

INSTITUTO VALE DO CRICARÉ
FACULDADE VALE DO CRICARÉ
CURSO BACHAREL EM PSICOLOGIA

BERNADETE DOS SANTOS SOARES
IVANILDE SOUZA DA SILVA
JUDITH SILVA NOGUEIRA

O PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO NO CUIDADO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

SÃO MATEUS

2022

BERNADETE DOS SANTOS SOARES
IVANILDE DA SILVA NOGUEIRA
JUDITH NOGUEIRA

O PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO NO CUIDADO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Psicologia do Centro Universitário Vale do
Cricaré, como requisito parcial para obtenção do
grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof.^a Me. Alessandra Lopes da Silva
Macedo

SÃO MATEUS

2022

BERNADETE DOS SANTOS SOARES
IVANILDE SOUZA DA SILVA
JUDITH SILVA NOGUEIRA

O PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO NO CUIDADO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharelado em Psicologia.

Aprovado em 08 de dezembro de 2022.

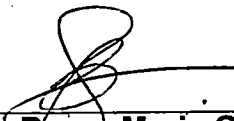
BANCA EXAMINADORA



PROF. Me. Alessandra Lopes da Silva
Macedo
PROF. ORIENTADOR CENTRO
UNIVERSITÁRIO VALE DO CRICARÉ



Prof. Especialista Katriny Cescon Elias
PROF. CONVIDADO
CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE
DO CRICARÉ



Psicóloga Bruna Maria Gonçalves
CONVIDADO EXTERNO
PREFEITURA DE SÃO MATEUS

SÃO MATEUS

2022

Dedicamos de modo especial às nossas famílias e amigos pelo incentivo e compreensão e a Ana Carolina Souza da Silva por nos ter inspirado na escolha do tema.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por nos proporcionar mais uma conquista de formação, que em meio a um período pandêmico nos deu força, garra e determinação para chegarmos até o final, nos sustentando em momentos de certezas, incertezas, e por nos proporcionar mais uma conquista e bons encontros.

As nossas famílias, mãe, irmãos, namorado que a todo momento nos apoiaram de perto e de longe, nos ouviram quando tudo parecia que não daria certo e nos incentivaram a continuar, em alguns momentos usando a frase "tente somente mais um dia" fazendo com que nunca desistíssemos.

Aos nossos amigos e parentes que em meio a pandemia mesma a distância foram sonhando com a conclusão do nosso curso e apostando em mais um futuro profissional de psicologia.

Minha amada e querida mãe Victoria dos Santos Soares, minha irmã Ana Cristina dos Santos Soares, pela solidariedade e paciência para comigo nesse momento.

A parceria e companheirismo dos meus três filhos Gabriel Silva Nogueira e Lais Silva Nogueira, e em especial minha filha Judith que está formando junto comigo nessa graduação, por ser essa tão grande companheira e amiga sempre do meu lado, agradeço também meu grande amigo Dr. Ricardo Motta que me motivou todo tempo durante todo esse percurso.

A parceria da minha mãe Ivanilde Nogueira durante esses cinco anos de graduação ao qual iniciamos e finalizamos juntas, aos meus irmãos Gabriel Silva Nogueira e Lais Silva Nogueira, a minha prima Ana Carolina Souza da Silva e ao meu namorado Joabson de Lima Gomes.

Agradecemos de todo nosso coração a nossa amada e querida orientadora mestre Alessandra Lopes da Silva, por ter acreditado em nosso sonho, por ter apostado em nossa capacidade, nos incentivando a todo momento a pesquisar e estudar de forma mais profunda o tema, ressignificar nossas ideias assim como um pai ou mãe segura na mão da criança e ensina a caminhar. Obrigada por não nos deixar desistir.

"De acordo com sua natureza peculiar, a psicanálise não tenta descrever o que é a mulher, seria essa uma tarefa difícil de cumprir, mas se empenha em indagar como é que a mulher se forma, como a mulher se desenvolve desde a criança dotada de disposição bissexual."

Sigmund Freud.

RESUMO

Considerando que a experiência da maternidade é um período de transição carregado de muitas situações novas e potencialmente estressantes, o presente estudo a partir do enfoque psicanalítico, buscou identificar os aspectos emocionais, que podem favorecer o desenvolvimento da Depressão Pós-Parto (DPP). Este trabalho objetiva-se compreender o quanto o pré-natal psicológico auxilia na redução da incidência da Depressão Pós-Parto. Trata-se de uma pesquisa de campo de abordagem qualitativa, de caráter exploratória. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, numa amostra de 15 gestantes com idade entre 19 e 35 anos, que se encontravam entre o 1º e 3º trimestre. Os resultados obtidos com o estudo possibilitaram verificar o quanto o pré-natal enquanto espaço de escuta do sofrimento psíquico que envolve a gestação se apresenta como fator de proteção da DPP.

Palavras-chave: Maternidade; Depressão Pós-Parto; Psicanálise.

ABSTRACT

Considering that the experience of motherhood is a transitional period loaded with many new and potentially stressful situations, the present study, based on a psychoanalytical approach, sought to identify the emotional aspects that may favor the development of Postpartum Depression (PPD). to the detriment of the general objective: to understand how much psychological prenatal care helps in reducing the incidence of Postpartum Depression. This is field research with a qualitative, exploratory approach. Data were collected through semi-structured interviews, in a sample of 15 pregnant women aged between 19 and 35 years, who were between the 1st and 3rd trimester. The results obtained from the study made it possible to verify how much prenatal care as a space for listening to the psychic suffering that involves pregnancy is a protective factor for PPD.

Keywords: Maternity; Baby blues; Psychoanalysis.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DPP	Depressão Pós Parto
GNP	Gravidez Não Pretendida
PSF	Programa de Saúde Familiar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA DEPRESSÃO	13
3 CONCEPÇÃO DA FEMINILIDADE	17
4 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA MATERNIDADE	20
4.1 ARTICULAÇÃO: MATERNIDADE, FAMÍLIA E INFÂNCIA.....	20
4.2 A CONSTRUÇÃO DO AMOR MATERNO	24
5 A MATERNIDADE NA PSICANÁLISE.....	27
6 O PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO E O CUIDADO NO CUIDADO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	31
6.1 RELAÇÃO MULHER – MATERNIDADE: UMA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM GESTANTES.....	32
6.1.1 Gravidez não planejada, mas sentem o desejo de terem o filho	33
6.1.2 Gravidez planejada, mas não sentem o desejo de ser mãe	34
6.1.3 Sentimentos antes da gravidez não planejada.....	35
6.1.4 A rede de apoio na gestação	36
CONCLUSÃO.....	39
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	47
APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	49
APÊNDICE – C TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	50

1 INTRODUÇÃO

Ao lançar um olhar para o fenômeno da maternidade percebeu-se que a maternidade nunca foi um acontecimento natural, universal uma vez que se apresenta com diferentes significados e simbologias em distintos contextos históricos, recebe sentidos diversos, inclusive antagônicos para cada época e/ou cultura. Tornar-se mãe está intrinsecamente ligada as representações sociais acerca da maternidade. “É fácil constatar, mesmo que as mulheres tenham recursos herdados da espécie que não há consenso entre diferentes grupamentos humanos sobre a forma de se lidar com a gestação, com o parto e o puerpério” (IACONELLI, 2015, p. 81).

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, de caráter exploratório, precedido de pesquisa bibliográfica para fins de fundamentação teórica. Para aplicação da pesquisa, foram identificados 15 participantes voluntários que atenderam os seguintes critérios: serem gestantes do 1º, 2º e 3º trimestre, com idades entre 19 e 35 anos, que realizam o pré-natal na Unidade de Saúde, localizada na Vila dos Pescadores do município de Conceição da Barra. O contato inicial foi realizado por meio da enfermeira responsável pela área da obstetrícia da UBS seguida da apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) ao participante selecionado, deixando evidente os riscos, os benefícios e garantias para sua participação na pesquisa.

Com a finalidade de identificar entre os participantes aspectos psicológicos que sejam contingentes para a depressão pós-parto, bem como, alterações emocionais que podem evoluir ou aumentar os riscos da depressão a entrevista semiestruturada composta por dez questões foi o instrumento metodológico que possibilitou responder os objetivos do presente estudo.

Diante da complexidade do fenômeno da gravidez, a questão que se apresentou: Como o pré-natal psicológico pode contribuir na prevenção e cuidado da depressão pós-parto? No intuito de responder o questionamento levantado estabeleceu-se como objetivo geral, compreender o quanto o pré-natal psicológico auxilia na redução da incidência da Depressão Pós- Parto e como objetivos específicos: conhecer aspectos históricos da depressão pós-parto e a concepção de feminilidade para a psicanálise, discutir a relação mulher e a maternidade como

construção social passível de modificações e refletir sobre a necessidade de uma abordagem ampliada e integral à saúde mental das gestantes.

Para o desenvolvimento deste estudo tendo a psicanálise como lente teórica, o tema foi desenvolvido em três capítulos. No primeiro se ocupa de um resgate histórico da depressão como um transtorno que acomete homens e mulheres, segundo capítulo apresenta uma contextualização da construção histórica da maternidade, trazendo uma abordagem da constituição da feminilidade com foco na experiência constitutiva do sujeito, homens e/ou mulher, pontuado pelas perspectivas contemporâneas, bem como o novo papel incorporado pela mulher como mãe, tecendo um diálogo entre o desejo e o mito do amor materno, o terceiro capítulo o enfoque foi na análise das entrevistas, em diálogo com a análise do discurso.

O material bibliográfico selecionado na base de dados da Scielo, Pepsic, autores que já pesquisaram sobre a temática, revistas indexadas nos períodos entre 1999 e 2021 possibilitou o entendimento, o desenvolvimento do tema e a produção do conteúdo teórico.

2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA DEPRESSÃO

Antes de abordarmos o fenômeno da depressão pós-parto, evidencia-se a pertinência de trazer uma breve conceitualização da depressão ao longo do tempo, não apenas como aquela que acomete as mulheres puérperas, mas ao conceito de depressão como um todo, que afeta homens e mulheres em idades, épocas e condições de vida variadas desde a Antiguidade.

Tema bastante presente quando aborda sobre saúde mental e, descrito por inúmeras definições, a depender da abordagem teórica que lhe toma como objeto de estudos. Dunker (2021) conceitua a patologia traçando uma linha cronológica desde sua genealogia ao apontar na trajetória biográfica os seus cognatos distantes, a melancolia e a tristeza. Assim, na visão do autor a depressão é uma entidade real e uma ficção, uma hipótese ou um mito.

