as pessoas significam suas experiências, sempre de caráter vincular.

Em tese de doutorado, Corbett (2014) entrevistou mães que eram vítimas de violência doméstica. De acordo com a literatura revisada em seu estudo, a pesquisadora demonstrou que as agressões dos companheiros dessas mulheres recaíam sistematicamente sobre seus filhos. Na verdade, um dos resultados da pesquisa de Corbett (2014) pode ser proveitosamente exposto aqui. Um campo de sentido afetivo-emocional criado/encontrado em particular, denominado de “Mãe e esposa”, expressa a crença de que a felicidade da mulher somente poderia ser alcançada no casamento e na maternidade. Consideramos tal crença como expressivamente geradora de sofrimento, além de claramente conservadora, pois demonstra, em última instância, que a vida da mulher estaria obrigatoriamente condicionada a certas funções. Ou seja, estamos diante de um sofrimento social, o que buscaremos expor com maior clareza ao longo deste primeiro capítulo.

Devemos recordar que o conceito de sofrimento social surgiu a partir do reconhecimento de que o trabalho pode provocar sofrimentos relevantes em certas sociedades. Não estamos apontando algo que seria óbvio, ou seja, o fato de que certas funções laborais acarretam em si padecimentos físicos e

psicológicos. Trata-se, na verdade, de reconhecer que as condições de trabalho geram efeitos subjetivos em todos aqueles que trabalham, independentemente de quais sejam suas funções. Estamos diante de uma questão estrutural, vale dizer, do modo como a atividade laboral se organiza na sociedade em que vivemos, e não de ocupar este ou aquele cargo ou posição. Na verdade, pensamos ser insustentável a crença de que existiriam zonas de conforto absolutas, especialmente quando consideramos que a sociedade é um todo complexo e essencialmente interligado.

Mesmo mais recentemente, muitos pesquisadores, como Werlang e Mendes (2013), definem sofrimentos sociais como aqueles que se instauram em situações de precariedade laboral e que resultam na perda daquilo que denominam objetos sociais, que seriam, por exemplo, o acesso à saúde, trabalho, vínculos sociais e políticas públicas de garantia de direitos do cidadão. Werlang e Mendes (2013) comentam:

A questão do sofrimento social vincula-se, portanto, às várias dimensões da vida, como as relações familiares, o trabalho e a saúde, resultando de processo social. De uma parte, os problemas de saúde, por exemplo, são funções da realidade social, uma vez que as relações sociais entre indivíduos, grupos ou estados, produzem, de forma desigual, repartição das doenças e patologias e, portanto, disparidades também no que condiz à mortalidade, morbidade e esperança de vida (p. 764).

A visão dessas pesquisadoras, que nos parece extremamente importante, difere em parte da nossa, que teceremos ao longo deste capítulo, no sentido de que o sofrimento social parece estar quase que exclusivamente ligado à falta, à perda e/ou à impossibilidade de acessar serviços públicos e da condição laboral suficientemente satisfatória. Na verdade, Werlang e Mendes (2013) lembram que algumas pesquisas de Christophe Dejours (Dejours,

Dessors & Desrioux, 1993; Dejours, Ribeiro, Carvalho & Ribeiro, 2012) podem ser consideradas como aquelas que inauguram um novo campo de estudos, o da psicopatologia do trabalho. Dejours (2004, p. 28, grifos do autor) define trabalho como:

Para nós, a partir do olhar clínico, o trabalho é aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, *saber-fazer*, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar, etc. Em outros termos, para o clínico, o trabalho não é em primeira instância a relação salarial ou o emprego; é o «trabalhar», isto é, um certo modo de engajamento da personalidade para responder a uma tarefa delimitada por pressões (materiais e sociais). O que ainda aparece para o clínico como a característica maior do «trabalhar», é que, mesmo que o trabalho seja bem concebido, a organização do trabalho seja rigorosa, as instruções e os procedimentos sejam claros, é impossível atingir a qualidade se as prescrições forem respeitadas escrupulosamente.

Podemos pensar, assim, o trabalho como um gesto humano capaz de transformar a realidade humana. Entretanto, considerando que o trabalho serviria como moeda de troca entre o trabalhador e a empresa, na sociedade contemporânea, parece que esta atividade perderia parte de sua função criativa *per se*. Quando ocorre um descompasso entre o que se faz e como o trabalhador significa sua atividade, pode haver aí sofrimento, de acordo com esse autor. Destarte, compreende-se que a questão basal do sofrimento social, situado no âmbito laboral, envolveria não apenas a condição de empregado ou desempregado, mas também os modos como a experiência profissional estaria sendo vivida, o que não exclui a validade daquilo que um observador externo pode constatar situações nas quais o trabalhador oprimido pode conscientemente considerar como normais (Renault, 2010).

Dejours, ao ser entrevistado por Cardoso (2001), dimensiona o conceito de sofrimento social a partir da forma como o labor pode ser subjetivamente

experienciado e como está organizado na sociedade. Vale dizer que, com isso em mente, estamos diante de um tópico de suma importância para delimitação do nosso problema de pesquisa. Dessa maneira, não nos parece surpreendente, quando nos aproximamos do que aparenta ter sido o primeiro uso do conceito de sofrimento social, que achemos a possibilidade de vir a abranger, em termos de pesquisa no campo das ciências humanas, outras situações de sofrimento que derivam do modo como a sociedade se organiza.

Em trabalho pioneiro, expandindo o conceito para além do âmbito laboral, Kleinman, Das e Lock (1997) definem sofrimento social como aqueles derivados dos modos como se organiza a vida social, gerando experiências de dor subjetiva e pessoal, na linha do desamparo, da humilhação e da injustiça. Da nossa parte, pensamos, como possibilidade de exemplificação de sofrimento social, na gestação. Poderíamos refletir que a gestação teria o potencial de colocar a vida da mulher e do bebê em risco. Entretanto, a gestação não existe de modo abstrato. Na verdade, estamos diante de um fenômeno - as situações sociais nas quais a mulher gesta o bebê- cuja análise não pode passar despercebida. Parece-nos improvável que todas as gestantes sofreriam os mesmos riscos de vida se nos lembrarmos de que seriam diversas, em cada país, as políticas públicas de amparo à saúde integral da mãe.

A fim de melhor compreensão sobre sofrimentos sociais, percebemos que o estudo sobre a temática tocaria diversas ciências humanas. Mais especificamente, demonstra a necessidade de um intercâmbio de diversos saberes para melhor compreensão. Sobre isso, Renault expõe:

(...) a sociologia não consegue explicar o sofrimento como experiência individual; a psicologia deixa de dar a devida consideração aos processos sociais e significados culturais que estão envolvidos nesta experiência individual; e a antropologia não consegue descrever a parte da experiência que não pode ser explicada apenas como uma construção social (...) (Renault, 2010, p. 226, tradução nossa).

Da nossa parte, mais próximos de Renault (2010), temos entendido sofrimentos sociais como aqueles que decorrem de situações de opressão, discriminação e exclusão que causam sentimentos de desamparo, humilhação e injustiça (Ambrosio, Aiello-Fernandes & Aiello-Vaisberg, 2013).

Neste momento, lembremo-nos de Carreiro (2003), que sugere que o sofrimento social parece apresentar três dimensões: humilhação, vergonha e falta de reconhecimento. Sobre a lógica que subjaz a estes sofrimentos, a pesquisadora comenta que “As pessoas se sentem desvalorizadas e diminuídas e, raramente, compartilham tais sentimentos” (p. 60). Consideramos, assim, que os afetos se configurariam nos vínculos constelados em campos histórica e culturalmente conformados. Sentir-se desvalorizado e diminuído ocorreria dentro de uma estrutura social que impacta emocionalmente as pessoas que, por sua vez, numa trama de inter-relações pessoais e culturais, responderiam de determinada maneira. Na verdade, uma questão sobre o estudo de Carreiro (2003) merece certo destaque: a pesquisadora retira a ideia de sofrimento social do âmbito laboral para pensar a adolescência. Cremos que a autora dá margem para pensar em outras dimensões da vida do jovem, como relacionamento com os pais, com figuras de autoridade, violência. Na verdade, observamos que Carreiro (2003) abre a possibilidade de pensarmos o sofrimento social como aquilo que decorre de

questões estruturais da sociedade contemporânea, e não somente de uma atividade, como o trabalho.

Assim sendo, recorremos a Veena Das (2006). Para a antropóloga, o sofrimento social deve ser pensado como uma experiência social, e não como um problema individual. Ela ultrapassa o conceito para abordar situações de falta de amparo em situações de adoecimento, violência e pobreza. Em coautoria, Kleinman, Das e Lock (1997) sugerem que o sofrimento social atingiria pessoas que, mesmo em países desenvolvidos, pertencem a camadas desfavorecidas da população.

Nesse momento, recordemos de Renault (2010, p. 238, tradução nossa):

No lado descritivo, certamente não é necessário desenvolver uma teoria social completa para identificar situações em que as instituições não estão realizando o seu papel e produzem frustração e sofrimento para os indivíduos. Também não é necessário, para descrever esse sofrimento, do ponto de vista de uma teoria *full-blown* da experiência social se o sofrimento social (ou uma nova forma de sofrimento) é reduzido a um "sintoma" de uma patologia social definida ao nível da ação social. Do lado normativo, parece possível a alegação de que um sofrimento estruturalmente produzido pelo contexto social é um grave obstáculo para a boa vida e autorrealização, sem introduzir a luta contra o sofrimento nos pressupostos normativos da vida social.

Percebemos que sofrimento social consiste em fenômeno socialmente produzido. Observa-se que as atividades humanas estariam entrelaçadas nesse fenômeno, o que não significa que o viver humano seja sinônimo de sofrimento.

Assim exposto, parece-nos que a maternidade, enquanto um acontecer humano contemporâneo, pode se associar a sofrimento social quando vivenciada em certas condições concretas de vida. Podemos propor a possibilidade de que, em uma sociedade que produz sofrimentos, a

maternidade possa ser vivida como sofrimento social, sendo transversal a classes sociais e concretamente situada. Apesar dos significativos avanços proporcionados pelo feminismo, a mulher segue sendo colocada como a melhor e única cuidadora do filho (Badinter, 2010/2011).

Na verdade, em estudo fenomenológico, Maux e Dutra (2009) expõem que a maternidade continua a ser vista como uma atividade exclusivamente feminina. Mais especificamente, os pesquisadores apontam que ainda persiste a ideia de que a mulher se realizaria em termos pessoais ao tornar-se mãe. Por sua vez, Cazanatto e Martta (2014) demonstram que o sofrimento materno estaria diretamente ligado ao sofrimento dos filhos. Langaro e Pretto (2015), em pesquisa existencialista, demonstram que a experiência de parentalidade, se for vivida como obrigatória, pode ser significada de maneira particularmente dolorosa.

Observamos que Das (2006), especialmente interessada em questões relacionadas à mulher, aponta que, na qualidade de sofrimento social, haveria uma estrutura sociocultural que definiria a maternidade como o *locus* no qual a mulher deveria investir seu desejo, como se tornar-se mãe fosse a única possibilidade de ser no mundo. Com isso em mente, não é em vão, do nosso ponto de vista, que alguns pesquisadores sugeriram que ocorre uma idealização da figura materna (Granato, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2011; Guerra et al., 2015; Moura, Santos & Ribeiro, 2015; Ribeiro, Perosa & Padovani, 2014). Recordando que o cuidado infantil normalmente é delegado à mulher-mãe<sup>4</sup>,

---

<sup>4</sup> Observando que a expressão “mulher-mãe” assume diferentes significados no texto de Badinter (2010/2011) e no doutorado de Corbett (2014), esclarecemos que esta última visa frisar que toda mãe é, antes de mais nada, uma pessoa. Na presente dissertação, usamos essa expressão nesse mesmo sentido, o que não significa, de modo algum, que discordemos



aventamos a possibilidade de que tal idealização serviria como uma escusa para que outras pessoas deixassem de se responsabilizar pelo cuidado dos bebês e crianças.

Na verdade, não encontramos nenhum estudo que articulasse explicitamente a maternidade como sofrimento social, exceto Fonseca (2011), que, em trabalho antropológico, demonstrou que existe uma crença socialmente compartilhada segundo a qual a maternidade somente seria verdadeira se se desse pela via da procriação propriamente dita. Mais especificamente, a pesquisadora propõe que a entrega de bebês para adoção estaria configurada, no Brasil contemporâneo, como uma experiência de dor, com claros contornos sociais, para a progenitora e para a mulher que adota.

Entretanto, devemos abalizar e reafirmar que mesmo quando o conceito de sofrimento social deixou de ser utilizado em muitos artigos, esta noção esteve implicitamente presente. Nesses casos, houve atenção à dimensão de sofrimento da mulher, mas não clara alusão aos determinantes sociais do sofrimento. Alguns exemplos de pesquisas desse tipo podem ser aqui lembrados. Devemos explicitar que estes estudos investigaram a experiência da maternidade em situações desfavoráveis nas quais os filhos se encontravam. Parece-nos que estes estudos sugerem que o sofrimento da mãe estaria diretamente ligado ao do filho. Definitivamente longe de dúvidas se tais afetos não causariam dores profundas e verdadeiras, devemos assinalar que nos questionamos, considerando nosso referencial teórico-metodológico, se a maternidade, como está configurada na sociedade brasileira contemporânea,

---

daquilo que a historiadora francesa quer criticar quando se refere à equação entre ser mulher e mãe.

não poderia ser em si mesma, em alguns momentos, geradora de ansiedades, mesmo no caso de filhos saudáveis. Assim sendo, Bezerra e Fraga (1996) demonstram que a hospitalização do filho pode provocar intenso sofrimento emocional na mãe. Castro e Piccinini (2004) e Tavares, Carvalho e Pelloso (2010) parecem concordar que a doença crônica da prole também gera sentimentos de tristeza profunda nas mães. Igualmente, Vasconcelos, Leite e Scochi (2006) sugerem que o fato do bebê nascer prematuramente mostrou-se uma experiência difícil e dolorosa para as mães. Moura, Santos e Ribeiro (2015), ao estudarem como mães de adolescentes com transtornos alimentares viveram o processo de cuidar delas, da gestação até os dois anos de idade, sugerem que as progenitoras sentiram dificuldades de ofertarem *holding* às suas filhas quando estas eram bebês, o que pode ter causado sentimentos de culpa nas mães. Guerra et al. (2015) também apontam que a mãe se sentiria culpada por seus filhos serem portadores de necessidades especiais. Além disso, Ribeiro, Perosa e Padovani (2014) relatam que mães de crianças que apresentam maior risco desenvolvimental se mostraram menos responsivas em situações lúdicas, o que levou os pesquisadores a sugerirem intervenções na díade mãe-criança para evitar atrasos do desenvolvimento.

## **Maternidade e feminismo**

Se a reprodução em si mesma corresponde a um fenômeno inegavelmente importante, na medida em que garante a continuidade das sociedades humanas, a gestação e o parto, que dependem do corpo feminino, são eventos biológicos fundamentais. Entretanto, após o nascimento, a sobrevivência dos bebês deixa de depender exclusivamente do organismo

feminino, valendo lembrar que não existe, no plano biológico, nenhuma forma de constrição no que diz respeito à amamentação, uma vez que o aleitamento pode ser feito por outras mulheres ou mesmo substituindo o seio por outros artefatos. Portanto, a partir do momento em que a criança nasce, defrontamos com arranjos que se forjam culturalmente para responder à necessidade de cuidados dos bebês e crianças.

A sociedade contemporânea ocidental organiza as práticas de cuidado infantojuvenil como responsabilidade praticamente exclusiva da mãe biológica (Granato & Aiello-Vaisberg, 2011, 2013, 2016). Tal prática resolve importantes problemas, derivados da condição de dependência da criança, mas não deixa de gerar inconvenientes que oneram a todos, mais particularmente às mulheres-mães, às crianças, aos adolescentes e às famílias.

Sabemos que muitos adotam posturas essencialistas de modo geral e particularmente com relação à mulher. Para esses, feminilidade define-se fundamental e naturalmente pela maternidade. Contudo, o que foi considerado como uma verdade veio a ser contestado, tendo em mente os posicionamentos que defendem a tese de que a feminilidade e a maternidade são construções sociais e históricas. Alguns textos de Elisabeth Badinter (1980/1985, 1986, 2010/2011) correspondem a uma das contribuições a sustentar essa ideia. Tal debate teórico diz respeito a uma questão que afeta a vida cotidiana de muitas pessoas e grupos sociais.

Cabe lembrar que, sob a vigência de imaginários coletivos essencialistas, temores e ansiedades específicos se desenvolvem, derivados

da crença de que a maternidade seria indispensável à realização pessoal da mulher (Badinter, 1986).

A fim de melhor delimitação do nosso problema de pesquisa, assinalamos que Rogoff (2003), baseando-se no referencial sociocultural, lembra que certa fração da literatura sobre desenvolvimento infantil parte do pressuposto de que o bebê, de maneira inata, estabelecerá um vínculo com um único cuidador primário, geralmente presumido como a mãe biológica. Sabemos, entretanto, que a ideia europeia de que a relação mãe-bebê seria universal corresponde apenas a uma possibilidade de organização social de cuidados de bebês. Assim sendo, tanto a noção da mulher-mãe como cuidadora primária quanto a de um apego natural à mãe revelam-se como conceitos de modelos teóricos que subestimam os contextos sociais dentro dos quais os vínculos se conformam.

Também podemos recorrer a Gottlieb (2012) que, em sua proposta por uma antropologia de bebês, descreve como uma tribo africana organiza-se quando um novo membro, o bebê, chega ao grupo. Ao reconhecerem a dependência do recém-nascido, outras pessoas, e não somente a mãe biológica, encarregam-se do cuidado. Nessa tribo, os laços sanguíneos não são negados, entretanto não são usados para responsabilizar os pais de modo exclusivo pelo bem-estar dos filhos. O estudo da antropóloga estadunidense nos leva a considerar criticamente a existência de muitas maneiras de lidar com as necessidades de bebês e de crianças de tal forma que o cuidado infantil não recaia exclusivamente sobre a genetriz. Ou seja, tal estudo reveste-se de importância, pois aponta que a família nuclear, formada pelo pai provedor financeiro e pela mãe cuidadora, e que prevalece no imaginário de muitos

grupos da nossa sociedade, corresponderia a apenas uma das inúmeras possibilidades humanas de arranjos familiares. Dessa forma, alertamos contra a utilização da natureza como álibi da cultura, pois se trata possivelmente de manobras de cunho ideológico.

Se estudos das ciências humanas demonstram que os diversos problemas humanos, entre os quais a necessidade de cuidados para a sobrevivência, o que é característico das crianças, possam ser solucionados de diferentes maneiras, mediante práticas sociais diversas, devemos ressaltar que a questão da atribuição desta tarefa à mãe biológica veio a ser tematizada, na sociedade contemporânea, pelo movimento feminista francês.

