



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA

OS NÃO DITOS DO PUERPÉRIO

Dialogando com profissionais que atendem puérperas

JULIANA KITAYAMA CABRAL

BRASÍLIA

2020

JULIANA KITAYAMA CABRAL

OS NÃO DITOS DO PUERPÉRIO

Dialogando com profissionais que trabalham com puérperas

Monografia apresentada ao Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Ciências Sociais com habilitação em Antropologia.

Orientadora: Profa. Dra. Giovana Acacia Tempesta

Banca examinadora:

Prof. Dra. Giovana Acacia Tempesta (PPGAS/UnB)

Prof. Dra. Marianna Assunção Figueiredo Holanda (FCE/UnB)

Brasília, 2020

AGRADECIMENTOS

*Eu tenho Jesus,
Maria e José, todos os pajés em minha companhia
O menino Deus brinca e dorme nos meus sonhos
O poeta me contou
(Maria Bethânia – Não mexe comigo)*

Agradecer se tornou uma constante em minha vida. Ao me deitar, no amanhecer, ao me alimentar. Entendi a importância de sentir e ter gratidão por tudo ao meu redor com a maravilhosa base que tenho: minha mãe, meu pai e minha irmã. Com eles aprendi a valorizar desde as coisas mais miúdas que a vida nos oferece até as mais grandiosas. Aprendi o valor que o AMOR tem na nossa breve passagem nesse plano físico no qual nos encontramos hoje. Não teria outra forma, se não começar agradecendo à minha família que tanto me apoiou nessa caminhada pela Universidade de Brasília, e continua apoiando todos os dias em todos os âmbitos da minha vida.

Agradeço à minha mãe, a minha maior fonte de inspiração e admiração desse mundo. Além da amizade que cultivamos com tanto afeto e compreensão, agradeço pelo amor, pelo carinho, pelo cuidado, pelos aprendizados que são transmitidos a mim e à minha irmã, e pela sua dedicação em nos manter em uma posição confortável nesse mundo maluco. Ainda que nós enfrentemos nossos desafios diários, nos apoiamos em um lugar de muito privilégio, e isso graças a toda sua força e coragem. Eu agradeço!

Ao meu pai, agradeço por me ensinar, desde sempre, a abrir os olhos para enxergar as diversas formas de vida. Por me ensinar sobre humildade, compaixão e amor. Por ter sido a ponte para que eu pudesse conhecer mais sobre a espiritualidade. Agradeço por ter me colocado em suas aventuras, pois pude perceber que o mundo é tão gigante quanto seu coração. Reconheço a força que este homem tem e sei que todas as adversidades que surgem em sua vida são superadas com admirável garra e persistência. Eu agradeço!

Nana, minha querida amada irmã. A pessoa que mais me conhece nessa vida, que mais me ajuda nos momentos de angústia, tristeza e desespero, mas que também sempre está nos momentos de alegria e risada boa. Eu agradeço por me ajudar a compreender o além-mundo,

me ensinar tanto sobre tudo, por ser minha maior companheira desde o dia em que nasci e, ainda que distantes por alguns quilômetros, continua sendo uma das pessoas que mais amo ter por perto. Sem Nana, a caminhada por essa vida seria menos colorida e essa monografia mais penosa! Eu agradeço por ela ser exatamente quem ela é, pois sua existência já é uma grande fonte de aprendizado para mim. Eu agradeço!

Agradeço à minha vizinha Mabel pelo apoio na nossa criação, por dedicar tanto amor e atenção às suas netas, pelo mingau mais maravilhoso que já pude provar. Ao meu avô Kiniti, por me ensinar tanto sobre respeito e por sempre me acolher na sua casa quando foi preciso, me dando todo suporte do mundo. À minha avó Rô, por ser a mulher mais forte que eu já conheci em toda a minha vida, por ser tão amorosa, e ter nos ensinado tanto, até música em francês aprendemos quando crianças. Ao meu avô Antônio, pelas trocas que tivemos sobre antropologia e comunicação, por me mostrar as incríveis cartas escritas à mão de sua tia Anita em correspondência a Lévi-Strauss, que foram muito marcantes em minha trajetória. Eu agradeço!

Agradeço imensamente à linda e incrível rede de apoio que tive quando o meu raio de sol veio para este mundo. Joelma, avó do Taruk, a mulher mais maravilhosa que me deu a mão e me acolheu em sua vida. Gratidão por todo apoio com o Taruk, por me ajudar nesse processo final do curso, por me entender e se preocupar comigo. Agradeço pela relação de amizade, companhia e carinho que mantivemos até hoje, isso significa muito para mim.

Ao Roberto, minha mais sincera gratidão por ser o pai do Taruk. Por ser parte desse presente com que a vida nos agraciou, por ter segurado toda a onda no parto dele, ficando comigo sem descansar um minutinho sequer nas mais de 30 horas que passamos em trabalho de parto. Por ser um pai incrível que o Taruk tanto ama e admira, por segurar várias barras no puerpério, às vezes não compreendendo o que estava acontecendo, assim como eu, mas permanecendo ao meu lado sempre. Por todo suporte que me dá e por tanta dedicação com nosso ser mais valioso do mundo. Eu agradeço!

Às minhas companheiras de caminhada, Carol Lima, Lu Alencastro, Raquel e Isabela, pelas trocas infinitas de amor nessa amizade que começou lá em 2008. Eu agradeço pela parceria sempre e por todo apoio que já recebi dessas mulheres incríveis que tanto amo. Eu agradeço!

Ao Manoel Pereira de Andrade e Enaile Iadanza, professores da UnB, gratidão por proporcionar uma das experiências mais fortes, incríveis e lindas que já vivi em toda a minha vida – a Vivência Amazônica (2018). Eu agradeço!

À minha orientadora Giovana, me sinto eternamente agradecida por ter me aceitado como orientanda e ter tido tanta paciência comigo nesses semestres finais de curso. Por todos os ensinamentos, todas as dicas, os encontros, as partilhas. É uma mulher que admiro muito, pela mãe incrível que é e pela profissional que inspira a tantas pessoas com tamanha sabedoria e ética. Eu agradeço!

À professora Marianna Assunção Figueiredo Holanda, por aceitar ler e comentar este trabalho.

Agradeço às professoras e professores que tive durante toda a minha trajetória na UnB, que se dedicam diariamente a transmitir seus conhecimentos e mostrar a beleza que existe na antropologia. Eu agradeço!

Agradeço a Deus pela vida e aos meus Guias pela proteção.

E por último, mas não menos especial, ao meu amado, querido, maravilhoso, skatista, amoroso, carinhoso, iluminado filho TARUK! A minha motivação diária de caminhar em passos firmes para que possa construir uma vida cheia de encantos, alegria, amor e beleza para nós dois. Gratidão por ser meu filho e ser meu maior e melhor companheiro do mundo. Obrigada por me apoiar, sempre me dando seu colinho e seu abraço. Por ter me falado “Mãe, não fica assim! Agora você vai conseguir. Eu sei que você tem força!”, quando eu estava já me descabelando na escrita desta monografia. EU AGRADEÇO!

Vida eterna à UnB!!!

RESUMO

A partir da constatação, por meio da minha experiência pessoal, de que o puerpério é um tema que não tem o espaço devido nos debates que acontecem tanto no meio acadêmico quanto em grupos de apoio a gestantes, decidi dar uma contribuição etnográfica sobre esse período que tem tamanha relevância social, emocional, psíquica, fisiológica, simbólica e existencial para muitas mulheres e famílias. Assim, participei de rodas de apoio a gestantes, acompanhei discussões em comunidades virtuais de mães, vi uma exposição sobre puerpério e realizei entrevistas semiestruturadas com cinco profissionais não médicas (doulas e psicólogas) que trabalham com puérperas em Brasília (DF), de modo a valorizar as mediações envolvidas na composição dessa experiência social. Percebi então que, enquanto “não ditos,” temas como puerpério, amamentação, *baby blues*, depressão pós-parto e rede de apoio muitas vezes se associam a sofrimento ou adoecimento de mulheres que se tornam mães. A rede de apoio foi um tema que se mostrou relevante em campo, especialmente porque favorece a criação das condições objetivas e subjetivas para que as mulheres percebam e expressem aquilo que estão sentindo e, assim, possam rearranjar de forma satisfatória suas experiências únicas.

Palavras-chave: puerpério; maternidade; rede de apoio; doulas; psicólogas.

ABSTRACT

From the observation, through my personal experience, that the puerperium is a topic that does not have the space due in the debates that happen both in the academic environment and in support groups for pregnant women, I decided to make an ethnographic contribution about this period that it has such social, emotional, psychological, physiological, symbolic and existential relevance for many women and families. Thus, I participated in support circles for pregnant women, followed discussions in virtual communities of mothers, saw an exhibition on puerperium and conducted semi-structured interviews with five non-medical professionals (doulas and psychologists) who work with puerperal women in Brasília (DF), in order to value the mediations involved in the composition of this social experience. I realized then that, while "unspoken," themes such as puerperium, breastfeeding, baby blues, postpartum depression and support network are often associated with the suffering or illness of women who become mothers. The support network was a topic that proved to be relevant in the field, especially because it favors the creation of objective and subjective conditions for women to perceive and express what they are feeling and, thus, can satisfactorily rearrange their unique experiences.

Key-words: puerperium; maternity; support network; doula; psychologists.

Lista de termos técnicos

Banco de leite	Local dedicado a coletar, armazenar e entregar às mulheres que necessitam o leite materno doado. É um local onde também são realizados trabalhos de informação e aconselhamento sobre a amamentação.
Doula	Profissional que presta apoio físico, emocional e informacional para mulheres gestantes, em trabalho de parto e durante o puerpério, mas que não realiza procedimentos clínicos.
Episiotomia	Procedimento cirúrgico de pequeno porte pelo qual é feito um corte na região do períneo – localizada entre a vulva e o ânus – para ampliar o canal de parto. Profissionais alinhadas com a Medicina Baseada em Evidências enfatizam que não existe fundamento científico que justifique esta prática, que pode trazer uma série de prejuízos para a mulher.
Exame de toque	Exame realizado com os dedos para verificar as alterações que ocorrem no colo do útero.
Kristeller	Manobra executada por médicos durante o trabalho de parto, que tem por objetivo facilitar a saída do bebê. É executada com a pressão das mãos na parte superior do útero. Profissionais alinhadas com a Medicina Baseada em Evidências enfatizam que não existe fundamento científico que justifique esta prática.
Mastite	Inflamação nas glândulas mamárias que pode acometer mulheres que estão amamentando
Plano de Parto	Documento no qual fica registrado tudo aquilo que a gestante deseja que seja ou não realizado durante o trabalho de parto, nos cuidados com o recém-nascido e no pós-parto imediato
Relato de Parto	Depoimento que algumas mulheres escrevem para relatar sua experiência de parto.

Lista de imagens

FIGURAS

Figura 1.....	19
Figura 2.....	19
Figura 3.....	20
Figura 4.....	20
Figura 5.....	21
Figura 6.....	21
Figura 7.....	22
Figura 8.....	22
Figura 9.....	23
Figura 10: Obra de arte Angélica Nunes	811
Figura 11: Obra de arte Angélica Nunes	832
Figura 12: Painel externo Museu Nacional da República	843
Figura 13: Roda de conversa exposição <i>Matriz</i>	84

GRÁFICO

Gráfico 1: Taxa de Fecundidade 2000-2015, Brasil.....	27
---	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
Os passos metodológicos e o material etnográfico reunido	17
CAPÍTULO 1 - Maternidade: um solo teórico para se pensar o puerpério	18
1.1. Um manifesto: por uma maternidade desromantizada e como pauta política em termos de reprodução e relações de poder.	18
1.2 Os movimentos feministas, as Ciências Sociais e a maternidade.....	26
1.3 Sobre maternidade e as mudanças a partir dos anos 1980 nas camadas médias urbanas brasileiras.....	28
1.4 Maternidade no século XXI e produções recentes sobre o puerpério no campo das Ciências Sociais.....	31
CAPÍTULO 2 - Puerpério: afinal, o que é? Um convite à reflexão	44
Profissionais não médicas que trabalham com puérperas	45
As flores que deram voz a essa pesquisa.....	47
JASMIN – Todo amor é construído	48
VIOLETA – O puerpério é um foguete, um rojão	50
ROSA – Um luto e um nascimento	54
CAMÉLIA – Vacina psíquica ou gotas de realidade	57
MARGARIDA – O aqui e o agora	62
CAPÍTULO 3 - Rede de apoio: acolher sem julgar.....	74
Rede de apoio é fundamental.....	76
<i>Matriz</i> : um exemplo de rede de apoio entre mulheres mães	78
<i>Tully</i> : um retrato da ausência de rede de apoio e adoecimento	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89

INTRODUÇÃO

Foi em 2015 que descobri que meu mundo iria se transformar da “água para o vinho” ou do “vinho para a água”, se assim me for permitido inverter a ordem das coisas. Engravidei aos 20 anos, era estudante universitária e morava com a minha mãe e a minha irmã num bairro de classe média em Brasília (DF). Como minha irmã mais velha havia engravidado poucos anos antes de mim e nós morávamos juntas, eu pude ter contato de perto com todo o processo de gestação e parto dela. Eu acompanhei sua saga na busca por profissionais da saúde que a apoiassem no parto “normal” que ela tanto desejava, e que no final não pôde ter. Ela decidiu esperar começar o trabalho de parto em casa para só então ir a um hospital e ser atendida por uma médica plantonista. Seu parto acabou sendo por via cirúrgica, de forma desnecessária e violenta.

Portanto, quando eu engravidei, já tinha uma certa consciência do cenário cesarista e violento que o Brasil enfrenta. Para me munir de informações e ir contra todo esse sistema médico opressor, optei por adentrar o mundo da gestação e da maternidade por meio de leituras assíduas sobre as diversas temáticas que dialogam com o universo do parto. Li matérias em *blogs* na internet que tratavam do assunto; li diversos relatos de parto que encontrei, em sua maioria, em comunidades do *Facebook*; estudei sobre as fases fisiológicas do parto por meio de vídeos e participei de rodas de conversa para gestantes. Tudo para ter um parto “normal” sem intervenções desnecessárias, como a utilização de ocitocina artificial, anestesia, episiotomia etc., e sem qualquer tipo de “violência obstétrica”, um conceito relativamente recente, definido pela lei venezuelana e apropriado pelas ativistas do movimento de humanização do parto:

art. 15. [...] apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, que se expressa em um tratamento desumanizador, uso abusivo de medicação e patologização dos processos naturais, trazendo consigo perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres. (Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia, Venezuela, 2007, disponível em: <http://www.leyesvenezolanas.com/organicas.html>).

Trata-se de um conceito amplo, que, no Brasil, abrange:

[...] toda forma de ofensa, humilhação, constrangimento, coação, prestação de informações distorcidas ou incompletas, negativa de atendimento de qualidade, lesão corporal, tratamento aviltante, impedimento da entrada de acompanhante

na sala de parto, desconsideração das opiniões e solicitações emitidas pela parturiente, esterilização não solicitada pela mulher, dentre outros. (Tempesta, 2018, p.55)

Na tentativa de ter mais qualidade na assistência ao meu parto e uma experiência mais satisfatória, em consonância com aquilo que eu almejava, elaborei, com auxílio da doula que estava acompanhando todo meu processo gestacional, meu Plano de Parto.

No entanto, meu parto seguiu caminhos outros, como os de muitas mulheres brasileiras. Completadas 41 semanas de gestação, depois de realizar um exame de imagem e um exame de toque, o qual serve para verificar a evolução do trabalho de parto, o médico me deu a notícia de que não havia ocorrido nenhuma “evolução” desde a última consulta, quando eu estava com 38 semanas. Nas palavras dele, eu não entraria em trabalho de parto “tão cedo”. De maneira geral, existe uma convenção entre os médicos de que a partir de 41 semanas a gestação passa a ser de alto risco e, portanto, para o meu médico eu estava entrando nessa zona de “perigo”.

Antes mesmo de eu internalizar tudo aquilo que estava acontecendo, depois de meses de preparação para o parto que eu idealizava, o médico colocou em cima de sua mesa alguns papéis para eu assinar. Eram papéis de internação em um hospital particular para realizar a cesárea. Não tive tempo nem escolha. Quando indaguei sobre a possibilidade de pensar sobre tudo o que estava acontecendo, o médico, exaltado, perguntou se eu queria colocar a vida do meu filho em risco. Nesse momento eu agradeci pelas várias horas que passara lendo, aprendendo, ouvindo relatos de parto e sobre médicos que priorizam a cesárea por diversas questões, entre elas o “tempo” e o dinheiro deles. Me senti forte e “empoderada” o suficiente para assinar os papéis e não comparecer no dia marcado para a cirurgia.

Ainda assim a preocupação tomou conta. Poucos dias depois, decidi ir a um hospital público para verificar se estava tudo dentro dos conformes. A médica realizou o exame de toque e eu estava com apenas um centímetro de dilatação, sem nenhum indício de trabalho de parto. Começou então a minha saga para passar por tudo aquilo que eu mais temia. Foi sugerida uma indução, procedimento utilizado para estimular as contrações, fazendo com que o colo do útero dilate para ocorrer a passagem do bebê. Existem diferentes formas de induzir um parto: as utilizadas pela biomedicina, com o uso de medicamentos, e as alternativas ou não farmacológicas, por meio de acupuntura, chás, exercícios em bolas de fisioterapia, prática de sexo, dentre outras. Como eu estava em um ambiente hospitalar, sendo assistida por médicos, a minha indução foi feita por meio da administração de medicamentos, por via oral e vaginal.

Conforme o tempo foi passando, os médicos viram a necessidade do uso de ocitocina sintética intravenosa, um hormônio que o corpo das mulheres produz durante o trabalho de parto. Esse foi um dos momentos mais difíceis, dado que a ocitocina aumentava consideravelmente as contrações e quase não dava intervalo entre uma e outra. Depois de um tempo, implorei para que tirassem o cateter que estava sendo utilizado para injeção deste hormônio. Sofri então minha segunda violência, pois considero que o médico que me acompanhava no pré-natal foi responsável pela primeira. O médico plantonista entrou no quarto e perguntou: “Você não queria um parto ‘normal’? É assim mesmo, aguenta a dor”. Achei aquilo desumano, mas eu já me encontrava na “partolândia”, um estado de consciência alterado no qual muitas mulheres afirmam entrar quando estão em trabalho de parto (ver Müller & Pimentel, 2013). Tempos depois o plantão mudou e uma outra médica me atendeu, retirou a ocitocina e me indicou tomar banho quente.

De toda forma a dilatação não evoluía de acordo com o esperado pelos médicos. Depois da ocitocina decidiram estourar a bolsa amniótica. Com oito centímetros (a dilatação ideal para a passagem do bebê é de 10 cm), me senti extremamente cansada e fraca. Já tinham se passado dois dias que eu me encontrava entre contrações e falta de apetite. As contrações foram diminuindo, o que levou os médicos a suspeitarem que algo errado estava acontecendo. Fui então fazer um exame chamado CTG (cardiotocografia) para verificar o estado do coração do bebê durante as contrações. De 170 batimentos cardíacos por minuto, quando vinham as contrações, baixava para 60. Foi a informação que os médicos precisavam para me indicar uma cesárea.

Se não bastassem as duas violências que considero ter sofrido, uma terceira violência me aconteceu. A doula que acompanhou a minha gestação foi impedida de entrar na sala de parto, com a justificativa de que eu tinha direito a apenas um acompanhante e, como meu companheiro já estava comigo, eu teria que decidir entre ele e a doula – a despeito da vigência da Lei n.º 5.534, de 28 de agosto de 2015, que instituiu o Estatuto do Parto Humanizado no Distrito Federal, em cujo art. 2.º se prevê o direito da mulher de permanecer ao lado da doula, independentemente da presença de acompanhante de sua escolha.

Na medida em que não foi respeitado o tempo fisiológico do meu trabalho de parto, com uma indicação de cesárea que à primeira vista se apresentava precoce e, posteriormente, com uma indicação de indução, quando não havia sinais de complicações ou situação que demonstrasse necessidade para tal, fica evidente que nesse contexto eu, uma mulher branca, jovem, de classe média e que vive em um grande centro urbano estava inserida em um modelo

hegemônico tecnocrático de nascimento, no qual são “supervalorizadas e hierarquizadas as práticas médicas intervencionistas” (Pedrosa et al., 2017, p. 1164) e nem sempre são empregadas as evidências científicas mais atuais. Em resumo: foram dois dias em trabalho de parto para o bebê nascer “em cinco minutos”.

Segundo Davis-Floyd (1994), esse modelo tecnocrático do nascimento se cristalizou no Ocidente através da institucionalização dos partos em hospitais, ao longo do século XX, com a justificativa médica de que era algo mais “seguro”, “limpo” e apropriado, tanto para a mãe quanto para o bebê. Começou então o uso exacerbado de medicamentos, analgesias, manobras para “facilitar” a saída do bebê (como a Manobra de Kristeller), indicações forçadas de posições para ficar durante o trabalho de parto, como, por exemplo, a mulher ficar deitada de barriga para cima e com os pés atados à maca, dentre outras diversas práticas hospitalares que se mostram ineficazes ou danosas para a parturiente, como é demonstrado por pesquisas realizadas sob o paradigma da Medicina Baseada em Evidências científicas atualizadas (MBE), de cujas informações muitas doulas e profissionais de saúde “humanizados” se apropriam (Tempesta, 2019).

A presença cada vez maior dos médicos no cenário do parto, portanto, começou a causar uma divisão de opiniões quanto à postura intervencionista desses profissionais, à ultramedicalização de nascimento e ao uso das sofisticadas tecnologias disponíveis. Surgiu então o modelo de “humanização” do parto como uma reação a essa tecnocracia exacerbada e como “concepção holística do corpo e da gravidez, novas formas de vivenciar o parto, e que, conseqüentemente, passou a disputar o seu lugar de legitimidade no campo biomédico” (Tornquist, 2004 *apud* Pedrosa et al., 2017, p.1165).

Para a pesquisadora S. Diniz (2005), “humanização” é um termo que possui diversos sentidos, a depender da perspectiva adotada. Essa variação do significado de “humanização” demonstra uma “reivindicação de legitimidade do discurso” (Diniz, 2005, p. 633) e abrange disputas simbólicas.

Nessa lógica da “humanização” do parto, pautada pela concepção de que se trata de um evento multidimensional, simultaneamente fisiológico, social/cultural, sexual, psicológico e místico, Pedrosa (et al. 2017) pontua:

A supervalorização e a utilização maciça de tecnologias em favor de uma suposta segurança da parturiente e do bebê acabaram colocando em segundo plano as experiências singulares das mulheres e sua autonomia em

relação à gravidez e ao parto (Domingues et al., 2004 apud Pedroso et al., 2017, p.1164).

O modelo tecnocrático exprime, portanto, aquilo que Emily Martin (2006) chama de lógica de fragmentação dos corpos, uma vez que, na experiência de parir, a mulher perde o domínio do próprio corpo para o saber biomédico. Como é o caso da cesárea, a mulher deixa de ter o controle do parto, das sensações, das emoções, e passa a ser um “objeto” de manipulação dos médicos.

Todo o processo pelo qual eu passei na indução do parto, uma experiência que desde o princípio me tirou do controle da situação, ocorreu em “efeito-cascata”, com repercussões na forma como se deu o nascimento do meu filho e na criação de vínculo com ele. Acredito que o parto poderia ter sido por via vaginal, caso os médicos tivessem esperado o desencadeamento natural dos mecanismos do meu corpo, e a ligação emocional inicial com aquele bebê desconhecido poderia ter sido mais satisfatória.

Quando recebi aquele bebê em meus braços, senti que não o amava, e hoje compreendo que aquele sentimento estava em sintonia com a categoria euroamericana de amor, que se refere a um fato biológico ou instintivo, associado sobretudo à mulher/mãe. Em sua dissertação de mestrado, M. M. Pulhez (2015) percebeu que mulheres engajadas no movimento da “maternidade ativa” consideram que o amor da mãe pelo bebê é algo construído e está relacionado com o tipo de parto pelo qual a mulher passa. Elas entendem que o parto cesariano é um obstáculo para essa criação de vínculo, pois a forma como a cirurgia é conduzida pelos médicos acaba por prejudicar esse momento. Para as mulheres com as quais Pulhez dialogou, é necessário seguir certos ritos, como o contato pele a pele assim que o bebê nasce, para que se desenvolva de forma mais fluida esse primeiro encontro entre mãe e filho. Trata-se, portanto, de uma reivindicação por um parto natural e humanizado para que a criação de afeto se dê de modo mais tranquilo.

Além da dificuldade emocional nessa primeira interação, eu não entendia os choros e muito menos sabia como alimentar meu filho. Foram dois dias que eu, meu filho e meu companheiro passamos internados no hospital após o parto, até recebermos alta. Dois dias em que o meu filho chorava de um lado, por motivos que eu desconhecia, e eu chorava do outro, por não entender o que estava acontecendo entre nós dois. Quando fomos para casa, parece que tudo se intensificou ainda mais. Eu pensei: “Não tem mais enfermeira nenhuma que possa me acudir de madrugada, quando eu não souber o que fazer. E agora???”

