

**UNIPAC**

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

A MATERNIDADE E A DEPRESSÃO PÓS-PARTO NO CONTEXTO DE PANDEMIA: PROBLEMATIZANDO O NASCIMENTO E A MORTE

*Camila Fernanda de Carvalho**
*Helder Rodrigues Pereira***

RESUMO

Este artigo traz uma discussão acerca da depressão pós-parto no contexto da pandemia do coronavírus. Para tanto, faz um breve percurso histórico a fim de demonstrar e criticar o lugar social e simbólico da mulher, passando pelas concepções políticas e econômicas. Em seguida, faz uma abordagem acerca da depressão propriamente dita e do parto como momento de exaltação do feminino. No entanto, tal exaltação é conduzida pelos pressupostos masculinos que, carente de compreensão e de afeto, eleva a mulher a uma condição super humana que, definitivamente, não lhe convém. O que se busca é compreender o feminino em seus aspectos humanos e em suas conquistas políticas. O contexto da pandemia fez emergir a problemática da mulher significada unicamente pelas instituições machistas. O que a Psicologia propõe, no entanto, é uma releitura de suas angústias, o que nos propomos ora a apresentar.

Palavras-chave: Feminino. Depressão. Angústia. Pandemia.

INTRODUÇÃO

Iniciamos nossas discussões com um olhar sobre o feminino no decorrer da História. Marcada por preconceitos, à mulher foi relegado um lugar marginal na sociedade. Sendo desconhecida pelas expectativas androcêntricas, à mulher sempre coube um olhar de suspeita. Há que se considerar, por exemplo, as bruxas medievais e os relatos míticos que, via de regra, colocam-no sob o símbolo do sombrio e do inconstante (Eva, que abre a porta para o mal no Éden e Pandora, que porta uma caixa onde trazia o mal para o mundo humano). Os mitos revelam essas expectativas culturais que se desdobram no contexto cotidiano.

* Aluna do Curso de Psicologia do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos.

** Professor Orientador. Colegiado do Curso de Psicologia do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos.

**UNIPAC**

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

Nas sociedades industriais, a mulher também pagou o preço do feminino: baixos salários, duplas jornadas, exclusão social, proibições políticas e assédios constantes são marcas que estigmatizam sua trajetória.

No entanto, não queremos aqui levantar uma bandeira, ainda que muito bem vinda, sobre as reivindicações da mulher ao longo do seu processo emancipatório. Aqui, queremos mostrar uma face escura, escondida, taciturna do feminino: a depressão pós-parto. Entendemos como mais um fardo que a mulher conduz, pois o parto está cercado por significantes do romantismo da era moderna, que atribuiu à mulher o vigor da geração e o cuidado ao rebento. Tudo isto em nome de um bem-estar social firmado pelo proselitismo do macho.

Dar à luz não tem o mesmo sentido para todas as mulheres. Por isto, queremos apresentar aqui um aspecto menos romântico do parto e do amor materno: os sentimentos de angústia, de estranhamento diante do fruto do ventre, as expectativas sociais e o sentimento de menos-valia diante de uma nova realidade: ser mãe. Optamos por problematizar essa questão inserindo ainda o momento dramático da pandemia da COVID-19, abrindo uma discussão sobre a abordagem psicanalítica que se propõe a discutir ambos os problemas, para os quais esperamos oferecer não soluções, mas reflexões para o trabalho do psicólogo diante de questões primordiais para o ser humano: o nascimento, a angústia e a morte.

1 A MÃE, SEUS PAPÉIS E SUA TRAJETÓRIA AO LONGO DE UM PERCURSO HISTÓRICO

Ao longo do tempo e das diversas questões ideológicas pelas quais perpassam a tomada de opiniões, a questão da maternidade vem assumindo algumas funções na vida da mulher. Realização pessoal, etapa de ingresso na idade adulta, responsabilidade sobre o cuidado de uma outra vida são pontos de acordo e de discussão sobre a maternidade e sua influência no cotidiano feminino. Não obstante, e de acordo com Del Priore (2013), há um contraponto

**UNIPAC**

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

a considerar: a visão antinatalista, que significa a recusa da descendência em prol da autorrealização. As funções da maternidade, por óbvio, não foram sempre assim citadas, mas foram sendo construídas de acordo com a história e incentivadas em benefício das mais diversas ordens sociais e políticas, como será discutido a seguir.

Entre os séculos XVI e XVIII a organização familiar colonial brasileira acontecia de modo que no ambiente doméstico os espaços privados não eram bem definidos dadas as concepções arquitetônicas da época. Os cômodos das casas não tinham tanta distinção e os espaços privados eram poucos ou quase nenhum. Um exemplo é o quarto de dormir que, longe das construções aristocráticas ou burguesas, se constituía em um espaço comum, onde todos repousavam simultaneamente. A criança não tinha um espaço reservado ou tratamento diferenciado dos outros membros da família. De acordo com Moura e Araújo (2004, p. 48),

A organização e os sentimentos presentes na família moderna, incluindo aqueles relacionados à maternidade e aos cuidados maternos, foram marcados pelas intensas modificações ocorridas pela ascensão burguesa no final do século XVIII, embora aqui revestidas de características específicas à condição de país-colônia que se vê subitamente elevado à sede do governo português.