Interessadas no estudo do feminismo como perspectiva epistemológica e política, Narvaz e Koller (2006) divulgaram uma conhecida divisão em períodos que caracterizaria o movimento feminista. De acordo com tal visão, em seus primórdios, o movimento feminista objetivava principalmente denunciar as discriminações e opressões vividas pelas mulheres. Neste primeiro momento, a maternidade era compreendida como um defeito, algo que sempre colocaria a mulher sob a dominação masculina. Portanto, recusar a maternidade seria o caminho da libertação da mulher.

Na segunda fase desse movimento, por sua vez, a maternidade era entendida como um poder criador feminino a ser celebrado e, pelos homens, invejado. Esse segundo período buscava destacar e valorizar as diferenças entre o masculino e o feminino.

Na terceira fase, emergem debates sobre a importância das diferenças entre homens e mulheres, das alteridades, da diversidade. A partir daí,

abandona-se a discussão sobre o gênero feminino em prol da valorização das relações entre os gêneros. A reprodução humana em si, desse ponto de vista, não seria suficientemente forte para determinar o lugar social da mulher e da mãe.

Scavone (2001) aponta que a idealização da maternidade pode ser prejudicial à mulher. A partir das contribuições do feminismo, a maternidade pôde ser compreendida não como o destino obrigatório da mulher para sua realização pessoal, mas como fenômeno inserido em contextos históricos, culturais e políticos, que significariam o papel da mulher e da mãe numa sociedade androcêntrica.

Como exposto por Mattar e Diniz (2012), a maternidade, na qualidade de fenômeno social, pode ser vivenciada de diferentes maneiras pelas mulheres, pois muitas condições, como etnia, classe social e idade, situam a experiência das mulheres-mães. Dessa maneira, a mulher tanto pode se sentir gratificada e enriquecida por ser mãe quanto oprimida e excluída.

Com tais questões em mente, recordemos que, a partir do desenvolvimento de técnicas contraceptivas, a pílula anticoncepcional mostrou-se fundamental para a mudança da condição feminina na sociedade e para o controle da mulher sobre o próprio corpo. A partir do advento de métodos anticoncepcionais relativamente seguros, as mulheres, muitas vezes em comum acordo com seus parceiros, passaram a poder decidir se queriam ter filhos, quando teriam filhos e quantos filhos gostariam de ter, algo que alterou profundamente seu modo de vida. Sobre essa questão, Badinter (1986, p.199) reflete:

Quando as mulheres adquiriram o direito de não mais serem mães contra a vontade, rejubilaram-se com essa nova liberdade, tendo o sentimento de que era uma aquisição pessoal e íntima (...). Desligando a mulher da obrigação de gerar, explodiu pelos ares a equação milenar “mulher-mãe”, que era considerada como eterna, porque firmada no mais profundo da natureza biológica.

Em estudo mais recente, a mesma autora informa sobre as questões sociais acerca da reprodução:

Antes dos anos 1970, a criança era a consequência natural do casamento. Toda mulher apta a procriar o fazia sem muitas perguntas. A reprodução era ao mesmo tempo um instinto, um dever religioso e uma dívida a mais para com a sobrevivência da espécie. Era evidente que toda mulher “normal” desejava filhos (Badinter, 2010/2011, s.p.e.).

É claro que a possibilidade de utilização de métodos contraceptivos mais seguros mudou as taxas de natalidade na sociedade ocidental, de modo que em nosso país as mulheres têm optado por menos filhos, sendo que entre aquelas das camadas instruídas e mais abastadas que se profissionalizam, aumenta o número das que evitam a maternidade. Como admite Arendt (1958/2010), um dos eventos mais importantes em todas as sociedades humanas é a natalidade, ou seja, não cabe subestimar a importância da reprodução humana e do acolhimento e cuidado das novas gerações, motivo pelo qual as pesquisas sobre a maternidade são de fundamental importância. Mais especificamente, a contracepção segura, que confere uma liberdade de escolha anteriormente desconhecida pelas mulheres, não significa que a reprodução e o cuidado com as novas gerações tenham deixado de ser questões humanas fundamentais que merecem ser estudadas com vistas a não apenas compreender o que acontece no mundo de hoje, mas também com vistas a transformar a existência humana no sentido do incremento da

solidariedade, do respeito e do combate ao desamparado, à humilhação e à injustiça social



# Capítulo 2

---

## **Estratégias metodológicas**

Uma vez que esta dissertação está configurada como pesquisa psicanalítica, que objetiva o estudo da articulação entre maternidade e sofrimento social, pensamos ser importante que o capítulo metodológico atenda as seguintes demandas: a da introdução do uso do método psicanalítico na pesquisa qualitativa, a da explicitação dos principais conceitos utilizados e a descrição dos procedimentos investigativos por meio dos quais operacionalizamos o método. Procedemos ao cumprimento dessas tarefas tendo em vista facilitar o intercâmbio de ideias com pesquisadores que aderem a outros referenciais teórico-metodológicos, sabendo que o diálogo é possível, pois todos, apesar das diferenças, convergem no sentido de estarem empenhados na produção de conhecimento compreensivo sobre o ser humano. Deste modo, as seções deste capítulo estão, respectivamente, intituladas como: “Pesquisa Qualitativa com o Método Psicanalítico”, “Conceitos fundamentais”, “Conversas de *mommy bloggers* como material de pesquisa” e “Procedimentos Investigativos”.

## **Pesquisa qualitativa com o método psicanalítico**

Embora a psicanálise seja usualmente identificada como prática clínica ou como teoria, ela consiste, antes de tudo, em um método investigativo, como ensinou, entre nós, Fabio Herrmann (1979/2011). A dimensão metodológica apresenta-se como logicamente anterior à produção das teorias e à criação dos

procedimentos clínicos, seja para fins diagnósticos, seja terapêuticos. De modo nítido, podemos ler a própria definição de “psicanálise” naquele que é considerado como seu dicionário oficial:

Disciplina fundada por Freud e, na qual, com ele, podemos distinguir três níveis: A) Um método de investigação que consiste essencialmente na evidênciação de significado inconsciente das palavras, das ações, das produções imaginárias (sonhos, fantasmas, delírios) de um indivíduo. Este método baseia-se principalmente nas associações livres do indivíduo, que são a garantia da validade da interpretação. A interpretação psicanalítica pode estender-se a produções humanas para as quais se não dispõe de associações livres. B) um método psicoterapêutico baseado nesta investigação e especificado pela interpretação controlada da resistência, da transferência e do desejo. Com este sentido se relaciona o uso de psicanálise como sinônimo de tratamento psicanalítico; exemplo: começar uma psicanálise (ou uma análise). C) Um conjunto de teorias psicológicas e psicopatológicas em que são sistematizados os dados introduzidos pelo método psicanalítico de investigação e tratamento. (Laplanche e Pontalis, 1967, p. 495).

Em si mesmo, o método psicanalítico tem caráter intersubjetivo e se baseia na observância de uma atitude de abertura ao encontro com o outro, em estado de desapego a crenças e teorias previamente conhecidas. Conduz, por si mesmo, em termos de sua coerência interna, à elaboração de teorias dramáticas, relacionais e vinculares. Entretanto, certamente influenciado por sua formação médica, no ambiente germânico do final do século XIX, o criador do método optou por teorizar sempre em duas vertentes, uma clínico-dramática e outra metapsicológica, conforme apontou Politzer (1928/2004). Esta duplicidade mantém-se ao longo dos anos e atravessa, de algum modo, todo o movimento psicanalítico pós-freudiano, chegando a dar origem ao que foi identificado como diferentes paradigmas por Greenberg e Mitchell (1983).

Devemos salientar que o método psicanalítico é único. Diversos são os procedimentos e teorias que podem dele derivar. No que tange especificamente às modalidades de teorização, vale lembrar, no momento, que

entre os paradigmas abre-se um amplo leque de propostas mistas, caracterizadas como arranjos e acomodações entre os polos enérgico-pulsional e vincular-relacional (Greenberg & Mitchell, 1983).

De nossa parte, optamos por uma forma de teorização que divulgou, aprofundou e ampliou, na América Latina, a proposta politizeriana de uma psicologia concreta, que repudia criticamente a metapsicologia. Referimo-nos a algumas obras nas quais Bleger (1958/1988, 1963/1977, 1966) aprofunda, sistematiza e operacionaliza modos de investigação e prática clínica claramente dramáticos. Esta forma de produção de conhecimento adere totalmente ao método psicanalítico, mas não à teorização especulativa, a partir do uso de três conceitos fundamentais: conduta, campo de sentido afetivo-emocional e imaginário coletivo.

Considerando que toda investigação qualitativa visa produção de conhecimento compreensivo, seja qual for o referencial teórico-metodológico adotado, deparamo-nos com duas exigências: a da explicitação dos conceitos fundamentais, que subjazem ao desenho de pesquisa e que presidem necessariamente a discussão teorizante sobre os achados, e a da descrição dos procedimentos investigativos por meio dos quais se coloca em marcha. Por esta razão, buscaremos, a seguir, dar conta dessas duas tarefas.

## **Conceitos fundamentais**

Apresentaremos a seguir três conceitos da psicologia concreta que têm sido utilizados por alguns integrantes do Grupo de Pesquisa “Atenção Psicológica Clínica em Instituições: Prevenção e Intervenção”: conduta, campo

de sentido afetivo-emocional e imaginário coletivo. Seu poder heurístico tem sido demonstrado em várias produções, dentre as quais citamos Corbett, Ambrosio, Gallo-Belluzzo e Aiello-Vaisberg (2014), Granato e Aiello-Vaisberg (2013), Granato, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2011), e Pontes, Barcelos, Tachibana & Aiello-Vaisberg, (2010) <sup>5</sup>.

Em sua crítica aos fundamentos da psicologia, Politzer (1928/2004) propõe que a psicanálise deveria retornar à concretude dos fatos, ou seja, ao drama vivido pela pessoa:

Ora, o ato do indivíduo concreto é a *vida*, mas a vida singular do indivíduo singular, isto é, *a vida no sentido dramático do termo*. Essa singularidade também precisa ser definida de modo concreto e não do ponto de vista formal. O indivíduo é singular porque sua vida é singular e essa vida, por sua vez, só é singular pelo seu conteúdo: sua singularidade não é, pois, *qualitativa*, é *dramática* (Poltzer, 1928/2004, p. 67, grifos do autor).

Assim, na concepção politzeriana, a psicanálise dramática seria um contraponto às especulações metapsicológicas e ao reducionismo positivista. A noção de drama, inicialmente central na escrita de Bleger (1958/1988), mantém sua importância, mas é substituída pelo conceito de conduta que, vale notar, não se confunde com o *behavior* norte-americano, conforme pretendemos deixar claro a seguir.

Bleger (1963/1977), como leitor de Politzer, explicita que a conduta, que é o fenômeno abordado por todas as ciências, torna-se objeto de estudo da psicologia quando se tem em vista acercar-se de sua dimensão afetivo-emocional. Assim, concluímos que o drama politzeriano corresponde à

---

<sup>5</sup> O conjunto das investigações e publicações pode ser encontrado a partir do currículo da Professora Livre Docente Tânia Maria José Aiello-Vaisberg, na Plataforma Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4670585523085617>.

consideração da conduta em termos de seus sentidos subjetivos. Percebemos que a mudança terminológica de drama para conduta visa fundamentalmente atender a uma visão epistemológica que defende que todas as ciências humanas compartilham um único objeto de estudo, ou seja, o ser humano concreto.

A conduta, na proposta blegeriana, corresponde, portanto, a toda e qualquer manifestação humana – pretender tomá-la de forma abstrata é o que Politzer (1928/2004) e Bleger (1958/1988, 1966) criticam com veemência e rigor. Destarte, toda conduta deve ser estudada, nessa perspectiva, como fenômeno que se insere em contextos sociais, econômicos, culturais, históricos e geopolíticos. Nessa linha de pensamento, o sentido criado/encontrado interpretativamente pelo pesquisador-psicanalista concilia paradoxalmente dimensões individuais e coletivas.

Bleger (1963/1977) não apenas defendeu que a conduta seria o objeto de todas as ciências humanas, como cuidou de precisar que, em função de sua complexidade, deve ser considerada em termos de áreas de expressão e de âmbitos.

De acordo com Bleger (1963/1977), a conduta corresponderia a acontecimentos humanos que se expressam, sempre de forma coexistente, em três áreas: mental, corporal e de atuação no mundo externo. Podemos classificar a conduta como pertencente a alguma destas três áreas pela preponderância de uma delas em certo momento. A conduta também pode ser compreendida como coincidente ou contraditória. Uma conduta coincidente seria aquela que se daria de maneira relativamente equivalente nas três áreas

de expressão. Podemos pensar, como exemplo de conduta coincidente, numa *mommy blogger* : ela deseja escrever uma postagem num *blog* (área mental), ela se senta em frente ao computador para escrever (área corporal) e ela publica a postagem em seu *blog* (área de atuação no mundo externo). Uma conduta contraditória, por sua vez, pode ser sucessiva ou coexistente. A sucessiva seria aquela que acontece sucessivamente, podendo ocorrer na mesma área de expressão ou não. Por exemplo, desejar escrever algo num *blog* e, depois, esquecer-se dessa atividade. A conduta contraditória coexistente seria aquela marcada pela contradição, como, por exemplo, sentir simultaneamente rejeição e desejo de escrever uma postagem em um *blog*.

Assim, se nos voltarmos ao que se refere à amplitude do fenômeno, podemos compreender a conduta em virtude de três âmbitos: o do indivíduo, o sócio-dinâmico e o institucional, como práticas ou normas. O primeiro âmbito corresponde ao que inclui somente o indivíduo que, todavia, é sempre visto como ser vinculado aos demais. O segundo foca o estudo nas relações grupais, tomadas unitariamente. O terceiro, por sua vez, foca as interações entre grupos e instituições.

No que tange aos âmbitos, Bleger (1963/1977) assevera que, na perspectiva da psicologia psicanalítica concreta, o que define se uma psicologia configura-se como individual ou social é a forma de estudar o fenômeno em questão. A psicologia psicanalítica concreta pode e deve estudar tanto a conduta de indivíduos como a de coletivos, sejam estes pequenos grupos, comunidades ou instituições e práticas sociais, distinguindo-se de outras ciências pelo fato de abordá-los em busca de compreensão de sentidos afetivo-emocionais. As contribuições de Goldmann (1974), decorrentes de sua

pesquisa sobre criação cultural e que coincidem com a visão blegeriana, levaram-no a definir com precisão a existência de sujeitos coletivos.

Se articularmos, deste modo, a ideia de personalidade coletiva e as considerações blegerianas, o estudo psicanalítico de postagens sobre a depressão pós-parto coloca-se em firme solo, afinado teórica e metodologicamente.

Toda conduta apresenta um significado, mesmo quando este permanece oculto, enigmático e desconhecido. Considerá-la como acontecer inter-humano inevitavelmente carregado de sentido corresponde ao pressuposto fundamental do método e das teorias da psicanálise (Aiello-Vaisberg, 1999).

A psicologia psicanalítica concreta, interessada na dimensão dramática do viver humano, aborda as condutas como emergentes de campos, por nós denominados de campos de sentido afetivo-emocional, entendidos como substratos afetivo-emocionais subjacentes às condutas. Como definiu Ambrosio (2013, p. 55) em sua tese de doutorado:

Compreendemos por campos de sentido afetivo-emocional um conjunto de regras - crenças, ideias, sentimentos, pensamentos, valores - que operam tanto de modo consciente como não consciente em todas as manifestações humanas. Seriam a matéria originária, a essência e o fundamento sustentador das condutas humanas.

Devemos frisar que não abordamos os campos de sentido afetivo-emocional como algo que exista independentemente do ponto de vista ontológico. Na verdade, os campos são paradoxalmente criados/encontrados, ou seja, interpretados. Tal afirmativa demarca tanto o nosso posicionamento teórico-metodológico como a nossa compreensão acerca do caráter vincular

dos fenômenos humanos. Os campos de sentido afetivo-emocional não existem previamente à experiência, mas, na verdade, são tecidos nos encontros humanos. Além disso, os campos de sentido afetivo-emocional subjazem às condutas ao mesmo tempo em que, num movimento dialético, estas produzem novos campos. Sobre esse tipo de pesquisa, que investiga campos de sentido afetivo-emocional, Cia, Ambrosio e Aiello-Vaisberg (2013, p. 1560) comentam que “podemos notar que nos aproximamos das manifestações presentes na vida concreta das pessoas, produzidas por elas e inseridas contextualizadamente em suas histórias”.

Ainda objetivando maior precisão terminológica e conceitual, continuamos a buscar respaldo em Ambrosio (2013, p.56):

Sendo o substrato afetivo-emocional das condutas, os campos devem ser compreendidos como “regiões” habitadas em determinados momentos. Essa caracterização espacial permite-nos, ao mesmo tempo, realizar uma aproximação à dramática humana e considerar a existência de uma infinidade de mundos possíveis sendo povoados, alguns com mais permanência que outros.

Assim, não compreendemos os campos de sentido afetivo-emocional como um conjunto de projeções exteriorizadas de uma mente sob a ação da repressão. Portanto, o material da pesquisa psicanalítica não é algo que brotaria da interioridade individual do participante, mas aquilo que se dá no encontro entre o participante e o pesquisador-psicanalista. Por este motivo, esta pesquisa coloca-se sob a égide de um paradigma intersubjetivo (Greenberg & Mitchell, 1983). O campo de sentido afetivo-emocional corresponde, portanto, à interpretação do pesquisador-psicanalista acerca do que se passa no “entre” pesquisador e participante, e jamais “no interior”



psíquico deste. Trabalhamos no “entre” exatamente porque o campo se constela nas interações entre pessoas, entre grupos e entre comunidades, práticas e instituições. Sobre isso, Ambrosio e Aiello-Vaisberg (2014, p. 131) comentam:

Os campos de sentido afetivo-emocional apresentam caráter inconsciente, não no sentido do recalado freudiano, mas na medida em que são concebidos, à moda fenomenológica, como pré-reflexivos. Como sabemos, o inconsciente recalado surge como noção, na teorização freudiana, no contexto da postulação de um aparelho psíquico. Este corresponde a um modelo especulativamente concebido, cujo caráter é notavelmente abstrato.

E continuam:

Ora, é exatamente contra esta *démarche* que se coloca Politzer (1928), criticando pioneiramente seu caráter reducionista, mediante o qual o humano seria grosseiramente objetivado. Por outro lado, o filósofo não deixou de reconhecer que o criador da metapsicologia lançou fundamentos que possibilitam compreender o acontecer humano em primeira pessoa, ou seja, como vida, que não é pura biologia, mas experiência humana.