Nada do que eu havia lido sobre tipos e planos de parto, como não cair na conversa de médicos cesaristas, como identificar violências obstétricas, quais as leis que asseguram a entrada de doulas nas salas de parto, entre tantos outros assuntos, me deu qualquer luz sobre como seria minha vida no pós-parto. Foi como se eu tivesse caído de paraquedas no mundo da maternidade, mesmo tendo passado por longos nove meses de gestação e mesmo tendo acompanhado o processo da minha irmã.

Ninguém me falou que o meu peito, que já estava enorme, ia quase explodir quando o leite descesse, que eu iria chorar por duas semanas seguidas sem saber por quê, que eu ia me sentir a pessoa mais feia do mundo, que eu não iria mais saber quem eu era (aliás, sabia: “a mãe do Taruk”), que todos os meus amigos iriam desaparecer, que eu não iria querer sair de casa pelos próximos três meses, que meu corpo jamais voltaria a ser o que era antes, entre tantas outras coisas que eu descobri, na maioria das vezes pela dor.

Além disso, entendi que quando a criança nasce tudo muda, são novas responsabilidades, novas habilidades a serem adquiridas, novas formas de enxergar o mundo e novos modos de relacionamentos, mas nada disso costuma ser discutido em rodas de gestantes da mesma forma e intensidade como acontece com a gravidez e o próprio parto.

Percebi, portanto, que faltavam informações sobre esse período, que ainda é desconhecido por tantas pessoas e que tem tamanha relevância social, emocional, psíquica, fisiológica, simbólica e existencial para muitas mulheres e famílias. Foi a partir disso que decidi que o tema de minha pesquisa para o trabalho de conclusão de curso seria o puerpério. Estava convicta de que esse tema precisava ganhar corpo e visibilidade dentro e fora da academia, para que outras mulheres possam ter informações suficientes para amenizar os sofrimentos, as dúvidas, dores e agonias.¹

Comecei a pesquisar para ver se encontrava trabalhos científicos sobre o tema do puerpério. Encontrei muitos na área da saúde, mas percebi que, assim como nas rodas de gestantes, onde os assuntos que ganham espaço privilegiado são a gestação e o parto, o mesmo ocorre com as pesquisas no Brasil. Como há poucas pesquisas sobre puerpério na área da Antropologia, decidi dar uma contribuição etnográfica sobre o tema e, em diálogo com minha orientadora, optei por focalizar profissionais não médicas que lidam com mulheres puérperas e atuam em Brasília (DF).

¹ Considero interessante destacar que estão nascendo projetos pelo Brasil de casas de pós-parto para acolher e apoiar mulheres puérperas, o que reforça a relevância do tema para a saúde pública.

Os passos metodológicos e o material etnográfico reunido²

Entre os meses de agosto de 2018 e novembro de 2019, realizei as seguintes atividades:

- 1) revisão bibliográfica nas áreas da antropologia, estudos feministas e saúde coletiva sobre maternidade e seus múltiplos aspectos;
- 2) leitura de materiais³ audiovisuais e “diários online” (Casa da Doula, Mundo Ovo e Militância Materna);
- 3) observação direta em três rodas de mulheres gestantes e puérperas, em Brasília. Uma acontecia semanalmente em um hospital público, era gratuita; conduzida pela arteterapeuta, doula e educadora perinatal Margarida – uma de minhas entrevistadas; frequentavam mulheres com perfil étnico-racial diverso, e cada semana participavam entre 3 e 5 gestantes. E outras rodas ocorreram esporadicamente em lugares distintos;
- 4) visita a uma exposição de arte sobre puerpério, em Brasília;
- 5) entrevistas semiestruturadas com cinco profissionais não médicas que trabalham com mulheres puérperas em Brasília, conforme consta no quadro a seguir:

Entrevistada (pseudônimo)	Profissão	Data	Tempo de duração
Jasmin	Psicóloga, doula e educadora perinatal	19/06/2019	1:07:15
Violeta	Doula e consultora em amamentação	14/08/2019	00:59:46
Rosa	Educadora perinatal e professora de yoga	28/08/2019	00:38:30
Camélia	Psicóloga	03/09/2019	00:49:50
Margarida	Arteterapeuta, doula e educadora perinatal	06/09/2019	1:00:34

A monografia foi estruturada em 3 capítulos. No primeiro capítulo me proponho a formar o solo teórico, conceitual, ético e político sobre o qual esta monografia se constitui. No capítulo dois apresento as minhas interlocutoras, transcrevo alguns trechos das entrevistas e faço algumas reflexões sobre aspectos que surgem da fala delas sobre o puerpério. No terceiro e

² Mais informações sobre o percurso de pesquisa serão apresentadas no início do capítulo 2.

³ As matérias da revista *Crescer* (<https://www.facebook.com/revistacrescer/>) são uma fonte relevante de material etnográfico sobre o puerpério que consultei para esta pesquisa, mas sobre a qual não tive condições de me aprofundar.

último capítulo trato de uma categoria relevante que apareceu em campo, a rede de apoio.

CAPÍTULO - 1 Maternidade: um solo teórico para se pensar o puerpério

1.1. Um manifesto: por uma maternidade desromantizada e como pauta política em termos de reprodução e relações de poder

A temática do puerpério⁴ vem ganhando espaço nos debates referentes ao ciclo reprodutivo feminino⁵. Considero este, inicialmente, um momento em que a mulher experiencia o primeiro contato com a “maternidade de fato” e encara todas as “verdades” com o bebê no colo. No entanto, a vivência do puerpério depende de uma complexa gama de fatores que antecedem o seu surgimento, e estão profundamente relacionados aos conceitos de gestação, parto e maternidade inseridos em um contexto sociocultural, local, mas também ligado a fluxos internacionais de ideias, valores e tecnologias, como indicaram F. Ginsburg e R. Rapp (1991).

Atualmente a internet se apresenta como uma das principais fontes de informação sobre temas dos mais diversos. Uma pessoa que acaba de engravidar pode buscar informações sobre a gestação com a família, os amigos, em livros, revistas e, também, na internet, considerando a facilidade proporcionada pelos smartphones.

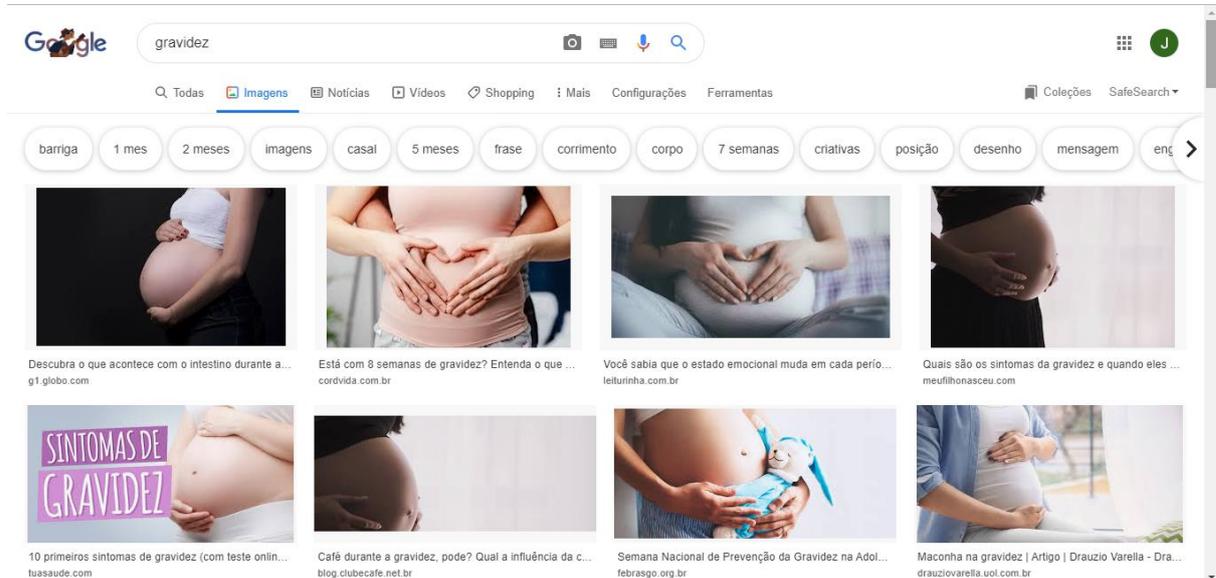
Assim, iniciamos a reflexão que proponho fazer nesta parte do capítulo observando uma série de imagens obtidas na *internet* com os elementos de busca “gravidez”, “puerpério” e “maternidade”, identificando alguns dos aspectos reflexivos, conceituais, envolvidos neste campo de estudo.

⁴ Considero interessante destacar que estão nascendo projetos pelo Brasil de casas de pós-parto para acolher e apoiar mulheres puérperas, o que reforça a relevância do tema para a saúde coletiva.

⁵ Embora obviamente pessoas transgênero também possam gestar, parir e maternar, meu campo me leva a concentrar a atenção na categoria “mulher”, por isso me referirei a questões “femininas” e adjetivos afins.

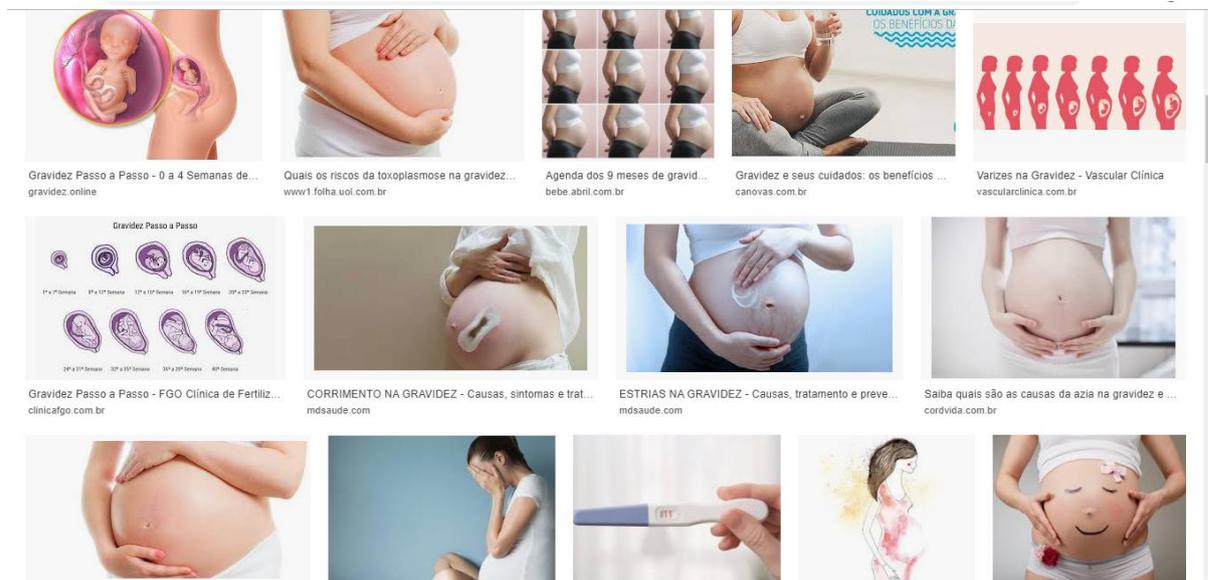
Argumento de busca “gravidez”:

Figura 1



Fonte: Google

Figura 2



Fonte: Google

Neste, o argumento de busca foi “puerpério”:

Figura 3

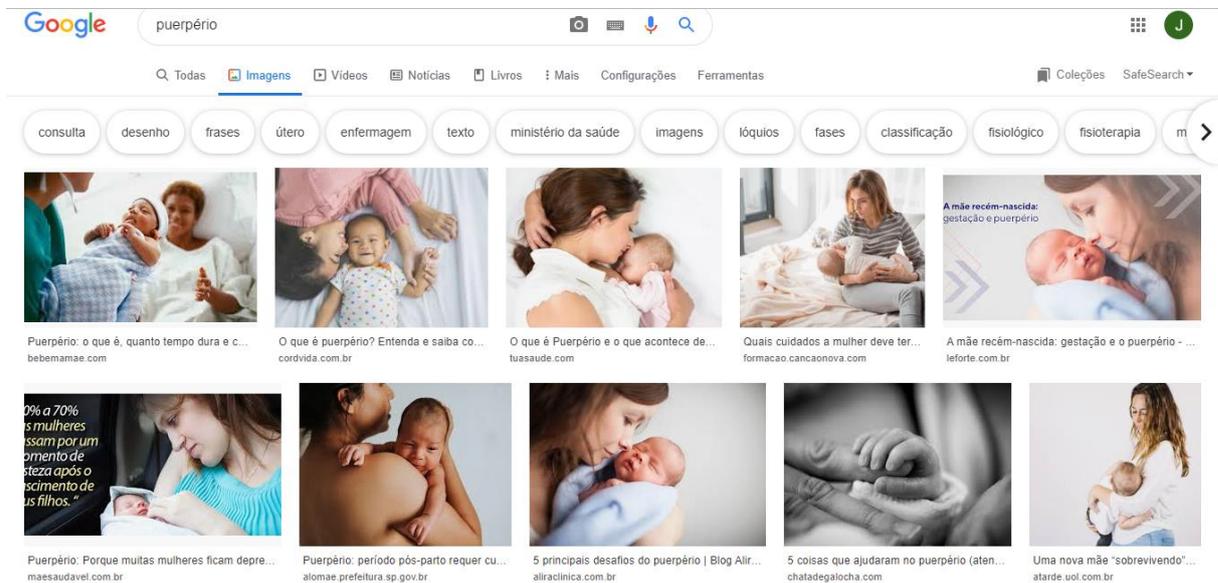


Figura 4



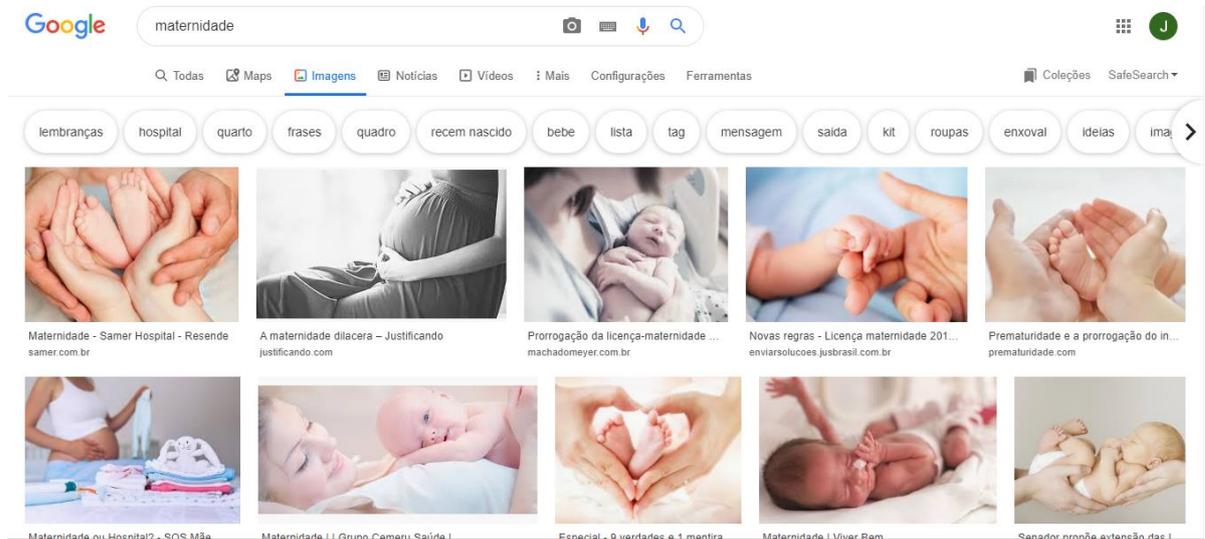
Figura 5



Fonte: Google

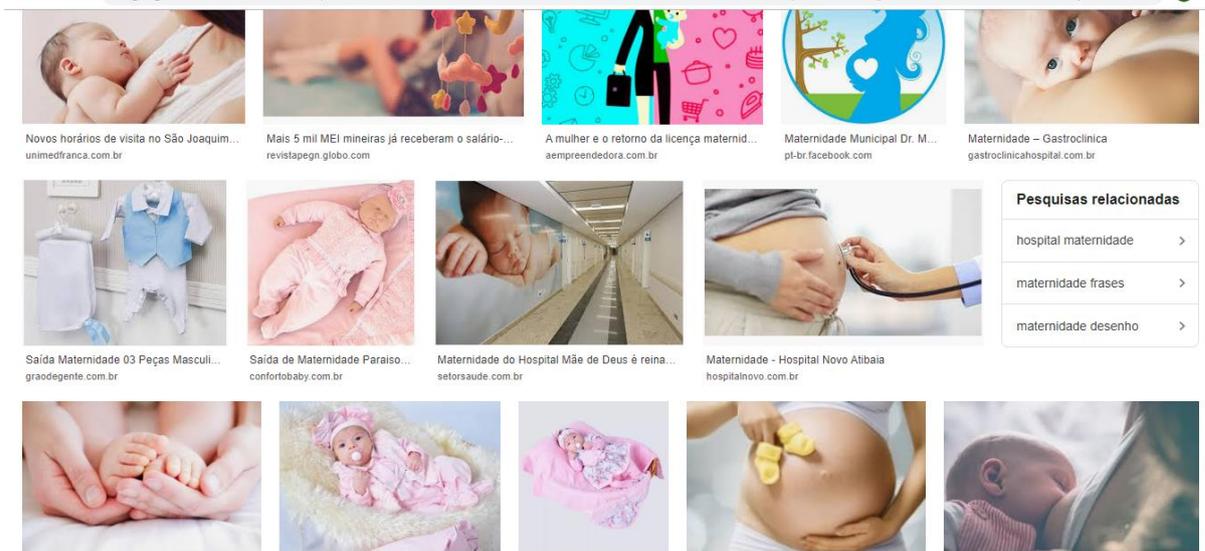
O argumento de busca utilizado neste site de pesquisa foi “maternidade”:

Figura 6



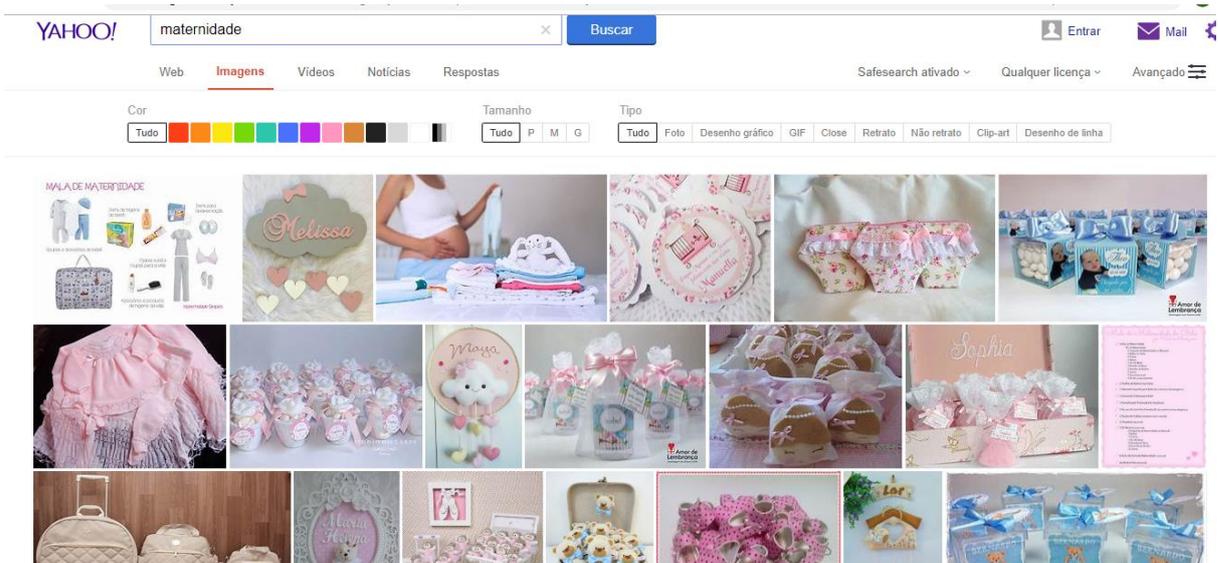
Fonte: Google

Figura 7



Fonte: Yahoo

Figura 8



Fonte: Yahoo

Figura 9



Fonte: Yahoo

Nas imagens, podemos observar sobretudo pessoas brancas, a díade mãe-bebê isolada do mundo, a serenidade e o bem-estar na fisionomia das mulheres com seus bebês, a aura romantizada em tons pastéis, que predomina nos objetos e roupas, a ausência do rosto das mulheres nas imagens representativas da gestação e a ênfase no consumo. O propósito de trazer essa colagem de imagens é propiciar um impacto estético que ajude a desnaturalizar o universo simbólico que antecede a experiência concernente ao ciclo reprodutivo feminino.

Em seu livro “Um amor conquistado: o mito do amor materno”, Elisabeth Badinter faz um histórico dos papéis sociais da mulher, do homem e da infância entre os séculos XVII e XIX, com enfoque no significado do amor e nas relações familiares. Conforme escreve sobre o papel da infância ao longo do tempo, Badinter vai definindo os papéis paterno e materno, e nos indica que a construção da “mãe perfeita” surge no final do século XVIII, quando há uma consistente ressignificação desses papéis na sociedade europeia, da criança como um valor mercantil, e as influências da igreja católica na imagem feminina. No início do século XIX a maternidade ganha destaque e o filho se configura como uma recompensa para carências afetivas e sociais. Foi se definindo então o ideal de boa mãe, relacionado a entrega total e dedicação integral aos filhos e, com isso, as mulheres que não se adequavam a esse ideal começaram a desenvolver sentimentos de culpa e frustração.

O interesse central da autora é problematizar a ideia de um comportamento materno único e universal, identificar o instinto materno como um mito que foi criado historicamente com o objetivo de atribuir um papel social rígido às mulheres (o lar, os cuidados com a casa e os filhos), em contraponto ao papel do homem (o domínio do mundo exterior e o poder), e desconstruir o discurso de que toda mulher nasce para ser mãe. O amor, segundo a autora, é um sentimento que pode se estabelecer, ou não, na relação entre mãe e filho. Ele pode existir como pode não existir, ou até mesmo existir num momento e vir a desaparecer.

A obra de Elisabeth Badinter foi de suma importância para romper com esse ideal romântico e inato da maternidade. Ideal que impõe às mulheres euroamericanas comportamentos e sentimentos que poderiam não fazer parte de seus cursos de vida. A sociedade se encarrega de pressionar as mulheres pela gestação, e ainda de exigir e ditar qual tipo de maternidade se espera. Portanto, as imagens obtidas na *internet* são uma pequena amostra de uma realidade que se impõe cotidianamente sobre a mulher que se torna mãe. O sorriso no rosto, a leveza nas expressões, os cabelos sempre arrumados, as roupas sempre limpas.⁶ Além de deixar explícito que se trata de uma maternidade focalizada em um grupo bem específico de mulheres, podendo ser percebido o predomínio de mulheres brancas, a ausência de mulheres indígenas, de camadas populares ou até mesmo de mulheres gordas ou com deficiência.

(Re)pensar a maternidade, portanto, se faz necessário e implica compreendê-la como pauta política em termos de reprodução e relações de poder. Por essa via, Ginsburg & Rapp (1991) defendem que a reprodução não deve se limitar aos estudos de gênero e sim abranger uma preocupação propriamente política, abandonando as abordagens convencionais sobre “assuntos de mulher” como assuntos domésticos e privados, além da importância de identificar os diversos valores culturais e as relações de poder que se tornam explícitas quando o assunto é a reprodução humana. Ginsburg & Rapp afirmam que os processos globais, tanto políticos como econômicos, influenciam diretamente as políticas locais de reprodução.

Whether we examine the diverse effects on local communities of large-scale phenomena such as family-planning programs with implicit or explicit eugenic agendas (1, 44, 322, 338, 357), the impact of new reproductive technologies on kinship and social organization and cultural understandings of parenthood (42, 302, 304, 339, 342), social movements

⁶ Gostaria de enfatizar que não sugiro uma maternidade sofrida, estou apenas pontuando que a ênfase nesses aspectos, no meu entendimento, faz com que as mulheres que não se enquadram nesse padrão de maternidade se sintam deslocadas ou culpadas.

focusing directly on reproductive issues like abortion rights and sterilization abuse (109, 200, 276, 274), or self-help networks formed around pregnancy loss, infertility, and adoption (186, 234), we increasingly understand local reproductive relations to be both constituted by and resistant to more global forms of power.⁷ (Ginsburg & Rapp, 1991, p.313).

As autoras ainda ressaltam a importância de a reprodução estar no centro da teoria social, assim como é evidenciado no artigo de Anne Cova (2011), no qual ela faz um consistente e extenso apanhado de estudos e pesquisas históricas – com contribuição de disciplinas como ciência política e sociologia – relativas à maternidade na França e em outros países como Inglaterra, Alemanha, Itália e Estados Unidos, os quais mostram sob diversos ângulos a importância do tema para a configuração das relações sociais. O argumento é ainda reforçado por Taylor (2004):

taking reproduction as an entry point to the study of social life ... [to] see how cultures are produced (or contested) as people imagine and enable the creation of the next generation, most directly through the nurturance of children.⁸ (Ginsburg & Rapp, 1995:2 apud Taylor, 2004, p.124)

Desta forma, nota-se a importância de pesquisas e debates que abrangem o universo da maternidade em todos os seus aspectos para facilitar a compreensão de questões sociais que emergem nesse momento particular da vida humana.