A chegada da família real e toda a corte portuguesa no Rio de Janeiro (em 1808), devido à instabilidade política vivida na Europa¹, gerou um interesse da administração portuguesa em substituir os costumes coloniais pelos europeus. A favor da mulher e da criança e valorizando a *família amorosa*, os princípios higienistas chegaram também à família brasileira com o objetivo de ajudá-la a se reorganizar a partir dos novos valores trazidos dos costumes europeus: o patriarcalismo, a submissão da mulher e dos filhos, a educação

¹ As guerras napoleônicas pressionavam os ingleses. Sendo Portugal aliado da Inglaterra, o poder sofria graves riscos. Portanto, escoltado por navios ingleses, a família real portuguesa considerou de bom alvitre uma transferência da corte para o Brasil, influenciando sobremodo a vida na colônia.

**UNIPAC****Centro Universitário Presidente Antônio Carlos**

para as letras e as artes e, principalmente, o desenvolvimento dos costumes aristocráticos (MOURA e ARAÚJO, 2004), tudo isto em um clima colonial, marcado pela influência dos costumes africanos e indígenas. Havia que se instaurar os modos de vida da família branca unidos ao ideário cristão.

A valorização do poder paterno era uma das características principais da família colonial e o pai, além de protetor, era visto como o patrão (o dono, o proprietário), já que a sociedade funcionava com a organização em prol da produção econômica, que atendia as suas necessidades de consumo (MOURA e ARAÚJO, 2004). O ideal burguês ainda convivía com os pressupostos monárquicos. Havia que se consolidar uma oligarquia rural e urbana e, com isto, o poder ia sendo, gradativamente, associado à posse dos bens de capital. Mas esse processo é lento e a História dispõe de toda a paciência necessária para ver consolidar os velhos arranjos das lutas entre as classes. A presença da família real portuguesa no Brasil fortaleceu a colônia de tal forma que seria impossível manter tal condição. Vale dizer: o soberano não deve habitar terras coloniais. Foi assim que o país foi sendo elevado a categorias político-administrativas outras que culminaram na construção de um Estado-Nação. Os primeiros tempos do Império foram vantajosos e, gradativa mas resolutivamente, o país foi se constituindo no modelo europeu. Vejamos como isto refletia no cotidiano:

A higienização das cidades, estratégia do Estado moderno, esbarrava frequentemente nos hábitos e condutas que repetiam a tradição familiar e levavam os indivíduos a não se subordinarem aos objetivos do governo. A reconversão das famílias ao Estado pela higiene tornou-se uma tarefa urgente dos médicos. (...). No curso do Segundo Império, sobretudo a medicina social, vai dirigir-se à família 'burguesa' citadina, procurando modificar a conduta física, intelectual, moral, sexual e social dos seus membros com vistas à sua adaptação ao sistema econômico e político (MOURA e ARAÚJO, 2004, p.49).

**UNIPAC**

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

Neste contexto, unindo o ideal de família com o poder médico², aconteceu a redução da figura da mulher à *mãe higiênica*, haja vista que o aleitamento mercenário (realizado por escravas) era o responsável pela mortalidade infantil e a convivência das crianças com as amas e os laçaios negros era considerado uma deformação moral (MOURA e ARAÚJO, 2004). Em nome de um ideal de família, era uma necessidade premente a reinserção da criança no seio familiar, e isto não se daria sem a construção de uma imagem da mãe amorosa, higiênica e cuidadora. Neste contexto, recusar o aleitamento materno era considerado uma infração às leis da natureza, permitindo culpabilizar as infratoras e fazer surgir o sentimento de anormalidade naquelas mulheres que, por algum motivo, se mostravam incapazes de desenvolver tal ação³. Nesta perspectiva, o ato de amamentar passou a regular a vida da mulher-mãe, confinando-a em casa pelo período de amamentação, que era de dois anos ou mais. Além da amamentação, a mulher seria responsável pelos cuidados, pela educação e pela vigilância de toda a família, o que possibilitou a criação e expansão de um novo olhar sobre a criança, fazendo manifestar o ideal do *amor materno*, que passou a ser desejável e considerado natural (MOURA e ARAÚJO, 2004).

Em meio a esse contexto voltado à maternidade, com as pressões de um ideal reconhecido socialmente, recorreremos à História para perceber um período em que o abandono de bebês passou a ser uma prática muito recorrente no âmbito urbano. Isto chamou a atenção das elites, que queriam uma sociedade moldada sob o seu ponto de vista moral, no qual estava incluído o modelo ideal da família e, por conseguinte, o cuidado da mulher – o amor materno. Quando esse falhava, a própria sociedade burguesa acionava os seus antídotos, ou seja, a caridade religiosa. Há que se lembrar que, no período do Brasil Colônia, o contato dos colonizadores com os indígenas se

² A Medicina e o Direito foram os primeiros cursos superiores implantados no Brasil, sob influência do Imperador.

³ Historiadores do hospital psiquiátrico, tais como Cunha (1989), relatam a presença dessas mulheres no quadro das internas, cuja loucura (histeria?) encontrava suas raízes nos costumes e ideias burgueses de conduta.

**UNIPAC**

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

tornou um fenômeno devastador, principalmente no que diz respeito às doenças que eram trazidas nas caravelas, pois os índios não tinham nenhuma defesa orgânica contra elas. O resultado foi uma multidão de órfãos desamparados, obrigando os jesuítas a criarem os colégios de meninos para abrigar essas crianças. No mesmo contexto, muitas mulheres tiveram de abandonar seus filhos devido às dificuldades na criação (VENÂNCIO, 2004).