Ao saber que as condutas emergem dos campos de sentido afetivo-emocional, passemos ao conceito de imaginário coletivo, que foi desenvolvido a partir do conceito de conduta, conforme definido por Bleger (1963/1977). Devemos ressaltar que partimos de uma concepção de homem que, em sua condição de ser criativo, seria motivado principalmente por aspectos afetivo-emocionais, sem esquecer que uma pessoa pode ser concebida como integrante de uma personalidade coletiva.

Para melhor precisão terminológica, valemo-nos ainda da tese de Ambrosio (2013, p. 32), na qual os imaginários coletivos são definidos “como um conjunto de produções ideofetivas coletivas, que se constituem como condutas”. Tachibana (2011, p.49), por sua vez, em sua tese, explicita que “os imaginários coletivos se constituem como mundos compartilhados”.

Mais especificamente, o conceito de imaginário coletivo foi forjado como um substituto do conceito psicanalítico de representações sociais. Na verdade, o conceito de imaginário coletivo demonstra-se útil para iluminar diversas situações humanas, como, por exemplo, o imaginário coletivo de estudantes sobre dificuldades sexuais (Corbett, Ambrosio, Gallo-Belluzzo e Aiello-Vaisberg, 2010), o imaginário coletivo de enfermeiras sobre o cuidado materno (Granato, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2011) e o imaginário coletivo de adolescentes sobre a gravidez precoce (Pontes, Barcelos, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2010).

De maneira mais ampla, o conceito de representação social se tornou cada vez mais utilizado para estudar e discutir a dimensão cognitiva dos fenômenos humanos. De maneira mais ampla, o conceito de imaginário coletivo abarca a dimensão cognitiva e inclui também a afetiva. Por este motivo, veio a ser abandonado por Aiello-Vaisberg (1999), que o utilizou em sua pesquisa de livre docência. Assim, sendo o nosso interesse a dimensão afetiva e emocional do fenômeno humano, recordemos que o conceito de imaginário foi tecido a partir do conceito de conduta (Bleger,1963/1977). Ou seja, imaginários coletivos não abrangem somente atividades imaginativas, mas fenômenos mentais, corporais e de atuação no mundo externo. Assim sendo, pesquisar psicanaliticamente imaginários coletivos consiste em identificar produções imaginativas e chegar interpretativamente aos determinantes afetivo-emocionais não conscientes das condutas de indivíduos e coletivos.

## **Conversas de *mommy bloggers* como material de pesquisa**

Sabemos que assuntos relacionados à maternidade estiveram presentes em diálogos entre mulheres ao longo do tempo, pois se constituem como acontecimentos significativos em suas vidas. Entretanto, com o avanço da tecnologia, as conversas deixaram de ocorrer apenas em âmbitos privados para terem lugar na internet, cujo conteúdo configura-se predominantemente de modo público. Dessa forma, no espaço virtual, as pessoas expõem suas experiências não somente a amigos íntimos, mas também a pessoas desconhecidas, que podem estar distantes sob variados pontos de vista, inclusive geográficos.

Um *blog*, contração de *weblog*, tem sido descrito como uma página *online*, no qual o autor, o *blogger*, pode contar suas experiências e perspectivas. O *display* das postagens, ou *posts*, sucede-se em ordem cronológica inversa, de modo que a postagem mais recente aparece primeiramente no site e a mais antiga aparece no final da página, sendo que os *posts* podem ser comentados por outros internautas.

Tais dispositivos têm sido usados para apresentar vários assuntos. Deparamo-nos, assim, com inúmeros tópicos, tais como política, religião, artes, bem como sobre a experiência de ser mãe de filhos com fibrose cística, ser mãe com filhos que sofrem câncer, e de sofrer depressão pós-parto (Lopez, 2009; Prescott, Gray, Smith & McDonagh, 2015).

Em estudo empírico, Pettigrew, Archer e Harrigan (2015) indicam que muitas mães vêm utilizando *blogs* como uma maneira de lidar com aquilo que denominam estresse associado às tarefas parentais. Assim, hoje em dia existe

uma denominação específica para designar o uso de *blogs* por mães: *mommy blogging*. Como diz Lopez (2009), as *mommy bloggers* invadiram a blogosfera – termo utilizado para referir-se à totalidade de *blogs* na internet. Crosby (2011, p.36, tradução nossa) explicita:

Estes *blogs* compartilham em primeira mão histórias de mães que documentam os desafios e as recompensas da maternidade contemporânea. Conhecidos como "*mommy blogs*", estes fóruns *online* muitas vezes discutem as experiências cotidianas de mães, mas, mais significativamente, muitos agem como um canal expressivo de apoio, frustrações e informações escritos por mulheres e para mulheres.

Em estudo psicanalítico, Braga (2009) investigou um diário e *blogs* escritos por adolescentes. Assinalando a riqueza dos dispositivos *online* como material para pesquisas, a pesquisadora ressalva, em sua tese de doutorado, que *blogs* não devem ser tomados como equivalente aos diários íntimos. Nesses últimos, o conteúdo seria mantido oculto e estritamente pessoal. Em contrapartida, o *blogger* que posta uma mensagem na *web* está disponibilizando sua narrativa para outros internautas, num movimento que enseja compartilhamento. Mesmo que Braga (2009) tenha tecido sua pesquisa com *blogs* escritos por aqueles que se identificam como adolescentes, percebemos certas semelhanças com os *mommy blogs*. A pesquisadora caracteriza tais sites:

Há uma abundância de cores, imagens e fotos, o que permite ao autor do *blog* uma personalização de sua página, como uma espécie de *bricolage*. Inclusive foi criada uma linguagem característica compartilhada pelos adolescentes para a escrita nos *blogs* (ou mesmo em e-mails, no Orkut ou no MSN-Messenger), como letras maiúsculas ou minúsculas terem significados diferentes, acentuações como expressões de emoções, com repetição de pontos de exclamação ou de interrogação - !!! ou ??? - que reforçam a emoção, e os *emoticons*, as "carinhas" (☺. ☹), a fim de que a pessoa do outro lado da tela entenda os sentimentos de quem escreve (p. 80, grifos da autora).

E continua:

Ademais, a escrita em *blogs* permite que os internautas comentem sobre o que foi escrito, tornando uma comunicação viável, embora as pessoas que leem os *blogs* dos adolescentes frequentemente não são os amigos da escola ou familiares. Normalmente, os comentaristas não convivem fisicamente com o blogueiro, convivem apenas na esfera virtual. O blogueiro está, de certa forma, exposto ao público, mas não precisa conviver com as pessoas. Muitos privilegiam o anonimato na rede (p. 80, grifos da autora).

A possibilidade de encontrar apoio emocional para as grandes mudanças que a maternidade impõe à vida talvez seja algo que motive as mulheres-mães a se engajarem na tarefa de blogar. Se considerarmos que a família extensa poderia dividir o cuidado infantil entre seus membros, na família nuclear, por sua vez, tal tarefa seria praticamente exclusiva da progenitora, que muitas vezes se encontra sozinha para lidar com a dependência do bebê. Dada tal configuração familiar, a possibilidade da mulher-mãe de conversar com outras pessoas que se encontram em situações semelhantes mostra-se como altamente relevante para ler e/ou escrever *blogs* (Crosby, 2011; Morrison, 2010, Pettigrew, Archer & Harrigan, 2015; Webb & Lee, 2011).

Nesse momento, devemos nos lembrar de Hunter (2015), que valendo-se metodologicamente da análise textual, expôs que há certa polêmica, estabelecida em duas diferentes visões, sobre os *mommy blogs*. Se por um lado essa atividade seria criticável, pois glorifica as minúcias da vida cotidiana, limitada a eventos considerados por muitas pessoas como pouco significativos, por outro, é entendida como uma manifestação que contribui para a transformação da vida das mulheres, já que podem publicar histórias honestas de suas vidas, num movimento que vai contra a ideia de que ser mãe é fácil.

Outros pesquisadores que se debruçam sobre *mommy blogs*, utilizando diferentes referenciais metodológicos, parecem concordar que existe tal antagonismo, o que pode ampliar nossa compreensão sobre o fato (DiPrince, 2012; Lopez, 2009; Morrison, 2010; Webb & Lee, 2011). De um lado, há aqueles que veem os *blogs* como um mero sucedâneo de atividades. De outro, posição à qual nos alinhamos, temos uma visão que, sem desconhecer que necessidades afetivo-emocionais podem estar sendo atendidas pelo ato de blogar, não deixa de reconhecer que *mommy blogging* pode estar configurado como um ato socialmente transformador da vida privada.

Nesse momento, cabe lembrar um acontecimento muito significativo que se passou em San Jose, California, no ano de 2005, comunicado por Lopez (2009), que relata, entre outras questões, sobre a *BlogHer Conference*, um evento que reuniu mais de trezentas blogueiras. A pesquisadora informa que uma conferencista disse que se as mulheres não blogassem sobre si mesmas e seus filhos, poderiam mudar o mundo. Deveriam, na verdade, escrever sobre o que os homens normalmente escrevem em seus próprios *blogs*. As *mommy bloggers* presentes ficaram pessoalmente ofendidas com a sugestão. Lopez (2009) diz que Alice Bradley, outra participante do evento que escreve um *blog* sobre maternidade, respondeu: “*Mommy blogging* é um ato radical”. Cabe, neste momento, lembrarmos que Di Prince (2012) informa que *mommy blogs* configuram-se como um espaço retórico que combina linguagem corajosa com tecnologia, criando uma expressão desafiadora.

Pensamos que o uso de certos termos, como radical, corajosa e desafiadora, para designar a atividade de blogar, poderia ser questionado. Alinhando-nos à ideia de que *mommy blogging* seria algo que pode contribuir

para a transformação da vida social das mulheres-mães, o fato de *mommy bloggers* escreverem sobre o que elas vivem, sobre seus dramas, num movimento que vai contra a imagem idealizada da mãe e que enseja compartilhamento, pode ser compreendido como radical (DiPrince, 2012; Lopez, 2009; Webb & Lee, 2011).

Ao estudar *lesbian mommy blogs*, Hunter (2015) avança a possibilidade de que uma questão tende a despertar o interesse das mulheres-mães por *mommy blogs* em geral: na escrita desses transparece a honestidade da blogueira. Se a maternidade pode ser idealizada por alguns meios de comunicação - televisão e revistas, por exemplo - nos *blogs*, em geral, isso ocorreria de forma oposta. Em consonância com as ideias de Hunter (2015), DiPrince (2012) demonstra que a ideia central ao redor da qual estes *blogs* se organizam é a de que “Eu não sou uma mãe perfeita”. Lopez (2009), por sua vez, discorre:

*Mommy bloggers* estão criando uma imagem diferente da maternidade com o que vemos na mídia. Em vez da visão da mãe amorosa, vemos mulheres que estão desgastadas pelas demandas de seu bebê recém-nascido, que não têm ideia do que fazer quando seu filho fica doente, que sofrem depressão pós-parto e cujos hormônios estão incontrolavelmente enraivecidos (p. 732, tradução nossa).

Assim sendo, norteados pela literatura, podemos notar que os *blogs* configuram-se como profícuo material para investigações científicas. Nesse período de transição social, observamos que as pessoas lançam mão de dispositivos *on-line* para conversarem sobre seus dramas, aqui incluídas as *mommy bloggers* que dialogam sobre depressão pós-parto.

Como as pesquisas evidenciam que a experiência da maternidade, na sociedade ocidental contemporânea, pode vincular-se a sofrimentos

emocionais, o estudo do imaginário coletivo sobre a maternidade, que se vale metodologicamente de narrativas sobre depressão pós-parto, pode conformar-se como ímpar e estratégico para melhor compreendermos a maternidade como sofrimento social.

## **Procedimentos investigativos**

O método psicanalítico foi operacionalizado, na presente pesquisa, em termos dos seguintes procedimentos investigativos: procedimento investigativo de levantamento e seleção de postagens, procedimento investigativo de registro do material e procedimento investigativo de interpretação do material. O desenho da pesquisa complementa-se com o procedimento de interlocuções reflexivas no qual se suspende o uso do método psicanalítico, como exporemos a seguir.

Temos optado pela distinção de procedimentos considerando que, se o método psicanalítico é único, como forma geral de produção de conhecimento sobre a conduta e seus determinantes não conscientes, não negligenciamos o fato de que se concretiza mediante procedimentos diferenciados, segundo o contexto em que esteja sendo utilizado. Certamente, mesmo quando o método é fielmente observado, realiza-se diversamente na clínica, em enquadres clássico ou diferenciado, ou na pesquisa.

Há, ainda, outra questão a considerar. Quando psicanalistas clínicos se encontram em congressos, compartilham uma formação comum, mesmo que se filiem a diferentes escolas de pensamento. Isso, evidentemente, pode facilitar a comunicação de resultados de pesquisa feita com o método



psicanalítico, de modo que a explicitação dos procedimentos pode ser útil, mas não indispensável. Diversa é a nossa situação, interessados em dialogar com pesquisadores que aderem a diversos referenciais metodológicos. Neste segundo caso, a explicitação pode corresponder à iniciativa que contribui para a criação de condições de intercâmbio de ideias com autores que utilizam outras orientações teórico-metodológicas, algo que, como pesquisadores das ciências humanas, consideramos absolutamente relevante.

Assim sendo, os próximos parágrafos explicam como trabalhamos nesta investigação e, ao mesmo tempo, definem em que consiste cada um dos passos procedimentais.

Para cumprir o procedimento investigativo de levantamento e seleção de postagens, realizamos levantamentos no Google, atualmente o maior site de consultas gerais disponível, utilizando os seguintes critérios de seleção das postagens:

- 1) Postagens escritas por internautas que se identificam como mães;
- 2) Postagens provenientes de *blogs* brasileiros;
- 3) Postagens que tematizassem manifestamente a depressão pós-parto.

Se as razões que presidem o estabelecimento dos dois primeiros critérios são bastante evidentes, dado o objetivo da pesquisa e nosso interesse em produzir conhecimento que embase práticas clínicas e debates sobre a

questão em nosso país, o terceiro critério exige a apresentação de uma justificativa. Esta se prende, primariamente, a um fato: a existência na internet de um volumoso material produzido por mães, que abarca múltiplas questões. Por este motivo, quando utilizamos o termo depressão pós-parto, obtivemos um afunilamento precioso, dado o interesse em estudar a associação entre maternidade e sofrimento social.

Contudo, devemos justificar o uso desse expediente tendo em vista o não comprometimento do rigor investigativo, o que nos exigirá um volteio, que procuraremos fazer de modo rápido.

Nossa opção inspirou-se na ideia de procedimentos encobertos de pesquisa, que consistem na enunciação, ao participante, de um interesse que não coincide exatamente com o objetivo investigativo (Aiello-Vaisberg, 1995). Recordemos que as pessoas não têm acesso aos determinantes inconscientes de seus pensamentos e sentimentos, o que deve ser levado em conta ao realizarmos pesquisas que objetivem focalizar a dimensão afetivo-emocional da conduta. Assim sendo, os procedimentos encobertos configuram-se como indispensáveis, quando sabemos que uma pergunta direta evocaria respostas racionais ou politicamente corretas, de caráter defensivo.

Da nossa parte, inspiramo-nos na ideia de procedimentos encobertos para fazer o levantamento de postagens a partir do uso do termo “depressão pós-parto blogs” a fim chegarmos a postagens que pudessem focalizar situações de sofrimento de mulheres-mães. Ou seja, valemo-nos da depressão pós-parto como artifício metodológico para investigar a articulação entre maternidade e sofrimento.

Esperando ter justificado de forma satisfatória a busca de postagens que tematizavam manifestamente a depressão pós-parto, cabe prosseguir lembrando que na medida em que íamos coletando as primeiras postagens que surgiam no Google, nós as levávamos para o grupo de pesquisa a fim de serem discutidas à luz das regras que fundamentam o método psicanalítico, ou seja, a atenção flutuante e a associação livre. Ao percebermos que as postagens selecionadas seriam suficientes para nosso propósito investigativo, segundo o escopo de um mestrado, cessamos tal coleta.

A fim de elucidarmos como chegamos às postagens, expomos ao leitor que, inicialmente, usamos o descritor "depressão pós-parto blogs" no Google em abril de 2015. Selecionamos as 30 primeiras postagens, tendo em mente que eram as mais acessadas - o Google dispõe os resultados da busca em ordem decrescente de acesso. Após a leitura de todas as postagens, selecionamos somente aquelas escritas por internautas que se identificam como mães, o que resultou em 17 postagens. Num terceiro momento, ficamos com somente aquelas que expunham a experiência da mãe em sofrer depressão pós-parto, sobrando sete postagens, que foram utilizadas nesta pesquisa.

O procedimento investigativo de registro do material constituiu-se pela transcrição das postagens tal como surgiram *on-line*, o que apresentaremos no próximo capítulo. Entretanto, tivemos o cuidado de alterar os nomes das internautas, de seus filhos e maridos, bem como de profissionais citados. Tomamos esta atitude para preservar o anonimato, mesmo nos encontrando diante de manifestações voluntariamente publicadas pelas autoras.

Esclarecemos o procedimento investigativo de interpretação do material

remetendo-nos a Herrmann (1979/2001), cujas recomendações, ou palavras-de-ordem, podem ser tomadas como guia para a interpretação psicanalítica do material: “deixar que surja”, “tomar em consideração” e “completar a configuração de sentido emergente”. “Deixar que surja” corresponde a permitir-se impressionar emocionalmente; “tomar em consideração” nos remete ao que se destacou, permitindo o surgimento de associações livres de ideias e a emergência de emoções; “completar a configuração de sentido” corresponde a captar e completar o sentido afetivo-emocional criado e encontrado, que nos leva à definição dos campos subjacentes às manifestações. Como vemos, tais palavras-de-ordem repousam sobre a inunção do cultivo da atenção flutuante e da livre associação de ideias, estas últimas inevitavelmente carregadas de significado afetivo.

Completamos o desenho da pesquisa com o procedimento investigativo de interlocuções reflexivas, correspondentes a uma retomada das interpretações, ou seja, dos campos de sentido afetivo-emocional criados/encontrados, à luz do pensamento de outros autores, cujas contribuições podem ampliar nossa compreensão. Nesta fase do estudo, abandonamos a atenção flutuante e a associação livre para realizar um trabalho intelectual de pensar e discutir nossos achados de pesquisa que se fez instaurando diálogos com pesquisadores da psicologia, da psicanálise e de outras ciências humanas. Corbett (2014) informa sobre este ponto:

A interlocução reflexiva, procedimento investigativo que tem lugar após a produção interpretativa dos campos de sentido afetivo-emocional, consiste em um trabalho diverso daquele realizado a partir do uso do método psicanalítico. Trata-se de um processo de examinar ideias e teorias que possam iluminar os achados do estudo, a partir da interlocução com autores que admitam a importância da dimensão afetivo-emocional, nem sempre consciente, na determinação das condutas humanas e do próprio pensamento teorizante, das convicções e da experiência do pesquisador (Corbett, 2014, p. 69).