Além disso, considero de extrema relevância mencionar estudos sobre as desigualdades interseccionais de gênero, raça e classe vigentes no Brasil (Biroli, 2018; Mattar & Diniz, 2012), uma vez que as experiências em torno da reprodução ocorrem de formas distintas para pessoas de diferentes perfis socioeconômicos e étnico-raciais, como já indicara A. Davis (2016).

⁷ Se examinamos os diversos efeitos sobre as comunidades locais de fenômenos de grande escala, como programas de planejamento familiar com agendas eugênicas implícitas ou explícitas, o impacto de novas tecnologias reprodutivas no parentesco e organização social e entendimentos culturais da paternidade, movimentos sociais focados diretamente em questões reprodutivas como direitos ao aborto e abuso de esterilização, ou redes de autoajuda formadas em torno da perda da gravidez, infertilidade e adoção, entendemos cada vez mais que as relações reprodutivas locais são constituídas por e resistentes a formas mais globais de poder. (Tradução livre)

⁸ Tomando a reprodução como um ponto de entrada para o estudo da vida social ... [para] ver como as culturas são produzidas (ou contestadas) conforme as pessoas imaginam e possibilitam a criação da próxima geração, mais diretamente através do cuidado das crianças. (Tradução livre)

1.2 Os movimentos feministas, as Ciências Sociais e a maternidade

Passados os anos de feminismo igualitarista (de meados do século XIX a meados do século XX), a partir de 1960, com a urbanização e a industrialização das cidades e a necessidade cada vez maior de mulheres no mercado de trabalho, estas, sobrecarregadas, começaram a questionar o pressuposto cultural da maternidade compulsória, que por sua vez é diretamente associado ao pressuposto cultural de que a mulher é provedora “natural” dos cuidados com os filhos, o que nos leva à conexão entre papéis de gênero e o mundo do trabalho. Nesse contexto, os direitos reprodutivos passaram a estar no centro das reflexões feministas.

Lucila Scavone descreve o caminhar do movimento feminista contemporâneo (compreendido entre os anos de 1960 e 1980) e mostra que a princípio a maternidade era vista como um *handicap* ou desvantagem (Ferrand e Langevin, 1990 apud Scavone, 2001) e como uma construção social que designava o lugar da mulher na sociedade a partir do fato biológico, sendo essa a principal causa de dominação dos homens sobre as mulheres e da ausência destas nos espaços públicos. No entanto, com o passar do tempo, houve uma “desconstrução do *handicap* natural, que mostra como não é o fato biológico da reprodução que determina a posição social das mulheres, mas as relações de dominação que atribuem um significado social à maternidade” (Scavone, 2001, p.141). Com isso, a autora sugere que chegar a esta última expressão foi possível graças à introdução do conceito de gênero nas análises das Ciências Sociais.

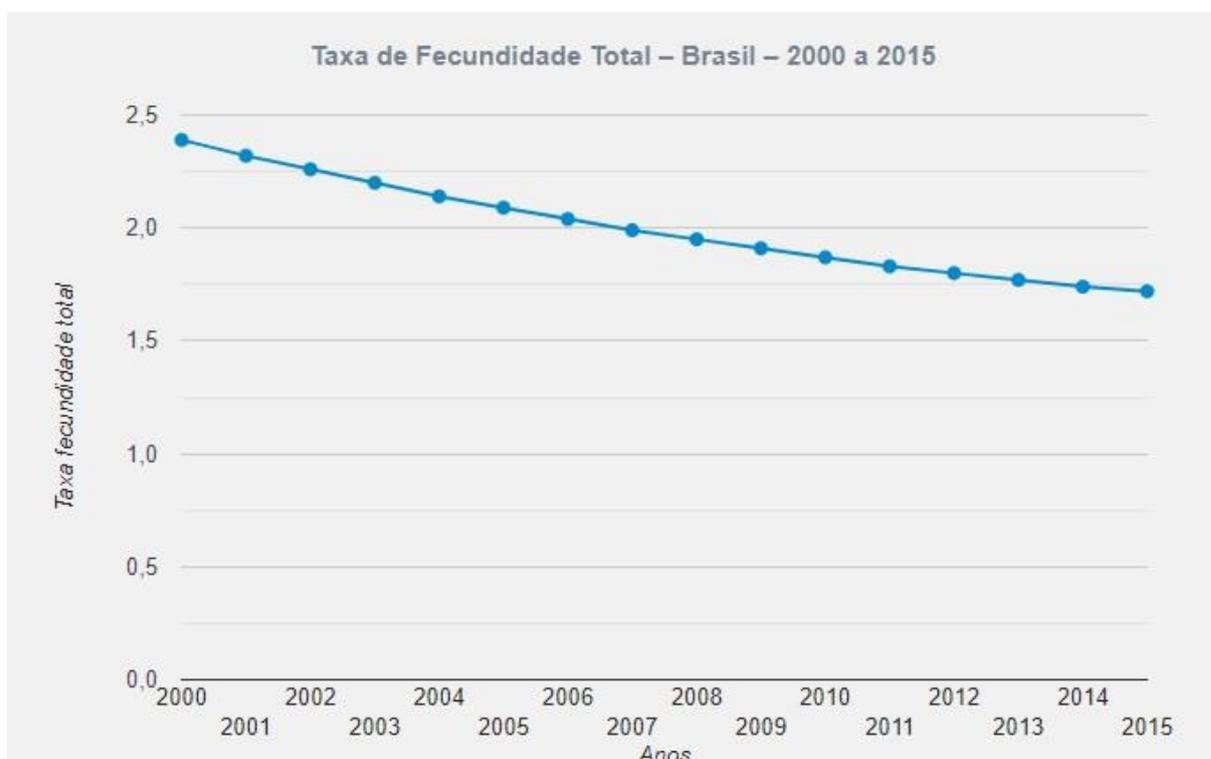
A perspectiva de gênero nos possibilitou abordar a maternidade em suas múltiplas facetas. Ela pôde ser abordada tanto como símbolo de um ideal de realização feminina, como também símbolo da opressão das mulheres, ou símbolo de poder das mulheres, e assim por diante, evidenciando as inúmeras possibilidades de interpretação de um mesmo símbolo. Além disso, ela pôde ser compreendida como constituinte de um tipo de organização institucional familiar, cujo núcleo central articulador é a família. E, mais ainda, foi possível compreendê-la como um símbolo construído histórico, cultural e politicamente, resultado das relações de poder e dominação de um sexo sobre o outro. Esta abordagem contribuiu para a compreensão da maternidade no contexto cada vez mais complexo das sociedades contemporâneas. (Idem, ibidem, p.142)

Assim, ao se depararem com o fenômeno social da maternidade, as mulheres continuaram a ter impasses como: ter ou não ter filhos, como, quando e quantos. Com o advento das tecnologias reprodutivas na segunda metade do século XX, as mulheres passaram a ter a

sensação do poder de “escolha” na maternidade. No entanto, Scavone é assertiva em dizer: “as TR [tecnologias reprodutivas] expressam claramente um tipo de relação com a maternidade, construída histórica, social, política, culturalmente com base em uma mesma razão: a de que existe uma solução tecnológica para a reprodução humana” (Idem, *ibidem*, p.143,144).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) nos fornece um panorama da evolução da taxa de fecundidade no Brasil nas últimas décadas, que pode ser visualizada no gráfico apresentado a seguir:

Gráfico 1: Taxa de Fecundidade 2000-2015



Fonte: IBGE (disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>)

A progressiva diminuição do número médio de filhos por mulher certamente tem ligação com o advento das tecnologias de reprodução, especialmente a pílula anticoncepcional e a cirurgia cesariana (que pode ser combinada à esterilização das mulheres). No entanto, é preciso considerar também, dentre outros fatores, o fato de que a evolução da fecundidade tem relação com o processo de urbanização e a entrada substantiva das mulheres no mercado de trabalho, o que implica a terceirização dos cuidados com as crianças.⁹

⁹ Seria importante analisar as diferenças ligadas a critérios combinados de raça, classe e geração, mas não foi possível realizar a tarefa neste momento.

Uma crítica feminista profunda sobre o papel assumido pelos homens na criação dos filhos também foi (e ainda é) necessária para que houvesse uma mudança nos padrões de paternidade até então exercidos, a fim de se estabelecer uma relação de igualdade em termos dos cuidados com os filhos.

1.3 Sobre maternidade e as mudanças a partir dos anos 1980 nas camadas médias urbanas brasileiras

Diversas transformações começaram a ocorrer no interior das famílias nos anos 1980, nas formas de maternidade e na identidade das mulheres entre as camadas médias urbanas brasileiras, e importantes estudos foram realizados a partir da observação de tais mudanças.

S.Figueira (1986) contribuiu com ideias e conceitos interessantes sobre as mudanças ocorridas no interior da família, e que se ampliam aos demais temas, facilitando nossa compreensão das linhas de continuidade e descontinuidade, tomando como referência a década de 80.

O autor sugere que idealmente há uma diferença entre a “família hierárquica” ou “tradicional” dos anos de 1950 – estruturada pela identidade posicional, ou seja, os membros da família são definidos por sua posição, sexo e idade, e a “família moderna” dos anos de 1980, a qual o autor chama de “igualitária” – guiada pelo ideal de igualdade nas relações familiares. Mas compreende que o processo de transformação da família dos anos 50 na família dos anos 80 é muito mais complexo e, quando estudada de perto, a família de classe média brasileira moderna apresenta ambiguidades, e isso revela como o processo de modernização não é linear.

Assim, o autor propõe um interessante conceito de *desmapeamento* para se referir à “coexistência de mapas, ideais, identidades e normas contraditórias nos sujeitos” (p.22), que engendra respostas como tentativas de solucionar a vertigem causada por essas transformações em nível acelerado. A primeira é a procura por psicoterapias, difundidas no Brasil a partir dos anos 1970, e a segunda é o que ele chama de “modernização reativa”, ou “falsa modernização”, isto é, o que é visível (estrutura social, por exemplo) se transforma com mais facilidade do que a própria subjetividade.

Desse modo, ele compreende que, devido à rapidez com que se dá a sucessão de ideias e valores na sociedade, o sujeito não consegue acompanhar o ritmo de tais mudanças e acaba não conseguindo se “modernizar” no seu funcionamento, conteúdos e identidade. Há, portanto, nesse processo, uma contínua dança entre o “arcaico” e o “moderno”.

Sobre as alterações nos modelos de maternidade, Almeida (1986) apresentou um interessante trabalho sobre as diferenças entre mulheres de camadas médias urbanas que tiveram seus filhos na década de 50 e suas filhas, que experienciaram a gestação nos anos 80, a partir de cinco eixos: a relação da mulher consigo mesma; a relação da gestante com os amigos próximos da mesma geração; a relação da gestante com o marido; a relação da gestante com a família e a relação da gestante com os profissionais que atuam na gestação. Penso ser interessante destacar apenas os três últimos eixos.

As mães da década de 50 se diferenciavam de seus cônjuges através dos papéis atribuídos aos gêneros, isto é, havia uma hierarquia posicional. Às mulheres cabiam os cuidados com a gestação, o lar e depois com os filhos, e aos homens cabia o fornecimento de condições materiais para a mulher, os filhos e a casa. Após o nascimento dos filhos, os maridos não tinham muitas preocupações com os cuidados do bebê e muito menos eram orientados para isso. Já “a diferença entre papéis, funções e qualidades como um princípio lógico de organização da experiência tão característica do universo de 50 perde em vigor e intensidade” (p.59) nas gestantes da década de 80. Os maridos se faziam presentes na maternidade, e temas relacionados a gestação e parto eram considerados “assunto de casal”.

A família para as mulheres mães dos anos 50 significava modelos de aprendizados. As mães, avós, tias maternas e irmãs mais velhas passavam as experiências e conhecimentos sobre a maternidade: “Nesta ampla rede de apoio da década de 50, o papel da mãe da gestante, enquanto fonte de autoridade, aparece com especial ênfase.” (idem, ibidem, p.60). Já para as gestantes da década de 80, a família era vista como uma interferência negativa em suas vivências de gestação e parto. Há, portanto, um afastamento delas em relação às suas mães e familiares, e quem assumiu o lugar de referência e de transmissão de informações para essas mulheres foram profissionais como ginecologistas obstetras, com abordagens modernas, especialistas em exercícios que trabalham o corpo na gestação e no parto, além de psicólogos.

As gestantes dos anos 1950 mantinham com os médicos uma estrita relação impessoal, e a autoridade médica era reconhecida e legitimada. Para as gestantes de 1980 uma nova configuração contrastante com a da geração de suas mães se apresentava na relação com os profissionais. A informalidade e a identificação com os médicos eram valorizadas, ou seja, as gestantes buscavam por médicos carismáticos e afetivos.

É interessante observar nesse estudo de Almeida (1986) as diferenças entre cada uma das gerações (anos 50 e anos 80) a partir de seu contraste, facilitando nossa compreensão dos aspectos que sofreram alterações e daquilo que aproxima a geração de mulheres que se tornam

mães no início do século XXI dessas duas gerações anteriores, além dos avanços ou pontos que ainda estamos revisando.

Tania Salem (2007), em sua pesquisa etnográfica pioneira sobre parto, gestação e maternidade, nos apresenta o ideário do “casal grávido”, um fenômeno observado entre casais de camadas médias urbanas na região Sudeste que, nos anos 1980, buscam maneiras alternativas de experienciar a gestação, o parto e o pós-parto, tentando assim fugir dos padrões “tradicionais” estabelecidos por gerações anteriores. Esse ideário é estruturado em três princípios, os quais dizem respeito ao comprometimento com o valor de *igualdade* na relação conjugal e familiar e na relação entre gêneros; à *mudança* de valores e práticas em contraposição às famílias de origem, sugerindo uma liberdade e uma negação da normatividade; e à *psicologicidade*, ou seja, o interesse em reavaliar os processos subjetivos para haver um aprimoramento enquanto seres humanos: “Essas predições morais encontram-se comprometidas umas com as outras e se totalizam na ideologia individualista [...]” (Salem, 2007, p.150)

Idealmente o casal grávido se constitui durante a gestação, com a sua participação em encontros de preparação para o parto normal, adesão a práticas corporais e místicas, leituras sobre gestação e parto, aproximação com a equipe médica e outros casais grávidos e afastamento em relação à família de origem; se reafirma na ocasião do parto, quando o casal se transforma em uma unidade, com a participação ativa do homem; sendo que o pós-parto, quando nasce o bebê, se apresenta como momento de crise, isto é, o casal se confronta com uma realidade que escapa a todas as expectativas criadas anteriormente. A tríade mãe/pai/bebê se cinde, dando lugar à díade mãe-bebê (com a ajuda da avó posteriormente), dissolvendo aquele ideal de igualdade, configurado na indistinção entre domínios ditos femininos e masculinos, e distanciando o casal daquela díade “indissociável”.

Tania Salem explicita o individualismo como um conceito fundamental em seus estudos, e reforça que a análise da influência de abordagens diferenciadas sobre o parto, com suas raízes na década de 50, em vista de uma mudança nas práticas médicas hospitalares, sobretudo na França, e nas concepções acerca da dor no parto (Lamaze, 1965; Leboyer, 1974; Odent, 1976, 1979, 198; Kitzinger 1979, 1978), qualifica o individualismo implícito ao “ideário das novas tendências, anuncia as concepções de família e de casal com as quais elas operam e ainda discrimina o papel que outorgam aos especialistas e aos grupos de preparação para o parto nessas passagens” (Salem, 2007, p.56) .

Salem, ao apresentar a dificuldade do casal em manter no pós-parto os princípios antes propostos, pode estar sugerindo uma tensão entre a vontade do casal de aderir a configurações “modernas” e a prevalência de padrões “antigos”, como, por exemplo, o fato de o homem necessitar retornar ao trabalho poucos dias após o nascimento do filho, dando abertura à entrada de outro ente da família para apoiar a mulher que se tornou mãe.

M. L. Rocha-Coutinho (2004) escreve a respeito da identidade da mulher brasileira de camadas médias urbanas dos anos 90 e de como elas percebiam a maternidade, entre outros aspectos importantes de suas vidas. A autora percebeu, ao analisar as entrevistas que realizou com 25 mulheres universitárias do Rio de Janeiro, com idades entre 18 e 28 anos, a coexistência de discursos contraditórios e conflitantes. Ou seja, se por um lado as mulheres enfatizavam a questão da “escolha” como uma mudança em suas vidas, nas entrelinhas ficava evidente que elas ainda se ancoravam em discursos “antigos”, como, por exemplo, a essencialização da maternidade.

A leitura desses trabalhos foi fundamental para compreendermos diversas questões em torno da maternidade que estavam em meio a tantas transformações no Brasil e, uma vez que, como diz Figueira (1986), o “moderno” convive com o “arcaico”, podemos notar os vários aspectos sobre os quais continuamos lutando para que haja uma reconfiguração mais justa e pautada pela igualdade entre todos os atores e atrizes da sociedade.

No Brasil, o movimento de “humanização” do parto e nascimento, que foi impulsionado na década de 1980 e intensificado com a criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna) em 1993, passou a questionar o número avassalador de partos cesarianos que estavam ocorrendo no país e a criticar o modelo médico de assistência ao parto e nascimento. Diversas entidades civis começaram a se mobilizar para que a atenção obstétrica se tornasse mais respeitosa. Simone Diniz ainda pontua: “A humanização aparece como a necessária *redefinição das relações humanas na assistência*, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos” (Diniz, 2005, p. 632).

1.4 Maternidade no século XXI e produções recentes sobre o puerpério no campo das Ciências Sociais

A dissertação de mestrado de Mariana Marques Pulhez (2015) foi uma importante contribuição etnográfica para pensar a maternidade em camadas médias urbanas no Brasil, no século XXI.

Pulhez fez uma pesquisa etnográfica com o “Blog Mamíferas”, o qual era composto por três autoras que se autodenominavam mães “mamíferas”, com idades entre 25 e 34 anos, e moravam em três estados brasileiros distintos. O blog foi planejado no sentido de tratar sobre a maternidade ativa¹⁰ e seus desdobramentos, como a busca por uma maternidade “mais feliz” e não ligada ao sofrimento e à culpa, além de buscar oferecer maneiras de como lidar com a maternidade sem dar soluções prontas ou “receitas de bolo”. Isso se dava pela maneira como o blog era estruturado, com a participação ativa das leitoras e seus comentários. O perfil das autoras e das leitoras era heterogêneo em todos os aspectos. Tanto em termos socioeconômicos, étnico-raciais, faixa etária e gênero – havia tanto leitores homens quanto leitoras mulheres – quanto em estilos de vida e formas de enxergar o mundo.

As “mamíferas”, unidas pelo interesse em ampliar as discussões sobre maternidade ativa, gestação, parto, puerpério, amamentação, sistema obstétrico, parentalidade, entre outros, enfatizavam que, à exceção do sistema obstétrico, em todos esses demais temas deviam ser levados em conta os sentimentos de prazer, alegria e satisfação.

Alguns pontos são considerados nesse movimento de “mães ativas”: a crítica ao sistema obstétrico brasileiro e a defesa do parto “natural” e humanizado, no qual as mulheres são as protagonistas; a ressignificação da dor no parto, que deixa de ser vista como sofrimento e passa a ser encarada como forma de vivenciar o parto em sua completude; a defesa da amamentação como o melhor alimento para o bebê e como forma de criação de vínculo entre mãe e filho; a presença ativa dos homens na parentalidade; e a ressignificação do trabalho remunerado fora de casa, que passa a ser visto como um direito de escolha da mulher, devido ao acúmulo de tarefas e obrigações que isso gera, considerando que, se a decisão da mulher for por deixar o trabalho remunerado para criar os filhos de maneira exclusiva, isso é entendido como uma forma de “empoderamento” da mulher (Pulhez, 2015).

Essa pesquisa mostrou que as “mamíferas” buscavam dar novos significados às práticas de maternagem, não as associando à ideia de que a mulher deve se anular ou se tornar uma super-mulher-mãe-maravilha, mas mostrando, como já dito, que não existe “receita” para os

¹⁰ Pulhez não fixa o que seja “maternidade ativa” em características rígidas, pela heterogeneidade daquelas que se identificam com o projeto coletivo de maternidade, mas encontra três elementos centrais que se destacam: o ideal de felicidade ligado ao materno, a liberdade de escolha e o ideal de conjugalidade (p. 9).

diversos tipos de maternidades possíveis. Mesmo cientes das dificuldades inerentes à criação dos filhos, essas mulheres procuravam criar, no blog, um ambiente de trocas de informação e acolhimento.

Pulhez observa, portanto, que essas mulheres estavam reivindicando o direito de assumir suas escolhas de gestação, parto, puerpério e maternagem sem se deixarem capturar pelas exigências e expectativas, muitas vezes irreais, que a sociedade impõe a uma mulher que se torna mãe.

Desse modo, podemos observar que, em alguns aspectos, essas mulheres, mães do século XXI, já se distanciam e se diferenciam das mães da década de 80 apresentadas por Almeida (1986), como, por exemplo, a postura crítica das “mamíferas” em relação aos médicos. E outros muitos aspectos se mantiveram, a exemplo do paradigma do casal igualitário. No entanto, a abordagem sobre o próprio puerpério ainda não aparece com tanta evidência nestes trabalhos. Desse modo, apresento a seguir três produções recentes que já passam a focalizar o puerpério.

Os trabalhos na área das Ciências Sociais que focalizam especificamente o tema do puerpério com que entrei em contato foram a dissertação de mestrado “Significados da Maternidade: Um olhar antropológico do pós-parto”, de Marta Pereira Militão da Silva, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de São Paulo em 2016; “Ser mãe é padecer no paraíso? O dispositivo da maternidade nas narrativas da depressão pós-parto”, dissertação de mestrado de Lorena Ferreira Cronemberger, defendida no programa de Sociologia da Universidade Federal da Paraíba em 2019; e o livro “Mães arrependidas: uma outra visão da maternidade” (2017), da socióloga israelense Orna Donath.

A dissertação de Marta Pereira Militão da Silva (2016) busca compreender, a partir das experiências vividas no pós-parto, quais sentidos as mulheres de camadas médias da cidade de São Paulo atribuem à maternidade.

Em suas primeiras pesquisas sobre o termo pós-parto, a autora observou que havia diversos artigos científicos que tratavam sobre o alto índice de depressão pós-parto, relacionado a fatores sociais, em países industrializados. Ela destaca dois artigos: *Multi-disciplinary perspectives on pos-partum depression: An anthropological critique* (STERN, G. e

KRUCKMAN, L. 1983) e *Postnatal depression across countries and cultures: a qualitative study* (OATES, M.R. et al, 2004).

O primeiro foi um estudo realizado em vista de “uma revisão da literatura antropológica sobre parto e pós-parto em culturas não ocidentais disponíveis à época” (p.11), e foi observado que havia um baixo índice de depressão pós-parto, contrastando com os altos níveis de incidência do problema nos Estados Unidos. Cabe aqui destacar as seis características comuns ao puerpério nas culturas não ocidentais:

[...] reconhecimento cultural do pós-parto como um momento particular, medidas de proteção concebidas para refletir a vulnerabilidade da nova mãe, o afastamento das atividades sociais; o descanso obrigatório, a assistência de parentes e/ou parteira na realização de tarefas, e o reconhecimento social do novo status social através de rituais, presentes ou outros meios. (Silva, 2016, p. 11)

E no segundo estudo os pesquisadores verificaram se a depressão pós-parto tinha o mesmo nível de incidência nos onze países considerados. Foi observado que os sentimentos de infelicidade – comparáveis à depressão pós-parto – nem sempre eram vistos como uma condição de enfermidade que pudesse ser medicada por profissionais de saúde. Ou seja, o entendimento do que significava esse sentimento de tristeza variava bastante de cultura para cultura.

Silva identifica dois pontos em comum sobre o puerpério nas áreas da saúde, da psicologia e da antropologia: a importância da rede de apoio em torno da mulher no pós-parto e a sua vulnerabilidade nesse período. Porém, a própria definição do que seria o puerpério não era precisa. Ela busca então compreender a maternidade como uma categoria construída histórica, social e culturalmente; faz um apanhado histórico sobre a maternidade citando diversos autores e autoras, como Knibiehler (2000), Badinter (1985), Giddens (1993), Elias (1990), Freire (2008), Martins (2008); e observa que os padrões de maternidade variam ao longo do tempo e do contexto social analisado.

Ela realiza uma pesquisa qualitativa com três tipos de materiais etnográficos: 1) entrevistas com nove mulheres com idades entre 29 e 37 anos e alto grau de escolarização; 2) etnografia de duas comunidades do Facebook: “Humanize-se” e “Mães, cesárea & Cia.”; e 3) treze relatos de puerpério e amamentação encontrados em *blogs* e *sites* da *internet*.

Os termos puerpério e pós-parto são utilizados de forma equivalente pela autora e ela entende que são termos forjados no campo médico. Foi observado também que a lactação não

foi levada em conta nas definições de puerpério que apareceram em suas pesquisas e que termos como *resguardo*, *quarentena* e *dieta* foram utilizados – com o mesmo significado aparentemente – pelas mulheres pesquisadas, que consideram um período de aproximadamente 40 dias.