Observa-se que a definição de melancolia decorre desde a época de Aristóteles, na Grécia antiga era tida como uma característica de pessoas inteligentes.

Todos os homens que foram excepcionais no que concerne à filosofia, à política, à poesia ou às artes aparecem como melancólicos, a ponto de serem tomados pelas enfermidades oriundas da bile negra [...]. E, entre os heróis, muitos outros parecem sofrer o mesmo páthos que esses. Entre os mais recentes Empédocles, Platão e Sócrates e muitos outros ilustres. E, ainda maior parte dos que se ocupam da poesia. (ARISTÓTELES, apud DUNKER, 2021, p. 16)

Dunker (2021) concorda com o pensamento de Aristóteles, atenta para o fato de que a melancolia não é uma doença e sim um páthos, termo que em sua origem descreve um acontecimento que toca tanto o corpo, quanto a alma do ser humano em sua totalidade. O autor cita como exemplo, o sofrimento e afirma que este, tanto pode transformar, educar ou tornar alguém um herói trágico. Para o autor, desde a antiguidade, Hipócrates, pai da medicina, associava a melancolia à atuação de uma substância, a bílis negra, descrevendo-a como um composto de medo e tristeza:

Abatimento, enfermidade difícil: o enfermo parece ter nas vísceras um espinho que o pica; a ansiedade o atormenta, foge da luz e dos homens, prefere as trevas; é presa do temor; o diafragma avança até o exterior; lhe dói quando o tocamos, tem medo, tem visões espantosas, sonhos horrorosos e às vezes vê mortos. Em geral a enfermidade ataca na primavera. (HIPÓCRATES, apud DUNKER, 2021, p. 17).

Nota-se que o termo melancolia é carregado de ambiguidades, anteriormente por Aristóteles, definido como genialidade e loucura e, posteriormente por Hipócrates, conceituado como humor triste. Nesta direção, faz bastante sentido a afirmação de Aristóteles, definindo páthos como determinada experiência de mundo, de modo que se pode concordar com Dunker quando associa a ocorrência de muitas depressões serem decorrentes da visão negativa e pessimista de mundo.

Continua-se com Dunker (2021, p.20-21), quando retoma os estudos do médico psiquiatra Philippe Pinel (1745 – 1826), primeiro a estabelecer uma nosografia para a melancolia a partir de sintomas, correlaciona-a com a mania e não com as estações do ano. De modo semelhante, os estudos de Emil Kraepelin (1856 – 1926) no ano de 1899, cunhou a expressão estados depressivos, por observar as variadas definições, caracterizações e aproximações com o luto, melancolia, tristeza, entre outros.

A investigação do psiquiatra Jean-Pierre Falret (1794-1870) possibilitou descrever a alternância das fases maníacas da depressão, definindo-a loucura circular. Outra grande contribuição, que o autor evidencia diz respeito a construção das evidências científicas elaborado por Esquirol-Kraepelin, formuladas no período (1860 – 1910), que permitiu fundamentar seis concepções dos estados depressivos: I) primariamente são patologias do afeto; II) têm uma psicopatologia estável; III) têm uma representação no cérebro; IV) têm natureza periódica; V) têm origem genética; VI) aparecem em indivíduos com predisposição de personalidade; VII) têm natureza endógena.

Compreende-se que a dor de existir associada a melancolia contribuiu para a hegemonia da Psiquiatria biológica, primeiro dada sua centralidade na investigação a partir do funcionamento neuroquímico e, em segundo na aposta da administração de psicofármacos. Desse modo, merece destaque os séculos XVII e XVIII, por esforçar-se em instaurar o saber científico, com o feito de realizar revisão das relações de causa e etiologia das doenças.

Freud (1915) descreve de forma mais específica, ao dizer que é uma incapacidade psicótica de substituir o que perdeu. Freud (1915 [1917]) defende o luto e melancolia como início da investigação psicanalítica sobre a clínica da depressão. O trabalho de Freud traz a discussão do fenômeno clínico da melancolia a partir das aproximações e diferenças com o luto. Expõe que o luto se constitui de um conjunto de reações naturais frente a perda de um objeto, muito caro para o sujeito, não como sintoma patológico, mas como constitutivo da experiência humana.

Por outro lado, tem-se a melancolia com todos os sinais do luto presente, porém, o acréscimo do rebaixamento da autoestima, a ponto de provocar uma expectativa delirante de punição, opressão de si, por isso, apresenta-se quadro clínico patológico.

Na afirmação de Kehl (2009), o melancólico, da Antiguidade até o Romantismo, era representado como alguém que perdeu seu lugar junto ao Outro, em sua representação imaginária. Em sua experiência clínica, a autora afirma que a depressão não se assemelha a melancolia e nem a estados depressivos, não sendo, portanto, manifestações da mesma estrutura psíquica.

Nessa via, a autora na busca de encontrar as origens da depressão na atualidade ao levar em consideração a história do sujeito numa possível estrutura clínica neurose, perversão e psicose como formas de lidar com o vazio existencial. Vazio que autora se refere ao nada, onde o tempo não passa. Além disso, sendo como um dos grandes sintomas da contemporaneidade por haver aproximação da patologia com estrutura neurótica, junto à neurose obsessiva e à histeria.

Sobre o paradigma da psicanálise, Kehl (2009, p.59) analisa a depressão contemporânea como sintoma do mal-estar social, sofrimentos que emergem da sociedade maníaca em que vivemos, sustentada pela forma simbólica da lei, por figuras de autoridade ancoradas nos dispositivos da moral, religião, política e outros.

O que chamo ceder de seu desejo acompanha-se sempre, no destino do sujeito, [...] de alguma traição. Ou o sujeito trai sua via, trai a si mesmo [...] ou, mais simplesmente, tolera que alguém com quem ele se dedicou mais ou menos a alguma coisa tenha traído sua expectativa, não tenha feito com respeito a ele o que o pacto comportava, qualquer que seja o pacto [...], pouco importa. Algo se desenrola em torno da traição, quando se a tolera, quando, impelido pela ideia do bem-querer dizer, do bem daquele que traiu –, se cede a ponto de diminuir suas próprias pretensões e dizer-se – Pois bem, já que é assim, renunciemos à nossa perspectiva [...]. Aqui, vocês podem estar certos de que se reencontra a estrutura que se chama ceder de seu desejo. (LACAN apud KEHL, 2009 p. 59).

Entende-se que o termo depressão passa a ser utilizado com amplitude e variada significação, associando a diferentes quadros clínicos como esquizofrenia, alcoolismo, neurose. Vale retomar que na segunda metade do século XIX, período em que se define o nascimento da depressão, termo utilizado atualmente para designar algo mais amplo, uma tristeza profunda, uma incapacidade de lidar com o vazio, ou pela vivência de algum acontecimento doloroso ou por alguma frustração.

Nesse sentido, a autora revela que a defesa do deprimido está situado mais na inibição do que na produção de sintomas. “Nos depressivos a rede imaginária, invenção subjetiva que visa proteger o psiquismo do vazio instaurado pela falta do objeto, é pouco consistente” (KEHL, 2009, p. 228)

Destaca-se a tríade “Inibição, Sintoma e Angústia”, a tese defendida por Freud (1926/1929) para explicar que sintomas são produzidos como tentativa de conciliar os desejos do eu com os desejos e as demandas pulsionais.

Nesse contexto, Dunker coloca que:

Todo sintoma deriva de um conflito, e todo conflito que não encontra destino ou suporte simbólico ou imaginário aparece como angústia. O conflito derivado do sintoma que não encontra destino simbólico ou imaginário aparece como angústia. (DUNKER, 2021, p. 31).

Percebe-se que o autor argumenta sob uma perspectiva psicanalítica que o eu, não possui uma estrutura diferente do sintoma, surge um novo entendimento, o sujeito e sua relação com o desejo. Completa ainda o autor, que “tanto na vertente da angústia quanto na do sintoma, tanto como patologia do luto quanto como distúrbio da inibição de funções psíquicas, a depressão é alienação do desejo” (DUNKER, 2021, p. 37).

Desta forma, entende-se o fenômeno da depressão não como uma patologia restrito à clínica, mas como um traço social peculiar que absorve o depressivo em sua subjetivação, admitindo-a mais como um estado de ser do que um diagnóstico, uma classificação nosológica.

Dialogando com o objeto de estudo aqui proposto, compreender que a transição pela qual passa a mulher do papel de filha para o de mãe, muitas vezes a faz enfrentar a insegurança de não dar conta dos cuidados com o bebê. Ainda, entende-se que aceitação do corpo que não é mais de grávida, mas continua disforme, inferi que a perda predispõe o sujeito ao sofrimento.

Para compreender o que move a mulher em direção a maternidade, bem como, quais implicações subjetivas o desejo de querer ou não querer tornar-se mãe, o próximo tópico trará uma breve análise da construção da feminilidade e do fenômeno da maternidade à luz da psicanálise.

3 CONCEPÇÃO DA FEMINILIDADE

Ao se falar sobre a maternidade torna-se importante falar também da feminilidade, que por sua vez tem relação com o complexo de Édipo na menina. Conforme o Vocabulário da Psicanálise, Laplanche e Pontalis (2001) definem o Complexo de Édipo como:

Conjunto organizado de desejos amorosos e hostis que a criança sente em relação aos pais. Sob a sua forma dita positiva, o complexo apresenta-se como na história de Édipo-Rei: desejo da morte do rival que é a personagem do mesmo sexo e desejo sexual pela personagem do sexo oposto. Sob sua forma negativa apresenta-se de modo inverso: amor pelo progenitor do mesmo sexo e ódio ciumento ao progenitor do sexo oposto. Na realidade, essas duas formas encontram-se em graus diversos na chamada forma completa do complexo de Édipo (LAPLANCHE E PONTALIS, 2001, p. 77).

Freud (1933) afirma que não podemos compreender o ser mulher sem considerarmos a ligação pré-edípica com a mãe. O autor mediante alguns enigmas ressalta que o objetivo da psicanálise não é definir o que é uma mulher, mas investigar de que modo se torna uma mulher. Dessa forma, em seus estudos e práticas clínicas com pacientes histéricas, que a sexualidade passa a ser compreendida na ordem de processos psíquicos.

Esse caminho de insatisfação e renúncia dos desejos, fez Freud (1895), se deparar com o mal-estar de mulheres, que em sua clínica escutava os desajustes que as obrigações impostas pela sociedade, principalmente concepção de uma família burguesa, que o direciona a uma escuta mais apurada com relação as queixas, expressões corporais, diversas formas de aparição dos sintomas.