Entre os séculos XVI e XVIII várias questões – como o crescimento das vilas e da população, a falta de casas para acolher forasteiros, a falta de mercado de trabalho para quem precisava sobreviver por conta própria em conjunto com a falta de estrutura para suportar as transformações – fizeram com que os pobres fossem se aglomerando, formando extensas populações que, por si só, se constituíam como um problema para a administração pública. Nesse cenário, bebês com dias ou meses de vida eram abandonados em calçadas, praias, terrenos baldios, lixeiras e, muitas vezes, sem qualquer tipo de cuidado que prezasse por suas vidas (VENÂNCIO, 2004). Assim, houve uma inquietação da elite esclarecida a respeito do futuro espiritual dessas crianças abandonadas (os enjeitados) e, por este motivo, pressionaram o Senado da Câmara, comerciantes ricos e devotos a fazerem doações às Santas Casas de Misericórdia com o objetivo de salvar a vida dos enjeitados que, a rigor, eram vistos como almas puras, anjos (VENÂNCIO, 2004), mas que também poderiam oferecer riscos à ordem social.

Então, a primeira forma de auxílio, patrocinado pelas câmaras dizia que todos que encontrassem um recém-nascido na rua ou que o recebesse diretamente dos pais deveriam recolher a criança e batizá-la. Com o documento do batismo em mãos poderiam solicitar ajuda financeira ao presidente da câmara. Essa ajuda duraria até os sete anos da criança, porém não condizia com os gastos necessários para a criação delas. Importante mencionar que muitas pessoas pegavam essas crianças como forma de escapar de seus pecados e conseqüente garantia de salvação eterna (VENÂNCIO, 2004).

**UNIPAC****Centro Universitário Presidente Antônio Carlos**

As Santas Casas do Rio de Janeiro, Salvador e Recife aderiram à Roda dos Expostos, dispositivo muito difundido em Portugal, que era um cilindro que unia a rua ao interior da Casa. Os bebês indesejados (enjeitados) eram deixados lá e era sinalizado a quem estava no seu interior para que o pegasse (VENÂNCIO, 2004). No meio rural o abandono era quase inexistente, pois uma criança significava um braço a mais na lavoura, ajuda doméstica ou em mais alguma função produtiva ou de apoio. Existiam muitos pobres, mas poucos miseráveis, fato que diminuía a necessidade de abandono no meio rural. Nas cidades acontecia o contrário, existiam muitos miseráveis e seus filhos não podiam ter outro destino que não o abandono. Algumas mulheres brancas com boas condições financeiras também abandonavam seus filhos que eram frutos de amores proibidos (VENÂNCIO, 2004).

Quem enviava um filho à Roda dos Expostos poderia reavê-lo, caso as condições que levaram ao abandono fossem superadas. Isso levava mães de crianças doentes que não tinham condições de pagar seu tratamento a confiá-los aos cuidados das Santas Casas. Mães doentes também faziam isso com o intuito de buscar seus filhos ao se recuperarem. O abandono era acobertado principalmente quando a vida do bebê não era colocada em risco. Portanto, a criança era batizada sem muita burocracia, ninguém declarava suspeita sobre a origem do bebê e a finalidade era não constranger ninguém que abandonasse a criança à Roda. Quando esses bebês eram acolhidos por interesses financeiros, suas vidas eram colocadas em risco, pois eram submetidos a alimentação artificial, que consistia em mel com água, caldos quentes, leite de vaca ou mesmo água morna com açúcar. Esses bebês não eram nutridos adequadamente e seus organismos não estavam preparados para receberem certos tipos de alimentos, causando diversas doenças que, na maioria das vezes, os levavam à morte. Algumas vezes eram submetidos a maus-tratos das amas que não tinham muita paciência e misturavam aguardente ao leite para acalmá-los. Algumas mães, ao abandonarem seus filhos, deixavam junto seu enxoval, o que permitia a percepção de uma sutil

**UNIPAC**

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

diferenciação social entre os enjeitados e a concepção de que, em algum momento, havia o desejo de cuidar do filho (VENÂNCIO, 2004).

Muitas mães eram motivadas ao abandono pela questão moral que era assumir um filho solteira, um filho ilegítimo, e também pela dificuldade de precisar trabalhar para seu sustento e não ter com quem deixar o filho. O nascimento de gêmeos também resultava no abandono de pelo menos um deles devido à dificuldade que era cuidar das duas crianças (VENÂNCIO, 2004).

Observamos, então, que as principais motivações para o abandono das crianças se dava pelas dificuldades encontradas ou pela impossibilidade de criação do menor tendo, essas mães, assim, a maternidade negada e não exatamente a escolha de não exercer a maternidade.

Como considera Venâncio (2004, s.p):

Quase sempre os meninos e meninas saídos do turbilhão do abandono eram seres frágeis, revoltados com a quebra do único referencial familiar que possuíam: a residência da criadeira. Nos relatórios do século passado aparecem recorrentes queixas em relação a esses indóceis serviçais, que fugiam dos locais de trabalho para morar nas ruas, dando sequência a um novo ciclo de casais miseráveis e de mulheres solitárias que abandonavam os filhos.