Silva busca discutir em sua pesquisa

O esvaziamento da experiência coletiva e sua individualização cada vez mais acentuada como experiência histórica. A maternidade é vivida a partir de uma percepção que faz parecer que não há um significado coletivo sobre o que representa a vivência pós-parto, nem mesmo em relação aos seus marcos temporais, isto é, conhece-se o início, mas não o término da experiência; cada mulher define a duração do período e constrói seu significado individualmente, perdendo-se a articulação entre a dimensão coletiva e a individual naquilo que constitui “uma experiência”. (Silva, 2016, p.32)

Como estão estruturadas as concepções do que é ser mãe e do que é ser mulher, as relações e arranjos familiares e a noção que as mulheres que fazem parte do circuito materno têm sobre o puerpério são elementos que formam a base da autora para compreender de onde essas mulheres estão partindo para definir suas experiências e o significado de maternidade. A partir da análise de seus materiais etnográficos, ela percebe que os significados se constituem através de elementos que se mostraram marcantes na experiência do pós-parto, além dos padrões sociais que são associados ao ser mãe.

Dois temas foram considerados primordiais e ganharam destaque no que ela intitula como “vivência contemporânea da maternidade”: o parto e a amamentação.

Ao discutir os dados da pesquisa *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*, a qual apresenta números alarmantes sobre partos cesarianos realizados em mulheres brasileiras, o parto vaginal sendo associado a muita dor e intervenções, e a cesariana surgindo como uma opção para escapar do sofrimento, percebe que “essas informações fornecem um panorama sobre a situação do parto no Brasil e dão pistas para a compreensão [...] [d]a aparente *polarização* entre mulheres que praticaram um parto normal e as que tiveram uma cesariana [...]” (idem, ibidem, p.39).

Segundo Silva, o tema da amamentação se mostrou recorrente nos três materiais etnográficos. Apesar de ter sido revelada por muitas mulheres como experiência intensa e de grande desgaste físico e emocional, também foi associada a uma forma de carinho, conexão, vínculo e prazer, além do caráter nutricional. Além disso, foram apresentados dois cenários que a autora entende como “fortes e coexistentes”: o incentivo ao aleitamento materno, de um lado,

e a pressão pela introdução de leites artificiais e outros artefatos que geralmente se tornam um empecilho para a amamentação, do outro. De todas as formas as mulheres sofrem julgamentos e pressões que só contribuem para gerar sentimentos de angústia e confusão.

“*Isso ninguém conta pra gente*” foi uma frase com a qual a autora se deparou diversas vezes em seu trabalho de campo. Para tentar compreendê-la, ela se pergunta: o que é “isso” que ninguém fala para essas mulheres que se tornarão mães? Então a resposta se dá de diversas formas: que ninguém falou sobre solidão, se seria bom ou ruim, que o bebê iria mamar muito, que não seria instintivo amamentar, dentre outras. E quem seria o “ninguém” da frase? “Outras mães? a própria mãe?” (idem, *ibidem*, p.58).

Essa frase exprime uma das dimensões da experiência da maternidade contemporânea: o *isolamento social*. Segundo a autora, as mulheres têm pouca convivência com “modelos próximos horizontais” que sirvam de exemplo para questões como “sono do bebê, duração das mamadas, vida sexual do casal com filhos e outras vivências comuns” (idem, *ibidem*, p. 58). A frase aponta ainda para outra dimensão: a distância existente entre as expectativas criadas sobre a maternidade e a realidade experimentada na prática.

A solidão é o sentimento mais recorrente entre as mulheres que fizeram seus relatos de pós-parto. Outro fator destacado foram os sentimentos ambíguos em relação à maternidade, uma vez que a sociedade apresenta esse período como de plena felicidade. Ou seja, a tristeza não tem espaço nem tampouco é permitida, “já que tudo saiu bem” (idem, *ibidem*, p.61), isto é, o bebê e a mãe sobreviveram ao parto.

Outro sentimento recorrente é o de “luto” quando as expectativas são diferentes da realidade. Silva identifica então o papel e a importância da participação das mulheres em grupos de apoio. A mulher entende que não é a única a passar pelas transformações e, de certo modo, frustrações em relação a uma maternidade idealizada e romantizada na gestação, e assim se “cura” através do conforto encontrado no relato de outras mulheres. Em suma: “O período do puerpério é relatado como um processo de transformação, onde *morre a menina e nasce a mulher*” (p.61).

O trabalho de Lorena Cronemberger (2019), apesar de adotar um enfoque diferente, tem diversos pontos em comum com o trabalho de Marta Pereira Militão da Silva. Desenvolvido a partir de um estudo qualitativo sobre os sentidos e vivências que as mulheres de camadas médias das cidades de Recife/PE e João Pessoa/PB dão à “depressão pós-parto”, Cronemberger define a *experiência* como fundamental em sua análise enquanto um processo multifacetado e que “não deveria ser deduzida através de um sistema coerente e ordenado de representações,

símbolos e ideias [...]” (Cronemberger, 2019, p.32), em contraponto à biomedicina, que busca padronizar comportamentos e emoções. Dessa forma, ela considera as narrativas como elemento central de análise das experiências individuais e coletivas e, por meio das entrevistas com mulheres que foram diagnosticadas ou que acreditam que tiveram depressão pós-parto, traz a dimensão discursiva para o centro de sua reflexão.

Em sua pesquisa, ela entrevistou nove mulheres com idades entre 31 e 39 anos, intelectualizadas e brancas; à época todas se relacionavam com o pai de seus filhos, três tiveram parto por via vaginal e as demais passaram por uma cesárea.

Ela busca, a partir do diálogo com essas mulheres, compreender as múltiplas concepções acerca da vivência da depressão pós-parto, a qual considera ser uma dimensão socialmente construída (não somente enquanto uma definição biomédica), que se articula a maternidade, relações de gênero, sistemas de poder e controle do corpo feminino. Além disso, destaca a depressão pós-parto como um tema que incita reflexões que dialogam com o campo da saúde mental da mulher, e não como uma experiência definidora ou central do puerpério. Para tanto, ela propõe construir linhas de intersecção com temas como gênero, saúde, corpo e maternidade – pensada como um dispositivo¹¹ pelo qual aciona instâncias de controle e poder sobre os corpos, ações e pensamentos de mulheres que se tornam mães.

Segundo Cronemberger, o pós-parto chama a atenção da biomedicina e se configura como prioridade nas políticas públicas de saúde mental das mulheres por ser considerado um período em que elas estão vulneráveis e são mais suscetíveis a desenvolver transtornos psíquicos. Ela percebe, por meio da literatura pesquisada, que esses transtornos são divididos em três categorias, que variam de acordo com sua intensidade e duração.

Em uma categoria “mais leve”, estaria o baby blues (O’HARA, 1997), que teria uma curta durabilidade (até duas semanas após o parto) e apresentaria sintomas mais “brandos”, como choro e decréscimo de concentração (QUEVEDO; SILVA, 2017). A “mais forte” seria a psicose puerperal, que seria o estágio mais grave e avançado, tendo sintomas como pensamentos suicidas e até infanticídio. Já a depressão pós-parto – ou DPP – seria algo que ficaria “no meio” desses dois, não sendo tão rápida quanto o blues, nem tão violenta como a psicose. Ficaria no entre. (Cronemberger, 2019, p.12)

¹¹ Cronemberger dialoga com o conceito elaborado por Michael Foucault (1977) e aprimorado por Giorgio Agamben (2009) de “dispositivo”, que seria “um agrupamento heterogêneo que abarcaria desde discursos científicos, morais, filosóficos, religiosos, organizações arquitetônicas, até decisões regulamentares e lei (*apud* Cronemberger, 2019, p. 14); seria também um elemento “que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres vivos” (Agamben, 2009, p.13 *apud* Cronemberger, 2019, p.15).

O número de mulheres brasileiras acometidas com os sintomas da depressão pós-parto chega a 25% – conforme indicado na pesquisa realizada por Mariza Theme (2012) e inserida na pesquisa *Nascer no Brasil*, um grande inquérito nacional sobre parto e nascimento, coordenada por Maria do Carmo Leal e Silvana Granado, com o aporte da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Assim, ela observa que existe uma relação direta entre os dados epidemiológicos e as práticas medicalizadoras.

Para evidenciar a depressão pós-parto como uma vivência muito mais ampla e complexa que a definição biomédica, Cronemberger analisa a trajetória de maternidade dessas mulheres – a escolha pela maternidade, as expectativas na gestação, as experiências de gestação e parto - para compreender os aspectos que estão diretamente relacionados aos acontecimentos no puerpério e à forma como elas significam esse momento, e depois analisa o próprio pós-parto.

A escolha pela maternidade é uma das primeiras problematizações que ela faz, pois percebe diversas limitações nessa ideia, uma vez que no Brasil a falta de educação sexual, o acesso precário à contracepção, as leis que restringem o aborto e a maternidade como um imperativo moral e social dificultam uma escolha “real” das mulheres sobre ter filhos, além das pressões sobre as mulheres em torno do “tempo biológico”, que ela identificou ser um fator que influenciou na decisão das entrevistadas pela gestação, uma vez que a gestação na faixa dos trinta anos já é considerada tardia.

Cronemberger reforça em todo o trabalho o grupo específico e bem localizado de mulheres pertencentes ao universo simbólico das camadas médias urbanas com quem dialoga, e através de suas narrativas identifica que elas fazem parte de um projeto de maternidade articulado a um projeto de “humanização”, que está para além das preparações para o parto e o parto em si, mas surge também como uma elaboração que diz respeito à forma como essas mulheres criam seus filhos, ou seja, uma entrega total à maternidade, com intensiva dedicação física e emocional.

Esse projeto de maternidade também se alinha ao ideal de uma maternidade instintiva e natural, o qual, para duas autoras citadas em seu trabalho, Kátia Rosa Azevedo e Alessandra da Rocha Arrais (2006), é um grande fator responsável pelo estabelecimento da depressão pós-parto, pois, ao pensar que ser mãe é algo inato às mulheres, criam-se uma exigência pela sua perfeição e suposições como amor inato e capacidade instintiva de cuidar dos filhos. Portanto,

a busca por desessencializar a maternidade se revela importante, segundo Cronemberger, para explicitar o caráter social e construído desse fenômeno.

A gestação é o momento em que o corpo da mulher, que já é regulado socialmente, passa a ser um “corpo coletivo” (idem, *ibidem*, p.59), no qual a barriga é tocada de forma invasiva e sem permissão prévia da mulher. No processo de preparação para a gestação, as entrevistadas fizeram leituras de livros, artigos e relatos na *internet* sobre a temática e algumas participaram de grupos de humanização. É digno de nota que uma das entrevistadas foi diagnosticada durante a gestação com transtorno de ansiedade, desencadeado pela sobrecarga de informações que via na internet.

O parto, segundo Cronemberger, é encarado como um momento de liminaridade, nos termos de Victor Turner (1974), “ou seja, um verdadeiro rito de passagem para a “maternidade real” (idem, *ibidem*, p.11), e em sua pesquisa, embora a proposta do parto “humanizado” não seja de “demonizar” o parto cesariano, as mulheres entrevistadas desejavam ter parto normal. No entanto, seis das nove entrevistadas passaram por uma cesárea indesejada. Cronemberger reafirma, portanto, o aquilo que Carneiro (2015) e Tornquist (2003) perceberam em suas pesquisas: a centralidade do parto na vivência de maternidade das mulheres de camadas médias urbanas. Carneiro explicita a cesárea como lugar do não-dito, do que é negado, e que pode dar ensejo à vivência da depressão pós-parto, e Tornquist indica uma associação entre parto e poder, na qual o parto é o momento em que a mulher assume, mesmo que temporariamente, um poder específico – o poder de parir – e dessa percepção surge a “noção nativa” de que o parto humanizado é o momento no qual a mulher se “empodera”.

Cronemberger percebe que as entrevistadas dão uma ênfase ao parto quando relatam suas vivências. Uma delas relata sentimento de culpa por ter pedido cesárea durante o trabalho de parto, e isso revela como o discurso criado em torno do parto natural pode se transformar em uma imposição para essa camada. Foucault afirma que “mesmo quando tentamos fugir do poder, criar linhas de fuga, a partir, nesse caso, de experiências de parto que se afastem do controle biomédico, novos enquadramentos surgem e novos poderes se exercem, exigindo novas linhas de fuga” (*apud* Cronemberger, 2019, p. 69,70). Assim, Cronemberger diz que “a lógica do sucesso de um modelo de parto natural faz com que mulheres sofram e se frustrem ao vivenciar uma cesárea, fazendo-as se sentir menos mães”. É marcante que, em um dos casos, a mulher tenha utilizado termos como isolamento, pressão, humilhação e sacrifício ao relatar seu parto e falar sobre o puerpério.

Conforme a autora vai destrinchando a depressão pós-parto nesse grupo seletivo de mulheres, associa essa experiência às expectativas sociais em relação ao papel da mulher como mãe, à romantização desse papel e à invisibilização da subjetividade da mulher. Mas ressalta: “nem sempre tristeza em demasia foi interpretada socialmente como um sintoma de depressão.” E nesse ponto Cronemberger e Orna Donath estão de acordo, ao pensar a tristeza no puerpério como um sentimento que pode ser interpretado a partir de diversas causas e não somente enquanto um diagnóstico biomédico-padrão de depressão pós-parto.

Então a autora se questiona se a depressão pós-parto realmente começa no puerpério, ou se seria fruto de sentimentos como angústia, abandono e medo que vão se desenvolvendo na mulher desde o momento da confirmação da gestação, passando pela própria vivência da gestação e do parto, até chegar no puerpério em si. Além disso analisa, em sintonia com Fabíola Rohden (2017), a ênfase que é dada ao aspecto fisiológico da mulher – sobretudo os hormônios – e a ausência de debates sobre a estrutura da sociedade na modernidade. “A explicação hormonal é entendida como um encobrimento das condições reais de vivência da maternidade” (Cronemberger, 2019, p.93), além de tornar invisíveis os fatores sociais e subjetivos que são inerentes e indissociáveis da vida das mulheres. Para algumas das mulheres entrevistadas por Cronemberger, ora concordando, ora resistindo ao diagnóstico médico, a importância do aspecto hormonal é relativizada.

A ausência de uma rede de apoio aparece no trabalho de Cronemberger como forte elemento desencadeador de sofrimento no puerpério, porém ela não se aprofunda nessa questão.

Assim como Silva (2016), Cronemberger observa que a amamentação para as mulheres que entrevistou é mais um dos muitos pontos de pressão para as mulheres que desejam alcançar um ideal de maternidade perfeita.

Por sua vez, a socióloga israelense Orna Donath entrevistou 23 mulheres israelenses que se autoidentificam como arrependidas da maternidade, com idades entre 26 e 73 anos, e perfis socioeconômico e étnico-raciais diversos. Ela escreve sobre o arrependimento em relação à maternidade como uma forma de ampliar o horizonte das experiências maternas subjetivas.

A autora identifica duas linguagens pelas quais as expectativas da sociedade em torno da maternidade se expressam: “a linguagem da natureza”, no sentido de um “destino biológico”, e a linguagem “neoliberal, capitalista e pós-feminista, segundo a qual as mulheres hoje têm mais opções e, portanto, o fato de tantas ainda se tornarem mães demonstra provavelmente que todas o fizeram por vontade própria” (posição 297 – sobrenome, ano e n.º de pág).

Orna Donath identifica o modelo de maternidade que está arraigado no imaginário coletivo das sociedades ocidentais, e diz que, além de o cuidado dos filhos ser visto como algo que cabe apenas à mãe, este modelo determina que a mulher deve centrar-se inteiramente na maternidade, a qual deve ser livre de conflitos *interpessoais* e é indispensável o afeto nos cuidados com os filhos. É exigido desta mulher um constante aprimoramento de suas habilidades enquanto mãe, de maneira que esta mulher por vezes esqueça que tem sua personalidade própria. Na prática nem todas as mães são assim, devido a diferenças entre elas, como estado civil, origem étnica, classe social, deficiências físicas e mentais, mas Donath constata que este ainda é o modelo que prevalece nas sociedades ocidentais.

Além disso, a autora compreende que as exigências com as mulheres mães não se esgotam na forma como elas vão criar seus filhos, nas habilidades que elas têm que adquirir para aprimorar cada vez mais seus papéis de cuidadoras oficiais dos filhos nem na imagem da “boa mãe” que elas devem transmitir, mas se estende à fiscalização de seus corpos, que são regulados por padrões heteronormativos pautados no mito da sexualidade e beleza imposto às mulheres. No entanto, por trás de todas essas regulações, existem mulheres com sentimentos que se distanciam de todos os padrões de maternidade impostos.

Ela mostra que as mulheres entrevistadas não escolheram ser mães por uma vontade visceral ou genuína, mas sim por uma pressão (consciente ou inconsciente) da sociedade para desempenharem aquilo que se considera ser sua função existencial – a reprodução: “[...] o corpo feminino é julgado pela capacidade de conceber ou não, uma vez que a capacidade da mulher de dar à luz é considerada a essência de sua vida e a justificativa para sua existência” (idem, *ibidem*, pag XX).

Algumas das entrevistadas relataram que engravidaram porque o marido desejava ter filhos e havia pressão da família; outras nunca pensaram se queriam ou não ser mães, apenas seguiram o caminho “natural” da vida; muitas tiveram filhos devido ao fator “tempo biológico” e por causa de frases como: “Se você não tiver filho, um dia vai se arrepender”; e algumas tiveram seus filhos “com consentimento, mas sem vontade própria”, por medo de não se encaixarem nas normas sociais comuns. Muitas vezes persuadidas por promessas de uma maternidade com um final sempre feliz, elas chegaram à mesma conclusão: se pudessem voltar no tempo, não teriam engravidado.

Donath diferencia o arrependimento dos sentimentos ambivalentes relacionados à maternidade, pois entende que confundir essas duas noções impede as mulheres que efetivamente se arrependeram de expressar seus reais sentimentos.

Ao analisar o próprio significado da palavra arrependimento, Donath busca compreender por que, em determinadas situações de vida e esferas sociais, esse sentimento é aceito e em outras não – como na maternidade. Assim, ela entende que é preciso compreender antes como a sociedade lida com o *tempo* e a *memória*, “uma vez que o arrependimento é uma postura emocional que estabelece uma ponte entre o passado e o presente tangível e o recordado” (pág. X).

Além disso, o arrependimento é considerado um sentimento contraditório, pois, uma vez que a maternidade é algo sagrado aos olhos da sociedade, ter um sentimento dúbio em relação a ela soa inaceitável. Diante disso, a autora compreende que essas mulheres, muitas vezes coagidas a terem seus filhos, pressionadas a terem somente bons sentimentos em relação àquela maternidade e a agirem de uma maneira que destoa de seus limites emocionais, psicológicos, físicos, impedidas de terem sentimentos como tristeza, ao demonstrarem que se arrependem de ter sido mães, são enquadradas como tendo algum desvio psicológico ou mesmo depressão pós-parto.

Para as mulheres entrevistadas, o arrependimento em relação à maternidade é uma recusa à história feminina de ter o papel de mãe como destino único e final e também uma expressão de sua inaptidão para ser mãe.

Dessa maneira, o arrependimento personifica uma identidade feminina distinta, que se distancia das expectativas culturais em relação à maternidade como algo que conduz à assimilação e, portanto, não pode ser tocado pelo desejo de desfazer. (idem, ibidem, p. XX)

Ao trazer a experiência de maternidade das mulheres que entrevistou, a autora mostra como elas concebem a ideia de “morte” durante o nascimento dos filhos diferentemente dos moldes que estamos acostumados a ver nos círculos da humanização ou da maternidade ativa, morte essa associada a um posterior renascimento. Para elas, essa morte é associada exclusivamente a perdas. Perda de identidade, de sonhos, de relacionamentos e da mulher “mãe de ninguém”.

As mulheres relataram as disparidades nos cuidados envolvidos na criação dos filhos em relação aos pais das crianças, as dificuldades enfrentadas na realização desses cuidados cotidianos (tanto em questões práticas como em questões emocionais), a vontade de desaparecer e fingir que nada acontecera, e algumas ainda têm a necessidade efetiva de se distanciar e viver longe dos filhos.

Orna Donath destaca a importância de levar a sério o que as mulheres dizem no tocante à maternidade, de retirar a maternidade dos assuntos marginalizados, de compreender que a maternidade difícil não existe somente por uma questão de condições materiais, mas também de sentimentos, de que a maternidade é uma questão de escolha e de contingência e não de instinto, de que existem mulheres que simplesmente não desejam ter filhos e que isso deveria ser aceitável.

Donath se empenha em mostrar que a maternidade é uma relação humana, e não um papel a ser exercido, e como toda relação humana comporta altos e baixos, raivas, arrependimentos, frustrações, amores, alegrias, tristezas.¹²

Assim, poderíamos nos referir à maternidade como parte de um espectro das experiências humanas, em vez de um vínculo unilateral no qual as mães são responsáveis pelos filhos e influenciam sua vida sem serem afetadas por sua maternidade. (idem, *ibidem*, p.)

Dessa forma, também chamo a atenção para o fato de que nenhuma das pesquisas aqui destrinchadas (Pulhez, 2015; Silva, 2016; Cronemberger, 2019; Donath, 2017) amplia a discussão sobre o tema da rede de apoio, embora algumas delas o mencionem. De outro modo, esse tema se mostrou de extrema relevância para minhas interlocutoras, por isso dedico um capítulo à reflexão sobre a rede de apoio – ou, como ouvi falar em campo, “rede de agouro”. Mas antes vejamos o panorama das entrevistas com profissionais que atendem mulheres no puerpério em Brasília.

¹² P. Molinier (2004) chama atenção justamente para o fato de que, nas relações de cuidado, geralmente assumidas pelas mulheres, não é levado em consideração o fato de que cuidar também pode gerar sentimentos como ódio. O trabalho de cuidado é socialmente invisibilizado, posto que associado à esfera doméstica, e encarado como “natural” às mulheres, portanto desvalorizado

CAPÍTULO 2 - Puerpério: afinal, o que é? Um convite à reflexão

No segundo semestre de 2018, quando iniciei as pesquisas e leituras sobre o puerpério, havia mais perguntas do que respostas. Por já ter passado por esse momento da maternidade – ainda que não tivesse todas as respostas para meus próprios questionamentos quanto a esse período – senti a necessidade de criar um afastamento em relação à minha vivência para estranhar as categorias que foram surgindo tanto nas leituras quanto, posteriormente, em campo, e para receber abertamente as diferentes visões sobre o assunto.

Certo dia li um texto inspirador de uma mulher, artista e mãe no *Facebook* (Julia Debasse, publicado em 11 de janeiro de 2020). Ela escreve sobre o puerpério de forma despojada, e, além de contar de um jeito interessante sobre o que as suas avós lhes disseram sobre esse período, e como ele cai no esquecimento das mulheres após determinado tempo, uma parte de seu texto me chamou a atenção. Ela escreve sobre sua preferência pela palavra “resguardo” no lugar de “puerpério”, pois, além de achar “feia” a pronúncia da segunda palavra, ela afirma que resguardo significa se defender, se proteger: “É um estado, e não uma ação.”

Com isso, me questioneei quanto ao próprio termo “puerpério”. Há algumas décadas, na geração das nossas avós, e até mesmo da minha mãe (geração dos anos 70), esse termo não era muito pronunciado. Falava-se em “quarentena”, “resguardo” ou simplesmente “pós-parto”. Mas assim como todo tempo tem seu contexto político e social, as palavras têm seu lugar nesses contextos. Falar em quarentena, a meu ver, nos remete àquilo que a biomedicina nos impõe. Um corpo único, altamente mecanizado, que tem repostas de maneiras similares, se não iguais, a um mesmo processo fisiológico, e que ignora – ou fragmenta, como diz Emily Martin (2006) – a integralidade da mulher, deixando de lado os aspectos mentais, emocionais, espirituais, sociais e culturais e as idiossincrasias pessoais.

Penso que o uso da palavra “puerpério” atualmente, em contextos de ativismo e dos movimentos feministas, tem seu peso político porque constitui uma reivindicação do(s) significado(s) desse período tanto da parte das mulheres quanto de suas famílias. Nutro a hipótese de que é uma forma de se afastar dos termos que nos remetem a uma ideia rasa e superficial do que seja o período que sucede o parto, para tentar alcançar o que de fato seja esse momento da maternidade – amplo, diverso, cheio de contradições, e diferente para cada mulher –, sendo possível alterar os pressupostos culturais vigentes.

No entanto, concordo com o que aquela mulher diz sobre a palavra resguardo, associada a seu significado amplo de defesa e proteção, pois no meu entendimento é um momento em que

a mulher realmente tem que se defender e se proteger do mundo, dos julgamentos, das críticas, dos olhares atravessados, das inseguranças, dos sentimentos ambivalentes.

Outras questões surgiram e se revelaram importantes na minha busca por compreender o tema que estava estudando. Como, por exemplo, o que significa o puerpério nas diversas óticas da nossa sociedade? Onde, quando e como o puerpério passou a ser debatido? Quanto tempo dura esse período? Qual a relevância do tema na vida dessas mulheres de camadas médias urbanas e as consequências da ausência do debate público sobre o puerpério? Quais as nuances das categorias envolvidas nesse período, como, por exemplo, “depressão pós-parto”, “baby blues”, “solidão”, “psicose puerperal”? De que formas essas mulheres de camadas médias urbanas têm experimentado ou enfrentado o puerpério?

Essas questões-chave serão discutidas ao longo deste capítulo.