A autora faz, portanto, um alerta, ao lembrar que este momento não é exatamente igual aos primeiros. Nesses, o pesquisador era convidado a manter uma postura de abertura de pensamentos e sentimentos perante o acontecer estudado:

Isso não significa que pretendamos nos afastar da perspectiva dramática em direção a especulações abstratas e distanciadas do acontecer inter-humano, mas que este último procedimento investigativo envolve um distanciamento mínimo em relação ao acontecer vincular estudado que seja suficiente para a inclusão de reflexões e diálogos com outros autores (Corbett, 2014, p. 69).

Compreendemos o procedimento investigativo de interlocuções reflexivas como fundamental na realização de pesquisas qualitativas que se estruturam ao redor do uso do método psicanalítico, mesmo que a associação livre e atenção flutuante estejam suspensas neste momento. Diferentemente do que ocorre na clínica, onde visamos beneficiar o paciente, estamos aqui interessados na produção de conhecimento, o que não pode ocorrer sem articulação teorizante das interpretações, mesmo que não ultrapassemos um limite muito próximo do que poderíamos denominar teorias locais.

# Capítulo 3

---

## Postagens selecionadas

Neste capítulo, apresentaremos as sete postagens selecionadas a partir dos critérios estabelecidos, cada uma proveniente de um *blog* diferente.

Ainda que as postagens correspondam a material voluntariamente disponibilizado por suas autoras, consideramos desejável o cuidado ético de manter o anonimato das *mommy bloggers*, de seus familiares e de profissionais citados nas postagens. Assim, considerando legítimo contemplar aquilo que sensibiliza, como objeto de *self*, o pesquisador, permitimo-nos substituir os nomes de pessoas pelos de bailarinas e bailarinos das tradições inglesa e russa. Seguimos, desse modo, prática adotada por Granato (2000, 2004) quando usou nomes de flores para designar os participantes de suas pesquisas. Além disso, omitimos datas e endereços dos sites. Para fins de organização do material, nomeamos a primeira postagem como P1, a segunda como P2 e assim sucessivamente. Devemos ressaltar que não fizemos nenhuma alteração nas postagens, seja gramatical, seja de conteúdo.

## P1

*Difícil começar esse texto.*

*Há tempos ensaio colocar em palavras tantos sentimentos ainda presentes em meu peito.*

*Expor um momento mágico, único, da mais absoluta felicidade com minha filha em meus braços e, sim, com muitos momentos de tristeza presentes, não é nada fácil.*

*Eu tive Depressão Pós Parto (DPP).*

*Tema tabu. Preconceito. Fragilidade. Frescura. Falta de Deus no coração. Negação. Choro. Medo. Rejeição. Tantos mas taaantos julgamentos que já vivi e li (seja na internet e, até, em grupos de “apoio” materno que participei) que fazem com que hoje, após quase 3 anos da minha alta, eu tenha coragem de me expor.*

*Hoje sei o quanto a Depressão é hormonal, social e psicológica (e, dizem, hereditária).*

*Sim, eu vivi a minha dor. E também vivi as superações deste processo.*

*Fui diagnosticada ainda na Maternidade com DPP. Como?*

*Eu tive crise de pânico quando me deram alta. Sim, pânico!*

*E o medo não ficou restrito à maternidade!*

*Pergunta se eu queria sair de casa? Se tinha coragem de dirigir?*

*Nunca em minha vida tinha sentido tanto medo!*

*E, além de medo: tristeza.*

*Tristeza por não me reconhecer, por não conseguir lutar!*

*E chorava... pensando que minha filha não merecia ter uma mãe triste. Que não havia motivo para aquela tristeza e prostração constante.*

*Por que eu?!? Por que?!?! Como?!!!*

*Eu sempre ativa, dona do meu próprio nariz!!*

*Além dos hormônios, a culpa de não ter conseguido amamentar a Catarina agravou meu quadro. Esta é uma ferida ainda aberta... poucos foram os dias dela em meu peito... Ah! Como eu queria ter vivido intensamente esse vínculo!!*

*A mamoplastia, juntamente com a língua presa da Catarina, dificultou o processo.*

*Me culpava por ter feito a cirurgia. Meu pensamento era que a Catarina seria uma criança muito doente por seu sistema imunológico ser mais “fraco” (na realidade li e ouvi isso muitas vezes). A língua presa dela nem era considerada à época... Enfim, apenas algumas marcas da minha maternagem, gravadas em minha memória.*

*Se você algum dia conhecer alguém com Depressão Pós Parto, sabe o que ela precisará de você? Colo. Ajuda. Uma pessoa desprovida de julgamento constante. Compreensão Amor.*

*No auge da minha depressão, eu não queria falar com ninguém. Não queria me expor. Me sentia frágil; muito frágil.*

*Muitas vezes eu não atendia as ligações – tanto da família como de amigos.*

*O mundo era apenas eu, Catarina e Igor. Qualquer outra pessoa além de nós me irritava.*

*Uma amiga em especial conseguiu quebrar esta barreira que impus.*



*Ela me ligava toda semana, independentemente se eu atendia ou não; se havia retornado ou não os recados deixados. Nunca me cobrou de não tê-la atendido e tinha seu eterno tom de carinho ao falar, ouvir e me apoiar.*

*Hoje acho que ela foi meu contato “externo” com a Alina de outrora.*

*Igor: Meu marido foi minha base. Meu tudo. Ele me apoiou, foi atrás de uma terapeuta/psiquiatra para mim.*

*Foi a 1ª pessoa a me olhar nos olhos e falar: “Alina, eu e Catarina precisamos de você bem! Precisamos de ajuda e preciso que você se ajude para que eu também o possa fazer. Há muitas pessoas que te querem bem, acredite!”.*

*Em seus braços chorei inúmeras vezes pela fraqueza emocional que me afligia.*

*Na minha Depressão tive a certeza que escolhi a melhor pessoa para ser meu companheiro e pai da minha filha.*

*Foram quase cinco meses em que o Igor se desdobrou entre trabalho e me apoiar a qualquer hora. Para todas as consultas, para tudo o que tínhamos o que fazer, ele quem dirigia. E à ele, meu eterno agradecimento e reverência.*

*Eu consegui sair para dirigir quando Catarina estava com quase 5 meses. Isso mesmo: CINCO meses! A surpresa da minha terapeuta ao me ver sozinha, com a Catarina, dando a novidade, me fez chorar, também. Enquanto eu dirigia eu chorava – de medo. De vontade de superar tantas barreiras... Conversava com a Catarina no carro, pedindo a ela para não chorar, pra me apoiar.*

*Naquele momento comecei a resgatar a Alina de sempre.*

*Quase 10 meses após o nascimento da Catarina, tive alta.*

*Mesmo assim, acho que demorei uns dois anos para me reequilibrar.*

*Por muito tempo eu não podia ver um bebê pequeno na rua que eu chorava. Segurar um bebê também me fazia chorar.*

*Motivo? Tenho poucas lembranças dos primeiros meses de vida da Catarina.*

*Ainda me entristeço sim... mas tenho que seguir adiante.*

*E o Segundinho (a)?*

*Hoje, 3 anos depois, penso sim em dar um(a) irmão (a) para a Catarina.*

*Na realidade, ela vem pedindo há tempos uma irmã (com nome já decidido por ela!).*

*Mas não nego... tenho medo! MUITO medo!*

*E quando não se tem algum medo nessa vida?*

*... Bora viver!!*

## P2

Nos três primeiros meses após o nascimento do Ivan eu me perguntava, quase todo santo dia: Será que um dia esse pesadelo irá acabar? E toda vez que esse questionamento passava pela minha cabeça, de bate-pronto também vinha um sentimento enorme de culpa. Afinal, eu tinha acabado de ter um bebê, deveria me sentir a pessoa mais feliz e abençoada da face da terra, mas não era bem assim que as coisas estavam acontecendo.

Algumas poucas vezes, criei coragem, e meio em tom de confissão, aos prantos, também fiz essa pergunta para o meu marido, que numa das situações chegou a chorar junto comigo, o que me fez perceber que algo realmente não ia bem. E era comigo.

Logo que o Ivan nasceu, eu tive problemas para amamentá-lo (já comentado aqui), depois ele começou a apresentar os sintomas da sua APLV (também já contado aqui) e tudo isso virou uma enorme bola de neve na minha vida de recém mãe. Assim, em vez de eu curtir a chegada da coisinha mais fofa e mais esperada do mundo, eu só sofria. Primeiro, eu me perguntava dia e noite por que não conseguia amamentar da forma que eu havia planejado e, depois, me questionava, também dia e noite, o que o Ivan tinha que ele sofria tanto, chorava tanto e continuava sem conseguir mamar (dentre outras tantas coisas que comentei no post da APLV).

Para completar esse quadro desesperador, o Ivan nasceu no início do inverno. Quer dizer, não no início oficial do inverno, mas quando o frio realmente chegou. Assim, meus primeiros dias com ele em casa foram gelados, com pouco sol e sem poder sair. E logo depois, um mês após o nascimento dele, a minha mãe, que estava aqui me dando uma ajuda, também teve que ir embora (ela mora em outro estado). Bom, me vi sozinha, perdida, insegura, cheia de dúvidas, com minha intuição martelando que havia algo de errado com o Ivan (só descobrimos a APLV quando ele já tinha quase 3 meses) e, ainda

por cima, em pleno inverno, sem nem conseguir ver o sol direito ou andar na rua para tomar um ar (quando estou para baixo, essas são coisas que PRECISO fazer).

No meio dessa situação toda resolvi buscar na internet mais informações sobre depressão pós-parto. Já tinha ouvido falar, já tinha lido algumas coisas a respeito, mas ainda era bem “crua” nesse assunto. Mas se ele existia, se ela podia atingir um número significativo de mães, ela também podia estar acontecendo comigo. Afinal, ninguém está livre.

Lendo sobre esse problema, que não é tão raro, descobri algumas coisas:

É comum a mulher apresentar uma certa tristeza e irritabilidade no pós-parto (devido a cansaço, descarga hormonal, etc...). Essa tristeza costuma iniciar três dias após o nascimento do bebê, atingir seu ponto máximo no quinto dia e, por fim, diminuir e cessar até o décimo ou décimo quinto dia (ou, no máximo, até três semanas). Essa tristeza comum é conhecida por Blues Post Partum ou Baby Blues. Já quando se trata de um quadro que pode vir a ser diagnosticado como depressão, essa tristeza, em vez de diminuir, tende a aumentar com o passar do tempo, durando semanas ou até meses, transformando significativamente a vida dessa mãe e podendo levar até ao descaso com o bebê ou ao suicídio.

De acordo com estatísticas americanas, de 10 a 15% das mulheres apresentam quadros de depressão pós-parto (e não apenas a tristeza comum que é normal acontecer a parturiente). Mulher com história de depressão no passado, seja relacionada ou não com o parto, ou depressão durante a gravidez (quadro menos frequente, mas também possível) está mais sujeita a desenvolver transtornos depressivos. Alguns fatos, por exemplo gravidez não desejada ou não planejada,

*causam aumento do estresse ao longo da gestão e podem contribuir para o aparecimento do problema*

*Bom, como a minha tristeza perdurava por mais de duas semanas, resolvi pesquisar mais e ler sobre os sintomas que essa doença poderia apresentar. Encontrei em diversas fonte, mais ou menos o seguinte:*

*Alguns sintomas são completamente opostos, mas é exatamente isso. Em algumas mulheres eles se apresentam de uma forma, em outras de outra. No final de cada frase, entre parênteses, relato o que eu senti.*

*Sensação de que não vale viver e de que nada de bom vem pela frente (não cheguei a sentir que não valia a pena viver, mas tinha a impressão de que aquele quadro, do mal estar do Ivan, não iria passar nunca). Tristeza constante, especialmente na parte da manhã e/ou à noite (me sentia triste várias vezes ao dia). Sensação de culpa e de responsabilidade por tudo (culpa não, responsabilidade, sim). Irritabilidade e falta de paciência com parceiro e filhos (tive muitos momentos de irritação).*

*Choro constante (não chegou a ser constante, mas chorei bastante). Exaustão permanente, acompanhada de insônia (exaustão sim, insônia não). Incapacidade de se divertir (sim, eu só tinha o problema do Ivan em mente, enquanto ele não melhorasse eu sentia que não iria conseguir fazer nada). Perda de bom humor (sim). Sensação de não conseguir lidar com as circunstâncias da vida (sim). Enorme ansiedade em relação ao bebê e busca constante por garantias, por parte de profissionais de saúde, de que ele está bem (sim). Preocupação com própria saúde, possivelmente acompanhada pelo temor de ter alguma doença grave (não). Falta de concentração (sim. Totalmente). Sensação de que o bebê é um estranho e não seu próprio filho (não). Falta de libido (até o terceiro mês). Aumento ou diminuição de apetite (diminuição, no meu caso). Sensação de que chegou ao fim da linha e incapacidade de sair*

*dessa situação (cheguei a sentir isso algumas vezes). Zelo excessivo com o bebê (sim). Incapacidade ou falta de vontade/desejo de cuidar do bebê (definitivamente, não)*

*Hoje, enquanto pesquiso novamente sobre esse assunto e paro para pensar e escrever a respeito, duas coisas passam pela minha cabeça:*

*Quando li toda essa lista de sintomas, lá no meio do desespero, vi que eu apresentava vários deles, entretanto, o que para mim parecia ser o mais marcante de todos – incapacidade ou falta de vontade/desejo de cuidar do bebê – eu não apresentava. Assim sendo, na época, pensei que não era nada e não fui atrás de ajuda. Afinal, eu cuidava do meu bebê e então não poderia ser depressão. Mas depois de chegarmos até esse ponto da leitura sabemos que não é bem assim. Quadros de depressão pós-parto podem justamente apresentar o sintoma oposto – zelo em excesso – e esse eu tinha. Vendo por esse ponto de vista, volto a cogitar que sim, talvez eu tenha tido uma depressão pós-parto não identificada.*

*Por outro lado, meu quadro de desespero máximo com a situação do Ivan e com o que eu vinha vivendo durou exatos três meses. Depois disso, as coisas foram tomando o seu lugar. Com quase três meses descobrimos o seu problema, que era a grande fonte do meu desespero (APLV) e pudemos tratá-lo. Aos poucos, ele foi melhorando e eu fui voltando a viver. Quando o Ivan fez seis meses, outro marco na sua vida, com introdução de sólidos e mais melhora no seu quadro, eu também fui me libertando daquela tensão. Hoje, apesar dele ainda apresentar alguns altos e baixos, vivemos uma situação absolutamente normal, sem grandes desesperos. Vendo dessa forma, posso dizer que não cheguei a ter uma depressão pós-parto, mas apenas uma tristeza aguda, consequência de ver meu bebê, semana após semana, sofrendo com um problema que não era identificado nem tratado.*

*Onde eu quero chegar com tudo isso? Quero chegar ao ponto que depressão pós-parto existe, faz sofrer e pode levar à morte (sim, alguns casos chegam à suicídio). Assim, se você tem algum ou vários dos sintomas que eu apresentei acima, e nenhuma situação real que possa justificar esse quadro, é melhor você procurar ajuda.*

*Em suma, até hoje, não sei se tive ou não tive depressão pós-parto. E, sinceramente, nem me importa saber. Depressão pós-parto não é algo que se deva ter vergonha, esconder, ocultar. Não é uma fraqueza e nem um erro. Não é uma falha. É simplesmente algo que acontece e que precisa de tratamento (caso não regrida naturalmente dentro de algumas semanas ou poucos meses).*

*Então, se você está lendo esse post e está com dúvidas se você está ou não com depressão pós-parto, converse com algum profissional que possa orientá-la: seu ginecologista, um terapeuta, um psicólogo,...*

*Porque a resposta não importa mais no meu caso, que já estou ótima, vivendo a minha vida normalmente, mas para quem ainda está vivendo essa tristeza, qualquer ajuda é muito bem vinda. Mais do que isso, NECESSÁRIA.*

### P3

Aquele deveria ser o dia mais feliz da minha vida. Afinal eu estava carregando meu príncipe, com quem tanto sonhei por nove meses, para o nosso lar. No hospital, onde me senti em uma cadeia, presa por dois dias que mais pareceram 2 anos, era difícil me concentrar na tarefa de ser mãe. Eu olhava aquelas mães experientes, exalando amor e confiança, trocando fralda e amamentando, como se tivessem feito aquilo a vida toda. Olhando para seus filhos como se eles fossem o centro do universo. E era exatamente assim que devia ser.

Mas não foi, pelo menos não para mim.

Cheguei em casa exausta, pois não dormia há 48h, ou seriam 72h? Não me lembro bem, acho que depois das primeiras 12h sem dormir nada mais fazia sentido para mim, eu me sentia um zumbi. A primeira coisa que quis fazer, assim que cheguei em casa, foi tomar um longo banho. Entrar no banheiro era como me sentir fora da prisão, de volta ao meu lar, onde eu podia sentar no box e chorar todas as lágrimas que segurei para parecer forte diante das outras mães.

Eu queria ficar eternamente embaixo do chuveiro, mas logo uma voz me lembrou da minha obrigação atual:

-Vem amamentar seu filho, ele está chorando e com fome – gritou meu esposo do lado de fora.

Meu filho. Essa frase teimava em se repetir no meu subconsciente.  
Mas por que eu não me sentia mãe?

Eu desliguei o chuveiro, me vesti e fui para o quarto. Um bebê todo vermelho, de tanto chorar, se contorcia na cama. Cheguei perto e me lembrei de tudo: eu era mãe, ele precisava de mim. Mas eu também precisava de alguém. Me dei conta que eu não era mais filha, eu era



mãe e precisava ser mãe para ele. Com muita dificuldade ele mamava, mas eu insistia e prometia que não iria desistir, aliás, como minha mãe frisava: mulher nasce para ser mãe.

Nem todas, eu pensava com os meus botões.

Quando todos iam embora eu chorava. Ficar sozinha com meu filho era algo que me amedrontava. Não sei bem por que. Lembrei dos muitos artigos que li durante a gravidez. Sempre torci a cara para os que falavam de baby-blues e depressão pós-parto. Não entrava na minha cabeça como uma mulher poderia negar cuidar do próprio filho, ou se sentir incapaz de fazê-lo. Como uma mulher pode rejeitar um ser que habitou seu ventre? Isso era inconcebível. Lembrei dos programas que eu assistia sobre a chegada do bebê. Lembrava do sorriso da mãe, feliz ao relatar como se sentia apaixonada por aquele novo integrante da família. Lembrei dos muitos relatos que lia pelos blogs, onde as mães relatavam sentir o maior e imenso amor do mundo, e que nada se comparava a esse amor. Mas por que eu não me sentia feliz? Por que eu me sentia no meio de um furacão, prestes a ser levada?