Como um ciclo vicioso, sem as medidas administrativas que pudessem impactar a questão de forma positiva, não havia condições de melhorar a situação, permanecendo, assim, o alto índice de abandono, o que levava a um alto índice de mortalidade de bebês. Tal situação somente iria melhorar quando surgiu a figura da mãe higiênica, quando o aleitamento materno passou a ser incentivado e a família sofreu a influência da medicina nos cuidados com o bebê, incluindo a alimentação. Tais questões só vieram à tona quando a criança começou a ser diferenciada do adulto, ganhando um lugar diferenciado nas casas e a atenção especial das mães que, então, já zelavam pelo seu futuro, cumprindo o status social da família burguesa.

**UNIPAC**

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

De acordo com o que foi analisado acima, podemos perceber a trajetória social da mulher, da maternidade, das imposições sociais, das mudanças nos papéis executados por elas enquanto mãe, mulher e suporte social. Portanto, observamos que o amor materno e outras questões que giram em torno da maternidade é uma construção social com um objetivo e não algo inato. Assim, a maternidade que a sociedade exige da mulher não é bem o que acontece e tal expectativa pode causar grande prejuízo à saúde mental.

2 UM OLHAR PSICOLÓGICO SOBRE A DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Segundo Lorentz (2020), se comparado aos homens, as mulheres têm o dobro de chance de desenvolver depressão ao longo da vida. O nascimento de um filho modifica a dinâmica familiar já estabelecida e as funções relacionadas à maternidade podem impactar no humor, causando distúrbios de ansiedade, sintomas de depressão e até sintomas psicóticos. Para Soler (2014), o período puerperal começa em seguida ao término do parto podendo durar seis semanas ou mais. É dividido em 3 partes: puerpério imediato (0-10 dias), puerpério tardio (11-45 dias) e pós-parto remoto (46-60 dias). Nesse período, a mulher passa por transformações fisiológicas, psíquicas e sócio familiares, afetando diretamente sua qualidade de vida.

Segundo Oliveira (2018), o final do puerpério deve ser protelado para até 12 meses após o parto, já que os órgãos e sistemas de algumas mulheres demoram mais para retornarem ao seu lugar normal de antes da gravidez. É comum gerar certa confusão quando existe uma linha tênue entre um quadro patológico e uma etapa normal do pós-parto materno com sintomas parecidos. Como afirma Lorentz (2020, p.24):

Muitos sintomas da depressão são esperados normalmente no puerpério: fadiga, exaustão física e mental, insônia, perda ou ganho ponderal, perda do interesse sexual entre outros. É necessário que haja uma diferenciação entre sintomas

**UNIPAC**

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

brandos, que podem ser normais e transitórios e sintomas graves, prejudicando o laço mãe-bebê e os cuidados com o recém-nascido, assim como o cuidado pessoal da mulher.

A chegada de um bebê é um acontecimento complexo, pois, além da ambiguidade de sentimentos vividos pela mulher e seu reencontro com o passado, ainda traz mudanças significativas no cotidiano da família. Podemos ressaltar que o período gravídico pode ressignificar a vida da mãe, pois ela se vê diante de modificações importantes do ponto de vista físico, além da carga emocional experimentada no ato de gestar alguém, dá-lo à luz e nutri-lo, além do cuidado que demanda. Mas esse fato pode ser positivo na vida da mulher, sentindo a maternidade de forma reparadora e sutil na compreensão de sua vida (JULIEN, 2013). Porém, nosso foco será nos processos que trazem desconforto, visando estudar a depressão pós-parto.

O chamado *baby blues*, também conhecido como tristeza materna, é uma das diversas manifestações das mudanças ocorridas na gestação e no pós-parto. Os sintomas são tristeza, fragilidade excessiva, labilidade de humor, irritação e emotividade, que podem durar entre uma semana e um mês. Diferente da depressão pós-parto, o *baby blues* não afeta os cuidados da mãe com seu bebê (JULIEN, 2014). Segundo Julien (2014):

Essa manifestação é decorrente da constatação de que o filho e a mãe não são mais uma unidade, mas seres diferenciados e também da dificuldade própria em lidar com um recém-nascido. Pode não ser simples dar adeus às fantasias de completude, acabar com o estado fusional compreendido na gestação. A fragilidade e a dependência do bebê podem repercutir na parturiente como um espelho, quer dizer, a mãe pode identificar-se com a vulnerabilidade e o desamparo do bebê e com isso adentrar no *baby blues*, por não se sentir à altura da tarefa.

Julien (2014, p.3) acrescenta ainda sobre o *baby blues*:

(...) é decorrente de acontecimentos importantes que antecedem esse período e estão ligados a esse momento, como a transformação sofrida pela mulher que passa do papel de filha para o de mãe, sentindo ainda insegurança quanto à sua habilidade em dar conta das demandas do bebê. Outro fator gerador de angústia é em relação ao próprio corpo, que não é mais de grávida, tampouco é o que tinha anteriormente, continua grande e disforme, porém sem carregar o bebê. (...) é o momento em que a mãe e o pai revivem a situação triangular que tiveram com os seus pais, pois será preciso configurar o espaço do bebê em sua nova família.

Apesar da tristeza materna (ou *baby blues*) apresentar sintomas bem parecidos com os da depressão pós-parto, é possível diferenciá-los, observando a intensidade e permanência desses sintomas, já que na depressão pós-parto eles ocorrem mais intensamente e perduram por mais tempo (OLIVEIRA, 2018).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a depressão pós-parto é citada no campo de Transtorno Depressivo Não Especificado, tendo seu início no periparto, quando não possui os sintomas necessários para se caracterizar como Transtorno Depressivo Maior. Caso seja caracterizado como Transtorno Depressivo Não Especificado com início no periparto, ela (a depressão) pode ter seu início tanto na gravidez quanto em semanas ou até meses após o parto. Mulheres com episódios depressivos maiores no periparto com frequência têm ansiedade grave e até mesmo ataques de pânico (DSM-5, 2014).