Profissionais não médicas que trabalham com puérperas

Rapidamente percebi que o tema do puerpério vem sendo monopolizado pela biomedicina, então fui procurar o significado do termo no Manual de Ginecologia da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília e em outros manuais de ginecologia. Tudo que era citado a respeito do tema estava ligado a doenças puerperais ou o apresentavam como um período de risco. Em um manual de uma maternidade-escola, o puerpério aparece com um tempo determinado: “Após o puerpério (**42 dias**) as pacientes com DMG [Diabetes Mellitus Gestacional] devem ser submetidas a TTGO [Teste de Tolerância à Glicose Oral] 75g com os seguintes valores de referência [...]” (Manual da Clínica Obstétrica – Maternidade Escola Assis Chateaubriand, UFC, p.120, grifo nosso).

Na visão da biomedicina, o puerpério tem um período delimitado em torno de 40 dias – a *quarentena* –, que se inicia imediatamente após a expulsão da placenta e termina quando os órgãos reprodutores da mulher retornam ao seu estado anterior à gestação; além disso, ele se associa popularmente ao tempo da retomada da vida sexual. Já no Código Penal Brasileiro, o puerpério é visto como período de maior vulnerabilidade psíquica da mulher e é associado ao infanticídio, que significa: “Art. 123 - Matar, sob a influência do estado puerperal, o próprio filho, durante o parto ou logo após.” (Código Penal Brasileiro, 1940, Parte Especial Título I: Dos Crimes Contra a Pessoa. Capítulo I: Dos Crimes Contra a Vida).

Assim, a legislação acolhe o significado de puerpério definido pela biomedicina, e o amplia, haja vista a definição de “estado puerperal”, que se refere a “uma alteração temporária

em mulher previamente sã, com colapso do senso moral e diminuição da capacidade de entendimento seguida de liberação de instintos, culminando com a agressão ao próprio filho” (Mestieri et al. p. 7, 2005).

Na internet me deparei com uma enorme quantidade de tópicos conexos ao tema do puerpério, como por exemplo a amamentação, o sono do bebê, o consumo (fraldas de pano, leite artificial, chupetas etc.), as relações conjugais e as novas perspectivas de maternidade e paternidade em camadas médias urbanas, o mundo do trabalho, a solidão materna, as redes de apoio (chamadas por muitas mulheres de redes de “agouro”, em tom irônico), a licença-maternidade, a alimentação (e os vários métodos de introdução alimentar), as novas formas e técnicas corporais de carregar o bebê (*sling*), a vontade das mulheres de voltarem a ter a forma corporal de antes da gestação, as mães que não amam os filhos, as mães arrependidas, as mães “solo”, as associações entre violência obstétrica e o puerpério, os diferentes estilos de criação (está em voga nas camadas médias urbanas a chamada “criação com apego”, bem como o conceito de “exterogestação”, trabalhado pelo pediatra espanhol Carlos Gonzalez), a fusão emocional entre mãe e bebê (Gutman, 2016).

Há ainda as diversas experiências possíveis de puerpério, como por exemplo para mulheres que tiveram um aborto, mulheres que adotaram crianças ou mulheres que tiveram seus filhos nascidos com algum tipo de deficiência ou problema grave de saúde; mulheres pobres, em situação de rua, indígenas, quilombolas, ciganas, refugiadas e tantas outras; além das experiências de gestação, parto e maternagem de pessoas trans.

Então, na minha primeira saída de campo, no início de 2019, o foco inicial da pesquisa ainda estava indefinido. Mas, quando comecei a participar das rodas de gestantes e puérperas, percebi que três grandes temas tinham uma certa centralidade quando o assunto era o puerpério, a saber: amamentação, “baby blues”/depressão pós-parto e rede de apoio; assim, foram esses os três eixos principais que ordenaram o roteiro das entrevistas que realizei.

Diferentemente das noções que prevalecem no universo biomédico e na legislação brasileira, nas rodas de conversa para gestantes e puérperas das quais participei o puerpério apareceu de forma mais holística, ou seja, com um significado que ia além da quarentena e do regresso das condições físicas da mulher, e consistia tanto em questões físicas, psíquicas e hormonais, quanto em questões emocionais, espirituais, sociais e culturais. O tempo de duração do puerpério variava de mulher para mulher. Umas diziam que dura até os dois anos de idade da criança, outras diziam que ainda se sentiam no puerpério mesmo seis anos após o parto. O

puerpério foi visto de forma negativa pela maioria das mulheres, como um período de muitos desafios.

Na tentativa de lançar um olhar antropológico para o tema e em diálogo com minha orientadora, considerei que, como havia três importantes pesquisas realizadas recentemente a partir da interlocução com as próprias puérperas (Cronemberger, 2019; Donath, 2017 e Silva, 2016), seria interessante orientar meu trabalho por outras vias, a fim de ampliar o horizonte de reflexão, valorizando as mediações envolvidas na composição dessa experiência social. Optei, portanto, por entrevistar profissionais não médicas que trabalham com mulheres puérperas, especialmente doulas e psicólogas.

Assim, foram realizadas cinco entrevistas semiestruturadas a partir de um roteiro elaborado previamente, contendo: 1) informações sobre o perfil das profissionais; 2) sobre o trabalho com o puerpério; 3) sobre o puerpério em si; 4) sobre o “*baby blues*” e a depressão pós-parto; 5) sobre amamentação; e 6) sobre rede de apoio.

As flores que deram voz a essa pesquisa

Foram entrevistadas cinco mulheres indicadas por minha orientadora Giovana, pois o tema dessa monografia é, em larga medida, articulado com o seu tema de pesquisa de pós-doutorado, a saber, o papel das doulas no projeto de transformação da cultura do parto no Brasil.

Quando fui entrevistá-las, lhes assegurei que seus nomes seriam mantidos sob sigilo, a fim de preservar suas imagens, e pedi que assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para os pseudônimos escolhi nomes de flores. A primeira imagem que me vem à mente são as flores que nascem do asfalto. Flores que nascem em meio às ruínas. E essas mulheres, incríveis, doces e fortes com as quais tive contato, tanto durante as entrevistas quanto em outras situações, surgem em meio ao caos e ao desespero para alegrar, embelezar, colorir, fazer a diferença em nossas vidas. São elas: Jasmim, Violeta, Rosa, Camélia e Margarida.

Essas profissionais atendem mulheres do Plano Piloto e imediações, todas trabalham com um público majoritariamente de mulheres brancas, de camadas médias urbanas, com alto grau de escolarização, geralmente são casadas e têm idades que variam entre 25 e 40 anos.

Primeiramente me proponho a descrever as entrevistas que realizei, para depois ampliar as reflexões de alguns aspectos que elas trazem. Surgiram diversos pontos em comum e outros que não coincidem, porém todas as profissionais têm como objetivo bem definido o apoio às

mulheres puérperas que estão passando por um momento de intensos desafios, mas também transformador.

JASMIN - Todo amor é construído

Jasmin é psicóloga. Ela conta que, na área de desenvolvimento humano, decidiu estudar sobre mulheres em específico, pois percebeu que não havia muitos estudos com esse foco. Além de psicóloga, trabalha como doula na gestação, no parto e no pós-parto, como educadora perinatal e é mãe de quatro filhos – “trabalho insubstituível”, segundo ela. Seu trabalho é direcionado às mulheres e famílias, pois entende que a família precisa ter conhecimento sobre o momento pelo qual a mulher está passando no pós-parto, para ser bem cuidada e apoiada.

A entrevista com ela foi realizada em um parque em Brasília. Sentamo-nos na grama e começamos a conversar. Logo no começo ela me contou o que compreendia ser o puerpério:

O puerpério é o tempo de desvinculação que a mãe tem com o filho, os dois têm. O tempo que a criança precisa para ter autonomia para viver, porque a criança até os três anos não tem autonomia [...] uma criança com dois anos não consegue falar “quero ir ao banheiro”, “quero comer”, então a mãe fica nessa preocupação com o filho e o filho nessa dependência com a mãe. Então, enquanto isso não acaba, não acaba o puerpério.

Além disso, Jasmin enfatiza a amamentação como um fator importante no puerpério. Para mulheres que amamentam por longos períodos – ela dá o exemplo de cinco anos – o puerpério acaba se prolongando por conta dos hormônios que continuam oscilando conforme a mulher necessita para produção de leite. A ocitocina, diz Jasmin, é o hormônio necessário para ejetar o leite, a prolactina é fundamental para a produção de leite e é necessário um equilíbrio da endorfina para manter a mulher produzindo o leite. “O leite empedra se ela [a puérpera] não tiver um pouquinho de prazer naquela maternidade”.

Devido a essa oscilação de hormônios, Jasmin considera o puerpério como um período delicado na relação da mulher com seus companheiros ou companheiras e familiares.

No puerpério é o maior índice de separação [...] justamente porque as mulheres ficam desequilibradas, não é um desequilíbrio de adoecimento, é um desequilíbrio até saudável, porque é onde a gente consegue olhar para a nossa história de vida e curar e reestruturar muita coisa, mas até a pessoa entender isso, se ela não tem conhecimento, o companheiro, se não tem conhecimento, ou a companheira não tem esse conhecimento, não aguenta segurar a barra.

Jasmin conta que a maioria das mulheres que atende imaginam um certo tipo de maternidade e, quando se deparam com a realidade, se frustram. Sugere que isso seja devido à ausência generalizada de diálogo sobre a maternidade e o puerpério.

Ninguém conta né, quando o bebê está com dor de barriga, ninguém fica postando isso, quando o bebê está de cocô, quando está a noite sem dormir, raras vezes você vai ver isso, né? Então muitas mães entram na maternidade, escolhem ser mães e acham que vai ser tudo fácil, mas não vai. Porque é um trabalho que não tem remuneração, não tem substituição [...]

Em relação ao seu trabalho, relata que todas as mulheres que atendeu durante a gestação não tiveram grandes problemas no puerpério, pois nos atendimentos ela sempre conversa sobre o que essas mulheres vão enfrentar no pós-parto, sobre a sexualidade, e propõe uma roda de conversa com a gestante e as pessoas que vão auxiliá-la no puerpério. Nesses encontros, ela conta que muitas vezes as mães das gestantes se surpreendem com as conversas, com as informações que suas filhas recebem para se prepararem para a maternidade, e se indignam pelo fato de que, na época em que elas mesmas estavam gestantes, ninguém falava sobre esses assuntos e não sabiam que tinham o direito de falar sobre.

Jasmin conta que os seus atendimentos geralmente são em algum parque aberto, pois gosta de mostrar que aqueles espaços também podem fazer parte de suas rotinas, que são acessíveis e necessários para essas mulheres cuidarem de si, neste momento da vida: “A mulher esquece que ela é mulher”, ela diz.

Outra questão que chama atenção é o fato de que ninguém fala sobre o amor pelo filho ser algo construído, e não instintivo. Jasmin relata sua própria experiência em um tom de brincadeira, revelando importantes aspectos:

Todo amor é construído, então tem uma adaptação ali. Quando eu dou aula nos cursos de doula e eu falo que eu vi meu primeiro filho, meu filho é lindo igual a um modelo, [...] mas quando olhei para ele na incubadora, porque ele nasceu de oito meses, eu falei com a enfermeira assim: Esse menino feio que é meu filho? Ah, não, moça, não acredito nisso, não. Aí ela: “Você está bem?” Eu falei estou, estou bem, mas ele não é feio? Você não o achou feio? “Ai, ele é lindo, tadinho, vai pro quarto!” Aí fui para o quarto, daqui a pouco tinha psicólogo, terapeuta, tudo lá querendo saber o que que eu tinha, porque eu tinha sido sincera. Eu tinha 18 anos, eu tinha ficado não sei quantas horas com a dor de parto, o menino nasce, tiram o menino de mim, levam para a incubadora, eu tenho que me levantar cheia de pontos, ir lá olhar ele, eu vou achar esse menino bonito? Não vou mesmo, gente! [...]Tive que ir para casa com ele, conhecer ele, ver o olhar, né? Não tinha o conhecimento de que é

importante pegar o menino na hora que nasce... não tinha noção disso. [...] Amor incondicional? Isso é balela, é construção mesmo.

A rede de apoio é vista como necessária para que a mulher se sinta bem e possa cuidar dos filhos. Ela diz: “A mulher que não está apoiada vai chegar em um momento que ela vai ficar exaurida, vai ter uma exaustão ali que vai acontecer alguma coisa. As pessoas esquecem que a mulher precisa dormir, precisa comer, precisa ir ao banheiro, precisa tomar banho”.

Jasmin se lembra de uma aula no curso de formação de doula no pós-parto, com um médico pediatra, que a fez pensar sobre a importância de a mulher ter pessoas que a apoiem no puerpério. O médico mencionou o exemplo das mulheres indígenas que não tinham depressão pós-parto, pois elas contavam com uma ampla rede de apoio e cuidados. Dessa forma, ela acredita que a individualidade, cada vez mais acentuada, faz com que as mulheres se sintam solitárias ou “abandonadas”. Então reforça a relevância de as pessoas serem solícitas com essas mulheres, de perguntarem como elas estão, se estão precisando de algum auxílio, para que a mulher mãe não adoça.

Além dos cuidados práticos no dia a dia da mulher, Jasmin acrescenta a importância do apoio emocional. Ao falar sobre os sentimentos que são comuns no puerpério, de que é normal, segundo ela, sentir insegurança, medo, choro constante, insônia, devido à queda hormonal no pós-parto, sublinha que é possível ajudar essas mulheres a compreenderem que aquelas sensações são temporárias e passageiras, diminuindo assim seus sofrimentos e angústias.

VIOLETA – O puerpério é um foguete, um rojão

Violeta é formada em Design, atualmente estuda Artes Visuais e trabalha como consultora em amamentação e pós-parto, é artista, e mãe de dois filhos. As mulheres com as quais trabalha entram em contato por indicação de outras pessoas.

O atendimento acontece na residência das mulheres e tem um tempo de duração aproximado de duas horas e meia. As puérperas fazem seus relatos, expressam suas dúvidas e então Violeta observa o bebê mamando, ensina a mulher a massagear e preparar os seios para a amamentação, a colocar o bebê no seio da forma correta e enfatiza a importância do autocuidado e de ter apoio nesse processo. Durante o atendimento ela observa o que a mulher tem a dizer sobre as dificuldades que está enfrentando e, dependendo da situação, sugere que ela busque uma psicóloga perinatal. O contato com as mulheres que atende é mantido por WhatsApp.

Violeta passou a ter conhecimento sobre o puerpério após sua primeira gestação, no ano de 2014. Violeta frequentou rodas de gestantes e se preparou para ter um parto normal. Ainda durante a gestação ouviu falar em aulas de amamentação, cuidados com o bebê, mas sobre o puerpério

[...]o que era esse momento, qual era a grande novidade desse momento e o tanto de adaptação que exigia eu não ouvi falar na gestação. Então na verdade foi meio que vivendo e descobrindo, e aí eu fui descobrindo o rojão que era também, né? E a partir do momento em que eu fui descobrindo isso, também foi me dando uma indignação de não ter sabido disso antes e uma vontade de ajudar as mulheres nesse período.

Sua obstetra foi uma das pessoas que a inspiraram no direcionamento de seu trabalho de orientar e acolher mulheres no pós-parto. Ela relata ter tido muita dificuldade na amamentação desde a saída do hospital, quando seus seios já estavam fissurados. Depois “foi só ladeira abaixo”. Quando teve sintomas de mastite, contactou sua médica para pedir ajuda e, ao chegar em seu consultório, foi recebida com um abraço, de forma acolhedora e compreensiva. Com esse gesto empático, além de Violeta reconhecer sua fragilidade nesse momento e a importância de ter esse apoio, viu a necessidade de levar isso para um maior número de mulheres. Foi nesse momento que percebeu a força que tinha o puerpério e o valor do acolhimento de alguém que a compreendia: “Nenhuma mulher merece passar por isso sozinha”.

Em 2015 ela fez o curso de formação de doula e logo após fez o curso de consultoria em amamentação. Quando perguntei a ela como enxergava seu trabalho, ela respondeu:

Eu enxergo como uma vanguarda, eu enxergo como algo essencial para as mulheres conseguirem viver essa fase com tranquilidade. Eu enxergo meu olhar nesse segmento como um olhar muito diferenciado, porque eu coloco em foco a mulher e aquelas transformações pelas quais ela está passando. Então, assim, totalmente um olhar sem julgamento, como o que eu precisei há cinco anos atrás [...] E é o que eu vejo que tem mais diferença, às vezes a mulher precisa de apoio, sim, na amamentação, precisa de orientação, precisa de orientação técnica, precisa de suporte técnico, mas eu vejo que o que faz diferença é quando a gente consegue trabalhar a confiança dela nela mesma nesse período.

Violeta considera ser este um trabalho que ajuda mulheres a se constituírem enquanto mães com qualidade, pois, ao dar abertura para elas se expressarem, elas passam a enxergar que

tipo de maternidade é possível para cada uma, independente do que seja socialmente exigido nos moldes de um ideal de maternidade perfeita.

Eu acho muito legal destacar que no meu trabalho o diferencial é esse acolhimento e essa confiança com a mãe. Já teve várias consultorias em amamentação que a gente nem trabalhou a amamentação. Mal olhei o peito da mulher, ela amamentado, porque na verdade o que ela precisava era acreditar nela mesma. O bebê às vezes recebia só uma porção de fórmula no dia e ela não acreditava que era o leite dela que o estava nutrindo. Ou então a mulher queria me chamar para uma consultoria para desmamar o bebê e na verdade, na conversa, ela entender e escutar a si mesma no sentido de que ela não quer desmamar, ela está curtindo amamentar ainda, que ela não precisa ter pressa para isso, né? Que ela pode trabalhar por outros caminhos para conseguir as coisas que ela conseguiria com o desmame, por exemplo.

Segundo Violeta, a insegurança das mulheres no puerpério vem acompanhada do sentimento de culpa – um termo que com grande frequência apareceu nas minhas pesquisas, saídas de campo e leituras. Em sua perspectiva, a culpa vem das expectativas às quais as mulheres não conseguem atender, que na maioria das vezes não são delas, mas da família ou da própria construção social.

Quando questionei sobre o que seria o puerpério em sua visão, sem pensar duas vezes ela disse: “O puerpério é um foguete, um rojão!”. Considera ser um momento difícil, de muita fragilidade, intenso e forte na vida da mulher que se torna mãe. Mas também compreende ser um momento de “desconstrução e de construção”. Desconstrução, pois tudo o que a mulher construiu até o momento da maternidade, as relações, os sonhos, planejamentos, a própria identidade se vê em conflito, e construção, pois visualiza como um momento fortalecedor e rico.

Quando ela [mulher] se permite mergulhar naquilo para ver o outro [lado do] horizonte, ela sai muito mais fortalecida, né? O bebê acaba trazendo para a gente a necessidade de a gente olhar para a gente, porque se não tudo desmorona. Então mesmo que naqueles primeiros três meses principalmente você tenha que estar muito focada ali no bebê, você percebe de alguma forma que, se você não olhar para você também, tudo vai ruir. Você começa a perceber que seu filho é reflexo do que você está sentindo. Você começa a perceber que, se você não se cuidar, tudo vai por água abaixo. Então eu acho que ele acaba sendo um momento construtivo e muito importante para que a mulher faça essa construção dela mesma. [...] As mulheres que conseguem fazer isso e que conseguem sair mais fortes tiveram apoio, e quando a mulher não tem apoio é difícil também fazer essa desconstrução, sair dessa desconstrução para uma construção.

Além disso, ela compreende o puerpério como um período de fusão emocional entre mãe e bebê e, a partir da percepção de que existe um forte vínculo, Violeta acredita que a duração do puerpério seja em torno de dois anos – dependendo da relação de cada dupla –, pois é quando a criança começa a criar sua própria identidade e a se desvincular da mãe.

O “baby blues” é considerado constitutivo do puerpério e se dá devido às variações de hormônios nos primeiros 15 dias após o parto.

Ela pode encontrar ali sentimentos de choro, de nostalgia, de tristeza, mas que são constitutivos porque acabam aproximando-a do bebê, e isso também no meu ponto de vista está muito relacionado com a fusão emocional que ela está passando com o bebê nesse período. Então assim, dentro de uma grande variação hormonal, a mulher também está reagindo ali como um bebê por algum período. Então isso aproxima ela do bebê e pode fortalecer o vínculo porque coloca ela numa preocupação de cuidar do bebê, e não de se afastar. Ela está lidando ali com emoções dela, porque também existe algo muito construtivo em a gente aceitar, validar e identificar as nossas emoções, né?

A depressão pós-parto, ela diz, “já passa desse período e já passa em questão de tempo, em questão de intensidade e em questão de não ser construtiva mais.” Violeta orienta as mulheres a observarem os sentimentos e o tempo que eles duram, e reforça que pedir ajuda não é sinal de fraqueza.

Às vezes o que faz a gente entrar em algo que fica muito difícil é a gente não trocar, é a gente ficar num diálogo interno e a gente não ter resposta nenhuma. Às vezes a gente só precisa trocar com outra pessoa e ouvir que “está tudo bem”, “pega mais leve com você” e “você está fazendo tudo certo”, porque a gente não escuta isso da gente, às vezes a gente só se cobra.

A amamentação, segundo Violeta, só é positiva quando a mulher está disposta para aquilo. Ela relata que diversas vezes atendeu mulheres que estavam com dificuldade na amamentação, e que depois de um tempo perceberam que na verdade elas não estavam dispostas a amamentar, então deixaram de se cobrar e perceberam que sua relação com seus filhos melhorou. Segundo Violeta, amamentar, portanto, não é garantia de vínculo e nem de ser “boa mãe”.

Violeta, por fim, faz um fala que acredito ser interessante trazer na íntegra, pois ela sintetiza diversos pontos interessantes para pensar a rede de apoio.

A gente não precisa passar pelo puerpério para a gente passar por um momento em que a gente está extremamente crítica e julgadora com a gente mesma, exigente, e a gente não vê que a gente precisa de uma pausa, de um cuidado,

que a gente precisa de um carinho. Então imagina uma mãe que está só olhando para uma outra pessoa, e que literalmente não está nessa posição de olhar para ela. Então a rede de apoio tem esse papel fundamental de lembrar a mulher que ela tem uma fragilidade nesse momento... Não necessariamente precisa lembrar dessa forma, porque às vezes desperta muitas resistências, né? E aí que a mulher não aceita carinho mesmo, cuidado, né? Mas de cuidar dessa mulher e entender que ela está nesse momento de fragilidade, e entender somente oferecendo, acolhendo, estando disponível ali para escutar. Não julgar, ter cuidado na hora de fazer sugestões, fazer com carinho, fazer com cuidado mesmo, qualquer sugestão, porque é mesmo um momento que a mulher já está se criticando muito por padrão e aí as coisas que ela recebe de sugestão também podem soar como crítica para ela. E existe sim rede de apoio que está querendo ajudar, mas a gente sabe que também existe rede de agouro, que está ali espezinhando mais ainda.

ROSA – Um luto e um nascimento

Rosa é formada em Marketing, é empreendedora, mãe de dois filhos e idealizou um programa de cuidados para acolher mulheres no pós-parto junto com seus bebês, incluindo atividades como yoga, dança, massagens e rodas de conversa com temas como: puerpério, fechamento do parto, solidão materna, relação com o companheiro, ferramentas de comunicação não violenta, retorno ao trabalho, a nova identidade da mulher-mãe e sexualidade. Os encontros ocorrem uma vez na semana por oito semanas consecutivas e têm duração de duas horas.

Essas puérperas descobrem o programa no “boca a boca” e, com o relato da experiência de outras mulheres que já haviam participado dele, se sentiam mais seguras em participar. “No primeiro encontro tem choro, elas ficam super nervosas porque estão saindo pela primeira vez com o bebê”, relata Rosa.

Rosa ouviu falar sobre o puerpério pela primeira vez quando fez formação em educação perinatal, em 2010. Ela relata não ter sido diagnosticada com depressão pós-parto à época do nascimento de seu primeiro filho, mas, considerando tudo o que vivenciou e todo o conhecimento que passou a ter após estudar sobre o tema, hoje em dia considera que teve, sim, depressão.

Há 18 anos atrás não tinha internet, não tinha grupos de apoio, não tinha nada disso, então foi um processo muito solitário. E aí eu falava: Cara, que treta é essa de ser mãe? É muito difícil esse negócio. Tanto é que eu demorei 13 anos para ter o segundo.

Viu através da prática de yoga uma forma de se curar daquele puerpério difícil que teve e como uma oportunidade de ajudar outras mulheres, então decidiu fazer curso de formação em yoga e logo depois se especializou em yoga para gestantes. Rosa trabalha com puérperas há 10 anos, embora seu interesse *a priori* tenha sido trabalhar somente com gestantes

Eu nunca quis trabalhar com puerpério, eu trabalhava com gestantes. Eu falava que meu trabalho era com gestação, trabalhar com puerpério era uma coisa que eu não queria, que eu achava muito chato. [...] Não existem quase grupos de puérperas, você pode ver aqui em Brasília. Tem muita coisa focada para gestação, mas para puerpério não tem. Aí depois que eu entendi os meus puerpérios, o que eu estava vivenciando, que eu consegui me trabalhar, aí eu falei: “Não, agora me sinto preparada para conduzir um grupo”. Tem um ano que tem esse formato, o foco no programa pós-parto.

Rosa percebeu, portanto, a urgência e a necessidade de trabalhar com mulheres no pós-parto. A importância de seu trabalho se refletiu na quantidade de mulheres que vêm participando de seu programa. Em um ano, foram abertas 19 turmas, somando mais de 200 mulheres.