Percebe-se que as possíveis causas da neurose histérica se tornam a precursora da psicanálise, e desde o seu início a figura feminina é o principal trabalho. Historicamente, é possível dizer que as mulheres presas a um discurso dominante não encontravam o lugar de fala, pois o lugar permitido a mulher dentro da sociedade era de uma genitora, a cuidadora do lar, do esposo e dos filhos. Entende-se que a dedicação aos filhos em sua grande maioria suprimia suas vontades, usurpando de seu tempo, do cuidado com si para si (VESCOVI, 2021)

Segundo Vescovi (2021), quando nasce o movimento feminista, formado para impor desejos, exigir e reivindicar o verdadeiro papel da mulher na sociedade, como

alguém com competências e habilidades para ocupar as mais variadas posições dentro do espaço mercadológico abre-se então, outros caminhos do desejo para o feminino, não só a maternidade como era taxada anteriormente.

Contudo, se com Freud a feminilidade e a maternidade são vistas como não destino integrado do desejo, na contemporaneidade esse modelo não cabe como uma legitimidade do feminino. Vale dizer, que uma descrição fiel do que seria a feminilidade, encontra lacunas. Todavia poria a psicanalítica parte de uma propensão de inacabado, obscuro e enigmático. Freud (1932) admite que descrever uma mulher ou o que é, ou representa a figura feminina, é uma tarefa complexa, apesar de ter todo um envolvimento em pesquisas sobre a sua formação e constituição feminina.

No entanto, a tentativa de entender como se dá a feminilidade para a psicanálise, tem-se amparo na dissolução do Complexo de Édipo, quando o superego surge e demarca a interdição do incesto (FREUD, 1924). A censura da lei fazendo com que o investimento nos pais é deixado de lado, com viés na catexia objetal. Observa-se uma duplicidade investida libidinalmente, pois entra em cena a identificação, que por sua vez ocorre dos filhos para com os pais, mas também dos pais que projetam seus anseios e desejos para os filhos.

No texto sobre Narcisismo, Freud (1914) destaca uma afetuosidade entre os pais e filhos por entender que essa relação com a criança é uma extensão de si, identificando com a própria história os leva a reparar um desamparo que acontece no relacionamento com os seus genitores.

Quando vemos a atitude terna de muitos pais para com seus filhos, temos que reconhecê-la como revivescência e reprodução do seu próprio narcisismo há muito abandonado. [...] Os pais são levados a atribuir à criança todas as perfeições que um observador neutro nelas não encontraria- e a ocultar e esquecer os defeitos [...]. His majesty the baby, como um dia pensamos nós mesmos. Ela deve concretizar os sonhos não realizados de seus pais, torna-se um grande homem ou herói no lugar do pai, desposar um e como tardia compensação para a mãe. O amor dos pais, como ventee no fundo tão infantil, não é outra coisa senão o narcisismo dos pais renascido, que na sua transformação em amor objetal revela inconfundivelmente a sua natureza de outrora (FREUD, 1914, p.36).

Compreende-se que a inserção na feminilidade se dá a partir da abnegação do desejo. Portanto, as escolhas de uma mulher podem mudar seu posicionamento como sujeito de desejo no mundo. Desse modo, uma mulher pode ser e se tornar o que ela quiser. Assim, desde Freud até os dias atuais, saber o que quer uma mulher é deparar

com um caminho repleto de questões e enigmas. Nesse sentido, entende-se que a maternidade não é exclusiva condição para reconhecimento da feminilidade, ainda que para Freud é sim uma exclusiva condição.

Nesse contexto, a idealização do filho (a) pelos pais antes mesmo do nascimento, os quais investem libidinal mente na criança, não somente suprindo suas necessidades básicas, mas inserindo - o no campo do desejo e da linguagem. Os primeiros estímulos eróticos através da amamentação juntamente com o olhar, as palavras e as carícias proporcionados pela mãe, contribuem para inscrição da subjetividade.

Assim, o abandono da mãe como objeto amado frente a impossibilidade de ter do pai um filho, faz com que a menina abandone novamente um novo objeto de amor, e na idade adulta, esse deslocamento do desejo pelo pai acompanha suas escolhas objetais e amorosas, reportando para outros homens a realização de ter um filho. A clínica da fantasia demonstrou ao autor que a renúncia do objeto de desejo, se desloca e a mulher passa a ansiar o filho.

Em Freud temos que:

Ela desliza ao longo da linha de uma equação simbólica, poder-se-ia dizer – do pênis para um bebê. Seu complexo de Édipo culmina em um desejo, mantido por muito tempo, de receber do pai um bebê como presente - dar-lhe um filho. Tem-se a impressão de que o complexo de Édipo é então gradativamente abandonado de vez que esse desejo jamais se realiza. Os dois desejos - possuir um pênis e um filho - permanecem fortemente cauterizados no inconsciente e ajudam a preparar a criatura do sexo feminino para seu papel posterior. (Freud, 1924, p. 212)

Contudo, acusar a maternidade como o único recurso possível para o destino feminino não é mais possível para a sociedade em que vivemos, muitas outras opções se apresentam, diante de tantas possibilidades nas quais as mulheres possam investir. Ao seguir esta perspectiva e entender a concepção de maternidade no âmbito opta-se por fazer um breve recorte sobre a construção histórica da maternidade descrita no tópico seguinte.

4 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA MATERNIDADE

4.1 ARTICULAÇÃO: MATERNIDADE, FAMÍLIA E INFÂNCIA

Historicamente, o conceito de maternidade pode ser articulado ao de família e infância e sofre variações conforme os diversos contextos culturais, sociais, econômicos e políticos. Constatação defendida por Aries (1986) quando aponta a constituição da família aristocrática formada por um agrupamento de várias pessoas: parentes, criados, dependentes e clientes.

Segundo o autor, a criança dessa família, logo cedo perdia a fragilidade física, ao ser tratada como um adulto em miniatura, pois misturava-se aos adultos nas atividades produtivas que tinham a educação agregada no cotidiano das tarefas domésticas, sendo parte importante desse processo o convívio com os adultos.

Observa-se que a função das esposas aristocráticas tinha como função constituir filhos, e, enquanto organização social, não havia preocupação com a criação das crianças e quanto a educação formal, esta não cabia à escola. Desse modo, Aries (1986) mostra a insignificância da criança e o sentimento de indiferença pela infância:

Esse sentimento de indiferença com relação a uma infância demasiado frágil, em que a possibilidade de perda é muito grande, no fundo não está muito longe da insensibilidade das sociedades romanas ou chinesas, que praticavam o abandono das crianças recém-nascidas. (ARIES, 1986, p. 22).

Para Poster (1979), não havia identificação parental nas famílias aristocráticas, as experiências emocionais das crianças eram independentes das vividas pelos seus pais. O autor postula que precisamente em meados do século XIX, a criança não possuía maturidade para a vida, necessitava ser submetida ao regime especial da educação, antes mesmo de unir aos adultos, o que consiste na reorganização da família, com divisão de papéis parentais.

No entendimento do autor, diante da reconfiguração familiar, surge um novo padrão associado à burguesia, nasce também conceito de infância como preocupação social, e exige a partir da centralidade na criança, cuidados e atenção constante dos pais, correspondendo um novo grau de intimidade nas relações pais e filhos.

Observa-se que Aries (1986), Poster (1979), defendem a ideia de que nos tempos modernos passou a admitir a necessidade de submeter a criança não estivesse madura para a vida ao regime da educação. Por sua vez, Aries (1986) diz que criação das escolas e das especialidades médicas, desempenhavam correto e saudável desenvolvimento da criança no âmbito físico e psicológico, acarretando à burguesia reorganizar a família de modo a colocar a criança como a prioridade da organização familiar.

De acordo com Poster (1979), a nova organização da família burguesa consistia em núcleos com divisão de papéis parentais, as mulheres passaram além de zelar pela sobrevivência dos filhos, treiná-los para um lugar responsável na sociedade. Nota-se que a autoridade paterna se desloca paulatinamente para o amor materno, considerado outrora tarefa natural das mulheres. Nesse sentido, compreende-se que a ideia de exaltar o papel natural da mulher como mãe, atribuindo-lhe todos os deveres e obrigações à criação dos filhos se consolidou em uma ideologia.

Percebe-se, que o nascimento da infância como preocupação social é simultâneo a reorganização da família moderna. Nesse contexto, Moura e Araújo (2004) argumentam que acontecimentos como, a nova ordem econômica e a burguesia como classe social, impõe a sobrevivência da criança como futura mão de obra produtiva para o Estado.

Constata-se que o desenvolvimento do capitalismo e a ascensão da burguesia, inaugura-se a divisão entre público e privado, cabendo ao Estado administração das relações de produção e à família a gestão de sobrevivência (MOURA, ARAÚJO, 2004).

Nessa via, o mito do amor materno³ uma vez estabelecido no final do século XVIII, foi transmitido de geração em geração como crença contundente, sendo percebido como elemento organizador das sociedades, de modo a viabilizar a instauração de regras de conduta de interesse do Estado para as mulheres mães.

Considerando a cultura contemporânea, Carvalho (2002), denota que as expectativas das famílias como local de cuidado, proteção, aprendizado de afetos, bem como construção da identidade e de vínculos assentam-se no imaginário coletivo e carregadas de idealizações, tendo como representatividade essa idealização da família nuclear.

Belsky et. al., (1990), em sua investigação acerca das lembranças e cuidados na infância envolvendo 92 gestantes no último trimestre da gravidez, constataram que no processo de transmissão intergeracional ocorreu variação na qualidade da relação conjugal, em meio a histórias problemáticas durante a infância, predizendo afeto maternal negativo e histórias de apoio predizendo afeto maternal positivo.

Desse modo, os episódios de rejeição na infância refletem negativamente no afeto materno dispensado à criança, quando a relação conjugal é percebida como pouco positiva. Por outro lado, quando a relação conjugal é percebida como muito positiva os episódios de rejeição não influenciam no afeto para com o filho.

Estudos na atualidade, vem trazendo para a discussão acerca do fenômeno da maternidade as modificações culturais das formas de maternagem e da figura da boa mãe. Nesse interim, estão as questões da maternidade naturalista apresentada como uma nova forma de maternar, e maternidade científica herdeira do modelo biomédico (FRÉIRE, 2009; BADINTER, 2012).

Na concepção de Badinter (2011) a maternidade naturalista, se consagra como um modelo de maternagem caracterizado por práticas que aproximam o homem do biologicamente natural, que vão desde defender bandeiras do parto normal e humanizado até amamentação prolongada, bem como recusa de utilização de produtos tóxicos que agridam o meio ambiente e a criança.