Tentava ser forte, mas quando as visitas chegavam eu não conseguia controlar. As lágrimas desciam sem que eu pudesse impedir, mas eu não conseguia falar o que estava sentindo. Eu me sentia a pior mãe do mundo. O tempo todo me questionava se a adaptação também teria sido difícil para a Ivete Sangalo, ou Gisele Bündchen. Eu também queria parecer perfeita. Prometi que não daria declarações no blog, de como estava sendo difícil a adaptação para mim. Eu não queria ser a louca-maníaca-depressiva que tem medo de cuidar do filho.

Quando minha mãe falava que precisava sair, eu agarrava o braço dela e implorava para não me deixar sozinha com o James. Não sei por que, mas com ela por perto tudo parecia ser mais fácil. Eu perguntava de segundos em segundos como ela conseguiu aguentar

tudo aquilo quando eu era bebê? Como ela teria lidado com a avalanche que é a adaptação após ter um bebê. Ela me respondia que era fácil. E isso piorava tudo. Eu começava a achar que ficaria louca lidando com tanta responsabilidade e mudança.

Eu perguntava se os dias iriam passar voando, se eu ia me acostumar a ficar sem dormir, mas as minhas perguntas não tinham respostas.

Não com a rapidez que eu desejava.

Quando enfim ficávamos só eu e meu esposo em casa, eu desabava.

Na frente dele eu não precisava fingir ser forte. Eu chorava, pedia para tudo voltar a ser como era antes. Pensava que jamais retomaria minha vida, jamais teria tempo para namorar com ele, jamais assistiria um filme, ou iria ao cinema ficar de mãos dadas, como costumávamos fazer. Ele sorria, e dizia que eu era a melhor mãe do mundo. Aquilo mexia comigo, eu sabia que era a maior mentira do mundo, isso sim. Eu estava acabada, não conseguia amamentar todas as vezes, me recusava a dar banho no meu filho, não gostava de pensar na hipótese de ficar sozinha com ele, e mesmo assim meu marido sabia como acalmar as coisas e me fazer sentir melhor. Pra ele era fácil, eu pensava. Não era ele que servia somente como um par de peitos para satisfazer a fome do filho. Era assim que me sentia. No início.

Logo deixei de julgar aquelas mães. Aquelas que pertenciam a minoria, que chegavam em casa com seus filhos e se sentiam amedrontadas, sem saber o motivo de tanto pânico. Eu era como elas, mesmo que eu custasse a aceitar que estava entrando em depressão, porque tentava criar um padrão para a maternidade perfeita. Olhei para meu filho pela enésima vez no dia. Eu não conseguia sentir aquele amor arrebatador que todas as mulheres diziam sentir, mas eu sentia que ele era meu. Ele era único. Ninguém no mundo chorava como ele. Quando ele enterrava o rostinho no meu seio para mamar, era como se o mundo fosse só nós dois, e

nada mais importasse. Eu comecei a perceber que talvez tudo aquilo estivesse sendo difícil pra ele também. Durante 40 semanas, ele esteve em um lugar fechado, quente e cheio de líquido, com um cordão ligado a mim, quando foi arrancado para viver em um mundo cheio de espaço, onde ele sentia o vazio e precisava aprender a sugar para sobreviver. Ele foi separado de mim, e deixou de ouvir seu som preferido, que o acalmava e confortava todos os dias: a batida do meu coração. Devia ser muito difícil pra ele também. Ele me escolheu pra ser mãe dele. Mesmo que no início eu não me sentisse mãe. Ele me escolheu. Aquelas palavras não saíam da minha cabeça. Percebi que tudo era difícil para nós dois.

Ainda passei 3 longas semanas chorando embaixo do chuveiro, me sentindo a pior mãe do mundo. Parei de pensar nas mães felizes e sorridentes das fotos nos livros e comerciais. Cada um vive a maternidade de um jeito totalmente diferente. Eu não tinha mais o modelo do bebê perfeito ou da mãe perfeita. O meu filho era perfeito e eu era perfeita pra ele. Nos completávamos. Aos poucos, as lágrimas embaixo do chuveiro deram espaço ao sorriso. Um sorriso de um pequeno bebê de 50cm tinha um extremo poder enigmático que eu jamais imaginaria. Eu decidi não me esconder no chuveiro. Decidi falar sobre meus medos, dúvidas e sentimentos. Minha família me ajudou muito, me escutando. Eu não precisava esconder a verdade e me camuflar pensando ser a mãe perfeita. E depois de 3 semanas me apaixonei novamente. Senti o amor mais arrebatador do mundo. Aquele que a pessoa sabe que é para sempre. Deixei de criar expectativas. Não existe o bebê perfeito. Existem bebês únicos. E o James era único.

Nossa experiência juntos também seria única. E assim passei a aproveitar mais nossos momentos juntos, mesmo que essa experiência fosse uma crise de cólicas às 3:00 da madrugada.

*Quando o baby-blues acabou, a maternidade passou a ser uma experiência maravilhosa. Tão maravilhosa que 3 meses depois eu já pensava em ter outro filho (minha mãe diz que agora sim eu estou ficando louca).*

#### P4

*Faz tempo que eu estou para escrever esse post. Desde antes de começar com esse blog, para falar a verdade. Desde o Rocking Diapers.*

*Confesso que quando terminei de escrever bateu aquela insegurança de colocar no ar, afinal, são milhares de pessoas que leem o blog todos os dias e quer queira ou não, estou me expondo bastante. Mas daí lembrei dos pedidos para que eu falasse sobre isso por aqui e também, de que meu objetivo com o blog é exatamente esse: compartilhar experiências. Pode ajudar alguém, certo?*

*Hoje eu vejo que ainda não tinha escrito não por vergonha, ou por não me sentir confortável para falar do assunto e sim, porque ainda não tinha a compreensão das coisas que tenho nos dias atuais. E porque o post é longo também.*

*Para que eu consiga manter o raciocínio ao escrever esse post, vamos partir das seguintes premissas.*

*Primeiramente é bom deixar claro que esse é um relato pessoal e muito sincero de como as coisas aconteceram comigo. Eu não sei nem se eu chamaria o que eu tive de depressão pós parto. Acho que eu chamaria de impacto da maternidade.*

*Dos sintomas descritos aqui, eu tive os seguintes: Sensação de culpa e de responsabilidade por tudo; Choro constante; Incapacidade de se divertir; Perda do bom humor; Sensação de não conseguir lidar com as circunstâncias da vida; Enorme ansiedade em relação ao bebê; Falta de concentração e dificuldade para tomar decisões; Perda de peso e dores de cabeça*

*A maioria das pessoas tem um julgamento muito errôneo do que é a depressão (seja pós-parto ou não). É preciso entender que não é uma escolha “ah, legal, acho que vou ter depressão”. Essa doença pode ter*

causas hormonais, genéticas ou estar ligada à acontecimentos na vida da pessoa ou até traumas de infância. O intuito do post não é dar explicações científicas, já que isso podemos buscar na internet ou ler na Veja. Só achei importante mencionar esse julgamento errado (e muitas vezes velado) que as pessoas fazem sobre quem tem ou teve depressão.

Não se sabe ao certo o que desencadeia a depressão pós-parto, mas de acordo com um estudo, realizado na Universidade da Califórnia, nos Estados Unidos, essa depressão pode ser causada por uma falha de um receptor no cérebro. Sentir isso é normal e mais comum do que você imagina. A maioria das pessoas apenas não gosta de falar ou prefere não admitir, justamente pelos julgamentos errados pelos quais terá que passar, ao admitir a doença.

Eu sempre fui uma pessoa muito, muito ansiosa. Sempre tive aquela ânsia de acertar, de fazer melhor, de agradar, de que tudo saísse perfeito. E sempre sofria a cada vez que a vida me mostrava que as coisas não são como a gente quer. Agora você imagine uma pessoa ansiosa assim dentro do contexto da maternidade. Obviamente eu era uma ótima candidata à depressão pós parto.

Quando você fala em depressão pós parto, muita gente pensa numa mãe que está rejeitando seu bebê. Vi um vídeo sobre DPP esses dias dizendo que era uma raiva, uma ira contida dentro da mãe... Oi? Olha, pelo menos comigo, a DPP nada teve a ver com rejeitar a minha filha, pelo contrário. Eu dedicava todo o meu amor e todas as minhas forças só para ela. Tanto que esqueci de mim mesma.

*Como tudo aconteceu comigo*

No final da gestação eu me lembro de ter sentido uma necessidade de quietude, de ficar no meu cantinho, de me resguardar. Fiquei bem melancólica, mas era um sentimento bom, na época. Era uma nostalgia gostosa, daquelas de poesia.

A Natalia nasceu com muita saúde e tudo correu como eu esperava, em relação ao parto. Voltamos para casa e ali começou a minha jornada, como mãe.

Lembro que chegamos e a Natalia estava dormindo no bebê conforto. Eu, muito ativa como sempre, tratei de ir arrumar o que estava fora do lugar, colocar as roupas pra lavar, ver o que íamos ter para o jantar, enfim. Segui nossa rotina normalmente.

Passaram-se duas horas e a Natalia continuava dormindo. Eis que de repente me deu um click: “meu Deus, ela está dormindo até agora, sem mamar, sem trocar a fralda, eu esqueci dela, coitadinha, meu Deus!”. E chorei. Chorei. Chorei.

Esse foi o exato momento em que eu caí na real. O exato momento em que percebi que agora eu tinha uma pessoa que dependia de mim para absolutamente tudo e que eu teria que continuar exercendo minhas outras funções de mulher, esposa, profissional e ao mesmo tempo, e acima de tudo, as de mãe.

Ali percebi a condição definitiva em que eu me encontrava. E senti um peso enorme em cima dos meus ombros. Era uma escolha que eu tinha feito, mas ainda assim, uma responsabilidade muito grande, que de repente se apresenta para você.

Acho que esse foi o meu Baby Blues. Foram cinco dias assim, muito emotiva, chorando por tudo, de alegria, de medo, de frustração, enfim. Quem já teve Baby Blues sabe. E passou.

Meus avós faleceram, de morte natural, os dois no mesmo dia (história linda, apesar de triste) quando a Natalia tinha uns 15 dias. O sonho da minha avó era ser bisá, e ela morreu antes de conhecer a primeira neta. Isso me abalou bastante. Lembro que as pessoas perguntaram como eu estava e meu pai disse “acho que ela está com depressão pós-parto”. Logo meus parentes disseram: “nossa, mas ela

*não está contente com a filha? ela está rejeitando a Natalia?” ...*

*Novamente, as pessoas julgam sem saber.*

*Na amamentação tudo ia relativamente bem, meu marido me ajudava bastante e eu estava me saindo muito bem para uma mãe de primeira viagem. Eu me dedicava exclusivamente e 24h para o meu bebê e estava orgulhosa por estar conseguindo ser aquela “super mãe” que eu queria ser, e olha só, sem ajuda de ninguém. Eu, ingenuamente, pensava.*

*Passei praticamente os quarenta dias do resguardo cuidando da Natalia e da casa sozinha. Minha sogra ligava, minha cunhada, minha mãe, minhas amigas, e eu sempre dizia que não precisava se incomodar, que eu estava dando conta de tudo. Capaz que eu ia precisar de ajuda né gente?*

*Eu simplesmente não conseguia imaginar ir dormir no meio da tarde ou tomar um banho mais demorado e deixar minha filha com outra pessoa. Isso pra mim era impossível, naquela época. Eu não conseguia. Eu precisava estar ali, sempre, e ainda conseguir fazer as coisas que eu fazia antes. Eu me impus isso de uma forma que nem eu entendo hoje em dia. Era uma cobrança pessoal muito cruel mesmo.*

*Deixei de fazer as pequenas coisas das quais eu gostava, como ouvir música, ler um livro, assistir um seriado, escrever no blog. Tudo porque eu precisava me dedicar exclusivamente à minha filha. Era o que eu sentia, totalmente equivocada, na época.*

*Meu leite começou a diminuir e então me dei conta de que eu não estava me alimentando direito. Tinha dias em que comia duas torradas com chá. Juro. Claro que não dava tempo de comer, pois eu cuidava sozinha de um bebê recém nascido e mantinha a casa impecável. E aí me dei conta de que eu não estava bem. Que eu estava dando conta sim, da minha filha e da minha casa, mas não de mim. Eu tinha esquecido completamente de mim. Não ligava, não me*



*importava se eu estava sem dormir ou sem comer, porque afinal, minha filha estava sendo muito, muito bem cuidada. Na minha cabeça era somente isso que importava. E aos olhos dos outros eu parecia muito feliz e segura das minhas atitudes.*

*Um momento muito marcante para mim foi quando um dia, olhei para o meu marido e vi que ele seguia sua vida normalmente, sem maiores mudanças na sua rotina e me senti totalmente excluída. Ali percebi que eu não tinha mais a minha rotina, a minha vida de antes, e o principal, a minha liberdade de ir e vir a hora que quisesse e para onde quisesse. Quando isso se materializou na minha frente, aí veio minha depressão e acho que até crises de pânico eu tive.*

*Nesse momento também eu conheci aquela coisa chamada “culpa de mãe”. Eu senti culpa por sentir falta da minha vida e da minha liberdade, sendo que eu tinha um bebê lindo e saudável ali nos meus braços, uma benção. Parecia que eu era uma ingrata.*

*Hoje eu sei que isso é perfeitamente normal e não é porque você é ruim ou ingrata que sente isso. Você é um ser humano, oras. A sua vida muda, vira de cabeça pra baixo e você tem que se adaptar num piscar de olhos? Claro que não! Sentir falta da sua vida de antes é ok, é normal. Não há nada para se culpar aí.*

*Você é um ser humano, lembre-se. Ter se tornado mãe não anula sua condição de pessoa que tem sentimentos e necessidades. Ter isso em mente é muito importante.*

*A gente pensa que ser mãe é não sentir mais certas coisas ou abdicar de nós mesmas, mas não é. Isso até pode funcionar por algum tempo, mas depois a gente cai e cai feio. Experiência própria.*

*Eu comecei então a sentir um medo terrível de ficar sozinha com a Natalia e ela chorar. Sim, eu tinha medo dela chorar. Como se ela chorar fosse sei lá, algo gravíssimo e desesperador. Meu marido saía*

*para trabalhar comigo aos prantos dizendo “eu não quero ficar sozinha...”.*

*Aí enfim chamei minha mãe. Coisa que eu deveria ter feito muito antes.*

*Ela veio e me ajudou MUITO. Fazia canja pra mim, me lembrava de comer (!), me ajudava com o serviço da casa, levantava à noite para atender a Natalia para que eu pudesse dormir, era minha companhia para conversar e tomar um chá. Eu já não me sentia tão sozinha e perdida. Mas ainda sim, me sentia deprimida. Sentia falta de sair, de ver a vida acontecer, de ver pessoas. Sentia falta do meu trabalho, sentia falta de mim.*

*Quando minha mãe veio da primeira vez, ficou onze dias direto conosco. E eu fui ficando dependente da presença e da companhia dela. A cada vez que ela ia embora, eu chorava como se não houvesse amanhã. Ter ela ali comigo, me ajudando com a Natalia, era meu porto seguro. Eu não me sentia triste ou com medo com ela aqui.*

*Foram três meses nessa rotina. Ela vinha, ficava quase uma semana na nossa casa, ia embora, ficava dois dias na casa dela e voltava. Eu sentia que quando ela estava com a gente, eu podia respirar, caso contrário, sentia como se estivesse me afogando em alto mar.*

*Minha mãe percebeu que eu tinha ficado dependente dela e achou que, como a Natalia já ia fazer quatro meses, já era hora de eu assumir totalmente o meu papel, de enfrentar os meus medos. E com isso ela foi diminuindo suas vindas aqui.*

*Eu ligava desesperada, chorava e ela se mantinha firme. Na época eu achava que ela estava sendo carrasca comigo, mas hoje eu vejo que não. Ela estava me dando limites, estava sendo mãe.*

*No primeiro dia que passei sabendo que minha mãe não viria mais com tanta frequência, como antes, eu me adaptei. Olhei para a*

Natalia e disse: “Somos nós duas agora, eu e você. E tudo vai dar certo”. E deu.

Passou o medo, passou o pânico, passou a melancolia e eu fui aprendendo a ser mãe. E acima de tudo, fui aprendendo a incluir a Natalia na nossa rotina e não ao contrário.

As lições que eu tirei dessa minha experiência com a depressão pós-parto e o início da maternidade foram:

Não idealize. Não existe um modelo de mãe a ser seguido, que seja garantia de sucesso. Na maternidade, nada é previsível nem garantido. Tenha apenas uma certeza: você está fazendo o seu melhor.

Aceite ajuda. Se sua sogra quiser te visitar e ajudar com a louça suja na pia, deixe. Se sua amiga quer te visitar e ficar um pouco com seu bebê para que você possa tomar um banho de mais de três minutos, deixe. Se o seu marido quiser contratar uma diarista, deixe. Se permita ser ajudada. Você não será menos mãe ou menos mulher por isso, pelo contrário. As pessoas se oferecem para ajudar porque querem ajudar, porque sabem que qualquer mãozinha será bem vinda para que tem um bebezinho pequeno em casa.

Cuide-se. Posso garantir que a gente cuida muito melhor de um filho se estamos bem consigo mesmas, bem de saúde, bem alimentadas e mentalmente descansadas. Não esqueça de você, como pessoa, como mulher. Você é mãe mas continua tendo unhas, cabelo e pele. Ter um tempinho para você mesma só faz bem, se você sentir essa necessidade.