Para ela o puerpério é um momento de “luto” e de “nascimento”. O luto é associado a sofrimento e se refere à mulher que ficou no passado, à mulher que existia antes do nascimento do filho, e o nascimento se refere a uma “nova mulher”, que se transforma em todos os sentidos, e é associado à alegria.

Eu sempre falo assim, o puerpério não é sobre as noites não dormidas, não é sobre o bebê que está chorando, não é sobre o peito que está vazando, não é nada disso, o puerpério é uma oportunidade que você tem para você se visitar, para você se olhar com mais amorosidade, para você entender que tudo isso que você está passando, todo esse turbilhão de emoções é normal e faz parte do processo. Não tem nenhum problema em se sentir assim! Porque as pessoas já associam isso a um *baby blues*, a uma depressão, e não... faz parte. Existe um luto, então é triste também. Só que as pessoas vêm dessa cultura judaico-cristã que acha que a gente tem que estar muito feliz com a chegada de um filho. E não, nem sempre a gente está tão feliz assim.

O sentimento de culpa aparece como consequência de percepções ambivalentes em relação à maternidade. Ao pensar nos desafios que a mulher vai enfrentar, ela diz:

Com a chegada do filho, quando você se dá conta da treta em que você se meteu, aí você fala: Cara, não tem mais como voltar! Aí vem a culpa, com um chicote. Você fala: Cara, que que eu fui fazer? Aí daqui a pouco você fala: Ai, desculpa, eu não queria estar sentindo isso, que péssima que eu sou! Aí vem

o processo o tempo inteiro de culpa, nasce uma mãe culpada. Coisa mais horrorosa que tem!

Rosa deu como exemplo sua própria experiência para definir o tempo que acredita durar o puerpério. Ela diz que sentiu que este período havia terminado quando do desmame de seu filho. A amamentação, segundo ela, era prazerosa, mas chegou um determinado período em que sentia a necessidade de interromper o processo, e quando assim o fez sentiu que seu olhar voltou para si e ela começou a olhar para suas próprias necessidades, para além das do filho. A necessidade de voltar ao trabalho também foi um dos motivos para Rosa fazer o desmame, e ela diz que há uma cobrança externa para a mulher voltar a “produzir”, apesar de a vontade da mulher ser de ficar com o filho.

O que essa mulher mais quer na vida é produzir leite, é estar conectada com aquele bebê. E aí ela já fica nervosa, “não, porque eu tenho que voltar”, “porque meu corpo tem que voltar”, “não tem uma roupa que caiba aqui no meu corpo para eu voltar a trabalhar”. Então na realidade tem um senso de urgência que é uma cobrança externa, não dela. Por ela, ela ficaria ali completamente em imersão. Claro que tem mulheres que querem voltar logo, mas elas ainda estão muito ligadas.

Um dos temas propostos nas rodas de conversa que Rosa identificou ter mais repercussão foi sobre o próprio puerpério. Ela relata que, ao levar o assunto para o encontro, as mulheres se sentem aliviadas ao entender que o puerpério é esse período em que toda mulher passa pelas transformações internas, pelos sentimentos contraditórios, e que elas não são as únicas passando por isso.

Sobre o *baby blues*, ela considera como parte do processo puerperal devido ao fator hormonal, então tristeza, melancolia, choro são comuns de ocorrer nesse período, mas muitas vezes, ela diz, só de verem uma mulher triste no puerpério as pessoas já associam isso à depressão pós-parto. Nesse momento ela enfatiza diversas vezes a importância de a mulher “estar em rede”, ou seja, ter pessoas próximas que saibam identificar sinais de uma possível depressão, ou até mesmo para informá-la sobre o que seja ou não uma depressão pós-parto. Nesse sentido, os “pitacos” podem gerar confusão na mulher, que já está em um período de fragilidade emocional.

Rosa considera não ter propriedade para falar sobre depressão pós-parto, mas acredita ser quando uma mulher não consegue se vincular à criança e começa a se distanciar dela. Contou que todas as mulheres que chegam aos encontros já estão acompanhadas por algum especialista,

seja psicólogo ou psiquiatra, e gosta de sempre enfatizar que ela não é psicóloga, apesar de os encontros se tornarem algo terapêuticos pelas trocas que ocorre entre as mulheres.

A amamentação, segundo Rosa, é um dos maiores desafios das mulheres, pois a maioria acredita previamente ser algo instintivo. A rede de apoio aparece aqui mais uma vez como necessária, pois Rosa entende que, para a mulher se “entregar” para o bebê, a mulher precisa ser cuidada e ser nutrida, então esse apoio é fundamental no processo da amamentação. Acredita que o vínculo entre mãe e bebê não ocorre somente através da amamentação, pois as mulheres se empenham e se dedicam para criar esse vínculo independente da forma como estão alimentando seus filhos. Segundo ela, existem muitas mulheres que não conseguem amamentar e sofrem por isso, com receio de não criar vínculo com os filhos ou de serem julgadas, mas na sua percepção essas mulheres são extremamente corajosas: Para você bancar e falar que você não vai amamentar e tomar uma escolha, cara, uma mulher dessa é uma mulher muito foda, uma mulher muito forte diante de uma sociedade que julga tanto”. Rosa sugere a importância de ainda na gestação a mulher buscar por profissionais que possam acolhê-la em momentos de desespero, quando estiver passando por dificuldades na amamentação.

A rede de apoio para Rosa são pessoas que vão apoiar a mulher no puerpério, não necessariamente pessoas da família, pode ser uma amiga, uma pessoa próxima:

aquela pessoa que vai fazer o rango para você, que vai poder lavar uma louça para você, que vai permitir compartilhar alguns desafios, às vezes até através de um grupo de Whatsapp [...] A rede apoio é aquela pessoa que está apoiando suas decisões sem te julgar. Então eu acho que esse é o grande desafio.

Dessa maneira, ela percebe que muitas mulheres deixam de procurar por ajuda pois, ao invés de serem acolhidas, passam a ser julgadas pelas atitudes e sentimentos naquele momento, e com isso acabam preferindo ter que lidar com os desafios sozinhas.

Já o marido é visto como essencial no apoio com os afazeres domésticos, e com os cuidados com o bebê, além de apoiar a mulher e validar seus atos, sem julgá-la.

CAMÉLIA – Vacina psíquica ou gotas de realidade

Camélia é formada em psicologia e tem pós-doutorado na área; trabalha em um programa de assistência a mulheres que engravidaram em situações de violência sexual em um hospital público; realiza o “pré-natal psicológico” e atende mulheres puérperas em seu consultório particular.

Logo após ser admitida no doutorado, descobriu que estava gestante. Seu objetivo inicial era estudar sobre pessoas com LER (Lesão por Esforço Repetitivo), no entanto, nos quatro anos de pesquisa, engravidou duas vezes e assim descobriu o que era o puerpério. Camélia conta que, devido à intensidade com que viveu esse momento principalmente em relação à dificuldade na amamentação, e à surpresa em notar que ninguém falava sobre o assunto, decidiu mudar o tema de pesquisa. Diante disso, encontrou a temática da depressão pós-parto e nessa linha seguiu seus estudos.

Ao final de seu doutorado, sugere que se faça um trabalho que ela denomina “pré-natal psicológico”, e assim começou a trabalhar com gestantes para observar se, ao conversar com estas mulheres sobre o puerpério, desmistificando a maternidade e abordando a questão do adoecimento psíquico no pós-parto, conseguiria prevenir a depressão pós-parto. Como o resultado foi positivo, Camélia levou o tema em diante para o seu pós-doutorado, para provar que o pré-natal psicológico (que se tornou uma metodologia difundida pelo Brasil, havendo inclusive cursos *online* para capacitar profissionais) funcionava como instrumento de *prevenção* da depressão pós-parto.

Essa metodologia, segundo a psicóloga, é realizada como complementar ao pré-natal ginecológico e é um espaço onde a família, além da gestante, poderá se preparar para a maternidade, compreendendo seu “lado B” – forma como Camélia chama a maternidade *desmistificada*. Por se tratar da ideia de prevenção, ela diz que considera esse trabalho como uma *vacina psíquica*, “dando um pouco de agente nocivo para o corpo reconhecer no futuro”.

vai dando pequenas gotas de realidade do que pode acontecer no puerpério. Então aquilo que as pessoas não contam, ou contam de uma forma muito exagerada: “Ah, você nunca mais vai dormir na vida, sua vida acabou”, né? Não é assim também. A gente vai falando aos poucos das dificuldades, que é normal a gente ficar triste, que é normal a gente ficar perdida, que o amor materno é construído, né? Todas essas bases foram as bases da minha tese de doutorado. Para a minha tese de doutorado eu fui lá na antropologia [...], eu tive que estudar a teoria do gênero, foi o que me salvou.

Os atendimentos pré-natais já ocorreram algumas vezes em um hospital público de Brasília, e ela também realiza atendimentos em seu consultório particular, onde as consultas se dão de forma mais individual. As mulheres que participam desses encontros nos hospitais públicos geralmente são de camadas populares, muitas delas são adolescentes e, segundo Camélia, estão passando por *duas crises evolutivas*, isto é, a maternidade e a adolescência. Já

no consultório particular, são mulheres de camadas médias com idades variadas. “Mas o puerpério é punk para todas!”, ela comenta. “Claro que quando você tem uma condição social mais favorecida, você pode por exemplo pagar uma rede de apoio, né? O que as outras não podem, mas elas também podem ter mais espontaneamente, né? Mas esse é um trabalho que dá para você ir especificando [...]”. Desse modo, ela diz que está começando a especificar os atendimentos, como pré-natal psicológico para vítimas de violência, para mulheres com alguma intercorrência obstétrica ou para mulheres com alguma condição especial, cadeirante ou amputada.

Camélia explica que acontecem no mínimo cinco sessões de pré-natal psicológico com duas horas de duração cada, mas que pode haver uma extensão no tempo de duração. A mulher se prepara para, quando chegar efetivamente no puerpério, não se surpreender nem se culpar com os processos que são comuns nesse período. Assim ela não fica com a sensação de ser “anormal” – segundo Camélia, uma das palavras que mais ouvia das mulheres com depressão pós-parto. “Mães desnaturadas”, “pessoas fracassadas”, “não nasceram para ser mães” eram outras expressões recorrentes.

Quanto à adesão das mulheres, ela diz que, apesar de estar em um processo de expansão, e no Brasil não haver uma cultura de cuidar da saúde mental materna ou uma promoção de saúde visando à prevenção do adoecimento psíquico, muitas mulheres participam do pré-natal psicológico. No entanto, ela esclarece que é um trabalho que ainda necessita e merece muito empenho, divulgação e esforço por parte das profissionais em atrair mulheres gestantes para esses encontros.

Camélia observa que as mulheres focam mais na gestação e no parto, no “mundo exterior”, do que no próprio puerpério.

Então elas estão preocupadas com o chá revelação, com o chá de fralda, com o enxoval [...] estão preocupadas até o parto. Do puerpério ninguém fala, né? Com o puerpério ninguém está preocupado, a amamentação elas acham que está tudo dominado, né? Basta ter um peito, o bebê vem com o reflexo de sucção e está ok. Ninguém se prepara mesmo, ninguém questiona o desejo de ser mãe, ninguém se trabalha, né? E aí quando vê... Aconteceu isso comigo, né? Quando vê, já está com o bebê nos braços, aí [...] tem que correr atrás do prejuízo.

Ao falar sobre o silêncio predominante na sociedade sobre o puerpério, Camélia menciona o “pacto do silêncio”. Ela comenta que se a realidade “nua e crua” do puerpério fosse

debatida, muitas mulheres desistiriam da maternidade. “Vai colocar a reprodução da espécie em risco!”, enfatiza.

Para chamar a atenção das mulheres para o puerpério, Camélia antes era mais enfática e conta que certa vez foi convidada a participar de um grupo de trabalho de enfermeiras obstetras e doulas, chamado “chá de parto”, para falar sobre a depressão pós-parto; no entanto, ela notou que, no dia que iria falar desse tema, das 35 mulheres gestantes que faziam parte do grupo somente oito apareceram.

Por quê? Porque ninguém quer falar do Lado B, ninguém quer falar do lado ruim da história, né? Todo mundo prefere negar, quer só ficar no mundo cor-de-rosa. Mas aí eu fui aprendendo que é porque eu falo da depressão pós-parto. Assusta. Aí comecei a mudar e comecei a falar dos adoecimentos psíquicos no puerpério... melhorou um pouco. Agora eu já falo: Vamos falar do puerpério! Aí a adesão é maior.

Camélia possui dezoito anos de experiência com esse tema. Além do pré-natal, também desenvolve um trabalho que ela chama de “pós-natal psicológico”, no qual atende, além das outras nuances já mencionadas, mulheres que estão com os filhos na UTI neonatal, que passaram por uma experiência de parto insatisfatória, que estão com dificuldades com a amamentação ou mulheres que perderam seus filhos após o parto. Ela observa que houve uma considerável mudança de comportamento das mulheres gestantes, pois percebe que hoje em dia muitas delas procuram se preparar para o puerpério antes mesmo de procurar o médico obstetra, mas pontua que ainda hoje a maioria das mulheres que chegam a seu consultório são puérperas já com depressão pós-parto.

Perguntei a ela o que considerava ser o puerpério e ela disse:

Nossa... (breve suspirada). Puerpério... Então, o puerpério para a psicologia é o contrário do que é para a medicina, né? Porque para a medicina o puerpério é até 40 dias após o parto, e depois eles chamam de pós-parto. A gente é o contrário, o pós-parto é aquele imediato, o puerpério ele pode durar até...no limite seria essa simbiose da mãe já estar mais resolvida, já tem uma relação ali entre dois seres, e não vendo como um só. Mas é um período adaptativo, muito intenso, um terreno muito fértil para crises. A mulher que nunca surtou na vida tem 25 vezes mais chances no puerpério. É um período extremamente problemático, é o maior de toda a vida da mulher, porque ela tem inúmeras mudanças hormonais.

Além dos hormônios, ela ressalta que, nesse período, a mulher muda de identidade e nunca mais será a mesma: “Há uma mudança irreversível no psiquismo humano”, ressalta.

Em seu entendimento, a depressão pós-parto não se trata da mãe que rejeita o filho, como é disseminado na nossa sociedade, mas é fruto de uma gama de fatores que causa o sentimento de decepção na mulher e pode ter início na própria gravidez. Ela diz que a maioria das gestações no Brasil não são planejadas, então a partir daí a mulher pode começar a acumular sentimentos negativos, como, por exemplo, se somada a alguma intercorrência durante a gestação, uma insatisfação com a via de parto que teve ou até mesmo se foi vítima de alguma violência obstétrica, decepção com a amamentação somada a uma autocobrança, decepção na volta ao trabalho, decepção com o companheiro, com a mãe, com familiares e até consigo mesma. Ela diz que raramente a mulher se decepciona com o bebê, mas que ele é um catalizador para todas essas questões virem à tona: “É aí que estão os não ditos”, ela exalta.

Os hormônios têm seu papel, como já mencionado, porém, na depressão pós-parto, ela compreende que eles são usados com um significado muito generalizado e pensa ser esta uma visão “muito reducionista” para um fenômeno tão complexo como ter um filho.

Eu comecei a extrapolar as fronteiras da minha tese quando comecei a questionar isso. Se o problema é com os hormônios, por que que então a depressão pós-parto não é em 100% das mulheres? Porque todas vão perder a placenta, todas vão ter um problema hormonal. Por que que as índias não têm depressão pós-parto se elas também perdem a placenta, se também há uma queda dos hormônios? Então eu fui vendo que era muito mais uma questão cultural, psicossocial, histórica do que hormonal.

Os “pitacos” também surgem como um fator que desencadeia sentimento de culpa na mulher puérpera. Ela conta que certa vez ouviu uma pessoa dizer que a “birra” do bebê estava associada ao parto cesáreo, pois, de acordo com o entendimento da pessoa, a criança não pôde escolher o momento de nascer e por isso passou a fazer “birras”.

Então é muito especialista que faz com que as mães fiquem angustiadíssimas. Eu já tive paciente que falou assim: “Olha, eu fui ficando tão desesperada, era tanta dica, era tanta gente falando tanta coisa, que teve um dia que eu deletei tudo quanto era grupo de mãe em que eu estava, eu fechei todos os livros e disse: “Agora eu vou ser a mãe que eu dou conta de ser.” E essa é uma dimensão que eu trabalho também no pré-natal psicológico que é muito importante, eu falo que é a maternidade possível, porque a gente quer a maternidade impossível, a idealizada.

Camélia deixa bem evidente em toda a entrevista que sua premissa fundamental é a *maternidade possível*, assim como a amamentação, o parto, os cuidados com o bebê, entre outros aspectos. Sendo assim, as mulheres passam a se exigir menos e começam a viver uma maternidade mais acessível, com menos culpa e frustrações. Ela conta que todas as mulheres com depressão pós-parto que participaram de sua pesquisa estavam no banco de leite com dificuldades na amamentação.

Amamentação a qualquer custo não cria vínculo, não, pelo contrário, cria rejeição, né? O bebê chora, a mãe arrepia, fecha o olho, ela não quer nem ver. Porque aí é um estímulo emparelhado, de dor e o choro do bebê. Então a amamentação também tem uma visão romantizada, assim com a maternidade. [...] Ok, ela estimula o vínculo quando ela é saudável. Então eu não defendo a amamentação a qualquer preço.

A psicóloga conta que seu enfoque é sempre nas mulheres, pois na maioria dos pré-natais, segundo ela, o cuidado direcionado às mães é geralmente visando ao bebê que está sendo gerado. “Ninguém pergunta se ela está feliz, se ela está bem, se ela está com medo. Não perguntam nem o que ela quer, todo mundo já vai dizendo: “Mãezinha, você tem que amamentar [...] Quando nasce, então, coitada, aí ela é a mãe do fulano.”

Por fim, ela considera que a rede de apoio é um fator de proteção para a mulher no puerpério, isto é, ela não impede os fatores de risco, mas minimiza seus impactos. Segundo Camélia, as mulheres nos dias de hoje não aceitam ajuda, pois querem dar conta de tudo sozinhas, mas acabam percebendo que isso não é possível. E enfatiza que a rede de apoio não é cuidar do bebê, e sim ajudar nos afazeres domésticos na casa da mulher puérpera, é olhar o bebê para ela poder tomar banho, usar o banheiro, ir ao banco etc.

MARGARIDA – O aqui e o agora

Margarida é arteterapeuta, doula, educadora perinatal, é mãe de seis filhos (incluindo uma perda gestacional) e é coordenadora de uma roda de gestantes em um hospital público de Brasília e de outra em uma casa particular de apoio a gestantes. Margarida é formada em administração de empresas e diz que sua empresa foi sua família, pois conta que sempre se dedicou muito a ela e aos cuidados com os cinco filhos. Ela é a mais velha entre seus irmãos, então acompanhou as gestações da sua mãe e diz que a palavra “pós-parto” já fazia parte de sua vida desde então.

Em 1993, na sua segunda gestação, após a perda gestacional, Margarida desejava ter um parto normal, desse modo passou a frequentar grupos de apoio à gestante, contou com o apoio de uma terapeuta corporal – que teve sua formação com uma das doulas precursoras no Brasil –, aprendeu a fazer massagem nos bebês e a cantar para eles, fez exercícios de preparação para o parto, e da forma aconteceu em todas as demais gestações. Ela diz que a presença da terapeuta corporal foi fundamental, pois, além da preparação na gestação, ela dava dicas importantes para o parto, como levar uma música especial, não deixar o médico “apertar a barriga”, entre outras orientações.

Em 2008 se formou como arteterapeuta e, para finalizar o curso, apresentou um trabalho com arteterapia já voltado para mulheres gestantes e casais grávidos. Dessa forma, começou a direcionar seu trabalho para esse público e, em 2013, quando se formou como doula, começou a trabalhar acompanhando mulheres na gestação, no parto e até 40 dias após o parto. Depois destes 40 dias, Margarida conta que montou um grupo no Whatsapp para acompanhá-las, e por um bom tempo continuavam se encontrando na sala comercial onde ela faz seus atendimentos. Passados mais ou menos dois anos, os encontros foram diminuindo até que hoje somente o grupo de Whatsapp se manteve.

Margarida conta que antigamente as mulheres achavam que a puérpera deveria ficar em casa por 40 dias, não podia lavar a cabeça nem sair com o bebê, e o quarto tinha que ficar escuro. Segundo ela, muitos mitos foram criados sobre o puerpério e ainda hoje são muito presentes em nossa sociedade, assim muitas mulheres precisam da permissão de outras pessoas para fazer as coisas sem medo, como por exemplo sair de casa com o recém-nascido ou dar uma volta. Outra dimensão que Margarida traz em sua fala diz respeito a tudo ser *uma questão de hospital*, ou seja, se a mulher tem algum problema, ela já vai direto ao hospital, pois não dispõe de uma rede de apoio que possa orientá-la de outra forma. Desse modo, ela diz que as mulheres ainda estão se acostumando com as consultoras em amamentação, com as doulas de puerpério e também com a equipe que assistiu o parto domiciliar, se este for o caso.

Nas rodas de gestação, o puerpério e a amamentação são temas de debate, mas, de acordo com ela, as mulheres não dão atenção, pois não estão vivendo ainda este momento, estão vivendo a gestação e ainda vão passar pelo parto. Com isso, quando as mulheres chegam ao puerpério, além de não terem se preparado para este momento, acham que o tema não foi falado nos encontros. Margarida disse que gosta de chamar a atenção das mulheres para o puerpério, mas acredita que deve haver muito cuidado ao falar sobre o tema e ao trazer questões para as mulheres irem pensando sobre seus próprios limites, pois cada mulher vai agir de um jeito, a

rede de apoio vai variar, as orientações e percepções das mulheres na gestação também variam, e todos esses fatores influenciam no puerpério.

Ela conta que realizou um fechamento de parto para uma psicóloga que achou que, após o nascimento do filho, tudo iria ficar bem, pois os problemas da gestação seriam solucionados, mas, quando seu filho nasceu, ela viu que na realidade outros desafios viriam e percebeu que as mulheres realmente não escutam sobre o puerpério, pois até ela, uma psicóloga que já sabia que a maternidade não é como dizem ser, se surpreendeu quando foi sua vez.

Margarida apoia as mulheres gestantes na elaboração de um Plano de pós-parto para organizar a dinâmica de cuidados com essa mulher, ou seja, definir previamente quem vai cuidar da alimentação, das roupas, da logística da casa para que a mulher possa cuidar do bebê e estabelecer um vínculo com ele.

O puerpério, segundo Margarida, é um momento em que a mulher passa por diversos aprendizados:

Eu sempre falo, a mulher se torna mais verdadeira no puerpério do que em qualquer outra fase da vida dela, porque ali é aquele momento em que ela percebe que, se ela não colocar os limites, ela vai dançar, né? [...] Ali nesse momento é o momento em que ela está sendo mais ela do que nunca. Porque em todos os outros ambientes a gente tem que acabar se enquadrando para ficar bonitinha, dentro da caixinha para a sociedade ver. Então eu sou aquela menininha bonitinha que estuda, que trabalha, que bate o ponto todo dia na hora e tal. Daí vem o filho, aí o filho fica doente e eu não consigo chegar na hora no trabalho, não consigo resolver as coisas [...] Desse jeito, aí você começa a ter que negociar. E a vida é uma negociação, o tempo inteiro. Então você vai ter que aprender a se posicionar, aprender a se colocar, a dizer o que você gosta e o que você não gosta.

Além de aprender a colocar seus próprios limites, Margarida diz que as mulheres com a “natureza mais proativa” têm que aprender também a receber cuidados e a delegar o cuidado com os filhos para o pai das crianças, pois estão acostumadas a resolver tudo. “Então os homens são absolutamente passivos justamente por nossa culpa, nossa criação, que a gente cria o menino sem fazer nada, e a menina passa roupa, cozinha, lava. E essa criação que existe no Brasil, a gente sem saber vai repetindo essa cultura.”

Além de aprender a receber cuidados, Margarida também acredita ser necessário a mulher aprender a ser mais tolerante com algumas questões que muitas vezes são passageiras. Ela conta de uma mulher que estava recebendo ajuda, mas as coisas não estavam ficando da forma como ela desejava na arrumação de sua casa, então Margarida disse para ela: “Olha, está

desorganizado em que sentido? Não está no lugar que você gostaria de estar, que estivessem as coisas, mas te garanto que não está no meio da casa para você tropeçar e cair.”

Um dos assuntos que Margarida tem enfatizado com as gestantes diz respeito à licença-maternidade. Ela conta que as mulheres hoje em dia trabalham até o último dia anterior à licença e não se dão conta de que os dias que antecedem o parto são fundamentais para a mulher se preparar não só para o parto efetivamente, mas também para ter um puerpério mais tranquilo. Desse modo, acredita que o ideal seria a licença-maternidade começar quando a mulher completasse 36 semanas de gestação, pois diz que justamente nas duas semanas anteriores ao parto é comum surgir hipertensão ou diabetes gestacional na mulher.

Na visão de Margarida, o puerpério é um momento de imersão e comenta que, ao mesmo tempo em que é solitário, pode também ser solidário, mas apesar dos apoios, ainda é um momento da mulher com o bebê, o que acaba tornando naturalmente solitário.