Alves (2015), sinaliza que a maternidade naturalista se apresenta como um ideal de sujeito contra o processo predatório da modernidade e fomenta uma crítica da sociedade capitalista.

O estudo de Kall e Costa, (2013) observa simultaneamente a maternidade naturalista restaura o controle sobre o corpo das mulheres como expressão da feminilidade, ao mesmo tempo que impõe total responsabilidade da mãe com a saúde dos filhos, o desenvolvimento pleno, inclusive o psicológico. Avista-se com a construção da nova imagem de boa mãe emergir um modelo de subjetividade da mulher-mãe que deve ser seguida e, as mulheres que não seguem tal modelo sofrem culpabilização pela carga moral que tal modelo acompanha.

Desse modo, a corrente naturalista além de resgatar o ideal de feminilidade juntamente com a preocupação ecológica também produz discursos geradores de práticas que revelam uma atualização do modelo de mãe ideal. Nesse sentido, Coelho et. al (2007), afirmam que culturalmente a maternidade encontra-se intimamente

ligada ao cuidar e as manifestações afetivas para com os filhos. Os autores pontuam que a boa mãe é aquela que cuida, dá carinho e alimenta.

Entende-se que a maternidade está envolta de um emaranhado de maternidades com experiências e vivências que são distintas e únicas, uma vez que a experiência da maternidade não é igual para todas as mulheres-mães. Diante da convocação a exercer a maternidade as mulheres assumem dupla finalidade: a de promover um ideal de sujeito, correto e humanizado, no caso da maternidade naturalista, e exercer sua função biológica primordial, a de mãe.

³ - "O Mito do Amor Materno" baseia sua afirmação na constatação que fez, ao observar pais cuidando de seus filhos. Para a autora, é possível ver na expressão das mães o tédio. Esse sentimento surge em momentos em que ela tem que estar só com a criança, brincando na praia, por exemplo.

4.2 a construção do amor materno

Vasquez (2014) considera a representação religiosa o elemento fundante que dita o ideal de maternidade na cultura ocidental, sendo a figura de Maria um estereótipo de maternidade e feminilidade que se estende até os dias de hoje. Percebe-se que a maternidade passou a ser associada ao divino com incorporação de vocábulos como sublime, renegada, vocação, sacrifício.

Badinter (1985) abraçando o tema do amor materno salienta que desde a Idade Média até o século XVII o recém-nascido era entregue a Ama-de-leite logo ao sair do ventre materno. A autora ressalta que a mortalidade das crianças amamentadas pelas Amas-de-Leite era duas vezes maior do que as amamentadas pelas próprias mães.

Aponta-se que a justificativa mais provável, consiste nas mães não reconhecer a amamentação materna como algo vital à sobrevivência dos filhos. Deve-se atentar que os anos 1760-1770 configura a década do surgimento de muitos discursos, incluindo ameaças às mães de que perderiam os filhos caso não amantassem.

Nota-se que uma relação conflituosa se instaura já que carícias e ternuras entre mães e filhos eram traduzidas como frouxidão e pecado. Por isso, o costume de entregar as crianças para outras famílias, uma vez que a tarefa de ensinar era exercida no convívio com os adultos, devido ao fato de não existir nessa época referência de amor materno à afetividade.

Contudo, após 1770, recomenda-se às mães o cuidado dos filhos e autorização para amamentá-los. Apreende-se nesse contexto, que o amor materno surgiu como conceito novo no final do século XVIII, assim como a associação amor e materno (COSTA, 1983; BADINTER, 1985; MOREIRA, 2009).

Desse modo, coloca Badinter:

É no último terço do século XVIII que se opera uma espécie de revolução das mentalidades. A imagem da mãe, de seu papel e de sua importância, modifica-se radicalmente, ainda que, na prática, os comportamentos tardassem a se alterar. Igualmente nova é a associação das duas palavras, amor e materno, que significa não só a promoção do sentimento, como também a da mulher enquanto mãe (BADINTER, 2016, p. 103).

Para a autora, até então o amor materno não se constituía valor familiar e social que assumiria mais tarde. Destaca que a partir dos anos 1770 inaugurou-se o mito do amor natural e espontâneo de toda mãe pelo filho, presente até a atualidade

(BADINTER, 2016). No entanto, foram necessários três discursos dirigidos à mulher para modificar suas práticas:

Discursos diferentes para que as mulheres voltassem a conhecer as doçuras do amor materno e para que seus filhos tivessem maiores possibilidades de sobrevivência: um alarme discurso econômico, dirigido apenas aos homens esclarecidos, um discurso filosófico comum aos dois sexos e, por fim, um terceiro discurso, dirigido exclusivamente às mulheres (BADINTER, 1985, p. 149).

O discurso econômico dirigido as pessoas cultas, sinaliza a percepção da importância da população para um país. Badinter (1985) destaca que, nesse discurso, a criança adquirir um valor comercial e, por seu potencial produtivo, era considerada um bem econômico. O discurso filosófico comum a ambos os sexos deriva da filosofia e ideologia natalista de Rousseau, trazendo a criança como um bem precioso e insubstituível para a sociedade e os pais. O terceiro discurso foi dirigido exclusivamente às mulheres pelo Estado. Nesse discurso, as mulheres foram levantadas à condição de responsáveis pela nação, porque por um lado a sociedade precisava delas e assim lhes dizia, e por outro queria restituí-las às suas responsabilidades maternas.

No que se refere aos discursos, Badinter (1985) sustenta que as mulheres passaram a serem consagradas como eixo da família, admitidas como as responsáveis pelo cuidado e educação dos filhos.

Conforme Tagiba (2011), no cenário sociocultural e econômico, uma nova imagem de mãe surgiu a partir do fim do século XVIII, com traços que se acentuaram durante os dois séculos seguintes e existem até hoje. De acordo com Badinter (1985) à medida que cresce as responsabilidades da mulher-mãe, prolifera o discurso que o devotamento é parte integral da natureza feminina, o que assegura o estabelecimento do mito do instinto materno. Um forte movimento externo em prol do sentimento materno, juntamente com a imposição de novos padrões de conduta que todas as mães devem seguir. Em consequência dessas normativas salienta a autora, o mito do instinto do amor materno fica fortemente estabelecido.

Moreira (2009) considera que o discurso médico higienista teve grande influência no fortalecimento do ideal do amor materno, na difusão de normas de cuidado com a criança, de modo que a mãe fosse mais atenta e responsável. Costa (1983), afirma que o discurso higienista tinha como propósito converter as mulheres

ao modelo da mãe amorosa, por meio da amamentação, pois do ponto de vista dos higienistas a mulher não podia ultrapassar as fronteiras da casa e do consumo de bens, ideias que reforça a imagem da mulher-mãe.

No contexto brasileiro, precisamente no Brasil colônia a maternidade era negada. Nos centros portuários onde havia maior concentração da população, os recém-nascidos eram deixados na rua. Evidencia-se que essa cena era muito frequente, mulheres abandonarem as crianças, devido estarem passando por situação precária e difícil, inclusive a prática do aborto e do infanticídio (VENÂNCIO, 2002; MOREIRA, 2009).

Para os colonizadores, ressalta Venâncio (2002) o abandono causava indignação e perplexidade. Motivo que levou os portugueses criarem a Santa Casa de Misericórdia no Brasil para acolher os enjeitados. Com o aumento de bebês abandonados e de morte precoce, o Estado e a igreja incentivam o cuidado com a infância e tece severas críticas a prática do abandono e do aborto. Com a implantação das faculdades e academias de medicina, vários projetos surgiram no combate as altas taxas de mortalidade das crianças e dos bebês rejeitados.

Para Venâncio (2002) os médicos endossam a concepção da maternidade como desígnio natural da mulher, o que influencia também na produção de conhecimento sobre o corpo da mulher resultante na constituição da especialidade médica: obstetrícia e ginecologista.

Desse modo, constata-se que o discurso médico contribuiu consideravelmente para a construção de um ideal sagrado de mãe, bem como para que a infância e as relações familiares fossem pensadas e normatizadas pela ciência médica.

5 A MATERNIDADE NA PSICANÁLISE

Toda a discussão trazida até aqui oportuniza dizer que desde a Antiguidade o lugar de mulher é construído como um enigma. A psicanálise teve grande influência na produção de discursos pró-maternidade ao definir a maternidade como um dos caminhos da pulsão para o enfrentamento da castração feminina e a inveja do pênis. Nas palavras de Freud (1925/2011, p. 294) “[...] uma condição para o desenvolvimento da feminilidade seria a eliminação da sexualidade clitoriana”.

Em outras palavras, a modificação do objeto de amor da menina, tendo sido a mãe na fase pré-edípica, torna a entrada para o complexo de Édipo, e transformará a antiga posição ativa em relação à mãe para uma atitude passiva diante do pai. Descrever o complexo de Édipo em Freud requer um longo processo, haja vista que ele foi desenvolvendo sua obra durante anos. Em 1887 Freud expõe o seu pensamento pela primeira vez ao seu amigo Fliers.

Os comentários sobre Oedipus Rex, o conto de fadas do talismã e, possivelmente, Hamlet, hão de encontrar seu lugar. Primeiramente, preciso estudar a lenda de Édipo, ainda não sei onde. Embora eu hesite em sobrecarregá-lo numa ocasião em que você só sente pouco inclinado a trabalhar, contraponho a isso a ideia de que essa coisa, com seu teor especulativo mínimo, provavelmente só fará diverti-lo de maneira inócua. (FREUD 1881)

Ao citar o mito da tragédia grega Édipo Rei, a tragédia toma como objetivo um homem que em si próprio, vive um debate ao ser coagido quando deseja fazer uma escolha definitiva, pois se tratava de um incesto, onde a história narra que a mãe sem saber casa-se com o filho, que a despojou após matar o pai. (PACHECO, 2009)

Na teoria psicanalítica a composição do indivíduo é de grande relevância, o complexo de Édipo desperta a determinação no outro constituindo assim o sujeito, o complexo continua a narrar que o objeto de amor em uma criança é pelo sexo oposto ao seu, e ao mesmo tempo um sentimento de malevolência ou choque com o progenitor do mesmo sexo que o seu.

Destaca Pacheco (2009), ao descrever que negativamente o complexo de Édipo vai se dar pelo objeto de amor sendo a figura parental do mesmo sexo da criança, já a atitude adversa é direcionada para o sexo oposto ao seu. Essa seria uma

percepção clássica do complexo, na explicação feita por Freud (1887), acreditando nessa semelhança entre menino e menina.