Segundo Nascimento (2006, s/p):

A ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho. Ela passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione. Abrange sentimentos de medo, de insegurança e de antecipação apreensiva, conteúdo de pensamento dominado por catástrofe ou incompetência pessoal; há também aumento do estado de vigília ou alerta, com uma sensação de constrição respiratória, levando a

**UNIPAC**

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

hiperventilação e suas consequências; tensão muscular que causa dor, tremor e inquietação e uma variedade de desconfortos somáticos consequentes da hiperatividade do sistema nervoso autonômico.

Interessante salientar que no período do puerpério vários desses sintomas atribuídos à ansiedade quando se torna patológica, normalmente são relatados pelas mães.

Os episódios depressivos no periparto podem apresentar características psicóticas quando mais grave e podem ocorrer sem delírios ou alucinações específicos. Podem ser mais comuns em primíparas e o risco pode ser aumentado em mulheres que já tiveram episódios de humor anterior ao parto, com história prévia de um transtorno depressivo ou bipolar ou com história familiar de transtornos bipolares (DSM-5, 2014).

Para Rehbein (2014 *apud* Durand 1999, s/p):

As psicoses puerperais ocorrem frequentemente com mulheres jovens que apresentam histórico de rupturas ou distorções da relação mãe-filho na primeira infância, remetendo-nos na teoria psicanalítica à forclusão do significante nome-do-pai. E não por acaso, são mulheres com grande vulnerabilidade narcísica e carências identificatórias com a imago materna. O que vai caracterizar essa crise é a sua prevalência que se mostra constante, independentemente do momento e da cultura. Para essas estruturas, as patologias do pós-parto, delírio e depressão, são episódios agudos. As psicoses do pós-parto sobrevêm em mulheres indenes, geralmente, primíparas, até os três meses que se seguem após o parto. O quadro clínico é de delírio agudo, persecutório em relação ao nascimento e ao bebê e de negação da maternidade, do casamento, da origem do filho, além do medo de que ele morra, de confusão de identidade entre mãe e seu bebê, no qual ela projeta, e não por acaso, conteúdos delirantes relacionados à sua própria mãe.

Considerando o trajeto da menina para se tornar mulher na teoria de Freud ou os conflitos que a criança enfrenta na sua primeira infância, já é possível compreender porque a mulher que já sofreu de depressão

**UNIPAC**

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

anteriormente tem maiores chances de desenvolver a depressão pós-parto do que as que não tiveram (JULIEN, 2013).

Para Lacan, o sujeito entra no mundo simbólico a partir do Édipo e a função paterna apresenta-se como metáfora, por ser esta simbólica. Logo, o Nome-do-Pai entra no lugar do falo na relação de objeto da mãe. É pelo Nome-do-Pai que a criança poderá nomear o objeto fundamental do seu desejo. Seu processo de produção é passível de falha, o que gera a não-estruturação ou sua forclusão, produzindo uma desestruturação imaginária, origem da psicose (OLIVEIRA, 2008, p. 121).

Como dito acima sobre a origem da estrutura psicótica, vale ressaltar que ter episódios psicóticos no periparto não significa que a mulher tem uma estrutura psicótica, podendo ocorrer tais episódios e, no futuro, ela voltar à sua normalidade. Muitas pessoas com a estrutura predominantemente neurótica também podem ter traços psicóticos, não podendo ser engessado nenhum tipo de diagnóstico, pois o mesmo é importante quando solicitado, mas não deve ser usado pelo profissional de forma a enrijecer a conduta da psicoterapia. Dessa forma, a devida importância deve ser dada ao fato de que cada pessoa é um ser único e subjetivo pautado na sua própria história de vida, assim como no seu meio cultural.

Para Julien (2013) vários acontecimentos agindo em conjunto são os responsáveis pela depressão pós-parto. Entre outros fatores, existe o impacto dos hormônios, a predisposição genética, as difíceis condições de sustento e a não aceitação da gravidez. A dificuldade em lidar com a ambivalência de sentimentos em relação ao recém-nascido e a expectativa pessoal e social sentida como devida ao momento são tidas como fatores de risco.

A depressão pós-parto pode ser identificada na mãe através do seu discurso, nas suas ações no cuidado materno, na relação mãe-bebê, e, sobretudo, na sua relação mãe-filho. Podemos identificá-la também no bebê, através dos efeitos devastadores

**UNIPAC**

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

que deixam rastros no desenvolvimento da criança (REHBEIN, 2014, p. 43).

Assim, Julien (2013 *apud* NASCIMENTO, 2006) explica que durante a gestação acontece o movimento de *transparência psíquica*, onde as mulheres ficam mais abertas a conteúdos recalcados que tentam vir à tona com uma saída privilegiada nesse momento de gravidez. Isso acontece porque a mulher dispõe de grande investimento de libido no bebê, alterando o dinamismo das forças psíquicas, necessitando abaixar o nível de energia investido no recalçamento, facilitando o regresso do que foi recalcado. Essa situação pode levar a mulher a solucionar conflitos antigos, assim como causar uma grande desorganização psíquica. Ainda sobre a *transparência psíquica*, Julien (2013, *apud* NASCIMENTO, 2006) salienta que através da fala de suas pacientes sobre experimentações infantis remetidas às suas mães, percebeu a fala sobre a *mãe introjetada* quando a gestante era bebê. Isso levaria a gestante a vivenciar sensações corporais do seu passado remetendo a uma intensa fragilidade, pois pode ter sentido que os cuidados remetidos a ela no passado não foram suficientes para acalotá-la. Isso pode fazer com que a gestante precise de sua mãe por perto para exercer a maternagem – sentimento que pode gerar a reconciliação da puérpera com a sua mãe.