Tenha paciência, dê tempo ao tempo. O bebê é um novo integrante da família e com isso uma nova rotina irá se estabelecer baseada nas necessidades dele. Mas depois as coisas vão se ajeitando. Não tenha pressa para que tudo passe a funcionar como antes, isso leva um

*tempo. Tudo aquilo que nos parece difícil no começo, passamos a tirar de letra depois.*

*Não se culpe. Você não deixou de ter sentimentos e emoções próprias só porque se tornou mãe. É normal se sentir frustrada, perdida, irritada, triste, cansada. É normal sentir falta da liberdade de antes. Liberte-se dessas culpas que não agregam nada de bom na nossa vida. Pegue mais leve com você mesma.*

*Saia mais para passear com seu bebê. Eu sei que sair com bebê pequeno é complicado, mas tente sair mais de casa, ir passear. Eu quase não saí nos primeiros meses e me arrependo muito. Vá dar uma volta no parque, na casa de uma amiga, dar uma volta no shopping. Acompanhada ou sozinha mesmo.*

*Procure ter companhia. Seja da sogra, da sua mãe, de uma amiga ou amigo, do seu irmão, do seu marido. Mesmo que tenha que ser por telefone, por e-mail. Conversar, principalmente nesse início da nossa jornada como mãe, é essencial para não se sentir sozinha, para desabafar, para não pirar e para se sentir parte do mundo ainda.*

*Procurar ajuda profissional pode ser bom também, tudo depende da intensidade dos seus sintomas de depressão pós-parto. Muitos casos necessitam de medicamentos ou terapia. Converse com seu médico e juntos analisem o que pode ser feito.*

*Esqueça um pouco sua casa. Se ela não estiver impecável, não faz mal. Você está deixando a limpeza e organização de lado por um motivo muito nobre, o seu bebê. Não se cobre tanto nesse sentido.*

*Saiba que tudo passa. São fases, temos que passar por elas e obstáculos nós enfrentamos todos os dias da nossa vida. Encontre a sua força, aquela lá dentro de você. Na maternidade estamos constantemente aprendendo, apanhando, tentando fazer diferente. E é isso que faz a vida valer a pena. Além claro, daquela pessoa especial que você colocou no mundo :)*

*Eu passei pela depressão pós-parto, a venci, tenho orgulho disso e a cada dia que passa compreendo um pouquinho mais o que é ser mãe.*

*Mas o aprendizado, assim como o amor, nunca, nunca acaba. ♥*

## P5

Faz uma hora que eu soube dessa notícia e até agora não consegui parar de chorar. Mãe de um bebê de seis meses, Anastácia estava sofrendo de depressão pós parto e se jogou da janela do apartamento em que morava. E porquê isso mexeu tanto comigo? Eu também tive depressão pós parto, e ao ler a reportagem tudo o que senti durante aqueles longos meses voltou.

Meu choro é de dor por saber exatamente o que ela sentiu, por ter lembrado de todos os dias em que tudo parecia sem perspectiva, sem sentido, pesado demais, doído demais. Por lembrar de toda a culpa que senti ao me achar fraca por não conseguir sair da situação, por não estar dando pulos de alegria no que deveria ser o momento mais feliz da minha vida. Por isso, resolvi escrever esse post.

A depressão pós parto é uma doença, muito mais comum do que se imagina. A mulher sente uma tristeza muito forte, profunda, chora “sem motivo”, tudo parece cinza e sem graça. Parece simples, passageiro, bobagem, mas não é. Quem passa por isso sabe o quanto é difícil aceitar que se tem depressão, já que ela é vista como uma fraqueza pelos outros, que acham que um pouco de força de vontade é o suficiente pra “sair dessa”. Mas pra quem está vivendo isso, é impossível enxergar uma saída.

Eu me sentia incapaz de cuidar do Andrei, chorava dia e noite, sentia raiva, muita raiva. Achava que nunca mais ia sair de casa, que minha vida tinha acabado, que só ia ser dali pra pior. Sentia culpa por meu filho ter uma mãe assim, vergonha de ser tão fraca a ponto de não conseguir “sacudir a poeira e dar a volta por cima”.

Infelizmente as pessoas próximas, por mais que te amem e tenham boa vontade, dificilmente conseguem entender e perceber que é um caso de depressão pós parto. O mais comum é achar que a mãe está cansada pela falta de sono, assustada com a nova responsabilidade,

*triste por causa dos hormônios, mas que já já isso passa. Quantas e quantas vezes eu escutei que o que eu sentia ia passar logo, que eu estava exagerando, que tinha que estar feliz por ter um filho saudável e não com essa besteira de tristeza sem motivo.*

*Entendo que não é por mal que se fala isso, mas também entendo que é quase um dever das pessoas próximas se informar, ajudar a nova mãe a passar por isso, a procurar ajuda especializada, a não deixar chegar a esse ponto que chegou pra essa mãe. Não é só o bebê que precisa de colo, a mãe também. E você, que está pra ter bebê ou é mãe recente, não precisa ficar assustada ou com medo. Só saiba que essa doença existe, mas tem cura e muitas formas de evitar o sofrimento. Leia, se informe, converse com seu médico, com suas amigas e seu companheiro. É importantíssimo que esse assunto deixe de ser um tabu e passe a ser tratado de forma aberta, para que quem sofre de depressão sintá-se apoiado, e não envergonhado.*

*Por isso eu alerto, peço, imploro, pra você que leu esse texto até aqui: não menospreze a tristeza de uma mulher que teve filho há pouco tempo, não ache absurdo ou coisa da sua cabeça, procure ajuda pra ela! Pegue-a pela mão, se for preciso, e leve ao médico, ao psiquiatra. É muito, muito melhor pecar pelo excesso do que esperar passar... Porque às vezes não passa, e aí temos um triste fim como esse.*

*Acho muito importante que as mulheres tenham conhecimento sobre a depressão pós-parto, mesmo as que ainda não são mães. Passar por uma depressão pós parto, depois de desejar e lutar para ter um filho, é uma situação que nenhuma mulher espera, mas infelizmente é algo cada vez mais comum, queria eu ter lido mais informação sobre isso antes do nascimento da minha filha. Se tivesse mais conhecimento e também, se tivesse acreditado, que isso também poderia acontecer comigo, com certeza não teria passado por tudo que passei.*

*É uma fase que vc esperou muito e imaginou que teria a maior felicidade que já imaginou sentir, mas porque não está sendo? Por que essa tristeza ou essa 'não' felicidade?*

*Após o parto a mulher passa por uma revolução hormonal e é normal passar por uma fase em que o emocional fica muito sensível, a chamada baby blues, nessa fase a mulher tende a ter mudanças de humor, se sentir mais triste, irritada, frágil e ansiosa. Só que esta fase é transitória e dura alguns dias, em torno de 15 dias. Já a depressão pós-parto não passa, esses sentimentos permanecem e vão piorando com o passar dos dias.*

*Existe um tipo de depressão pós-parto mais séria, em que a mãe rejeita o bebê, e também outros distúrbios que podem se desencadear com o parto como síndrome do pânico. O tipo de depressão pós parto mais comum, pelo que já li, é a que desperta sentimentos de tristeza, falta de felicidade, ansiedade, insegurança, fragilidade, distúrbios de sono e alimentação.*

*Acho que outro detalhe que é importante falar, é que esse tipo de depressão pode acontecer ainda durante à gestação, então é muito importante à avaliação médica, pois a tendência é que ela piore com o parto.*



Enfim, minha mensagem hoje aqui, é se informe, pois a depressão é uma doença, pode acontecer com qualquer um, e busque ajuda caso precise, não tente resolver sozinha. A informação é fundamental para que, quando você tiver seu bebê saiba identificar precocemente os sintomas e procure ajuda. Se você acha que está passando por isso, fale com seu obstetra tudo que vc está sentindo, ele vai poder orientá-la e indicar o que fazer.

Se você conhece alguém que está passando por isso, o que eu posso dizer é que essa pessoa precisa muito de apoio, 'côlo' e compreensão.

Para quem não passou por essa experiência, é bem complicado entender o que se sente, por vezes parece que a pessoa que não quer melhorar, mas não é, ela realmente não consegue. Não cobre, não culpe, não exige, isso só piora o quadro de depressão. Abrace, dê apoio e incentive a pessoa buscar ajuda médica.

## P7

*Oi Meninas, tudo bem???*

*No post de hoje vou falar sobre depressão pós-parto. Como eu passei por isso e consegui superar. Vou falar dos sintomas, dar dicas e falar sobre o tratamento.*

*Tive depressão pós-parto na minha segunda gestação, além de placenta posterior, mas isso fica para um próximo post, ok???*

*Estava muito feliz por ganhar mais uma companheira e por dar uma irmãzinha à Irina. É engraçado, por que durante os nove meses de gestação nem lembramos que a depressão pós parto existe e que pode nos acometer.*

*Tudo correu muito bem no meu parto e a Marianela foi a que nasceu maior e a mais gordinha também. Ela era linda, perfeita e saudável. Eu não tinha motivos para entrar em depressão e nem vou saber explicar os motivos que nos levam a entrar em depressão. Tenho alguns dados científicos para acrescentar ao post mas, só quem já passou por isso sabe o que é!!!*

*Talvez por ser muito nova e já ter duas filhas e achar que era responsabilidade demais? Talvez por achar que não daria conta? Ou ainda por achar que não teria vida própria mais? São vários os pensamentos que nos invadem e essa confusão mental já é um sinal de que as coisas não vão bem!!!*

*Eu não tive problemas com as tarefas e com a rotina, fazia e sempre fiz tudo sozinha, desde a primeira filha, por não ter parentes próximos, o primeiro banho, amamentação, fraldas era tudo responsabilidade minha e é assim até hoje.*

*O meu maior problema, era o entardecer. O fechar a casa e se preparar para a noite. Talvez por já saber que não iria conseguir dormir e descansar o necessário. SÓFRIA POR ANTECEDÊNCIA.*

*Depois de algumas semanas com alguns sintomas, procurei minha médica ginecologista que me receitou um remédio próprio para DPP.*

*Na verdade, piorei muito com o remédio e voltei a falar com ela. Conversamos mais um pouco sobre os sintomas, a Marianela, a Irina, a rotina e decidimos suspender o remédio.*

*Acho que foi mais por força de vontade, de saber que as meninas dependiam única e exclusivamente de mim que melhorei. E da mesma forma que os sintomas e a depressão vieram foram embora.*

*No meu caso tive uma DPP leve, que é a mais comum, não precisei de psiquiatra, de tratamento, etc. Mas em alguns casos ela pode ser muito séria, onde a mãe negligencia totalmente a criança e todos os afazeres relacionados à ela.*

#### **ABAIXO VOU FALAR UM POUCO MAIS SOBRE DEPRESSÃO PÓS PARTO**

*A depressão pós parto é um transtorno psicológico que pode surgir logo após o nascimento do bebê ou até os seus 6 meses. Ela pode ser classificada como sendo leve ou transitória e pode tornar-se grave dando início a uma neurose de origem psicótica que necessita de tratamento médico.*

#### **SINTOMAS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

*Os sintomas mais comuns da depressão pós-parto são: desânimo persistente, sentimentos de culpa; dificuldade em dormir, pensamentos suicidas; medo excessivo de machucar o bebê; diminuição do apetite e da libido; ideia obsessivas e alteração do comportamento.*

#### **DEPRESSÃO PÓS PARTO TEM CURA?**

*A depressão pós parto tem cura com o correto tratamento mas esta cura pode demorar meses para ser alcançada.*

## CAUSAS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

*As causas da depressão pós-parto podem ser: baixa renda, não aceitar o bebê; ter muitos filhos; ser mãe solteira ou ter muita dificuldade no relacionamento com o companheiro; ter ficado muito tempo sem tocar no bebê após o seu nascimento; violência doméstica, abuso sexual; sobrecarga de tarefas, experiências conflituosas na maternidade.*

## DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO PÓS PARTO

*O diagnóstico da depressão pós parto deve ser feito pelo psicólogo, mas o médico obstetra ou até mesmo o pediatra do bebê podem observar os sintomas da depressão pós parto na mulher.*

*Para o diagnóstico o psiquiatra ou psicólogo poderá utilizar um questionário para avaliar a mulher e não é necessário realizar nenhum exame de diagnóstico.*

## TRATAMENTO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

*O tratamento para depressão pós-parto pode ser feito com a toma de medicamentos, psicoterapia e /ou grupos de apoio. Os remédios para depressão pós parto que podem ser utilizados por mães que não amamentam podem ser Fluoxetina, Citalopram, Sertralina e Paroxetina, e somente a Sertralina e Paroxetina podem ser utilizados por mães que amamentam.*

## TRATAMENTOS ALTERNATIVOS PARA MAMÃES QUE AMAMENTAM

*A cura da depressão pós parto pode ser alcançada quando o tratamento é instituído precocemente. As mulheres diagnosticadas com a depressão pós parto devem preferencialmente ser tratadas com recursos naturais, visto que os medicamentos específicos para a depressão passam para o leite materno e elas tem que deixar de amamentar.*

Atualmente as opções naturais mais recomendadas são a suplementação de ômega 3, acupuntura, a realização de massagens e de exercícios físicos moderados. Somente se estas opções não mostrarem o efeito esperado é que deve ser utilizado o tratamento farmacológico e neste caso a Sertralina, Paroxetina e Nortriptilina parecem ter os melhores perfis de segurança na amamentação.

É importante frisar que em casos mais graves de depressão pós-parto, deve ser iniciado precocemente um antidepressivo prescrito por um médico psiquiatra e é indicado que a mulher pare de amamentar.

### SINTOMAS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO MASCULINA

Sim, a depressão Pós Parto pode atingir os homens também. Por isso, é bom ficar atento!!!

Os sintomas de depressão pós-parto masculina, normalmente, surgem desde o final da gestação até ao primeiro ano de vida do bebê e podem ser: Irritabilidade e impaciência; Tristeza e pensamentos negativos; Falta de vontade para conviver com outros; Choro fácil e constante; Falta de apetite; Dificuldade para se relacionar com os filhos; Ansiedade e falta de atenção.

Geralmente, os sintomas de depressão pós parto nos homens estão relacionados com o aumento de responsabilidades, relacionadas com fornecer uma boa vida ao bebê e dar suporte emocional à esposa.

Assim, o homem com sintomas de depressão pós-parto também deve consultar um psicólogo ou psiquiatra para iniciar o tratamento adequado.

TESTE PARA SABER SE ESTÁ COM DEPRESSÃO PÓS PARTO (pode ser feito por mães e pais)

Fazer o teste para saber se está com depressão pós parto pode ajudar a identificar precocemente a depressão, aumentando as chances de

*cura da doença. Por isso responda este questionário após a 8ª semana a partir do nascimento do bebê:*

*Consegue ver lado divertido das coisas?*

*(0) sempre*

*(1) às vezes*

*(2) nunca*

*Sente-se culpada quando as coisas não decorrem como queria?*

*(0) não*

*(1) às vezes*

*(2) frequentemente*

*Fica ansiosa ou preocupada sem motivo?*

*(0) não*

*(1) às vezes*

*(2) bastante*

*Sente que está tudo em cima de ti?*

*(0) não, na maior parte das vezes encarei tudo bem.*

*(1) houve momentos em que não lidei bem com a situação  
(bebê novo, peso fora do normal, cansaço...)*

*(2) sim, a maior parte do tempo sinto que as coisas são pesadas  
de mais pra mim.*

5. Sente-se tão infeliz que tem dificuldade em dormir?

(0) não

(1) muitas vezes

(2) quase sempre

6. Sente-se tão infeliz que chega ao ponto de chorar?

(0) não, nunca

(1) sim, muitas vezes

(2) sim, quase sempre

7. Passa ou passou pela sua cabeça fazer mal a si mesma ou ao bebê?

(0) nunca

(1) raramente

(2) sim, é um pensamento que tenho com alguma frequência.

Caso a soma dos valores entre parenteses seja superior a 10 existe uma possibilidade de estar entrando numa depressão pós parto, e por isso é importante procurar ajuda o quanto antes. Aconselhe-se com seu médico sobre as opções de tratamento.

Espero que este post ajude muitas mães e pais a não passarem por isso. E se estiverem passando, espero que ajude a motivar e a sair dessa o mais rápido possível!!!

# Capítulo 4

---

## **Interpretação de campos e Interloquções reflexivas**

O presente capítulo está dividido em duas partes. Na primeira, explicitamos as definições de cada um dos campos de sentido afetivo-emocional. O leitor perceberá que definimos os campos de forma minimalista a fim de podermos precisar as crenças e fantasias segundo as quais se organizam. Dedicamos a segunda parte ao estabelecimento de interloquções reflexivas. Neste momento, revisitamos os campos de sentido afetivo-emocional à luz do pensamento de outros autores, tendo em vista tecer elaborações que favoreçam a produção de conhecimento compreensivo.

Recordemos rapidamente, antes de continuar, que este estudo empregou a psicanálise como método, mas não como teoria. Não se configurou, portanto, como pesquisa que se propõe a provar algum conceito da teoria psicanalítica, tampouco como investigação hermenêutica de textos deste ou daquele autor. Por outro lado, examina algumas teorias, psicanalíticas ou não, na medida em que toma este ou aquele autor como interlocutor no processo de retomada das interpretações que propomos.

### **Campos de sentido afetivo-emocional**

Nesse momento, asseveramos que, diante das postagens, vários campos poderiam ter sido criados/encontrados. Isso, é claro, não desqualifica nem os nossos achados de pesquisa, nem o método psicanalítico. Na verdade, esse movimento de criação/encontro de inúmeros campos demonstra o



potencial heurístico de um método que preza pela polifonia de sentidos. Na verdade, como aduziu Aiello-Fernandes (2013), o clínico ou o pesquisador, ao lançar mão de tal método, utiliza certos critérios para selecionar que aspectos devem ser contemplados no trabalho interpretativo. Na clínica, o critério deve ser o benefício do paciente, favorecendo modos de viver menos dissociados e mais autênticos. Na pesquisa, o critério deve contemplar o compromisso com o problema investigado, que iluminará certos aspectos do material, deixando outros, eventualmente relevantes segundo outros interesses de estudo, na sombra.

Vale aqui lembrar que recortamos, como material da presente investigação, postagens que versam manifestamente sobre depressão pós-parto, segundo uma estratégia metodológica que visou focalizar a articulação entre maternidade e sofrimento. Ter esta opção em mente é importante para compreender que os campos interpretados se organizam segundo crenças acerca da maternidade, e não sobre a depressão pós-parto.

Produzimos interpretativamente dois campos de sentido afetivo-emocional, definidos a seguir.

Sou mãe, logo existo

O campo de sentido afetivo-emocional “Sou mãe, logo existo” organiza-se ao redor da crença de que a mulher alcança a verdadeira felicidade apenas quando se torna mãe.

## Mãe exclusiva

O campo de sentido afetivo-emocional "Mãe exclusiva" é aquele que se articula ao redor da crença de que a mãe biológica é a única pessoa capaz de bem cuidar do filho e que esta deve ser sua única missão de vida.

## **Interloquções reflexivas**

Uma primeira leitura das definições dos campos nos parece suficiente para indicar a prevalência de um imaginário sobre a maternidade que tanto exige que a mulher se dedique de forma integral e exclusiva aos cuidados dos filhos, renunciando a outras aspirações, como que se sinta plenamente feliz e realizada. Desta feita, fica claro que qualquer sentimento de insatisfação ou frustração será dificilmente tolerado e gerará desconforto emocional significativo.

Não pairam dúvidas sobre o fato de que o bebê humano nasce carente de cuidados sem os quais não logra sobreviver. Devemos, entretanto, destacar que o nascimento marca uma importante mudança de condição, na medida em que, em presença de adultos cuidadores, o recém-nascido ganha possibilidade de sobreviver, mesmo face à morte eventual da mãe biológica.