Assim, a passividade, característica da mulher desembocará na atitude masoquista. Entende-se que o deslocamento da inveja do pênis para o desejo de ter um filho, é o desfecho para a feminilidade.

Com isso, o desejo com que a menina se volta para o pai, é provavelmente, na origem, o desejo pelo pênis que a mãe não lhe deu e que ela espera receber do pai (FREUD, 1933/2011, p. 284). Partindo dessa proposição, ser mãe é compreendido muito mais como uma espécie de troca simbólica de possuir o objeto de desejo do que como uma posição imaculada e idealizada.

Na explicação de Freud, tem-se que:

A renúncia ao pênis não é tolerada sem uma tentativa de compensação. A garota passa ao longo de uma equação simbólica, poderíamos dizer, do pênis ao bebê, seu complexo de Édipo culmina no desejo, longamente mantido, de receber do pai, um filho como presente, de lhe gerar um filho. Temos a impressão de que o complexo de Édipo vai sendo aos poucos abandonados porque tal desejo não se realiza. Os dois desejos, de ter um pênis e um filho, permanece fortemente investidos no inconsciente e ajudam a preparar o ser feminino para o seu futuro papel sexual (FREUD, 1924/2011, p. 212-213).

Desse modo, a compreensão de maternidade na teoria freudiana encontra-se no comportamento libidinal de mulheres que abandonam o desejo infantil de possuir o amor parental. Nota-se nas concepções freudianas que o desejo da mulher pela maternidade não tem início somente a partir da decisão de engravidar ou na ocorrência de uma gestação, inicia-se nas fantasias da menina sobre o desejo de conferir ao pai um filho durante a fase edípica.

Para Freud, a menina:

[...] sente-se prejudicada diz com frequência que gostaria de ter algo assim também e sucumbe à inveja do pênis, que deixa traços indeléveis em seu desenvolvimento e na formação do caráter, e mesmo em casos favoráveis não é superada sem grande dispêndio psíquico (FREUD, 1933/2011, p. 280).

Zalcborg (2003) destaca a fase pré-edípica no desenvolvimento psíquico da menina na sua infância, estabelecendo a mãe como primeiro objeto de amor como uma relação inicial extremamente complexa, duradoura e de grande influência na vida da mulher, inclusive para entender o momento gestacional e da maternidade. Nesse contexto Freud (1924/2006) sublinha o laço emocional dos filhos com a mãe, primeiro

objeto de amor da menina ou do menino, como momento importante para o entendimento da maternidade.

Para Maldonado (1981) a mulher ao tornar-se mãe revive a situação de deixar de ser somente filha para ser agora filha e mãe, passando assim, por uma dupla identificação a nível consciente e inconsciente. Ainda, pode ocorrer a identificação com o bebê, gestando expectativas e anseios do papel de pais e das características da criança. Nesse sentido, elaboram uma revisão do modelo parental e do processo de educação que receberam.

Continua-se com o olhar de Maldonado (1981) que pontua a existência de uma oscilação entre desejar e não desejar um filho, com a afirmação de que não há gravidez totalmente aceita ou totalmente rejeitada, trata-se de uma ambivalência afetiva. O entendimento que sobreluz dessa discussão é que o filho se torna o encontro do falo.

O encontro da mulher com a maternidade torna – se um grande momento de realização. Porém, contradições são percebidas, uma vez em que o próprio Freud afirma que conceber um filho não resolve as questões do feminino, o desejo do materno aparece antes da existência do corpo sendo propriamente gerado (VESCOVI, 2021).

Gutman (2016) vai categorizar que o vínculo da mãe com o bebê é o que se dará início as experiências do parto. No mundo atual, as mães vivem em um atravessamento de perguntas e exigências, que tem por intenção de torná-las aptas ou não em uma visão da sociedade, como se a maternidade fora um concurso e as respostas devem estar de acordo com o gabarito imposto por eles.

Considera-se frequente a ideia em que a mãe saiba tudo sobre o seu filho, não levando em consideração, em nenhum momento suas questões pessoais. Há uma ideologia de que ser mãe é ter uma fonte inesgotável de carinho, felicidade, afeto e harmonia. Ainda, dentro desses adjetivos se espera uma mulher capaz de controlar todos os seus hormônios a fim de promover um ótimo parto, e um lindo e acessível aleitamento. (VESCOVI, 2021)

Pode -se dizer que este discurso pronto e formulado socialmente favorece e enaltece a existência de uma “*mãe maravilha*”, ideia totalmente deturpada de que mãe, mulher, tem a obrigatoriedade de apresentar uma criança onde tem peso, altura, vitalidade, energia, esperadas pelo curso normal do desenvolvimento.

Vescovi (2021) destaca ainda que o ideal de mãe, uma boa mãe é aquela que quando imposta a maternidade, principalmente a naturalista, ela agarra com coragem e destreza, colocando sempre em primeiro lugar o bem-estar do filho. A partir do momento em que existe a gestação mesmo que no início, todo olhar e cuidado deve estar voltado quase que exclusivamente para o novo ser. Para o autor, são crenças deturpadas que a sociedade insiste em dizer, sem ao menos ter um pequeno olhar para a saúde e bem estar da genitora, desconsiderando que o maternar é aprendido e construído a partir da chegada do filho.

Afinal, “o parto deveria ser revelador, no sentido de que cada mulher deveria ter a possibilidade de parir da maneira mais próxima daquilo que ela é em essência. São poucas as mulheres que conseguem se ver refletidas no parto que acabou de atravessar” (GUTMAN, 2014 p. 90).

A mulher ao se tornar mãe, passa por uma gama de sentimentos disseminados, por vivenciar grandes transformações que vai além do seu estado físico. A maternidade é retratada em sua grande maioria como o ápice da realização feminina, crença que traz implicações como: a todo momento a mãe deve -se mostrar feliz, quando ocorre o contrário disso, ela sente ou é julgada como uma ingrata pelo discurso social.

Esse fato a faz muitas vezes esconder ou não identificar suas frustrações, estados depressivos, já que em todo lugar e a todo momento é convocada a um estado de completude por estar gerando uma vida, como se a maternidade fosse um verdadeiro milagre (VESCOVI,2021).

6 O PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO E O CUIDADO NO CUIDADO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Embora, exista uma frequência das queixas de tristeza, desânimo, anedonia¹ trazidas por gestantes, no pré-natal, estas são tomadas como natural e, na maioria das vezes ignoradas pela clínica obstétrica, que privilegia a dimensão biológica, desconhecendo e/ou minimizando o aspecto psicológico da gestante. Vale ressaltar que este posicionamento biologizante acarreta consequências negativas não só para a mãe, mas também para o bebê (LUCCI et al., 2016).

Entende-se que a cultura da maternidade alimenta a crença de que toda mulher saudável está apta a gerar e cuidar de um filho. O sentimento materno construído socialmente a partir dessa idealização, muitas vezes atropela a diversidade subjetiva. Aqueles que comungam com essa concepção, esquecem dos arranjos familiares que cada mulher vivencia e que se torna preponderante no processo de cuidado e atenção da gestante, tentante ou puérpera.

É preciso considerar que nem toda gravidez é um período de alegria para todas as mulheres, dar crédito a essa cultura só faz revelar que esse fato é um dos contingentes responsáveis pelo surgimento da depressão pós-parto. Afirmativa que abre precedentes para um trabalho psicoterapêutico, já que o processo que envolve a maternagem² acaba por despertar afetos intensos e, muitas vezes contraditórios, a depender da trajetória de vida do indivíduo.

De acordo com Bortoletti (2007) a gestante tem benefícios com os grupos terapêuticos por poder compartilhar seu sofrimento com outras mulheres. Nesta via, ARRAIS et al. (2016) afirmam que este tipo de intervenção atende as demandas relacionadas a gestante, fase que as transformações podem gerar impactos na vida mental da mulher.

¹ Segundo do dicionário Aurélio (1999), anedonia é a dificuldade ou incapacidade de uma pessoa em sentir prazer ou se motivar a realizar atividades que antes eram prazerosas.

² Refere-se ao vínculo afetivo do cuidado e acolhimento do filho que é estabelecido por uma mãe (GRADVOH, OSIS, MAKUCH, 2014)

6.1 RELAÇÃO MULHER – MATERNIDADE: UMA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM GESTANTES

A partir da leitura e releitura dos relatos de cada participante bem como a análise e interpretações das entrevistas quatro categorias emergem, e são agrupadas com base nos discursos trazidos pelas gestantes: sendo, gravidez não planejada, mas sentem desejo de ter o filho, gravidez planejada, mas não sente desejo de ser mãe, sentimento ante a gravidez não planejada, a rede de apoio na gestação. Com isso, análise interpretativa individual das respostas das participantes deste estudo, foi discussão submetida a análise do discurso que na concepção de Guirado (2006) a Análise do discurso não privilegia somente o conteúdo, vai além do que está sendo dito, observa os fatores históricos sociais constituídos no discurso. Trabalha-se a linguagem, procurando compreender os relatos e os vários elementos envolvidos como os interlocutores, o sentido da fala e o contexto da comunicação.

Com intuito de estabelecer um entendimento e um diálogo com a teoria psicanalítica e no decorrer do texto as falas estão representadas com a identificação A, B, C, D e assim sucessivamente, referindo às participantes.

A gravidez perpassa pela racionalidade, resultando a autonomia e liberdade reprodutiva. De um modo geral, se entende como gravidez não planejada quando não se teve a decisão consciente desta mulher, a fala muito utilizada no senso comum que faz entender que essa mulher engravidou porque quis, torna – se errônea, tendo em vista que as informações e contraceptivos não são de fácil acesso a todos. Embora tenha implantado na rede pública de saúde ações de contracepções, se nota uma grande dificuldade para que esses direitos sejam exercidos comprometendo assim a saúde das mulheres que necessitam deste serviço (COELHO; ANDRADE et al, 2011).

A gravidez não planejada representa risco aumentando a ansiedade e depressão principalmente no período puerperal. Prietsch et al (2011), descreve com veracidade a importância de entender que no passado os casais se demonstravam mais conscientes, sem ter a ameaça de tornar-se pais pois, a vida sexual tinha seu início após o casamento, então já se construía o conceito do planejamento familiar. No entanto com o aumento dos vínculos amorosos na contemporaneidade os relacionamentos são rápidos, sem planejamentos de uma vida futura, e decorrente disso não se planeja tornar-se pais, e muito menos se tem a possibilidade de associar

a vida com o nascimento e planejamento de um filho. Outro fator a se considerar são famílias socioeconômicas desfavoráveis que se apresentam como um dos maiores problemas, por ter falta de informação, contracepção, e a descontinuidade do serviço gratuito de prevenção da gravidez.