Esse movimento poderia despertar as sensações primárias de desamparo através da identificação da mãe com o filho e da apreensão da total dependência que o bebê tem de si, o que seria de difícil elaboração para pessoas emocionalmente instáveis.

(...) o estado de desamparo é um tema persistente na obra freudiana e tem a ver com a incapacidade do neonato em lidar com as complexidades às quais fica exposto a partir de seu nascimento. Essa questão está ligada a temas importantes, como por exemplo, a experiência de satisfação da mítica primeira mamada. Só pensando na angústia à qual fica exposto, o recém-nascido, imerso no caos de toda espécie de sensações novas, desconfortáveis e até ameaçadoras é que faz sentido pensarmos no aconchego experimentado pelo bebê

após uma experiência confortadora, que transmita sensação de amparo. A vivência de satisfação é uma experiência que marca o ser humano, que está ligada ao processo primário e ao processo secundário. Após receber esse conforto, quando a criança sente-se desamparada, pode ter como saída a alucinação, porém essa saída tem data de validade. Um bebê com fome pode sugar o seu dedo e alucinar a presença do peito, porém, passado um período determinado, caso não seja atendido, irá chorar como forma de pedir pelo alimento real. Além disso, com o passar do tempo, a criança passa a distinguir a realidade da fantasia, mas o desejo de sentir-se amparado permanece (JULIEN, 2013, s/p).

Dessa forma, a citação acima explica o motivo pelo qual a *transparência psíquica* experimentada na gravidez pode fazer emergir a sensação primária de desamparo, culminando em sintomas que levam à depressão pós-parto.

3 DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM TEMPOS PANDÊMICOS

Iniciamos este capítulo com uma breve citação de Dunker:

Fomos dormir em um mundo, acordamos em outro (...). Assustados, atônitos, descrentes ou desconcertados, começamos a nos familiarizar com um novo cenário, povoado de máscaras e com as ruas vazias; com novas palavras, como “corona”, “quarentena” e “lockdown”, que rapidamente até as crianças começaram a declinar; e com novos objetos, como as máscaras e o álcool em gel, que passamos a manusear cotidiana e desajeitadamente; passamos a conviver com novas distâncias e novos ritmos. O vírus, que, nas imagens que vinham da China, parecia longe demais, de repente estava entre nós; e foi assim que todos aqueles que eram os mais próximos, nossos vizinhos, amigos e parentes, de uma hora para outra, estavam longe – ou perto – demais. O virtual invadiu, mais do que nunca, o espaço de nossas casas: aulas, reuniões, “lives”, tudo passou a ser remoto, como remotas eram nossas chances de prever a duração da pandemia ou a chegada da vacina. Os sonhos, projetos e votos que havíamos feito na virada do ano pareciam se dissolver num horizonte sem horizonte. De uma hora para a outra, estávamos confinados. Foi nesse diapasão que começamos a sonhar

**UNIPAC****Centro Universitário Presidente Antônio Carlos**

mais, a lembrar mais dos nossos sonhos, a ter a sensação de sonhos mais vívidos, mais intensos. Como disse um dos sonhadores: “Não tenho certeza de nada, só que esses sonhos estão ficando mais ‘reais’”. As redes sociais, rapidamente, tornaram-se um espaço de compartilhamento dessas narrativas. O sonho entrou na nossa realidade, e a realidade, ou o que ainda restava dela, invadiu nossos sonhos. Em algum momento de março de 2020 começava, de fato, o século XXI (DUNKER *et al.*, 2021, s/p).

Esta citação retrata o sentimento experimentado pelas pessoas no início da pandemia da COVID-19 no Brasil, em março de 2020. O nível emergencial da situação surpreender a todos e, lógico, faltou preparo para lidar com várias questões, principalmente no que tange a importância do cuidado psicológico em situações desse tipo. Os administradores do Brasil não estavam preparados, muito menos as instituições. Medidas simples poderiam ter ajudado a população a lidar com esse emaranhado de novas questões. Dessa forma, depois de mais de um ano e meio, com mais tempo para tal, as coisas começam a ser estudadas e analisadas, surgindo novas possibilidades, assim como novas formas de entendimento da psicologia em momentos de crise como esse, que podemos chamar de momento de luto – um luto coletivo, um luto pela perda do movimento, dos sonhos, dos encontros, dos espaços públicos.

No contexto de nosso tema de estudo (a depressão pós-parto), o luto é um período vivido pelo sujeito não somente quando ele perde um ente querido ou uma situação de segurança, mas também quando experimenta um nascimento. Por paradoxal que seja, há uma perda quando um novo ser é dado à luz. A depressão pós-parto denuncia essa perda para a mulher que não encontra o simbólico disponível para significar o seu sentimento de dor diante de um momento que, segundo as expectativas sociais, deveria ser um momento de júbilo. Ora, o que se percebe é que não há lugar para jubilar-se com o fruto do ventre que se lhe aparece estranho demais para ser significado.