Quando adentramos no campo da psicologia psicanalítica, deparamo-nos com uma forte valorização da infância como período formador da personalidade e como fundamento, mais ou menos consistente e confiável, da saúde mental do adulto. Desde a primeira sistematização psicopatológica de Abraham (1923/1970), que seguiu fielmente as diretrizes firmadas por Freud (1916-17/2006), ficou assentado que as diferentes neuroses e psicoses

corresponderiam a pontos de fixação no percurso do desenvolvimento emocional. Assim, quanto mais grave a afecção, mais precoce a fase durante a qual a fragilidade se teria instalado. Segundo este esquema, as fases orais primária e secundária seriam os pontos de fixação das psicoses desorganizadoras, como a esquizofrenia, e das psicoses afetivas, como a melancolia ou a psicose maníaco-depressiva. As fases anais primária e secundária seriam o solo da paranoia e da neurose obsessivo-compulsiva. Finalmente, a neurose histérica e a neurose fóbica encontrariam o seu ponto de fixação na fase genital primária, também conhecida como fase fálica.

É interessante sublinhar que a notável multiplicidade de proposições teóricas, que caracteriza a psicanálise pós-freudiana, não tenha impedido que a grande maioria dos autores tenha vindo a acatar as linhas gerais da formulação de Abraham (1923/1970). Assim, não surpreende que autores interessados nas formas radicais de sofrimento psicótico, tais como Winnicott (1945/1992), tenham se debruçado sobre a pesquisa da vida emocional do bebê, valorizando-a profundamente.

Devemos recordar que Winnicott (1945/1992, 1949/1975) apresenta, a partir de sua prática clínica, que os cuidados iniciais, fundamentais à saúde mental do indivíduo, podem favorecer ou prejudicar os delicados processos de constituição do *self*. Dessa forma, Winnicott (1963/1983) aponta que os bebês humanos nascem em condição de dependência absoluta. Ele, o bebê, precisaria de um adulto devotado que, genuína e autenticamente preocupado com suas necessidades, pudesse adaptar-se ativa e sensivelmente a ele. Sobre o bebê que se encontra neste estágio, Winnicott (1963/1983, p. 81) afirma:

Inicialmente quero chamar a atenção para os estágios iniciais do desenvolvimento emocional de cada criança. No início o lactente é completamente dependente da provisão física pela mãe viva em seu útero e depois como cuidado do lactente. Mas em termos de psicologia devemos dizer que o lactente é ao mesmo tempo dependente e independente. Este é um paradoxo que precisamos examinar. Há tudo que é herdado, incluindo os processos de maturação, e talvez tendências patológicas herdadas; estas têm uma realidade própria, e ninguém pode alterá-las; ao mesmo tempo, o processo maturativo depende para a sua evolução da provisão do ambiente. Podemos dizer que o ambiente favorável torna possível o progresso continuado dos processos de maturação. Mas o ambiente não faz a criança. Na melhor das hipóteses possibilita à criança concretizar seu potencial.

Na verdade, Winnicott (1945/1992) estava particularmente interessado em estudar o processo de amadurecimento por meio do qual o bebê humano, que nasce num estado de dependência e indiferenciação, vem a constituir-se como um *self* separado. Concluiu que o bebê humano só conseguiria *vir a ser* se pudesse contar com certas condições de cuidado. Nessa linha de pensamento, Winnicott (1945/1992) propõe que o desenvolvimento emocional primitivo ocorreria por via de três processos: integração, personalização e realização. A integração começaria logo no início de vida do bebê, considerando sua situação inicial de não integração, e se daria por dois tipos de experiências: o cuidado e o manuseio do bebê de um lado - que incluem toda a técnica por meio da qual a criança é segurada e aquecida- e, por outro, as experiências instintivas que tendem a aglutinar sua incipiente personalidade. O segundo processo, a personalização, estaria relacionado a sentir-se no próprio corpo, ou seja, trata-se de um conluio psicossomático, que seria o resultado da experiência de ser cuidado repetitivamente, vale dizer, da adaptação do ambiente às necessidades da criança. O terceiro processo seria a realização, que consistiria na tomada de consciência do tempo e do espaço, isso é, a percepção do bebê de que os fenômenos não são produzidos por sua

imaginação onipotente. Greenberg e Mitchell (1983, p. 197, tradução nossa), por sua vez, comentam, referindo-se às proposições winnicottiana:

Nós todos começamos a vida completamente dependentes do reconhecimento e facilitação de nossos cuidadores em relação aos nossos desejos e gestos para que seja provida a chance de nos conhecermos e de nos tornarmos nós mesmos. Esta dependência total requer uma vulnerabilidade total à ausência de resposta e intrusões, que são experimentadas como aniquilações da continuidade pessoal.

Dessa maneira, estaríamos diante de um fato ao constatarmos a dependência do bebê humano. Orientados pela teoria winnicottiana, sabemos que os bebês humanos obrigatoriamente necessitam de cuidados não apenas para sobreviver, mas também para realizar conquistas de amadurecimento a partir das quais possam conquistar a condição psicológica de existência singular. Se para Freud (1911/2006) o bebê deve, desde o início, lutar entre o mundo interno das pulsões e o mundo externo do ambiente, para Winnicott (1945/1992) o bebê não existe, no início da vida, a partir do próprio ponto de vista. Todo um percurso do desenvolvimento emocional primitivo deverá ser percorrido efetivamente com o auxílio indispensável de um cuidador primário devotado. Consideramos, assim, que uma das mais importantes contribuições winnicottianas é apontar que há um caminho a ser cumprido para que alguém desenvolva um senso de si mesmo e, portanto, uma diferenciação entre *me* e *not-me*. Winnicott (1959-64/1983, p. 116) assinala:

Nós agora vemos o ego da criança como algo dependente inicialmente de um ego auxiliar, algo que aproveita a estrutura e a força do sistema altamente complexo e sutil de adaptação às necessidades, sendo essa adaptação suprida pela mãe ou pela substituta da mãe.

Neste momento, devemos lembrar que Winnicott (1956/1958) fala sobre um estado psicológico, denominado preocupação materna primária, que a mulher desenvolveria no final da gestação e que se estenderia por algumas semanas após o parto. Tal estado psicológico favoreceria a mãe, que se encontraria retraída, a identificar-se com seu bebê num movimento por meio do qual poderia suprir suas necessidades somáticas e psicológicas.

Ainda examinando tal conceito, parece-nos que, compreensivelmente, Winnicott (1960/1983) chega a construir clinicamente a ideia de preocupação materna primária ancorado num pensamento biológico:

É importante neste contexto examinar as mudanças que ocorrem na mulher que está em vésperas de ter um nenê ou que recém teve um. No início, essas mudanças são quase fisiológicas, e começam com a sustentação física do bebê no útero. Algo poderia estar faltando, contudo, se a expressão “instinto materno” fosse usada em sua descrição. O fato é que normalmente a mulher muda em sua orientação sobre si mesma e sobre o mundo, mas por mais que essas mudanças sejam baseadas na fisiologia elas podem ser distorcidas por falta de saúde mental na mulher. É necessário pensar nestas mudanças em termos psicológicos, e isto a despeito do fato de poder haver fatores endócrinos que podem ser afetados pela medicação (Winnicott, 1960/1983, p. 51-52).

E continua:

Sem dúvida as mudanças fisiológicas sensibilizam a mulher para as mudanças psicológicas mais sutis que se seguem. Logo após a concepção, ou quando já se sabe que a concepção é possível, a mulher começa a mudar sua orientação e a se preocupar com as mudanças que estão ocorrendo dentro dela. De várias formas ela é encorajada por seu próprio corpo a ficar interessada em si própria. A mãe transfere algo de seu interesse em si própria para o bebê que está crescendo dentro dela. O importante é que vem a existir um estado de coisas que merece ser descrito, e a teoria sobre tudo isso precisa ser explanada (Winnicott, 1960/1983, p. 52).

Entretanto, é nítido que o evento do nascimento inaugura efetivamente a possibilidade de que outras pessoas cuidem do bebê e da criança. Assim,

temos a impressão de que, para Winnicott (1956/1958), os bons cuidados recebidos pelo bebê seriam aqueles ofertados pela mãe biológica que alcançou o estado de preocupação materna primária. Entretanto, essa perspectiva merece ser criticada à luz das advertências de Bleger (1963/1977), relativas a abordagens reducionistas de estudo das condutas humanas. Esse autor define mitos sobre o ser humano abstrato, natural e isolado dos contextos sociais nos quais transcorre a vida de indivíduos e coletivos. Tais mitos corresponderiam a alguns pressupostos do pensamento ocidental, segundo os quais o ser humano seria originariamente não social e dotado de uma natureza pura, essencial e anterior à experiência. Assim, o conceito de preocupação materna primária pode ser concebido como reflexo de tais mitos, pois demonstra uma concepção de maternidade desvinculada do drama vivido pelas pessoas, que são seres sociais e vinculares, já que forças infra-humanas e hormonais causariam um retraimento na genetriz <sup>6</sup>.

Assim sendo, o reconhecimento de que o primeiro ambiente pós-natal possa desempenhar função relevante nos processos de constituição de *self* não implica, na perspectiva da psicologia psicanalítica concreta, associarmos bons cuidados à mãe biológica, responsabilizando-a completamente pelo cuidado infantil <sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Devemos fazer a ressalva e afirmar que, ao criticar este aspecto do pensamento winnicottiano, não deixamos de valorizar suas importantes contribuições teóricas à psicologia, tais como a teoria do amadurecimento pessoal, a teoria do falso e do verdadeiro *self* ou a teoria sobre privação e delinquência— só para citar alguns exemplos importantes. Entretanto, acreditamos que se não se fizer uma crítica à visão da mãe biológica como melhor cuidadora, não estaremos contribuindo para depurar a teoria de certos equívocos, compreensíveis em vista da época em que viveu o psicanalista.

<sup>7</sup> Ao nos voltarmos para estudos de outras ciências, percebemos que outros autores também demonstram aquilo que Winnicott (1945/1992) assinalou a respeito da condição de dependência do bebê. Badinter (1986) expõe a ideia da prematuridade do bebê humano. Fundamentando-se em estudos antropológicos e arqueológicos, Badinter (1986) tece considerações sobre as implicações do

Devemos, assim, abalizar que, por mais acuradas e relevantes que sejam as contribuições winnicottianas para a prática clínica e para a pesquisa, suas teorizações, a partir do estudo de fenômenos que ocorreram no âmbito de determinados estratos da sociedade europeia do século XX, correspondem, como não poderia deixar de ser, a conhecimentos socialmente condicionados (Bleger, 1963/1977). Desta feita, tanto os avanços das ciências humanas, notadamente no campo do estudo das consequências do colonialismo europeu (Maldonado-Torres, 2007), como transformações sociais recentes, no sentido da busca de inclusão de estratos oprimidos da população, motivam releituras críticas de grandes autores, visando o resgate do que ainda possa gerar benefícios e o esclarecimento do que não deve mais ser sustentado.

Podemos, nesse momento, descrever os mitos apontados por Bleger (1963/1977) com maior precisão. O primeiro mito, referente ao homem natural, postula uma concepção segundo a qual existiria uma essência primária do ser humano que estaria corrompida pela sociedade. O mito do homem isolado seria, a seu ver, um dos mais enraizados na cultura ocidental e demonstra que o humano, com grande dificuldade, relacionar-se-ia com as outras pessoas. O terceiro e último mito, o do homem abstrato, seria aquele que diz respeito a um humano desvinculado das situações concretas nas quais vive.

Observamos, então, que Bleger (1963/1977) postula exatamente o oposto: o homem, desde seu desenvolvimento intrauterino, seria um ser social.

---

andar bípede no esqueleto dos ancestrais do *homo sapiens*, em particular para as fêmeas daquela espécie proto-humana. A autora descreve que, há nove milhões de anos, os ossos da bacia teriam diminuído, o que teria tornado os partos mais perigosos. Assim, a seleção natural, de acordo com a acadêmica francesa, teria favorecido o nascimento prematuro dos bebês, tornando-os, assim, mais frágeis. Restaria, portanto, uma evidência, ou melhor, um fato: o recém-nascido não consegue cuidar de si mesmo.



Na verdade, o sentimento de individualidade, como nós a vivemos, consistiria, a seu ver, em produto da vida social. Bleger (1963/1977) declara que a natureza humana é histórica e social.

A nosso ver, cabe afirmar que os campos de sentido afetivo-emocionais aqui criados/encontrados mostram-se como expressões de tais mitos. Percebemos, na verdade, que ambos os campos estariam atrelados. O primeiro campo, “Sou mãe, logo existo”, vende à mulher a crença de que sua vida estaria plenamente realizada se se tornasse mãe. O segundo campo, “Mãe exclusiva”, vincula-se ao primeiro com a ideia de que a mãe biológica seria a melhor cuidadora e que esta deveria ser sua missão de vida. Podemos observar, portanto, que os campos de sentido afetivo-emocionais demonstram crenças de acordo com as quais a mãe seria um ser dotado de incrível capacidade de doação. Tais características chocam-se, visivelmente, com o que a vida contemporânea exige das pessoas, em termos de elevado individualismo.

Ao refletirmos sobre os campos de sentido afetivo-emocional aqui criados/encontrados, podemos observar que as *mommy bloggers* tanto reconhecem a condição de dependência do bebê como se colocam na posição de cuidadoras dedicadas, segundo o que indicam os campos de sentido afetivo-emocional. Tal quadro, associado às configurações socioculturais em voga em nossa sociedade, geram, a nosso ver, sofrimento emocional clinicamente relevante. Podemos afirmar, apoiados na literatura, que a maternidade se conforma, portanto, como um sofrimento social.

Sustentados pelos estudos de Gottlieb (2012) e de Rogoff (2003), podemos observar que o nascimento abre a possibilidade de diversos arranjos culturais para lidar com a dependência do bebê humano. Sustentados pela literatura, sentimo-nos confiantes ao afirmar que a ideia da progenitora como a melhor cuidadora seria um constructo social, enquanto a dependência do bebê, não. Por conseguinte, a maternidade não seria uma evidência da natureza.

Como sabemos, os primeiros *Homo sapiens* provavelmente viviam em grupos de dezenas ou centenas de indivíduos (Badinter, 1986). Destarte, a ideia de que a família nuclear seria a melhor forma de organização, ou seja, a mais natural, mostra-se como um equívoco que pode e tem sido usado como forma de legitimar o aprisionamento da mulher no ambiente doméstico. Como demonstrou Rogoff (2003), a atenção às dimensões de bem-estar físico, psicológico e social das crianças pode ser provida por diferentes pessoas. Se em algumas comunidades a progenitora forneceria cuidados físicos, psicológicos e interações sociais, em outras, ela estaria dedicada somente às necessidades físicas do bebê e outras crianças mais velhas brincariam com ele. A supervisão diária de crianças pode ser de responsabilidade de uma comunidade, sem contar necessariamente com a atenção de um adulto em particular.

Badinter (2011, s.p.e.) abaliza que as ciências biomédicas tiveram papel na criação de crenças - que perduram até hoje - que negam as diferentes possibilidades sociais de cuidados das necessidades dos bebês, além de reforçar certas ideias, como maternidade natural, instinto materno e dever da “boa mãe”:

Os anos 1970 viram a pediatria americana assumir a vanguarda desse movimento que ainda hoje continua conquistando adeptos na Europa. Eles se apoiaram principalmente na etologia (ciência dos comportamentos das espécies animais) para lembrar às mulheres que elas eram mamíferas como outras, dotadas dos mesmos hormônios da maternagem: a oxitocina e a prolactina. Conseqüentemente, salvo aberrações culturais, elas devem estabelecer com o bebê um laço automático e imediato pela ação de um processo neurobiológico-químico. Se isso não acontece, devemos culpar o meio, ou nos preocupar com desvios psicopatológicos.

Parecem-nos equivocadas ideias como a de instinto materno e a de que a gestação e o parto explicariam um vínculo automaticamente estabelecido entre a mãe e o bebê (Rogoff, 2003). Podemos considerar que tais concepções - maternidade natural e instinto materno - fundamentam-se em pressupostos que explicariam os acontecimentos humanos como exclusivamente originários e/ou derivados de resultados de forças hormonais e de neurotransmissores, excluindo as dimensões psicológica e social dos fenômenos humanos, visão praticamente insustentável na atualidade. Estaríamos, portanto, diante de um quadro de reducionismo biológico, consonante com o cultivo dos mitos do ser humano natural, abstrato e isolado, estudados por Bleger (1963/1977).

Consoante com os resultados da nossa pesquisa, lembremos que, em estudo empírico, Granato, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2011) desvendam que existe uma expectativa de que a mulher vivencie a maternidade de forma entusiasmada, sublime e prazerosa. Assim, as pesquisadoras advertem que certas crenças relacionadas à ideia e à fantasia da mãe como a melhor cuidadora do bebê poderiam servir para diversos fins, entre os quais “manter a alienação social quanto à responsabilidade pelo cuidado das crianças” (p. 87). Como se vê, é patente a preocupação das autoras com tendências a idealizar de modo abstrato uma das soluções possíveis para o problema do cuidado de

bebês e crianças, assunto que, a nosso ver, urge repensar na contemporaneidade.

Dessa maneira, recordemos de Badinter (1986), que expõe:

Numerosas sociedades distinguem o genitor, doador de esperma, do pai, doador de cuidados. Agora somos levados a fazer o mesmo para certas mulheres. Mas é preciso distinguir as genitoras das mães, doadoras de amor. As diferenças entre pai e mãe não dependem tanto de sua fisiologia do que de sua identidade de gênero. Elas são mais individuais do que sexuais. Embora o modelo dominante recomende um pai viril e uma mãe feminina, cada vez mais percebemos que cada um deles é uma mistura única dos dois componentes, e que as figuras impostas rompem-se por toda parte (p. 264).

Como apontou Aiello-Vaisberg (2006), o bebê humano pode despertar a sensibilidade humana de cuidado, que não seria restrita aos progenitores biológicos. Assim sendo, podemos considerar e expandir a ideia de “pai, doador de cuidados” para a ideia de cuidadores, que, numa sociedade ideal, conseguiriam receber, acolher e cuidar de todas as crianças.

Finalizamos lembrando que objetivamos aqui investigar o imaginário coletivo sobre a maternidade, valendo-nos de postagens sobre depressão pós-parto escritas por internautas que se identificam como mães. Utilizando um método clínico, descobrimos um imaginário sobre a maternidade que nos permite refletir sobre o fato de que as mulheres ainda se encontram pressionadas por expectativas sociais de que assumam compulsoriamente a maternidade, compreendida como responsabilidade plena pelos cuidados com a prole. Se em outros momentos históricos tal arranjo poderia ter sido aceitável, parece lícito questioná-lo atualmente. Assim, caberia sonhar e combater por uma sociedade pautada em laços solidários em que todos poderiam se sensibilizar empaticamente com a condição do bebê, da criança, do idoso, do

doente, do deficiente, enfim, de todos aqueles que requerem cuidados especiais. Este poderia, enfim, ser um mundo melhor.