Quando se tem um conflito entre essas dominâncias da fecundação e de fato a fecundação não planejada acontece, se tem o conflito do consciente com o inconsciente. O consciente na vontade de gestar e o inconsciente apresentando interditos opostos aos movimentos, consistindo em uma problemática conseqüente ao impedimento compreensível e latente no querer ser mãe. Se uma gravidez acontece é porque existia nessa mulher o desejo pelo maternar, independentemente se o discurso era condizente ou não exatamente porque o fato e o desejo não se referem ao consciente, uma mulher pode receber um filho antes mesmo de ter desejado em seu consciente, quando o inconsciente faz o apelo ao seu corpo. (TACHIBA – SANTOS et al, 2006)

Torna-se importante destacar que em a gravidez não planejada que inicialmente traz o desejo de rejeição não se solidifica até o final, dando lugar a aceitação, e o mesmo pode acontecer com uma gravidez planejada. As análises revelam que as gestantes vivenciam intensos sentimento em relação expectativa de tornar-se mãe e ao processo de constituição da maternidade. Acerca da ansiedade de tornar-se mãe Szejer e Stewart (1997) salientam que tal expectativa evidencia-se mais na mulher. Pode-se comprovar com a fala da entrevistada quando diz: “Fico ansiosa, choro e ao mesmo tempo fico alegre porque vou ser mãe...” (ENTREVISTADA A)

6.1.1 Gravidez não planejada, mas sentem o desejo de terem o filho

A partir do relato das gestantes, percebe-se que quando indagadas sobre o planejamento da gravidez responderam que não houve planejamento. No entanto, apesar de reconhecerem que não estava prevista a gravidez neste momento, houve mudança de percepção quanto ao estado, o que evolui para uma boa aceitação. Nota-se nesse caso que há também uma preocupação com o bebê e a necessidade de acompanhamento médico, em que há uma prevalência sobre a preocupação com a

saúde física do bebê. “não foi planejada, tem sido desejada agora” (*ENTREVISTADA N*).

Estudos sugerem associação entre gravidez não pretendida (GNP) e depressão pós-parto (DPP). A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006, aponta um número significativo de gravidez não planejada dentre as gravidezes ocorridas nos últimos cinco anos no Brasil, totalizando 46%. Ao redor do mundo, em 2008, estima-se anualmente a ocorrência de 86 milhões.

Nesta perspectiva, Carvalho (2011), ao estudar puérperas nas maternidades da Região Metropolitana do Recife, encontrou um quantitativo de 68,2% de mulheres que não pretendiam aquela gravidez. Provavelmente essa diferença deve-se a variações metodológicas, como o uso do termo gravidez não planejada em vez de indesejada e a inclusão de mulheres com menos de 18 anos na amostra. Apesar da proposta do estudo ser uma análise qualitativa, o quantitativo foi abordado aqui ao observar que os discursos e variações perceptuais acerca do desejado e indesejado, segue a mesma prevalência.

Para Valente (1989), a GNP pode ter impacto negativo sobre a saúde de crianças e mulheres. Crianças nascidas de gestações não pretendidas podem estar em desvantagem em relação aos cuidados da mãe, com maior risco de morte, retardo no crescimento e abuso/violência.

Observa-se nas falas trazidas pelas gestantes, posturas ambivalentes que ora demonstravam aceitação, ora demonstravam rejeição pela gravidez. O autor acentua que a gravidez não-planejada comumente passa a ser encarada de maneira passiva, por meio de um discurso estereotipado. Assim, percebe no discurso das participantes, falas do tipo:

“Está sendo um pesadelo, mas foi Deus quem mandou!” (*ENTREVISTADA, A*)

“Não foi planejada, essa gravidez está sendo diferente, fui pega de surpresa. Os outros eu queria.” (*ENTREVISTADA, B*)

“Para mim significa uma experiência nova, eu tinha muitos planos, mas agora não dá mais.” (*ENTREVISTADA, C*)

“Não foi planejada, está maravilhoso agora no final, no começo é que não foi muito bom.” (*ENTREVISTADA, D*).

6.1.2 Gravidez planejada, mas não sentem o desejo de ser mãe

De acordo Azambuja (1986) a partir do questionamento crítico do instinto materno e a concepção de idealização da maternidade as mulheres passam a viver

os seus desejos. Constata-se a afirmativa quando a entrevistada diz: “Foi planejada, ainda não sei me senti como mãe, penso que sentirei depois.” (*ENTREVISTADA, A*).

Recorre-se a Fernandes (1988), quando afirma que se uma gravidez ocorre é porque existia na mulher um desejo inconsciente de ser mãe, independentemente se o discurso manifesto era condizente ou não com essa motivação, afinal “gerando um ser mesmo que no começo eu não queria aceitar.” (*ENTREVISTADA, B*).

Para Soifer (1980), quando a mulher engravida é porque seus sentimentos ambivalentes de querer e não querer ter um filho não se encontravam na mesma proporção no momento da fecundação, com o desejo pela maternidade. Existe uma “mistura de sentimentos, ora quero, ora não quero.” (*ENTREVISTADA, C*). Numa perspectiva a ambivalência está presente no desejo humano.

Freud (1913) descreve a origem desse sentimento quando retrata o parricídio primevo, mas em toda sua obra a presença do par amor/ódio pode ser verificada. Conforme a teoria psicanalítica, o desejo em ter um filho é inerente à gestação. Considera-se que historicamente, de acordo com Bortoletto (1992), essa proposição se confirma, pois, a partir da década de 1990 a maternidade passa a configurar como uma opção que pode ser adiada ou até descartada, não necessariamente implicando à mulher o lugar de se tornar mãe os seus desejos. Tal afirmativa corrobora com as verbalizações das gestantes.

6.1.3 Sentimentos antes da gravidez não planejada

As primeiras categorias levam a entender o campo desejante e prossegue com as análises a fim de entender os possíveis destinos para o corpo pulsional. Freud (1915) vai versar sobre as vicissitudes da pulsão quanto ao objeto. Percebe-se que uma das formas de manifestação do desejo reprimido são observadas pelas formações reativas (aparição de sintomas).

As gestantes ao serem questionadas sobre como se sentiam com a gravidez não planejada, segunda categoria temática em análise, aparentam em suas falas aceitar a gravidez e mudar a percepção quanto ao fato de apesar de não planejada, demonstrava um momento de agradecimento. No entanto, relatam um sentimento de desespero. Os discursos manifestos das gestantes, contradizem os estados latentes, o que indica não estarem em sintonia.

Em ambas as análises se encontra os pares em que o resultado de uma gravidez inconscientemente desejada, mas conscientemente não planejada. Szejer e Stewart afirmam que o fato de o desejo não pertencer à esfera do consciente, dá-se uma intercessão entre vontade (consciente) e desejo (inconsciente), o que pode fazer com que uma mulher venha a gestar, a despeito de seu discurso manifesto ou latente referir o contrário.

Dolto (1984) complementa que a mulher pode receber um filho sem tê-lo querido conscientemente, posto que o apelo de seu corpo, isto é, seu querer inconsciente de fecundidade, estava inscrito em si mesma sem que se desse conta. Ao dizer, “fico ansiosa, choro e ao mesmo tempo fico alegre porque vou ser mãe.” (ENTREVISTADA, A), ou “emocionalmente não estou bem, na mesma hora que estou bem de repente, vem a depressão.” (ENTREVISTADA, B).

Maldonado (1988), afirma a despeito de uma gravidez não planejada em geral pode trazer sentimentos, principalmente de rejeição, reação inicial que não se cristaliza para sempre, podendo dar lugar a uma atitude de aceitação e vice-versa. Em muitos momentos, pode-se perceber que as falas indicam a ambivalência e a presença de formas sintomática por falta de simbolização.

“Me sinto estressada, choro por qualquer coisa, sinto como sem alegria, estou muito ansiosa.” (ENTREVISTADA, C).

“Me sinto péssima! Muita tristeza vontade de abandonar tudo.” (ENTREVISTADA, D).

Percebe-se pelas falas vivências e experimentos de: ansiedade, medo, estado constante de choro, sensibilidade, deprimida, stresse, tristeza, insônia, nervosismo. A literatura compreende que a gestação com potencial no tocante a alterações emocionais (KLAUS & KENNEL, 1992). Os dados coletados mostram que as gestantes relatam sentir maravilhadas com a gravidez, em alguns casos justifica a satisfação por ter sido planejada. Contudo, em muitos relatos existe a expressão de não se sentir bem com a gravidez, apesar desta ter ocorrido com planejamento”.

6.1.4 A rede de apoio na gestação

Ainda, quando indagadas sobre a rede de apoio, as respostas são bastante objetivas, em que dentre as entrevistadas algumas mulheres dizem não sentir falta de

apoio e outras enfatizam que sente falta desse apoio. A ênfase recai na falta e na presença da mãe e/ou sogra. De acordo com Antunes e Fontaine (2005), o suporte social refere-se ao suporte emocional ou prático dado pela família e/ou amigos na forma de afeto, companhia, assistência e informação.

Quando as entrevistadas dizem:

"Compartilho com minha mãe, meus familiares e o pai do bebê me acolhe bem." (ENTREVISTADA, A)

"Não compartilho com ninguém os meus sentimentos." (ENTREVISTADA, B)

"Compartilho com meu marido ele me compreende, é o primeiro bebê, vem na hora certa melhorou mais o meu relacionamento." (ENTREVISTADA, C)

"Não compartilho com ninguém só com Deus." (ENTREVISTADA, D)

Nota-se que o nascimento de um filho exige da mulher adaptações à nova vida, que inclui as demandas com o bebê, a interação conjugal com esse terceiro membro, juntamente com a vida profissional e social com a presença de um ser que depende dela. Matsukura et al (2002), examinaram os provedores de apoio social e destacou o pai do bebê como a principal fonte de apoio social, seguido de parentes, como mães e irmãs, reconhecidas como maiores fontes de afeto, atenção e ajuda durante a gestação.

Cox et al., (2003) verificaram que em geral as avós maternas e os maridos são a principal fonte de apoio, evidenciando que o apoio do marido parece ter impacto mais profundo no bem-estar materno. Esse achado, o que corrobora com Rapoport (2022) quando relata que o pai do bebê se encontra entre os principais provedores de apoio social mencionados pelas mães, seguida das avós e outro membro familiar.