Uma mulher fica horas e horas amamentando aquele bebê. [...] É um momento de muito contato com essas sombras, porque ali vem muitas coisas, muitos pensamentos, muitas raivas que você se pergunta: “nossa porque que eu estou aqui?”, “por que que eu sou mãe agora?”, “por que que eu quis isso?” aí pensa na questão com a mãe, pensa na questão com o marido, pensa na questão profissional. Ela vai entrando em contato com a vida dela de uma forma geral, e muitas mulheres não conseguem lidar com isso. Então por isso as vezes é um processo tão doloroso e difícil.

Hoje, trabalhando com mulheres durante todo o ciclo gravídico-puerperal, Margarida enxerga o puerpério como um momento muito bonito:

um momento de outono, onde as minhas folhas caem, vem o inverno, que é hibernar com aquele bebê e depois vem a primavera, né? Eu entendo muito assim, dos ciclos da própria Terra, esse movimento. Porque é isso mesmo, eu vou me despir de tudo, desconstruir muitas coisas que eu tinha na minha cabeça, que eu tinha que ser uma mãe assim, uma mãe assado, a melhor mãe do planeta, que eu não vou dar chupeta, que eu só vou amamentar, aí as vezes começam umas desconstruções que é dolorido, as vezes você dá uma chupeta que você condenou a vida inteira [...]. Você tem que conhecer um ser que não fala, ele não vem com bula, ele não fala, ele se expressa corporalmente [...]. Então é uma imersão mesmo, porque assim, só você estando ali no dia a dia com o seu bebê, cuidando dele que dali um mês você diz assim “tá, já posso ter outro, porque esse aqui já conheço todo” [...] depois disso tudo floresce, no sentido de que “agora faço tudo com meu filho”.

Ela diz que muitas pessoas perguntam a ela como deu conta de cuidar de cinco filhos, e ela responde que as vezes quando estamos no turbilhão de coisas, não conseguimos enxergar adiante, mas enfatiza que tudo se ajeita com o tempo e a “vida segue”, como ela diz. Margarida

gosta de compartilhar esse lado positivo da maternidade, pois entende que os filhos vêm para somar na vida das mulheres. Ela enxerga como um momento que a mulher se torna mais criativa em tudo porque tem que dar um jeito nas situações que vão surgindo. Nesse sentido, ela diz que diversas mulheres que atendeu mudaram de emprego para trabalhar com coisas que pudessem deixá-las mais próximas de seus filhos e ter tempo para eles.

Margarida diz que o puerpério termina quando a mulher se *encontra novamente*, pois, no movimento da maternidade, quando a mulher passa a enxergar somente as necessidades do filho, acaba se esquecendo de si própria. Ela contou uma história pessoal de uma vez que foi viajar com os cinco filhos e o marido e, quando chegou ao destino, percebeu que havia levado todas as coisas da família, exceto as coisas dela. Nesse momento ela percebeu o quanto estava focada nos filhos e o quanto tinha se deixado de lado. “Eu percebi o quanto a gente se perde nesse caminho, a gente se perde enquanto mulher”, ela afirma.

As falas de Margarida são muito interessantes e poéticas muitas vezes. Ela criou diversas metáforas incríveis que me fizeram ter vontade de transcrever sua entrevista e colocá-la aqui por inteiro, infelizmente isso não é possível. No entanto, ela tem uma fala em determinado momento, que, na minha opinião, descreve de uma forma muito original o que se passa no puerpério:

O puerpério ele te traz para o hoje. Você não tem como pensar no amanhã. Ele te traz muito para o momento presente, por isso que talvez a gente se perca um pouco nesse processo. Porque ele é tão presente que você não lembra de, sei lá, da mulher que você era, da profissional que você é, da filha que você é, porque você tem tanto que cuidar aqui do bebê (aponta para o colo), o teu olhar que antes era para frente ele passa a ser para baixo, o tempo todo. Então é a amamentação, é o banho, é o carrinho, é olhar o bebê para ver se ele está ali. Você pouco levanta seus olhos para o horizonte de novo, né? E aí nisso é fácil de você se perder. Então eu penso muito nisso também, nesse puerpério que traz para o presente. O aqui e o agora.

A amamentação, segundo Margarida, é um momento em que as mulheres criam um vínculo com seus filhos, independente da forma, seja por meio do peito, ou por meio da mamadeira. Ela acredita que o contato da mãe com o filho, através do olhar, da atenção naquele momento, do tato, e a entrega emocional são os elementos mais importantes na criação de carinho e afeto pelo bebê. Margarida diz que os bebês são sensíveis e percebem tudo o que a mãe está sentindo, então algumas doenças podem surgir como uma somatização das emoções da mãe.

Como Margarida é coordenadora de duas rodas de gestantes, e em uma delas eu pude participar algumas vezes, pensei ser interessante fazer umas perguntas mais direcionadas a esse trabalho que ela faz. A roda de que participei acontece em um hospital público de Brasília, às sextas-feiras, e tem uma duração média de três horas. Margarida facilita as discussões que acontecem, com temas variados a cada encontro, e estudantes de enfermagem participam auxiliando-a.

Quando perguntei sobre o que ela achava da roda, se havia adesão de mulheres gestantes e se as discussões eram produtivas, ela afirmou a importância das rodas de gestantes no geral, pois muitas mulheres vão em busca de apoio que às vezes não conseguem obter com as pessoas próximas, muitas vão buscar orientações, outras vão com intenção de ter um parto normal depois de ter uma cesárea. A troca de informações é a parte mais essencial, segundo ela, pois cada gestação, cada pessoa vai ter uma história diferente, um parto diferente. Desse modo, ela sugere inclusive que as estudantes de enfermagem que auxiliam nos encontros não deem aulas, mas sim que seja criado um espaço de diálogo.

Cada um deve colocar aquilo que está sentindo. Pode ter até um tema a roda, mas essa costura e esses retalhos vão sendo construídos a partir do que cada um trazer, e não a partir do que eu vi e apresentei lá no *power point*, né? Porque uma roda de conversa parte do pressuposto que todos falam, todos se comunicam, e não fica lá prestando atenção, né? [...] E a gente prestar mais atenção nisso e trazer mais para a roda o ser humano que existe em você, a partir das suas histórias pessoais, das suas experiências. Porque mesmo que você não tenha tido um bebê ainda, por exemplo, primeiro você nasceu, segundo o nascimento faz parte da vida da gente, então a gente sempre conhece um amigo que teve, um primo, um irmão, uma tia, que teve um bebê.

Assim, Margarida finaliza dizendo que pediu para as estudantes buscarem suas próprias histórias de nascimento, pois é isso que ela deseja que elas levem para a roda, deixando os saberes acadêmicos e profissionais de fundo e respeitando a individualidade de cada mulher.

Podemos perceber que todas essas profissionais, à exceção de Margarida, começaram a trabalhar com mulheres puérperas depois de terem passado elas mesmas pelo puerpério e de terem percebido que ninguém falava sobre este período. Dessa forma, comecei a me questionar sobre o porquê desse silêncio, e comecei a refletir sobre aquilo que Badinter escreveu quanto ao fato de o instinto materno ser um mito criado com o objetivo de definir o lugar da mulher na sociedade, fazendo uma estreita ligação entre mulher e natureza.

É perceptível que os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres estão historicamente entremeados a interesses políticos, econômicos e religiosos. Dado que ainda vivemos em uma sociedade patriarcal e estruturalmente machista, foi e continua sendo um desafio para as mulheres se libertarem das amarras criadas sobre suas existências. As imagens que eu trouxe da *internet* (capítulo 1) mostram exatamente como as pessoas são influenciadas, em pleno século XXI, por uma ideia de maternidade romantizada, com fotos que sugerem que não há com o que se preocupar após o nascimento dos filhos; parece se tratar de uma concepção de maternidade inata, pela qual a mulher instintivamente saberá como lidar com seus próprios filhos, além da ênfase no consumo, fazendo com que as mulheres vivam no “mundo exterior”, como diz Camélia. Penso que não falar sobre o puerpério é, entre tantas outras possibilidades, ainda uma consequência dessa configuração na qual a subjetividade de mulheres de camadas médias urbanas se configurou, isto é, não há o que falar sobre o puerpério, uma vez que todas as mulheres saberão como ser mães, e falar sobre tristeza não cabe em um momento de suposta felicidade.

Essas profissionais que atendem gestantes e puérperas estão fazendo justamente o trabalho de ajudar a desessencializar essa maternidade, de alertar as mulheres para uma maternidade que não tem nada de inata, mas que é algo construído e aprendido com o tempo, de mostrar que existem sim muitas transformações na maternidade, desde o psiquismo da mulher até as mudanças no corpo, nas relações sociais, mas que nada nesse processo precisa ser doloroso e sofrido, se estas mulheres compreenderem todas as transformações pelas quais estão passando, além de receberem o apoio necessário.

Dessa forma, podemos notar nas entrevistas que as profissionais estão afirmando que temas como puerpério, amamentação, *baby blues*, depressão pós-parto e rede de apoio, quando se tornam “não ditos”, podem gerar uma maternidade inicialmente *infeliz* e até mesmo causar sérios danos, tanto na mãe quanto no bebê.

Sobre o puerpério, me parece que minhas interlocutoras estão alinhadas ao que a psicóloga argentina Laura Gutman (2016) escreve em seu livro “A maternidade e o encontro com a própria sombra”. Gutman parte da perspectiva de Carl Jung, que compreende o puerpério como esse período em que a mãe e o bebê estão em uma relação de fusão emocional ou simbiose. Desse modo, esse período dura, segundo a autora, até uns dois anos de vida da criança, quando ela começa a se identificar enquanto um ser à parte. Mas, antes que isso aconteça, a mãe e o bebê são vistos como um só ser, e todas as emoções que a mãe sente o bebê também sente. Segundo a autora, a mulher, ao ter sentimento de tristeza ou preocupação, pode projetá-

lo no filho, causando-lhe algum mal-estar, assim ela sugere que as mães passem a se perguntar o que está acontecendo com elas mesmas, ao invés de procurar o problema no bebê. Por isso ela diz do encontro com a própria sombra, como aparece no título, pois, ao buscar entender o que se passa com ela mesma, a mulher experimenta um processo de autoconhecimento.

Nas entrevistas, podemos ver que existem diversos pontos em comum com essa ideia da autora, no entanto, nos círculos da humanização e da maternidade ativa existem diversas críticas a ela, uma vez que muitas mulheres sentem que há uma imposição para a mulher mãe ficar sempre bem e feliz a fim de que seus filhos fiquem bem. Violeta relata que sempre recomenda a leitura do livro de L. Gutman para as mulheres apenas algum tempo após o parto, pois muitas mulheres, já angustiadas nesse período, quando leem se sentem ainda mais culpadas por pensar que os choros ou dores dos filhos são consequência direta de seus sentimentos. Além de que o tempo de duração do puerpério para as entrevistadas varia muito de acordo com cada dupla, e essa fusão emocional é também relacionada aos hormônios, como nos mostra a fala de Jasmin sobre mulheres que amamentam por tempos mais prolongados, quando os hormônios continuam atuando.

Uma fala de Margarida me chamou bastante atenção, quando ela diz que foram criados muitos *mitos* na nossa sociedade sobre o puerpério e que até hoje se fazem presentes. Um deles é sobre o fato de que as mulheres mães, quando precisam de ajuda, se dirigem prontamente a um hospital, e não contam com o apoio das doulas. Assim, pensei sobre as disputas entre os paradigmas na assistência à mulher, pois muitas sugestões que as doulas dão para as mulheres no ciclo gravídico-puerperal divergem da forma como os médicos concebem a saúde e o bem-estar da mulher. Nesse sentido, Tempesta (2018) considera que as doulas alinhadas à Medicina Baseada em Evidências (MBE) não deixam de estar submetidas ao campo simbólico da ciência:

Mas o recurso à fisiologia, com destaque para os hormônios (especialmente a ocitocina), e aos “instintos” femininos me parece uma estratégia discursiva original para legitimar, em meio a um campo de disputas simbólicas, políticas e institucionais, um modo de pensar e agir diferenciado, marcadamente relacional (fundamentado no conceito de empatia/conexão/vinculamento) e holístico [...] (Tempesta, 2018, p.56)

Dessa forma, as doulas parecem estar agenciando esse discurso homogeneizador, visando ao protagonismo da mulher em todos os aspectos de suas vidas, agregando as diferenças inerentes a cada experiência e valorizando as relações pessoais respeitadas.

A amamentação foi um tema que teve grande destaque nas entrevistas. Mas, antes de tratar dele, devo fazer uma ressalva sobre o fato de o aleitamento materno, no Brasil, ter sido assumido pelas mulheres brancas de classes mais altas somente no final do século XIX, a partir da campanha levada a cabo pelos médicos higienistas, que insistiam para que as mulheres brancas passassem a amamentar seus próprios filhos, ao invés de deixá-los aos cuidados das amas de leite (inicialmente negras, depois imigrantes brancas). Eles alegavam que o hábito de amamentar os próprios filhos (brancos) seria mais saudável, tendo em vista as epidemias que assolavam o país, surgindo então a figura da “mãe higiênica” (Koutsoukos, 2009). Nesse sentido, os médicos usavam a retórica de que a amamentação era fruto do amor materno, ou ainda “o impulso mais sublime e generoso que emana do instinto da reprodução, e existe em todo o coração bem formado” (Celso Reis, 1882, p.15 *apud* Koutsoukos, 2009). Assim se modificou o cenário da maternidade no país, sendo que atividades como a amamentação passaram a ser percebidas como inerentes à “natureza feminina”.

O aspecto que surgiu nas minhas entrevistas sobre a amamentação diz respeito às dificuldades das mulheres de camadas médias urbanas nesse processo. Por ser algo que não é inato, as mulheres, ao amamentarem pela primeira vez, especialmente se não tiverem tido contato com informações específicas, se deparam com desafios nunca antes imaginados. É necessário aprender, tanto a mãe quanto o bebê, o que as doulas chamam de “pega correta”, ou seja, o bebê deve abocanhar o seio de forma que, ao sugar, não crie feridas nos seios da mãe. Dessa forma, se as mulheres não compreendem que amamentar se trata de algo que se aprende e que ninguém é “anormal” por não saber, podem experimentar sofrimento intenso e até mesmo uma depressão, como Camélia nos mostrou.

Outra dimensão importante em relação à amamentação diz respeito à ideia de que o aleitamento materno gera um vínculo afetivo ímpar entre mãe e bebê. Pudemos ver que, no trabalho de Pulhez (2015), as mulheres “mamíferas” defendem a amamentação como geradora de vínculo entre a dupla. No entanto, deve-se levar em conta as diversas nuances existentes nesse processo, assim como minhas entrevistadas apontaram. Todas elas enfatizaram que a amamentação pode sim gerar vínculo com o bebê, mas, se as mulheres passam a ter dificuldades ou criar bloqueios em relação à amamentação, que se desdobram em possíveis doenças, amamentar já não é algo positivo.

Como bem relatou Silva (2016), a amamentação se apresenta em dois cenários “fortes e coexistentes”: de um lado o incentivo ao aleitamento materno, e do outro a pressão pela introdução de leites artificiais. Gretel Echazú e Bibiana Marton (2010) demonstram como há

uma promoção compulsiva da amamentação por parte dos médicos, de forma às vezes violenta e coercitiva, como aparece explicitamente no relato de Rosa.

Assim, também a amamentação pode surgir como uma forma de pressão sobre as mulheres, quando não se leva em consideração, por exemplo, que a mulher tem que voltar ao trabalho, que ela tem alguma questão no seio que dificulta a amamentação, que tem alguma deficiência ou doença crônica. As doulas assumem o papel de ampliar o horizonte dessa experiência, isto é, por um lado, quando as mulheres se veem pressionadas a introduzir o leite artificial, as doulas as ajudam a compreender que o leite materno alimenta, sim, os filhos – como podemos ver na fala de Violeta, quando uma de suas clientes acha que não é o seu leite que está alimentando o filho, e sim o leite artificial; por outro lado, se as mulheres estão com muitas dificuldades na amamentação, desenvolvendo algum tipo de trauma, as doulas apoiam essas mulheres a fazerem a transição para o leite artificial, uma vez que percebem como prejudicial a insistência em algo que não está de fato ajudando a dupla.

Além da amamentação, as expressões *baby blues* e depressão pós-parto apareceram bastante nas entrevistas.

O *baby blues* foi considerado por todas as profissionais entrevistadas como um período constitutivo do puerpério, que está associado aos hormônios. Durante a gestação, o corpo das mulheres passa a produzir uma alta quantidade de hormônios e, quando o bebê nasce, há uma queda deles, portanto podem surgir alguns sintomas neste momento, como por exemplo tristeza, melancolia, choro, irritação. O *baby blues* dura em média 15 dias; depois desse período, as profissionais consideram que, se a mulher continuar tendo esses sentimentos ou perceber que eles estão ficando cada vez mais intensos, pode estar sofrendo de depressão pós-parto.

A depressão pós-parto é um assunto que tem muita repercussão na mídia. Silva (2016) e Cronemberger (2019) mencionaram em seus trabalhos a pesquisa *Nascer no Brasil*, que mostra o dado de que 25% das mulheres puérperas apresentam sintomas de depressão pós-parto, um número que gerou incômodo na sociedade. Se buscarmos na internet informações sobre o termo “depressão pós-parto”, veremos que surgem inúmeras páginas que tratam do tema.

Em 2018 saiu uma reportagem em uma revista de grande circulação no país com o seguinte título: “Uma luz na escuridão”, que informava sobre um medicamento aprovado pelas agências de saúde dos Estados Unidos e da Europa, desenvolvido especificamente para tratar a depressão pós-parto (“Uma luz na escuridão”, publicada na revista *Veja* em 28 de agosto de 2018). Em uma parte da notícia estava escrito: “Uma das principais hipóteses para as causas da depressão pós-parto é a gangorra nos níveis dos hormônios no organismo feminino.” Desse

modo, os médicos explicam que existe um aumento de uma substância no corpo da mulher gestante, que tem relação direta com um neurotransmissor que tem efeito calmante no organismo. Quando o bebê nasce, eles dizem que há uma queda desta substância e as mulheres não se adaptam a essa mudança abrupta. Assim, as mulheres têm instabilidade emocional e podem desencadear uma depressão pós-parto.

A reportagem diz dos efeitos do remédio, que, diferentemente dos antidepressivos que já existem no mercado, produz efeito mais rápido, em apenas 48 horas. Em mulheres que foram consideradas com depressão “mais severa”, os sintomas ainda persistiam, mas segundo eles o que antes era impossível nos cuidados com os filhos passou a ser mais fácil. No entanto, os efeitos colaterais descritos foram sonolência e tontura, além do fato de que as mulheres tiveram que interromper a amamentação.

Podemos perceber, portanto, que a depressão pós-parto divulgada pela grande mídia é um problema de saúde associado sobretudo ao aspecto fisiológico, que pode ser resolvido com um simples medicamento. Mas são deixados de lado os aspectos sociais, culturais e históricos que, como mostra Camélia, influenciam a depressão pós-parto. Além disso, podemos observar que há contradições na própria divulgação, pois, uma vez que um dos efeitos colaterais possíveis é a sonolência, me pergunto como isso seja positivo para uma mulher que precisa estar atenta aos cuidados com o filho, caso não tenha ninguém para apoiá-la neste momento. Como se diz, “apaga-se um fogo, acende-se uma lareira”.

Nesse sentido, considero o trabalho de Lorena Cronemberger (2019) essencial para rompermos com essa visão única da biomedicina sobre as *experiências* de cada mulher, desconsiderando suas narrativas individuais e subjetivas. Por sua vez, Camélia, ao reforçar que a depressão pós-parto não se refere única e exclusivamente aos hormônios, é enfática ao dizer que a maioria das gestações no Brasil não são planejadas, portanto já na gestação as mulheres podem começar a acumular um sentimento de *decepção*. Este é um dado que apareceu na citada pesquisa *Nascer no Brasil*, que mostra que 55,4% das mulheres não tinham planejado a gestação. Outro dado relevante que essa pesquisa mostra é que, de um total de 24 mil mulheres, 29,9% não tinham o desejo de serem mães em momento nenhum da vida, e um número alto 25,5% (Leal; Gama, 2015) dentre aquelas que haviam acabado de parir não desejava aquela gestação naquele momento. Ver esses dados me faz pensar que a maternidade, apesar de mascarada como uma escolha, devido à existência de métodos contraceptivos, ainda é de fato compulsória.

É preciso levar em conta as relações de poder e as desigualdades estruturais. Recentemente, a comunidade “Militância Materna” no *Facebook* fez uma postagem que traz diversos elementos reveladores dessas relações desiguais incrustadas na ideia de “escolha pela maternidade”: nenhum dos métodos contraceptivos têm 100% de eficácia; a maioria dos métodos são criados para mulheres e não para homens, sendo que alguns contraceptivos não são de fácil adaptação (como por exemplo as pílulas anticoncepcionais, que carregam uma alta quantidade de hormônios); e o uso da camisinha, o qual é sempre um desafio para as mulheres, pois muitos homens tiram a camisinha no meio do ato sexual sem o consentimento prévio da mulher (*stealth*). A postagem converge com aquilo que L. Scavone pontuou há algum tempo:

[...] apesar das inúmeras mudanças ocorridas na situação social das mulheres, a realização da maternidade ainda compromete consideravelmente as mulheres e revela uma face importante da lógica da razão androcêntrica. Com toda a certeza, a maternidade ainda separa as mulheres socialmente dos homens e pode até legitimar, em determinados contextos, a dominação masculina. Esta constatação, bem como os impactos das TR à saúde das mulheres, talvez sejam as contribuições mais importantes do feminismo aos estudos científicos sobre a maternidade. Exercício de não passividade diante das facilidades tecnológicas e de dúvida sobre as possibilidades mágicas de solucionar problemas reprodutivos. (Scavone, 2001, p. 150)

Por fim, é preciso citar as leis antiaborto, que reforçam o pressuposto cultural da maternidade compulsória. Percebe-se, assim, que a maternidade compulsória surge como um dos fatores que compõem uma experiência que pode desencadear sentimentos negativos na mulher que se torna mãe, os quais podem vir a se transformar em doenças mais ou menos graves. Nesse sentido, se faz necessário ampliar os debates sobre esse aspecto, de forma que a mulher que engravidou sem planejar ou desejar não seja julgada, mas sim acolhida e respeitada.

Acolhimento e respeito são justamente as atitudes que se espera de pessoas próximas da mulher que acabou de ter um bebê, e, como vimos, minhas interlocutoras enfatizaram que é a rede de apoio que deve cumprir essa função. Então passemos a ela.

CAPÍTULO 3 - Rede de apoio: acolher sem julgar

Quando comecei a participar das rodas de gestantes, percebi na fala das profissionais que facilitavam os encontros (doulas e enfermeiras) que a rede de apoio era uma peça essencial na vida de uma mulher que se torna mãe. Comecei a pensar no meu próprio puerpério e percebi que, apesar de os meus amigos mais próximos terem se afastado inicialmente, contei com o apoio do pai e das avós do meu filho, e constatei que ter a presença dessas pessoas na minha vida foi muito importante para passar por um momento tão delicado quanto este. Ainda assim, não pude deixar de estranhar essa categoria, e me perguntar o que exatamente seria essa rede de apoio. Categorias como cuidado, solidão materna e invisibilidade materna emergiram desta reflexão.

Primeiramente, seguindo a sugestão de minha orientadora, penso ser necessário mirar o passado para compreender o que se passa nos dias de hoje em relação a essa rede de cuidados. Como já apresentado, no século XIX as mulheres brancas deixavam seus filhos para serem cuidados por amas de leite ou “mães pretas” (Koutsoukos, 2009). Dessa forma, as mães biológicas tinham esse “apoio” das amas em relação aos seus filhos. Da metade do século XIX em diante, as amas de leite foram sendo substituídas pelas “amas secas” ou “babás”, um emprego geralmente mal remunerado e não regulamentado (Segato, 2006).

A partir do século XX, com o ingresso massivo de mulheres no mercado de trabalho e com o desenvolvimento das indústrias produtoras de leites artificiais e utensílios como mamadeira, associados à descoberta do processo de pasteurização do leite, esterilização de objetos, expansão das noções de higiene e refrigeração (Castilho et al. 2007, p.1408), observamos uma considerável diminuição no aleitamento materno. Tais tecnologias foram sendo incorporadas por mulheres das camadas médias urbanas com o objetivo de otimizar o tempo gasto com os cuidados com os filhos. Ficava cada vez mais difícil obter apoio de forma não remunerada ou sub-remunerada, mas essas mulheres também podiam recorrer a babás, uma profissão que até hoje aguarda regulamentação específica.

Podemos notar, portanto, que, desde as amas de leite (mulheres negras escravizadas) até as babás do século XX, as mulheres brancas da elite sempre puderam contar com a participação de outras mulheres nos cuidados e na criação de seus filhos, além de um pacote tecnológico (leite artificial, mamadeira, chupeta, fralda descartável etc.) que prometia facilitar o trabalho do cuidado.

Conforme Almeida (1986) nos mostrou, as mulheres dos anos 1950 tinham como referência de experiência materna as suas próprias mães, tias, primas, irmãs mais velhas. Porém, a partir dos anos 1980, com a tentativa de romper com esse padrão de maternidade, pautados na hierarquia entre homens e mulheres, como vimos a respeito do *casal grávido*, a família extensa passou a ser afastada e a maternidade passou a ser pensada como algo pertinente somente à família nuclear.