# Considerações finais

---

Configurada como pesquisa qualitativa acerca de manifestações de *mommy bloggers* sobre a maternidade, este estudo, realizado mediante o uso do método psicanalítico, apontou a vigência de um imaginário coletivo segundo o qual a mulher somente alcançaria uma vida realizada tornando-se mãe e abdicando de outros interesses e aspirações pessoais para dedicar-se integralmente ao filho.

A nosso ver, tal imaginário produz sofrimento socialmente determinado, pois abrange tanto a demanda de renúncias pessoais importantes, num momento histórico em que as mulheres conhecem oportunidades significativas de realização fora do casamento e do ambiente doméstico, como ainda exige que vivencie sentimentos de felicidade e plenitude. Provavelmente, tal configuração gera não apenas os sentimentos usualmente vinculados aos sofrimentos sociais - desamparo, humilhação e injustiça (Renault, 2010)- mas também outros, tais como sentimentos de culpa e perplexidade, diante da distância constatada entre o imaginário e o que a mulher vivencia efetivamente no seu cotidiano de cuidados aos filhos.

Entendemos, portanto, que, mesmo levando em conta os limites característicos da pesquisa qualitativa, inerentemente não-conclusiva, podemos afirmar que nosso trabalho aponta que a maternidade pode estar sendo vivenciada como sofrimento socialmente determinado, que se inclui no capítulo maior da opressão de gênero.

A nosso ver, deparamo-nos com uma situação que merece atenção, já que muitos parecem habituados a pensar em opressão à mulher apenas quando entram em pauta assuntos como violência doméstica, violência sexual ou discriminação no mundo laboral. Levar em conta que a maternidade pode ser uma experiência vivida como sofrimento social, mesmo sendo algo que certamente traz gratificações emocionais altamente significativas, parece-nos uma questão importante, que deve ser debatida não apenas por pesquisadores e clínicos, mas também pelos movimentos sociais e pela sociedade civil como um todo. A busca de novas formas de cuidado, que possam tanto desonerar as mulheres como permitir que outros, como pais, familiares e comunidade, convivam de modo mais próximo com as crianças, parece-nos fundamental e potencialmente capaz de contribuir para o fortalecimento de laços sociais de caráter mais solidário.

Incluir a maternidade como situação em que sofrimento social significativo possa estar sendo experimentado parece-nos uma proposta, que o presente trabalho sustenta e que deve suscitar reflexões. Deste modo, caminhamos de modo convergente com uma tendência, que tem caracterizado a produção que ocorre sob responsabilidade da orientadora, no sentido de ampliar a visão sobre condições de vida que, não sendo problemáticas à primeira vista, acabam por se revelar, mediante o uso de metodologias afeitas à percepção do que não é imediatamente evidente, como a psicanálise, como altamente preocupantes do ponto de vista ético.

# Révérance

---

Opto por finalizar esse trabalho inserindo últimos agradecimentos, um pouco mais minudenciados, àqueles que foram tão importantes para que esta dissertação pudesse ser tecida.

Inicialmente, gostaria de agradecer à querida orientadora, Professora Livre Docente Tânia Maria José Aiello-Vaisberg, por sua dedicação e cuidado, sempre acreditando em mim. Sou extremamente grato por sua exigência e devoção.

Também gostaria de agradecer à Professora Doutora Tania Mara Marques Granato, por ter orientado três iniciações científicas, que despertou, com profunda sensibilidade, meu interesse pela pesquisa e pela questão da maternidade. Considero-me privilegiado por ter contado com seus ensinamentos e delicadeza ao longo da minha formação acadêmica.

Quero expressar uma gratidão muito especial à Doutora Fabiana Follador e Ambrosio, pela sua supervisão e ajuda, de suma importância para este estudo. Além disso, o surgimento de uma amizade viva e autêntica é um daqueles eventos que geram grande alegria.

Gostaria de agradecer ao grupo de pesquisa, em especial a Natalia Del Ponte de Assis, Rafael Aiello-Fernandes e Sueli Gallo Beluzzo, por suas presenças constantes e delicadas.

Novamente, gostaria de mostrar minha gratidão à PUC-Campinas e ao CNPq, que sempre me auxiliaram e acolheram meus sonhos.



# Referências

---

Abraham, K. (1970). *Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1923).

Aching, M. C. (2013) *A mãe suficientemente boa: imaginário de mães em situação de vulnerabilidade social* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas – Brasil.

Aching, M. C. & Granato, T. M. M. (2016). The good enough mother under social vulnerability conditions. *Estudos de Psicologia*, 33(1), p. 15-24. doi : <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752016000100003>

Aiello-Fernandes, R. (2013) *“Da entrada de serviço ao elevador social”: racismo e preconceito*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas – Brasil.

Aiello-Tsu, T. M. J. (1980). *Análise de Sonhos de Gestantes: Um Estudo sobre Regressão*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo- SP.

Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1995). O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: projeção e transicionalidade. *Psicologia USP*, 6(2)103-127.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (1999). *Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de Psicopatologia*. (Tese de Livre-Docência). Universidade de São Paulo, São Paulo- SP.

Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2002). Sofrimento humano e práticas clínicas diferenciadas. In T. M. J. Aiello-Vaisberg & F. F. Ambrosio (Orgs.) *Trajetos do sofrimento: Desenraizamento e exclusão* (pp. 6-14). IP-USP: São Paulo.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2006). Prefácio. In Vaisberg, T. M. J. A. & Granato, T. M. M. *Ser e Fazer na Clínica Winnicottiana da Maternidade*. São Paulo: Idéias e Letras.

Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013, outubro). Experiências de humilhação e pobreza na perspectiva da Psicanálise Winnicottiana e da Experiência Elementar. In VIII Seminário Experiência Elementar em Psicologia: desafios contemporâneos, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFMG, Belo Horizonte, MG.

Aiello-Vaisberg, T. M. J., Machado, M. C. L. & Baptista, A M. (2003) Sofrimento Humano e Psicanálise Contemporânea. In *II Encontro Mundial dos Estados Gerais da Psicanálise*, v. 1. p. 1-11.

Ambrosio, F. F. (2013) *O estilo clínico ‘Ser e Fazer’ na investigação de benefícios clínicos de psicoterapias*. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas – SP.

- Ambrosio, F. F., Aiello-Fernandes, R. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013) Pesquisando sofrimentos sociais com o método psicanalítico: considerações conceituais . In L. S. de L. P. C. Tardivo & T. M. J. Aiello-Vaisberg *XI Jornada Apoiar: Adolescência: Identidade E Sofrimento Na Clínica Social*. IP-USP: São Paulo.
- Ambrosio, F. F. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2014) A Importância do Conceito de Campo no Procedimento de Ambrosio E Vaisberg. In L. S. de L. P. C. Tardivo & T. M. J. Aiello-Vaisberg *XII Jornada Apoiar: A Clínica Social - Propostas, Pesquisas e Intervenções*. IP-USP: São Paulo.
- Arendt, H. (2010) *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Original publicado em 2010).
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Original publicado em 1980).
- Badinter, E. (1986). *Um é o outro*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Badinter, E. (2011). *O conflito: a mulher e a mãe*. Rio de Janeiro e São Paulo: Editora Record (versão eletrônica – original publicado em 2010).
- Beauvoir, S. de. (2001) *The second sex*. New York: Vintage Books:. (Original publicado em 1949).
- Bleger, J. (1966) *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleger, J. (1977) *Psicologia de la conducta*. Buenos Aires: Paidós. (Original publicado em 1963).
- Bleger, J. (1988) *Psicoanalysis y materialismo dialético*. Buenos Aires: Nueva Vision. (Original publicado em 1958).
- Braga, C. M. L. (2009). *Comunicação e isolamento: uma análise clínica de diários e blogs de adolescentes*. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas – Brasil.
- Bezerra, L. de F. R. & Fraga, M. de N. de O. (1996). Acompanhar um filho hospitalizado: compreendendo a vivência da mãe. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 49(4), 611-624. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671996000400011>
- Butler, J. (1993) *Bodies that Matter. On the discursive limits of "sex"*. New York: Routledge.
- Butler, J. (1997) *The psychic life of power – theories in subjection*. Palo Alto: Stanford University Press.
- Butler, J. (2015) *Senses of the Subject*. New York: Fordham University Press.
- Cardoso, M. R. (2001). Christophe Déjours. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 4(2), 89-94. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982001000200007>

- Carretero, T. C. (2003). Sofrimentos sociais em debate. *Psicologia USP*, 14(3), 57-72.
- Castro, E. K. & Piccinini, C. A. (2004). A experiência de maternidade de mães de crianças com e sem doença crônica no segundo ano de vida. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(1), 89-99. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2004000100011>
- Cazanatto, E. & Martta, M. K. (2014). A Perda de um(a) Filho(a) Jovem no Romance Paula, de Isabel Allende. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(3), 540-554. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001212013>
- Cia, W. C. (2014) *Sonho desfeito: anencefalia e experiência emocional dos pais* (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo – USP.
- Cia, W. C., Ambrosio, F. F. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013) “Quando é que isso vai acabar?": a difícil decisão da interrupção da gestação de um bebê com malformação fetal. In L. S. de L. P. C. Tardivo & T. M. J. Aiello-Vaisberg *XI Jornada Apoiar: Adolescência: Identidade E Sofrimento Na Clínica Social*. IP-USP: São Paulo.
- Corbett, E. (2014) “*Contos sem fadas*”: mães e filhos em situação de violência doméstica. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas – Brasil.
- Corbett, E.; Ambrosio, F. F.; Gallo-Belluzzo, S. R. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2014) Produções imaginativas sobre dificuldades sexuais: um estudo psicanalítico. *Psicologia & Sociedade*, 26 (3), 756-765.
- Crosby, E. D. (2011) *A Quiver Full OF Mommy Blogs: Ideological Subversion and Reinforcement of Mothering Models Online*. (Dissertação de Mestrado). Indiana University – EUA.
- Das, V. (2000) The act of witnessing: violence, knowledge, and subjectivity. In V. Das et al. (Org.). *Violence and subjectivity*. Berkeley: University of California Press.
- Das, V. (2006) *Life and words: violence and the descent into the ordinary*. Berkeley: University of California Press.
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Production*, 14(3), 27-34. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-65132004000300004>
- Dejours, C., Dessors, D. & Desrioux, F. (1993). Por um trabalho, fator de equilíbrio. *Revista de Administração de Empresas*, 33(3), 98-104. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901993000300009>
- Dejours, C., Ribeiro, L. M. C., Carvalho, M. T. M. & Ribeiro, P. de C. (2012). Acidentes da sedução e teoria do corpo. *Psicologia em Estudo*, 17(3), 393-401. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722012000300005>
- DiPrince, D. (2012) *Motherhood, Performance, and Mommy Blogs: The Political Power of Maternal Online Rhetoric*. (Dissertação de Mestrado). Colorado State University – EUA.

- Freud, S. (2006). *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud - Vol. XII*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1911).
- Freud, S. (2006). Algumas ideias sobre desenvolvimento e regressão – etiologia. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud - Vol. XVI*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1916/1917).
- Fonseca, C. (2011). The de-kinning of birthmothers: reflections on maternity and being human. *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology*, 8(2), 307-339. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1809-43412011000200014>
- Goldmann, L. (1974). Pensée dialectique et sujet transindividuel. In L. Goldmann. *La Création culturelle dans la société moderne*. Paris: Gonthier.
- Gottlieb, A. (2012) *Tudo Começa na Outra Vida*. São Paulo: Unifesp.
- Granato, T. M. M. (2000) *Encontros Terapêuticos com Gestantes à Luz da Preocupação Materna Primária*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo – Brasil.
- Granato, T. M. M. (2004) *Tecendo a clínica winnicottiana da maternidade em narrativas psicanalíticas*. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo – Brasil.
- Granato, T. M. M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2009). Maternidade e colapso: consultas terapêuticas na gestação e pós-parto. *Paideia*, 19 (44), 395-401.
- Granato, T. M. M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Uso terapêutico de narrativas interativas com mães em situação de precariedade social. *Psico*, 42 (4), 494-502.
- Granato, T. M. M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013) Narrativas interativas sobre o cuidado materno e seus sentidos afetivo-emocionais. *Psicologia Clínica*, 25 (1), 17-35.
- Granato, T. M. M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2016) Interactive narratives in the investigation of the collective imaginary about motherhood. *Estudos de Psicologia*, 33(1), 25-35.
- Granato, T. M. M., Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011) Narrativas interativas na investigação do imaginário coletivo de enfermeiras obstétricas sobre o cuidado materno. *Psicologia & Sociedade*, 23, 81-89.
- Greenberg, J. R. & Mitchell, S. A. (1983) *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Harvard University Press.
- Guerra, C. de S., Dias, M. D., Filha, M. de O. F., Andrade, F. B. de, Reichert, A. P. da S. & Araújo, V. S. (2015). From the dream to reality: experience of mothers of children with disabilities. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(2), 459-466. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000992014>
- Herrmann, F. (2001). *Andaimos do real*. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Original publicado em 1979).

Hunter, A. (2015) Lesbian Mommy Blogging in Canada: Documenting Subtle Homophobia in Canadian Society and Building Community Online. *Journal of Lesbian Studies*, 19(2), 212-229, doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10894160.2015.969077>

Kleinman, A., Das, V & Lock, M. (1997). *Social suffering*. Los Angeles: University of California Press.

Langaro, F.& Pretto, Z. (2015). Experiências de parentalidade como fatores geradores de sofrimento em mulheres. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(2), 130-138. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/453>

Langer, M. G. H. de. (1986). *Maternidade e sexo*. Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1951).

Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulário de psicanálise*. Lisboa, Moraes Editora.

Lopez, L. K. (2009) The radical act of 'mommy blogging': redefining motherhood through the blogosphere. *New Media Society*, 11, 729-747

Maldonado-Torres, N. (2007). "Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto". In Santiago Castro-Gómez & Ramon Grosfoguel (coords.) *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Instituto Pensar.

Mattar, L. D. & Diniz, C. S. G. (2012). Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 107-120.

Maux, A. A. B. & Dutra, E. (2009). Do útero à adoção: a experiência de mulheres férteis que adotaram uma criança. *Estudos de Psicologia*, 14(2), 113-121. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n2/a04v14n2.pdf> . Acesso em 23 de julho de 2016.

Medeiros, C. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2010) Acordes do sofrimento humano. *Contextos Clínicos*, 3(2), 97-105.

Morrison, A. (2010). Autobiography in Real Time: A Genre Analysis of Personal Mommy Blogging. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 4(2).

Moura, F. E. G. de A., Santos, M. A. dos & Ribeiro, R. P. P. (2015). A constituição da relação mãe-filha e o desenvolvimento dos transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(2), 233-247. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000200008>

Narvaz, M. G. & Koller, S. H. (2006). Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. *Psicologia em Estudo*, 11(3), 647-654.

Pettigrew, S., Archer, C. & Harrigan, P. A Thematic Analysis of Mothers' Motivations for Blogging. *Maternal child health Journal*, 20(5) 1025-1031. doi: 10.1007/s10995-015-1887-7

- Politzer, G. (2004). *Crítica dos fundamentos da Psicologia: a psicologia e a psicanálise*. Piracicaba: Unimep. (Original publicado em 1928).
- Pontes, M. L. S., Barcellos, T. F., Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2010). A gravidez precoce no imaginário coletivo de adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12 (1), 85-96.
- Prescott, J., Gray, N. J., Smith, F. J. & McDonagh, J. E. (2015) Blogging as a viable research methodology for young people with arthritis: a qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, 17 (3). Disponível em: <http://www.jmir.org/2015/3/e61/>. Acesso em 22 de Setembro de 2015
- Renault, E. (2010) A critical theory of social suffering. *Critical Horizons*, 11(2), 221-241. doi: 10.1558/crit.v11i2.221
- Ribeiro, D. G., Perosa, G. B. & Padovani, F. H. P. (2014) Mental Health, Mother-Child Interaction and Development at the End of the First Year of Life. *Paidéia*, 24(59), 331-339. doi: 10.1590/1982-43272459201407
- Rogoff, B. (2003). *The Cultural Nature of Human Development*. London: Oxford University Press (versão eletrônica).
- Scavone, L. (2001). A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. *Cadernos Pagu*, (16), 137-150.
- Tachibana, M. (2011). *Fim Do Mundo: O Imaginário Coletivo da Equipe De Enfermagem Sobre a Gestaçao Interrompida*. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas – SP.
- Tavares, K. O., Carvalho, M. D. de B. & Pelloso, S. M. (2010). O que é ser mãe de uma criança com fibrose cística. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(4), 723-729. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000400016>
- Vasconcelos, M. G. L. de, Leite, A. M. & Scochi, C. G. S. (2006). Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6(1), 47-57. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000100006>
- Visintin, C. D. N. & Granato, T. M. M. (2013) *Investigando produções imaginativas sobre a maternidade a partir de blogs brasileiros*. In: XIX Encontro de Iniciação Científica, 2014, Campinas - SP. XIX Encontro de Iniciação Científica. Campinas: PUC-Campinas.
- Visintin, C. D. N. & Granato, T. M. M. (2014) *Reflexões sobre a experiência materna veiculada por revistas femininas dirigidas a gestantes*. In: XVIII Encontro de Iniciação Científica, 2013, Campinas - SP. XVIII Encontro de Iniciação Científica. Campinas: PUC-Campinas.
- Webb, L. M. & Lee, B. S. (2011) Mommy Blogs: The Centrality of Community in the Performance of Online Maternity. In M. Moravec (Ed) *Motherhood Online: How Online Communities Shape Modern Motherhood*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.

Werlang, R & Mendes, J. M. R. (2013). Sofrimento social. *Serviço social & sociedade*, (116), 743-768. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/s0101-66282013000400009>

Winnicott, D.W. (1958). Primary maternal preoccupation. In D. W. Winnicott. *Collected papers: through paediatrics to psycho-analysis*. London: Tavistock. (Original publicado em 1956).

Winnicott, D. W. (1975). O bebê como pessoa. In D. W. Winnicott, *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1949)

Winnicott, D. W. (1983) Classificação: Existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed. (Original publicado entre 1959-64).

Winnicott, D. W. (1983) Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1960).

Winnicott, D. W. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo (1983). In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1963).

Winnicott, D. W. (1992). Primitive emotional development In D. W. Winnicott. *Collected papers: through paediatrics to psycho-analysis*. London: Karnac books. (Original publicado em 1945).