Segundo Simons e Johnson (1996), devido a frequência e intensidade da relação conjugal, é possível que o relacionamento conjugal seja a fonte principal de apoio social, porém atenta para o potencial de outros adultos que moram com o casal no que tange a influência das práticas parentais, podendo cumprir a mesma função que um cônjuge. Outra variável investigada por Piccinini et al (2004)., é considerável que o apoio social dado à gestante e à recém mãe, dependa do fato de ser uma mãe jovem ou adulta.

Com intuito de avaliar a eficácia de uma intervenção breve grupal na prevenção da Depressão Pós-Parto, Kozinszky et al. (2012) constatou que a psicoeducação,

gestão do stress, disponibilizar mecanismos de enfrentamento, assim como, apostar no apoio social são ações eficazes na redução dos riscos de DPP.

Nesse sentido, mediante os achados em estudos sobre o apoio social à gestante, as entrevistas no presente estudo também destacaram o apoio do cônjuge, das mães, e aparecendo a sogra como outro membro em que as mesmas espera contar. Constata-se também que nem todas as mães conseguem solicitar ajuda ou recebe-la.

Outrossim, salienta-se grande parte dos estudos encontrados na literatura não são pesquisadores do Brasil, o que indica a necessidade de estudos dessa temática por parte de pesquisadores do brasil que envolva essa temática.

CONCLUSÃO

Em face da análise dos resultados obtidos e em confronto com a revisão bibliográfica realizada extraímos as seguintes conclusões: o aporte teórico na história da psicanálise no que refere a feminilidade a princípio levou em consideração a primazia fálica na instituição da mulher, entretanto, observa-se que novos teóricos psicanalíticos postulam a feminilidade como solo originário da subjetividade, apontam para equidade entre os sexos, contudo, a concepção do sujeito do desejo é ameaçado pelo olhar exclusivo do médico-especialista, fundamentado no saber técnico que não prioriza o mal-estar psíquico da futura mãe. Concordamos com Freud quando afirmou a mulher é um vir a ser.

Quanto à maternagem, podemos observar que o mito do amor materno contempla a ideia da maternidade enquanto amor incondicional, apresenta-se envolta por discursos engendrados e permeados pelo imaginário social. Podemos inferir que a questão do amor materno envolve uma série de concepções e associação das práticas produzidas por discurso em épocas diferentes, que envolvem condições e circunstâncias de um determinado momento histórico. No entanto a pesquisa bibliográfica evidencia-se que a maternidade não é mais exercida unicamente pela mãe. Entende-se que o amor materno é construção advinda relação mãe-filho e não algo inerente a mulher.

A partir desse estudo, pode-se reconhecer que no período gestacional a mulher passa por diferentes mudanças que interferem no seu mundo intrapsíquico, uma vez que das categorias apresentadas, a gravidez não desejada, entendida como desejo do inconsciente, somado com as insatisfações manifestas pelas gestantes, juntamente com a idealização da maternidade como momento de pleno gozo e perfeição, evidencia-se em nosso estudo, 33% não estavam psicologicamente preparadas para passar pela maternidade, 25% deparou-se com sentimento de tristeza, choro constante e deprimida. Ressaltamos que duas gestantes no passado já foram diagnosticadas com episódio depressivo. Estudos tem demonstrado alto risco de incidência da depressão pós-parto nesse público.

Nesse interim, compreende-se que identificar sinais e sintomas durante as consultas pré-natal é o principal preditor para o desenvolvimento da Depressão Pós-Parto, pelo fato de possibilitar realizar intervenções o mais precoce possível, uma vez

que as representações sociais da maternidade perpassam pela subjetividade de cada mulher, bem como o contexto histórico, social e cultural. Desse modo, o que buscamos foi explorar as construções e contribuições de pesquisadores e teóricos psicanalíticos que se debruçam/aram sobre o tema da DPP.

Finalmente reiteramos que estudar sobre a maternidade possibilitou aproximar mais da realidade do período gestacional, ratificando que não é um período de mar-de-rosas, por ser de fato um período em que a mulher necessita não somente da intervenção biomédica, mas também demanda da psicoterapia.

REFERÊNCIAS

- ALVES V, K. M. da C. A subjetivação da mãe naturalista como modelo: a maternidade como efeito das pedagogias culturais. *Revista Periódicus*, v1, n.2. p 97–110. 2015 <https://doi.org/10.9771/peri.v1i2.12880>
- ARAÚJO, C. L. V; ARAGÃO, A. A. Um olhar sobre o fenômeno da maturidade naturalista: refletindo sobre o processo de maternagem. *Gênero*. Niterói. v.18, n. 2, p. 26-47, 2018. <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/31306>
- ARAN, M. Feminilidade, entre Psicanálise e Cultura: Esboços de um conceito. *PHYSIS: Rev. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n.1 p. 169-195, 2000. <https://www.scielo.org/article/physis/2000.v.10>
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro, Guanabara, 1986.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Trad. Dora Flaksman. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981
- ARRAIS. A. R. et. al. Pré-Natal Psicológico: perspectiva para atuação do psicólogo em saúde materna no Brasil. *Rev. SBPH* v.19 n.1, Rio de Janeiro – jan./jul. -2016. www.scielo.br. Acesso em 28/03/2022
- ARRAIS, A. R., MOURÃO, M. A. F. B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção a depressão pós-parto. *Saúde e Sociedade*, v.23, n.1, p. 251-264. 2014. www.scielo.br. Acesso em 28/03/2022.
- ARRAIS, A. R. et al. Fatores Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão* Jul/set. 2018 v. 38 n.4, p. 711-729. 2018.
- AZAMBUJA, S. C. A mitologia e a realidade da maternidade. *Revista Brasileira de Psicanálise*. São Paulo. n.20, p. 601-611, 1986.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1985.
- BADINTER, E. **O conflito: a mulher e a mãe**. Rio de Janeiro: Record. 2011
- BELSKY, J. ROVINE, M. **Padrões de mudança conjugal durante a transição para a paternidade: gravidez até três anos após o parto**. v.52. Conselho Nacional de Relações Familiares. 1990 <https://www.jstor.org/stable/352833?origin=crossref>
- BERTOLETTI, J. CABRAL, P. M. F. Saúde mental do cuidador na instituição hospitalar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. v.23, n.1 p.103–110. <http://psycnete.apa.org/record/2008-03792-011>.
- BIRMAN, J. **Gramáticas do erotismo: a feminilidade e as suas formas de subjetivação em psicanálise**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- BIRMAN, J. **Cartografias do feminino**. São Paulo: Ed. 34, 1999.

BORTOLETTI, F. F. **Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar**. Barueri, São Paulo: Manole.2007. www.scielo.br. Acesso em 11/04/2022

BORTOLETTI, M. C. O que é ser mãe? **Revista Viver Psicologia**. São Paulo: v. 3, p. 25-27, 1992.

CAMPOS, K. S. **A mãe do bebê prematuro: um olhar psicanalítico**. Londrina, 2009. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Estadual de Londrina – Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-graduação em Psicologia. 2019.

CARVALHO, H. B. **Maternidade, ambiente e psicanálise: um estudo dos atravessamentos culturais na maternidade contemporânea**. 2020. 129 f., In. Dissertação (Mestrado em Psicologia) —Universidade de Brasília. 2020. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/41032>.

CHODOROW, N. **Psicanálise da Maternidade: Uma crítica a Freud a partir da mulher**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempo.1990.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

COX, J., & Holden, J. **Perinatal mental health: A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**. London: Royal College of Psychiatrists, Gaskell. 2003.

COELHO, E.A. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paul Enferm**. 2012; v.25, n.3, p.415-22
<https://www.scielo.br/j/ape/a/W9z9WJQLDFX7mVxhwFGLzkq/?format=pdf&lang=pt>

DINIS, N. resenha gramáticas do erotismo: a feminilidade e as suas formas de subjetivação em psicanálise. De Joel Birman. **Psychê**, v.7, n. 11, p. 197-199. ISSN: 1415-1138. Disponível em http://www.redalyc.org/artigo_id=30701116.

DOLTO, F. **No jogo do desejo: ensaios clínicos**. Rio de Janeiro: Zahar. 2018
<https://www.travessa.com.br/jogo-do-desejo-no-ensaios-clinicos-2-ed-1996/artigo/557e82dd-1534-41fe-b7ec-23928611b4e8>

DUNKER, C. **Uma biografia da depressão**. São Paulo: Planeta. 2021.

EMIDIO, T. S. **Diálogos entre feminilidade e maternidade: um estudo sob o olhar da mitologia e da psicanálise**. São Paulo: Unesp, 2011.
<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/113694>.

FREIRE, M. M. L. **Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

FREUD, S. A. **A História do Movimento Psicanalítico**. In: Edição Standar Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud. v. XIV. Rio de Janeiro: Imago. [1914] 1996.

FREUD, S. (1915). **Luto e Melancolia**. In Freud, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Brasil, Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Publicado originalmente em 1915).

FREUD, S. A **O Ego e o Id e outros trabalhos**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud. v. XIX. Rio de Janeiro: Imago. [1923-1925]1996.

FREUD, S. A. **Conferências XXXIV, Explicações, Aplicações e orientações** In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud. v. XXII. Rio de Janeiro: Imago. [1933d]. 1996.

FREUD, S. **Feminilidade**. Conferência XXXIII (1933). Obras psicológicas completas de Sigmund Freud – Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.22.

FREUD, S. (1924). **A Dissolução do Complexo de Édipo**. In Freud, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Brasil, Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Publicado originalmente em 1924).

FREUD, S. (1925). **Inibição, sintoma e angústia**. In Freud, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Brasil, Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Publicado originalmente em 1925).

FREUD, S. (1931). **Sobre a sexualidade feminina**. In Freud, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Brasil, Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Publicado originalmente em 1931).

GOMES, G. Q. A Maternidade como Enigma: Atenas, as Luzes e Freud. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v.10, n. 2, p. 51- 74. 2000.

GUIRADO, M. (2006). **Psicanálise e Análise do Discurso: matrizes institucionais do sujeito psíquico**. São Paulo: EPU. (Trabalho original publicado em 1995).

GUTMAN, L. **A maternidade e o encontro com a própria sombra**. Trad. Luís Carlos Cabral, Mariana Laura Corullón. 1. Ed. Rio de Janeiro: Best Selle, 2016.

IACONELLI V. **Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função**; São Paulo: 2012. <https://institutogerar.com.br/wp-content/uploads/2017/02/mal-estar-na-maternidade-do-infanticidio-a-funcao-materna.pdf>

JULLIEN, M. C. G. **Depressão pós-parto um olhar psicanalítico**. São Paulo: 2013. Dissertação de Mestrado apresentada a Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica, sob orientação do Prof. Dr. Renato Mezan.