O contexto pandêmico apresentou o furo do real, um furo sem bordas, um horizonte esqualido, carente de esperanças e de bordas capazes de

**UNIPAC**

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

sustentar o sujeito. Em função disto, movimentos particulares ou coletivos foram feitos para tentar fazer borda a esse real. Até que emergisse a vacina e suas possibilidades de sustentação da esperança do sujeito, o mundo se viu aterrorizado pela falta de perspectivas. Os partos ocorridos nesse mesmo período traziam consigo a preocupação de um desencadear de sintomas depressivos. De fato, ser mãe não é algo fácil e nem tarefa simples. Assim foi que a equipe do Laboratório de Estudos, Pesquisa e Intervenção em Desenvolvimento e Saúde da Maternidade Escola da UFRJ (LEPIDS/UFRJ) publicou uma cartilha com o tema da maternidade em tempo de COVID-19 (CUNHA, 2020). Um dos pontos trazidos à discussão dialoga com nossa pesquisa: Com o distanciamento social, conseguirei suprir as necessidades do meu bebê sem a minha rede de apoio? Como ficarei sem a ajuda familiar durante a pandemia? Será que consigo dar conta sozinha da minha nova rotina de mãe? São questionamentos importantes, ainda que saibamos que a depressão pós-parto não é causada pela pandemia. O que ocorre é que tal situação mundial pode vir a exacerbá-la e, portanto, não sem razão, as frentes de pesquisa se posicionaram a fim de conceder à sociedade e às mães os possíveis caminhos que o conhecimento científico pode oferecer.

O contexto pandêmico é o da desilusão: como o avanço tecnológico não conseguiu suprimir as pestes ao longo dos anos? Em sua obra *História do medo no Ocidente*, Delumeau (1995) aponta para as tipologias dos comportamentos coletivos em tempos de peste. Remontando à Idade Média, por exemplo, ele ilustra como a peste era tida como um mal a ser extirpado por meio de orações e jejuns, penitências e procissões, atos de reconciliação com a divindade, já que era a ira de Deus a responsável pelos mais diversos cataclismos – inclusive a peste. Com o advento das ciências e a dessacralização do mundo, não mais à divindade, mas à ciência caberia dar as respostas capazes de oferecer uma borda para o furo do real – a pandemia. Os sentimentos são ambíguos: desilusão e crença na ciência precisaram conviver

**UNIPAC**

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

para oferecer o mínimo de sentido às questões que atualizaram o luto e a melancolia.

Em se tratando deste tema, podemos fazer uma brevíssima visita ao texto de Guimarães Rosa: Manuelzão e Miguilim e tomar de empréstimo a visão da personagem:

Todos os dias que depois vieram eram tempo de doer. Miguilim tinha sido arrancado de uma porção de coisas, e estava no mesmo lugar. Quando chegava o poder de chorar, era até bom – enquanto estava chorando parecia que a alma toda se sacudia, misturando ao vivo todas as lembranças, as mais novas e as mais antigas. Mas, no mais das horas, ele estava cansado. Cansado e como que assustado. Sufocado (GUIMARÃES ROSA, 1983).

É um trecho que descreve o luto do personagem Miguilim após a morte de seu irmão Dito. Com o luto, o mundo deixa de fazer sentido e o Eu resiste no investimento da libido em outro objeto de amor (FREUD, 1915/1976a). Mas a tristeza faz parte do universo humano e, como tal, não deve ser sufocada, medicada, extinta. É preciso que os novos investimentos libidinais façam parte da vida e da realidade do sujeito, fazendo-o ressignificar as perdas que lhe são inerentes. No âmbito da melancolia, no entanto, é o próprio eu que perdeu o sentido. Os afetos destinados aos objetos se voltam ao eu e o sujeito se vê desqualificado em sua existência, lamentando pela sorte do outro, que deve conviver com uma pessoa tão insignificante quanto si.

No cotidiano da pandemia de COVID-19, a mulher melancólica, deprimida no pós-parto, carente de elementos capazes de auxiliá-la na reconfiguração de sua vida e na solidão do projeto humano, se viu diante de uma dupla falta de sentido: o mundo dilacerado pela peste e o seu interior, desprovido de sentido. A angústia emergiu como única verdade concreta, não obstante as falas cordiais que elogiam a maternidade e suas prerrogativas; não obstante o ideal cultural do amor materno e seus sacrifícios nada animadores.

**UNIPAC**

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

O sujeito mostrou-se desiludido, tal como se lê nas Considerações (freudianas) atuais sobre a guerra e a morte (FREUD, 1915/1976b, p.24):

Teve então, (o homem) na sua dor, de fazer a experiência de que também ele poderia morrer, e todo o seu ser se revoltou contra tal concessão; cada um dos seres amados era, de facto, um fragmento do seu próprio eu amado. Por outro lado, semelhante morte era-lhe todavia grata, pois em cada uma das pessoas amadas havia também um elemento estranho. A lei da ambivalência dos sentimentos, que ainda hoje domina as nossas relações sentimentais com as pessoas por nós amadas, tinha decerto um domínio ainda mais irrestrito nos tempos primitivos.