KEHL, M. R. **Deslocamentos do feminino**. Rio de Janeiro: Imago, 2008.

KEHL, M. R. **O tempo e o cão: atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2009.

KOPKE, D.R. Maternidade: uma construção histórica e social. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia** da PUC Minas v. 2, n. 4, jul./dez. 2017 – ISSN 2448-0738.

KOZINSZKY, Z. et al. Can a brief antepartum preventive group intervention help reduce postpartum depressive symptomatology? **Psychotherapy and Psychosomatics**, v.81, n.2, p.98-107.2012. <https://doi.org/10.1159/000330035>.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. **Vocabulário de psicanálise**. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LUCCI, T. K. et al. Depressão materna e concentração de cortisol de recém-nascidos em uma amostra brasileira. **Revista Psico**, v.47, n.2, p. 140-147. 2016. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.23655>.

MAFFEI, B. et al. A Rede social significativa no processo gestacional: uma revisão integrativa. **Rev. SBPH**. São Paulo: v. 22, n. 1, p. 216-237, jun/2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=1516-08582019000100012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29/nov. 2022.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez**. Ed.17. São Paulo: Saraiva, 2005.

MATSUKURA, T.S. et al. O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Rev Latinoam Enfermagem**. 2002; v.10, n.5, p.675-81.

MASSON, J. M. **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess — 1887-1904 / J**; trad. Vera Ribeiro. — Rio de Janeiro: Imago, 1986. Freud, Sigmund, 1856-1939. <https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2019/06/Freud-Correspond%C3%A2ncia-Completa-com-Fliess.pdf>

MENEZES, A.M.A. Feminilidade caminho de subjetivação. **Estudos de psicanálise**. Belo Horizonte – MG, n. 38, p. 29-44. Dez/2012.

MOURA, S. M. S. R. & ARAÚJO, M. F. (2004) Maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.24, n.1, p. 44-55.

MOREIRA, R. L. C. A. **Maternidades**: os repertórios interpretativos utilizados para descrevê-las. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Uberlândia, 2009. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp108581.pdf> >

MOTTA, I. F. O significado da maternidade na trajetória de três jovens mães: um estudo psicanalítico. **Estudos de Psicologia**. Campinas: v. 31, n.4, p. 517-525 out – dez/2014.

<https://www.scielo.br/j/estpsi/a/8FTW5ZPmXKdKYrM6Hmv8Kwt/abstract/?lang=pt>.

NUNES, S. A. **O feminino e seus destinos**: maternidade, enigma e feminilidade. In BIRMAN, J. **Feminilidades**. Rio de Janeiro: 2002.

NUNES, S. A. Afinal, o querem as mulheres? A maternidade e mal-estar. **Psic. Clínica**. Rio de Janeiro: v.23, n.2, p.101-115, 2011. <https://www.scielo.br/j/pc/a/zdgTVQcDQzsFZCxnRgtW6db/abstract/?lang=pt>.

NERI, R. **O encontro entre a psicanálise e o feminino**: singularidade/diferença. In BIRMAN, J. **Feminilidades**. Rio de Janeiro: 2002.

PACHECO, C. A. **O complexo de Édipo e sua importância no diagnóstico e tratamento.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Veiga de Almeida, Mestrado Profissional em Psicanálise, Saúde e Sociedade, Rio de Janeiro: 2009. <https://www.livrosgratis.com.br/ler-livro-online-128384/o-complexo-de-edipo-e-sua-importancia-no-diagnostico-e-tratamento>

PICCININI, C. A. et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 20, n. 3, p. 223-232. 2004. DOI: 10.1590/S0102-37722004000300003.

POSTER, M. (1979), **Teoria Crítica da Família.** Rio de Janeiro: Zahar.1979.

PRIETSCH, S. et al. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública.* v.27, n.10:1906-16. 2011. DOI:10.1590/s0102-311X2011001000004.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio social e experiência da maternidade. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** São Paulo: v. 16, n. 1, p. p. 85-96, abr./2006 Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 nov. 2022.

RAUTER, C. Mulher: Reflexões Psicopolíticas. In: POIAN, C. (Org.). **Homem Mulher.** Rio de Janeiro: Taurus, 1987.

RODRIGUEZ, F. T.; CARNEIRO, T. F. Maternidade tardia e ambivalência: Algumas reflexões. **Tempo psicanalítico**, Rio de Janeiro: v. 45.1, p. 111-121, 2013 [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0101-48382013000100008].

SIMONS. R.L., JOHNSON, C. **The impact of marital and social network support on quality of parenting.** In: Pierce GR, Sarason BR, Sarason IJ, organizers. Handbook of social support and the family. New York (NY): Plenum Press; 1996. p. 269-87.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério.** Artes Médicas: Porto Alegre, 1992.

SOUZA, V. et al. **A eugenia no Brasil:** ciência, raça e nação no período entreguerras. Guarapuava. Unicentro, p. 332. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/wBXK9Wz6LVqH4N3vkhsVhmf/?format=pdf&lang=pt>

SOLER, C. **Discurso e Trauma.** In ALBERTI, S., RIBEIRO, M.A.R.(Orgs). Retorno do Exílio: o corpo entre a Psicanálise e a ciência. Rio de Janeiro: 2004.

TATAGIBA, A. P. Projetos profissionais e/ou maternidade: críticas a um dilema/sofrimento feminino (ainda) contemporâneo. **Cad. Pagu**, Campinas: n. 37, p.437-444, Dez/ 2011.

TACHIBANA, M. et al. O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. **Psychê**. Ano X n. 19 , São Paulo: set-dez/2006, p. 149-167
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v10n19/v10n19a10.pdf>

VALDIVIA, O. B. Psicanálise e Feminilidade: Algumas Considerações. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 17, n. 3, p. 20-27,1997.
<https://www.scielo.br/j/pcp/a/X6bTF9RCnSzQhhDbDFLHsyz/?lang=pt>

VENÂNCIO, R. P. **A maternidade negada**. In: PRIORE, M.D. (Org.). História das mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto, 2002.

VESCOVI, M. **Mal-estar na maternidade: (des)encontros entre a mulher e a mãe**. 2021. [file:///C:/Users/ivani/Downloads/Maternidade%20e%20psicanalise.pdf.

ZALCBERG, M. **A relação mãe-filha**. São Paulo: Elsevier. 2003.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo intitulado(a) O Pré-Natal Psicológico no cuidado da Depressão Pós-Parto. Conduzida por Bernadete dos Santos Soares, Ivanilde da Silva Nogueira e Judith Nogueira. Este estudo tem por objetivo geral compreender o quanto o pré-natal psicológico auxilia na redução da incidência da Depressão Pós-Parto e como objetivos específicos: conhecer aspectos históricos da depressão pós-parto e a concepção de feminilidade para a psicanálise, discutir a relação mulher e a maternidade como construção social passível de modificações e refletir sobre a necessidade de uma abordagem ampliada e integral à saúde mental das gestantes.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder entrevista semiestruturada, com duração de uma hora no máximo, no decorrer das consultas do pré-natal médico, realizado no Hospital Maternidade. Serão dez questões que inclui o processo da gravidez, concepção de maternidade, sentimentos recorrentes estão sendo vivenciados nesse período, quais conhecimentos possui sobre a depressão pós-parto, utilizando o recurso de áudio durante as entrevistas.

Você foi selecionado(a) por estar gestante no 1º, 2º ou 3º trimestre, com idade entre 19 e 35 anos. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Conforme a Resolução 466/2012 que trata em seu capítulo V – DOS RISCOS E BENEFÍCIOS, que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, informamos e consideramos que no ato de responder a entrevista, poderá sentir-se desconfortável e/ou envergonhado com questões de cunho íntimo, constrangido por não saber responder alguma questão por falta de conhecimento da temática. Outrossim, afirmamos em caso de ocorrência de algum desconforto, ou mal estar, os responsáveis pelo estudo encaminharão o participante para o serviço médico mais próximo do local do estudo.

Contudo, consideramos os benefícios da pesquisa tem potencial para minimizar as crises os fatores de risco, bem como, contribuir na prevenção da depressão pós-parto.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa.

Eu declaro ter conhecimento das informações contidas neste documento e ter recebido respostas claras às minhas questões a propósito da minha participação direta (ou indireta) na pesquisa e, adicionalmente, declaro ter compreendido o objetivo, a natureza, os riscos e benefícios deste estudo.

São Mateus, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do (a) pesquisador(a)

Para todas as questões relativas ao estudo ou para se retirar do mesmo, poderão se comunicar com Alessandra Lopes da Silva Macedo, via e-mail: alessandra.macedo@ivc.br, ou telefone: (27) 99945-2348.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ética em Pesquisa - FVC

São Mateus (ES) - CEP: 29933-415

Fone: (27) 3313-0028 / E-mail: cep@ivc.br

ORIENTADOR(A) RESPONSÁVEL: Alessandra Lopes da Silva Macedo

SÃO MATEUS (ES) - CEP:29.941-660

FONE: (27) 99945-2348 - E-MAIL: ALESSANDRA.MACEDO@IVC.BR

___/___/___

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. A gravidez foi planejada? Qual o significado dela para você?
2. Como você define a maternidade?
3. Quais as preocupações atuais? Em relação ao bebê? Em relação a vida social? Relacionamento conjugal? Em relação a vida familiar?
4. Como se sente emocionalmente nesse período? Que sentimentos são mais recorrentes?
5. Você compartilha com alguém seus sentimentos? Com quem? Como são acolhidos?
6. Sente falta de algum tipo de ajuda no momento?
7. Quais informações você considera importante no pré-natal? Por que?
8. Quais aspectos precisam ser considerados pelo clínico obstetra? Enfermeiros?
9. O que sabe sobre depressão pós-parto?
10. Tem receio/medo de passar por esse transtorno após o nascimento do bebê?

APÊNDICE – C TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Eu, _____
ocupante do cargo de _____ no _____,
autorizo a realização nesta instituição _____ a pesquisa
_____, sob a responsabilidade dos pesquisadores
_____, tendo como objetivo primário (geral)
_____.

Afirmo que fui devidamente orientado sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização de dados exclusivamente para fins científicos e que as informações a serem oferecidas para o pesquisador serão guardadas pelo tempo que determinar a legislação e não serão utilizadas em prejuízo desta instituição e/ou das pessoas envolvidas, inclusive na forma de danos à estima, prestígio e/ou prejuízo econômico e/ou financeiro. Além disso, durante ou depois da pesquisa é garantido o anonimato dos sujeitos e sigilo das informações.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo da infraestrutura necessária para tal.

_____, ____ de ____ de 20____.