Assim se configurou o mundo para a mulher primípara. Uma desilusão. Não nos cabe inserir uma conclusão fantasiosa, mas uma breve consideração segundo a qual o feminino e o materno precisam ser ouvidos pela sociedade de uma forma menos romantizada e, quiçá, menos androcêntrica. O masculino impõe uma concepção particular sobre o corpo e o psiquismo da mulher. Mas esse mesmo corpo/psiquismo se mostra insondável por vezes. Há que se ouvi-lo para uma possibilidade de ressignificação da angústia, da tristeza e do nascimento do outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões aqui apresentadas pretendem trazer uma contribuição para as questões psicológicas que envolvem questões cruciais do humano: o nascimento e a morte. Como sabemos, são questões permeadas pela angústia, pois a definição do espaço social e cultural custou ao homem o preço da neurose. Ora, ainda que sejam revestidos por propostas românticas, há respostas que devem ser apresentadas pelas pessoas em momentos específicos que atualizam a angústia da castração. O colocar-se diante da falta-a-ser não pode ser simplesmente envolvido no véu do desconhecido e do misterioso e aí se calar.

**UNIPAC**

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

O parto é um momento importante para toda a família mas, principalmente para os dois seres particularmente envolvidos no ato: mãe e filho. As relações amorosas por vezes são substituídas por sensações de estranhamentos e por desejos estranhos às expectativas da sociedade e de seus moralismos. Diante disto, a mulher, principalmente a primípara, sente-se abandonada e perdida, pois não consegue compreender e lidar com a condição de mãe e, ao mesmo tempo, não-toda. Neste momento, emergem sensações antigas, orquestradas pela condição de filha e seus antagonismos. Quando a depressão pós-parto se instala, a mulher-mãe precisa de um outro lugar de escuta e de compreensão. Isto, no entanto, foi agravado no momento da pandemia de COVID-19, que obrigou as pessoas a ressignificar seus lugares sociais. No caso da primípara deprimida, houve uma dupla carga a ser conduzida: o luto e a melancolia. Não pudemos, aqui, fazer mais que expor esta questão, abrindo espaço para que essa discussão esteja presente no espaço acadêmico e multidisciplinar, a fim de compreender o feminino neste aspecto obscuro particular de sua existência.

MATERNITY AND POSTPARTUM DEPRESSION IN THE PANDEMIC CONTEXT: PROBLEMATIZING BIRTH AND DEATH

ABSTRACT

This article brings a discussion about postpartum depression in the context of the coronavirus pandemic. For this, it makes a brief historical course in order to demonstrate and criticize the social and symbolic place of women, going through political and economic conceptions. Then, it approaches depression itself and childbirth as a moment of exaltation of the feminine. However, such exaltation is driven by male assumptions that, lacking understanding and affection, elevate women to a super human condition that definitely does not suit them. What is sought is to understand the feminine in its human aspects and in its political conquests. The context of the pandemic has brought to light the problem of the woman as signified only by male institutions. What Psychology proposes, however, is a re-reading of their anguishes, which we propose to present here.

Keywords: Female. Depression. Anguish. Pandemic



UNIPAC

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CUNHA, Maria Clementina Pereira. Loucura, gênero feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 9, n. 19, pp. 121-144, ago-set, 1989.

CUNHA, Ana Cristina Barros da. **Maternidade em tempos de COVID-19: como enfrentar a pandemia quando sou mãe de um bebê menor de seis meses?** Rio de Janeiro: K. A. Albuquerque, 2020.

DEL PRIORE, Mary. **Histórias e conversas de mulher**. 2013. São Paulo: Planeta, 312p.

DELUMEAU, Jean. **História do medo no Ocidente**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

DUNKER, Christian et al. **Sonhos confinados: o que sonham os brasileiros em tempos de pandemia**. São Paulo: Autêntica, 2021.

FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia** (1915a). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

FREUD, Sigmund. **Considerações atuais sobre a guerra e a morte** (1915b). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

GUIMARÃES ROSA, João. **Manuelzão e Miguilim**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.

JULIEN, Maria Claudia Gomes. **Depressão pós-parto: um olhar psicanalítico**. 132 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC), São Paulo, 2013.

LORENTZ, Marcela Siliprandi. **Sexualidade e depressão no puerpério durante a pandemia de COVID-19**. 84 f. Dissertação (Pós-Graduação em ciência da saúde: ginecologia e obstetrícia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – RS, 2020.

MANUAL Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: **DSM-5**. American Psychiatric Association. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

**UNIPAC**

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos

MOURA, Solange M. S. Rolim de; ARAÚJO, Maria de Fátima. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicologia: Ciência e Profissão**. São Paulo. v. 24. n. 1. p. 44-55. jan. 2004.

NASCIMENTO, Solange Rodrigues da Costa. **Ansiedade e sintomas de depressão em gestante**: um desafio a ser enfrentado. 95 f. Dissertação (Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória – ES, 2006.

OLIVEIRA, Mariana Sales Bacha. O conceito das estruturas clínicas neurose e psicose para a psicanálise. **Revista Científica do HCE**. v. 3. n. 2. p. 115-122. 2008.

OLIVEIRA, Leiliane Sabino. **Puérperas de risco para depressão pós-parto**. 65 f. Dissertação (Pós-Graduação em *Strictu Sensu* em atenção a saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia – GO, 2008.

REHBEIN, Mauro Pioli. **Feminilidade e depressão pós-parto**. 233 f. Tese (Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

SOLER, Damaris Aparecida Rodrigues. **Qualidade de vida no puerpério**. 129 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto - SP, 2014.

VENÂNCIO, Renato Pinto. Maternidade Negada. In DEL PRIORE, Mary. **História das mulheres no Brasil**. 8. ed. São Paulo: Contexto, 2006, 678p.