Quando Salem nos mostra que o pós-parto é um momento de crise na ideologia igualitária do casal grávido, e a mulher passa a precisar do apoio de outras pessoas da família para os cuidados com o bebê, recorrendo na maioria das vezes à sua própria mãe, nos revela dois aspectos importantes do puerpério: a necessidade fundamental de ter apoio de outras pessoas nesse momento e o fato de que esse apoio geralmente é oferecido por outras mulheres.

Alguns estudos sobre o cuidado mostram que esta atividade na maioria das vezes é realizada por mulheres (Cadoná e Strey, 2004; Molinier; 2003, Biroli, 2018), com consequências decisivas para a sua existência social.

Flavia Biroli (2018) faz uma importante contribuição em seu livro “Gênero e Desigualdades: limites da democracia no Brasil”, explicitando que o trabalho do cuidado está imerso em relações de gênero, classe e raça. Biroli compreende que o cuidado é parte do cotidiano e de relações de interdependência. No entanto, uma vez que os cuidados são na maioria das vezes realizados por mulheres e que a noção de autonomia faz parte do debate liberal sobre democracia, ela sugere que isso “pode servir para afastar do debate político o fato de que somos dependentes uns dos outros e de que é preciso tomar algumas decisões políticas para que as formas inevitáveis de dependência não causem prejuízo a quem se responsabiliza por elas” (Biroli, 2018, p.56). Dessa forma, ela constrói o argumento de que há também uma necessidade de ampliar as responsabilidades sociais de cuidado e buscar o equilíbrio entre garantias individuais, solidariedade social e responsabilidades coletivas e do Estado, isto é, levar em conta perspectivas diferentes das abordagens individualistas.

Esse é um tema que repercute em diversos âmbitos na vida das mulheres e que se liga com as profissionais que trabalham com puérperas. Diversas vezes eu ouvi falar em uma mercantilização do cuidado, uma vez que as mulheres não dispunham de uma rede de apoio espontânea e estavam pagando por uma. V. Zelizer nos ajuda a ampliar a reflexão a respeito dessa economia do *care*:

O objetivo não é, então, o de eliminar a intimidade das questões econômicas: o problema é criar combinações equitativas. Não se trata de se perguntar se o dinheiro corrompe ou não, mas, sobretudo, de analisar as combinações entre as atividades econômicas e as relações de *care* que dão lugar a situações mais felizes, mais justas e mais produtivas. Não é a combinação em si mesma que deve nos interessar, mas o modo como ela funciona. Se identificarmos mal as conexões causais, ocultaremos a origem das injustiças, dos danos e dos perigos. (Zelizer, 2010, p.386)

Assim, por um lado penso ser necessário, como Biroli afirma, ampliar as responsabilidades sociais de cuidado, para que este trabalho, que certamente necessita de energia, tempo, dinheiro e dedicação, não recaia exclusivamente sobre as mulheres, e por outro lado, sublinho a importância de rever as relações de cuidado (*care*), retirando-as da marginalidade econômica (Zelizer, 2010), a fim de que essas formas inevitáveis de dependência não permaneçam na invisibilidade e não continuem alimentando injustiças.

Rede de apoio é fundamental

Nos círculos em que se discutem parto e maternidade, ouvimos diversas vezes a frase: “Quando nasce um filho, nasce uma mãe”, no sentido de que a mulher aprende a ser quem ela nunca foi antes e sofre diversas transformações no corpo, na mente, nas relações. Mas como qualquer mudança na vida de uma pessoa, tornar-se mãe pode gerar inicialmente certos desconfortos, medos, inseguranças. Além do papel dos hormônios em todas essas transformações, existe também a trajetória pessoal da mulher, existem as relações familiares, o meio em que ela vive, as condições sociais e materiais, os sentimentos que essa mulher experimenta ao descobrir a própria gestação e o parto, que influenciam diretamente na experiência do puerpério. Cuidar de um bebê requer muita energia, tempo, dedicação e fazer isso sozinha se torna muito mais difícil, por isso o sofrimento pode fazer parte desse momento.

A partir da constatação de que a maternidade é um fenômeno socialmente construído, me parece que as mulheres que antes deixavam seus filhos com as amas de leite e, posteriormente, com as babás pularam essa etapa de aprender a “ser mãe”. Um trabalho que inspirou a seguinte linha de raciocínio apontada por minha orientadora foi o artigo de Rita Segato (2006), no qual a antropóloga discute a ausência das “babás” nos registros históricos e acadêmicos sobre a família e a maternidade no Brasil. Segato explicita o desdobramento da maternidade da mãe biológica na mãe de criação, ou “babá”, que sempre fez parte da constituição das famílias brancas burguesas, e a importância das babás na criação e educação

dos filhos das mulheres brancas, uma vez que eram uma das principais fontes de aprendizado e contato linguístico, cultural e social das crianças.

Face às novas configurações de maternidade e paternidade, nutrimos a hipótese de que, agora, as mulheres de camadas médias urbanas estão enfrentando os desafios desse processo de aprendizagem. E como vivemos em uma realidade em que o individualismo é a base das configurações sociais, como mostrou Salem (2007) – e como também apontou Rosa –, o surgimento das doulas de pós-parto e das psicólogas perinatais parece estar ocupando parcialmente esse lugar de amparo à maternidade que antes era ocupado, de outras formas e com outros significados, pelas amas ou babás. Mas agora essas profissionais não cuidam dos filhos das mulheres de camadas médias urbanas, e sim dão suporte emocional, afetivo, algumas vezes ajudam até nos afazeres da casa, e dão orientações às mulheres para que elas mesmas possam aprender esse novo papel de forma mais harmônica e menos caótica, a fim de que possam a criar seus filhos com menos culpa, menos sentimentos negativos e mais leveza.

Além disso, estas profissionais estão, a meu ver, em uma posição de amenizar a sensação de solidão das mulheres puérperas. Muitas vezes em campo percebi que a solidão materna era um tema que tinha certo destaque. Quando entrevistei Rosa, no mesmo dia ia acontecer o encontro do programa de atividades que ela conduz, então fui convidada para participar e ver de perto como funcionava. O tema da roda do dia era justamente a solidão materna. Uma das mulheres que estava participando falou que não queria abrir a roda de conversa porque só de ouvir o tema já começava a chorar. Todas as mulheres começaram a relatar seus sentimentos de solidão e uma delas disse: “A casa pode estar cheia, mas ninguém fala a sua língua, né?”, e essa frase me chamou atenção, pois uma vez li uma postagem em um blog de uma mulher que relatava a sua percepção da solidão materna (Nina Ribeiro, postada em *Mundo Ovo* em 1 de fevereiro de 2018).

A mulher contava que teve uma ampla rede de apoio e achou que não sentiria a “tal” da solidão materna, no entanto, quando seu filho nasceu, ela se deparou com esse sentimento. Ela relata uma situação em que estava com a casa cheia, as pessoas vez ou outra seguravam o bebê, mas ainda assim se sentia solitária. Percebeu que, apesar de ter muitas pessoas ao seu redor, quem se preocupava com o bebê e quem tinha que amamentá-lo era ela, o que consequentemente a retirava do fluxo das conversas, fazendo com que ela se sentisse isolada.

Penso que as pessoas que não estão inseridas na experiência da mulher mãe não se atentam a esses pequenos detalhes que fazem com que a mulher se sinta solitária; dessa forma, o programa idealizado por Rosa é uma forma de as mulheres conviverem com pessoas que estão

passando pela mesma situação, que se compreendem e se apoiam mutuamente. Uma mulher falou a seguinte frase: “Pra mim foi um presente esse programa, só de ouvir a Fulana falando, já me faz bem”.

A rede de apoio, portanto, pode ser ampla e não se reduz somente às profissionais. Minhas interlocutoras consideram que familiares, pessoas próximas ou não tão próximas, mas que apoiam a mulher e não a julgam, podem ser uma excelente rede de apoio.

É interessante trazer uma experiência que pude ver de perto, uma rede de apoio em pleno funcionamento formada por mulheres mães que se fortaleceram para que seus trabalhos artísticos fossem divulgados e expostos, com uma dupla necessidade aparente: a de tornar visível o trabalho de mulheres que também se tornam invisíveis na sociedade e a de escancarar uma maternidade que não é vista na televisão ou revistas, mas a maternidade vivida no dia a dia.

Matriz: um exemplo de rede de apoio entre mulheres mães

A exposição “Matriz” aconteceu no Museu Nacional da República, que fica na parte central do Plano Piloto de Brasília, um local de fácil acesso, no mês de novembro de 2019, e foi idealizada por Clarice Gonçalves, uma mulher artista, mãe e empreendedora que, depois de ter o primeiro filho, passou a projetar em sua arte todos os sentimentos ambivalentes em relação à maternidade. Ela começou a se questionar quanto ao lugar da mulher que se torna mãe no mundo das artes visuais e no mercado de trabalho.

Essa exposição, para mim, tem esse lugar de se reinventar, olhar o que sobrou e refletir sobre como voltar para o meio, como quebrar a maldição de artista depois que vira mãe [...] Porque é uma maldição que se autocumpre, os colecionadores param de comprar, porque muita gente compra por questão de investimento e, com a maternidade, que é um lugar de desafio, não se sabe o que vai sobrar da pessoa. O que acontece é que a maioria das mulheres acaba tendo que largar e mudar de profissão. Não há suporte para as mães e não se cobra nada dos pais.
(fonte:https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/diversao-e-arte/2019/10/09/interna_diversao_arte,795837/exposicao-matriz-de-clarice-goncalves-fala-sobre-a-maternidade.shtml)

A artista decidiu então expor essas obras como um convite à reflexão sobre essa maternidade que é tão invisibilizada e tão silenciada: a maternidade “real”. Além disso, a exposição trata sobre ancestralidade, pois a artista entende que a maternidade também consiste em um momento de reconfiguração nas relações com todas aquelas mulheres que vieram

anteriormente, como forma de reverência a tudo o que elas vivenciaram, muitas vezes sozinhas e em situações precárias, com seus filhos e filhas.

Clarice Gonçalves se propôs a abrir um espaço nessa exposição para mulheres artistas que também são mães, a fim de dar visibilidade a seus trabalhos. A exposição apenas foi possível graças a essa rede de apoio mútuo que foi formada por um coletivo de 10 mulheres que se reuniram para criar obras para esse projeto e se fortalecerem enquanto mulheres mães. Obras muito profundas que variam desde quadros de pinturas, esculturas, fotos, vídeos e outros diversos materiais. Nelas, observei elementos que traduzem sentimentos como solidão, angústia, desespero, amor, injustiça, cuidado, incertezas, loucura, cansaço, julgamento, afeto, felicidade, culpa, arrependimentos, questionamentos. Todos são reafirmados pelas falas de mulheres mães com as quais conversei e pela minha própria experiência.

A invisibilidade de seus trabalhos – tanto o artístico quanto o de ser mãe – me pareceu ser o motor condutor para que essa exposição acontecesse. Aqui me vêm à mente as diversas fotos que eu trouxe da *internet* de gestantes, que mostravam somente suas barrigas, a maioria sem seus rostos. Isso me faz pensar em como a sociedade torna a mulher invisível antes mesmo de os filhos nascerem, como essas fotos de barrigas sem rostos já tão naturalizadas, transformando a maternidade invisível em uma realidade que pode ser bastante cruel.

Camélia nos deu uma direção dos fatos que se sucedem a essa invisibilidade: “Ninguém pergunta se ela está feliz, se ela está bem, se ela está com medo. Não perguntam nem o que ela quer, todo mundo já vai dizendo: Mãezinha, você tem que amamentar [...] Quando nasce, então, coitada! Aí ela é a mãe do fulano”. Nesse sentido, Camélia enfatiza que seu trabalho é essencialmente focado nas mulheres, pois há uma ausência generalizada de cuidados com a mulher que se torna mãe, o que está associado diretamente ao fato de que as mulheres não são consideradas como sujeitos plenos de direitos e que necessitam de atenção e cuidado, uma posição atribuída exclusivamente ao bebê.

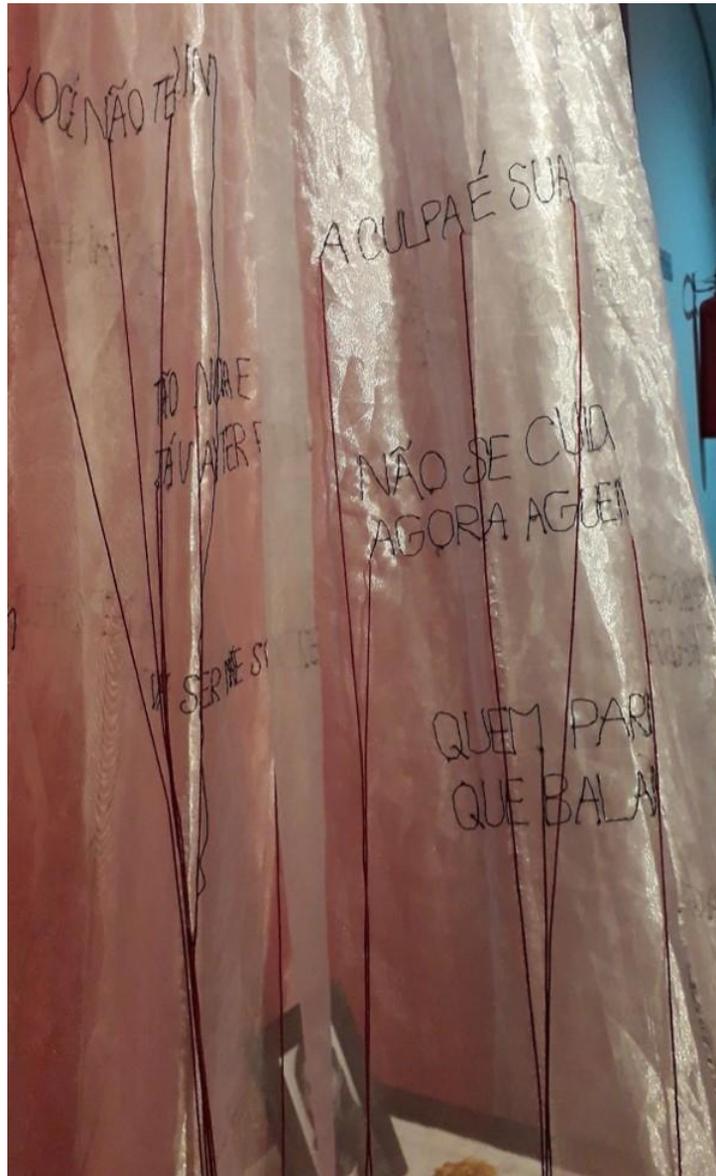
Sendo assim, em um momento em que os aspectos em torno da maternidade estão sendo revisitados, como forma de questionamento quanto aos padrões impostos, às desigualdades de gênero, ao trabalho não remunerado que é o ser mãe e aos significados sociais atribuídos à maternidade como forma de dominação, algumas formas de resistência começam a surgir. E nessa exposição, que eu entendo como uma forma concreta de resistência (pela localidade, pela conjuntura política atual do país, pelo tema), pude perceber o impacto da arte como uma forma de linguagem transgressora, que ultrapassa os sentidos das obras *per se* e nos atinge em vários

pontos conscientes e inconscientes. Tanto assim que, de acordo com as monitoras, algumas obras chegaram a gerar forte incômodo em homens brancos, na faixa dos 50 anos.

Uma das obras que estava exposta era coberta com um manto de tecido branco transparente que continha frases costuradas com uma linha preta, tais como: “não se cuidou, agora aguenta”, “quem pariu que balance”, “a culpa é sua” estavam bordadas, e algumas delas estavam incompletas, inacabadas. Quando fui à exposição, um dos monitores que estava me guiando me contou que um homem ficara enfurecido com as obras e disse que iria avisar o Presidente da República sobre o conteúdo daquela exposição. Esta obra, que estava aparentemente inacabada, virou o centro da atenção dos monitores e monitoras, pois começaram a especular que as linhas caídas e as palavras pela metade estavam assim porque o senhor que havia ficado incomodado poderia tê-las cortado e rasgado.

No entanto, nos últimos dias de exposição, eu participei de uma roda de conversa que as artistas abriram para o público, para debatermos sobre mulheres mães no mercado de trabalho, mulheres mães artistas, entre tantos outros temas relacionados à maternidade. Na roda, todas as doze pessoas que estavam presentes se apresentaram, as artistas contaram um pouco dos “bastidores” da produção de suas artes, e a responsável pela obra que se tornou polêmica contou que a obra estava inacabada pois ela não conseguira terminá-la a tempo. Ela comentou que aquilo tinha gerado uma angústia, pois havia entregado um trabalho sem um acabamento ideal, no entanto, todas as que estavam na roda concordaram que aquele trabalho na verdade tinha sido uma excelente expressão de metalinguagem em uma exposição que trata justamente da maternidade real. O fato de ela não ter conseguido acabar sua obra demonstra a dificuldade enfrentada pelas mulheres que são mães e, no caso dela, mãe solo, para lidar com todas as tarefas e atividades do cotidiano.

Figura 10: Obra de Angélica Nunes



Fonte: Elaborada pela autora

Figura 11: Obra de Angélica Nunes



Fonte: Elaborada pela autora

Figura 12: Painel externo no Museu Nacional da República



Fonte: Elaborada pela autora

Figura 13: Roda de conversa da exposição Matriz



Fonte: Elaborada pela autora

***Tully*: um retrato da ausência de rede de apoio e adoecimento¹³**

Tully é um filme norte-americano que mostra o cotidiano de Marlo, uma mulher branca de classe média, que passa por experiências desafiadoras no puerpério, não conta com nenhum apoio efetivo, é julgada até mesmo por desconhecidos e acaba experimentando grave sofrimento psíquico. Como escrevi em outro lugar (Tempesta e Kitayama, 2019), o filme é interessante porque, além de deixar bem evidente imagetivamente o que acontece com uma mulher no puerpério, com cenas que mostram seu corpo transformado pela gestação, as olheiras, o cansaço extremo, as roupas sujas acumuladas, a solidão, os desafios na criação dos filhos, mostra também esse lado da ausência de rede de apoio na vida de uma mulher mãe e suas possíveis consequências. No entanto, a conjugalidade está no centro da narrativa do filme, que sugere que uma presença mais qualificada do marido na vida dessa família poderia sanar as

¹³ *TULLY*. Direção de Jason Reitman. Estados Unidos: Diamond Films, 2018. (96 minutos)

dores e as dificuldades de Marlo, porém, como já vimos em Tânia Salem (2007), o casal que tenta se fechar em si, e não conta com uma rede de apoio ampla, acaba entrando em crise.

Assim, podemos notar que alguns valores da década de 80 estão sendo reavaliados e as configurações do casal grávido estão sendo dissolvidas por uma realidade configurada pela necessidade de cuidado mútuo em um mundo em que o neoliberalismo avança com força, gerando mal-estar, doenças e solidão. Outrossim, para minhas interlocutoras, contar com uma rede de apoio, remunerada ou espontânea, é fundamental para que a mulher possa se desenvolver plenamente enquanto mãe, filha, profissional, amiga, esposa, mulher, entre tantas outras possibilidades de ser.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar sobre o puerpério foi, antes de tudo, uma enorme satisfação para mim que sou mãe e já vivenciei este período. Ao ler matérias e postagens na internet, participar das rodas de gestantes e puérperas, entrevistar doulas e psicólogas perinatais, visitar uma exposição de arte sobre a maternidade e o puerpério e conviver com mulheres incríveis que discutem a maternidade, pude passar por um processo de reconhecimento do que foi o meu próprio puerpério e tranquilizar diversas questões internas que eu carregava comigo deste período. Também considero que foi um desafio, uma vez que as referências sobre esse tema em específico ainda se apresentam muito escassas na academia. Porém, um desafio que acredito ser como um “abre-alas” para que mais pessoas se sintam encorajadas a estudar um tema que tem tamanha relevância na vida de mulheres, como foi visto aqui.

O significado das categorias que surgiram em campo como puerpério, amamentação, rede de apoio, *baby blues* e depressão pós-parto, a partir da visão de minhas interlocutoras, apareceu nesta pesquisa como uma reação ao modelo biomédico de assistência a mulheres gestantes e puérperas, que insiste em simplificar, padronizar e mecanizar seus corpos, ações, sentimentos e desejos. O puerpério, portanto, apareceu como um período que não termina 40 dias após o parto, tampouco os sentimentos envolvidos nesse período se resumem a uma questão puramente fisiológica derivada dos hormônios, mas sim envolvem diversas outras dimensões sociais e culturais que a biomedicina não leva em consideração. A militância dessas profissionais por um modelo de assistência mais respeitoso, que abranja a diversidade de corpos, pessoas, contextos e camadas sociais, se evidencia quando nos deparamos com uma quantidade massiva de partos cesarianos sem indicação clínica real, de violência obstétrica, de abuso de autoridade médica, de mulheres em sofrimento lidando com as variadas adversidades que surgem no puerpério e que ninguém conta, ninguém debate, ninguém discute.

Vimos também que o tema do puerpério é amplo e que existem diversas variáveis que necessitam de mais estudos, pesquisas e aprofundamento. Reforço a importância e a necessidade de estudos comparativos entre o universo de camadas médias e camadas populares, povos tradicionais e tantos outros, numa perspectiva interseccional, levando em conta as hierarquias reprodutivas vigentes no Brasil.

O. Hirsh (2015) fez uma pesquisa comparando a visão de mulheres de camadas médias e de camadas populares do Rio de Janeiro sobre o parto “natural” e humanizado e mostrou como são distintas as percepções sobre uma mesma experiência. Para as mulheres de camadas médias

o parto “natural” representa uma experiência contra-hegemônica (de recusa ao excesso de tecnologia), de autonomia, liberdade e realização pessoal vista como um controle do próprio processo de parir; já para as mulheres de camadas populares ele surge como uma moeda de troca para serem tratadas como pessoas, a partir da interação com profissionais que as valorizam, reconhecendo suas individualidades, história e nomes (Hirsch, 2015). A. Davis (2016), por sua vez, há muito tempo tratou das diferentes visões em relação à descriminalização do aborto entre mulheres brancas e mulheres negras nos Estados Unidos.

Estes dois trabalhos são uma inspiração para se pensar a temática do puerpério em camadas populares e para perceber de que forma essas mulheres enxergam esse momento da vida, como elas lidam com o puerpério, como se configuram suas redes de apoio, como se dá o processo de amamentação e como elas lidam com ele, considerando que muitas mulheres têm que voltar rapidamente para o mercado de trabalho, entre tantas outras questões ligadas ao puerpério.

Assim como S. Federici (2017) propõe em “Calibã e a bruxa”, há uma necessidade de politização radical do tema dos poderes reprodutivos femininos. A autora afirma, através de uma leitura crítica do desenvolvimento capitalista de Marx, a importância de uma revisão histórica no que diz respeito às formas de relações de poder que foram ocultadas, como foi o caso da caça às bruxas na Europa, no século XVII, que teve como principal objetivo preparar o terreno para o desenvolvimento do regime patriarcal e opressor, por meio da destruição do controle das mulheres sobre sua função reprodutiva, uma vez que seus corpos constituíram (e constituem) lugares privilegiados para a implementação das técnicas de poder e da ação do Estado.

Dessa forma, uma vez que a caça às bruxas é um fenômeno que retorna a cada instabilidade política e/ou econômica, e as políticas de Estado miram na maioria das vezes as populações minoritárias, é necessário reafirmar a importância de direcionar os direitos sexuais e reprodutivos como assunto político que merece maior visibilidade.

Acrescento ainda a importância da linguagem visual como fonte de fortes influências no imaginário social para promover a transformação dos pressupostos culturais, assim como Emily Martin (2006) enfatizou em relação ao parto nos anos 1980; aqui estendemos o argumento para o puerpério, dado que este período ainda é representado predominantemente por imagens associadas a pressupostos culturais racializados e elitistas, como vimos no início da monografia.

Nesse sentido, percebi durante o trabalho de campo, e posteriormente durante a escrita, que a arte pode ajudar a trazer para o primeiro plano as necessidades e desejos da mulher que se torna mãe. Necessidades e desejos estes que costumam ser obliterados no imaginário coletivo, como podemos perceber nas propagandas, na prática biomédica e na postura de muitas mulheres comuns. As imagens que eu trouxe da exposição de arte “Matriz” evidenciam justamente um contraponto às imagens hegemônicas que apresentei no início desta monografia. Portanto, colocar os holofotes sobre um aspecto da vida social que está nos bastidores indica um deslocamento subjetivo, político e estético.

Por fim, se Michel Odent, um dos precursores da humanização do parto, afirma que: “Para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer”, propomos que é necessário estender esta ideia para o cuidado com as mães, uma vez que as consequências de um puerpério difícil, sem rede de apoio, cuidado adequado e compreensão podem ser tão drásticas para a mulher quanto para o bebê e o arranjo familiar no qual estão inseridos, sem falar na configuração social mais ampla que impõe às mulheres a maior parte do trabalho de cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AUGUSTO, Ana Paula Andrade *et al.* Manual de condutas médicas clínica obstétrica Maternidade - Escola Assis Chateaubriand. Ceará: Ed. Meac UFC. Disponível em < <https://www.mpro.mp.br/documents/252409/1990681/Obstetricia+MANUAL/875720dd-59fe-402e-a110-353c750ac9fc;version=1.0>> Acesso em: 02/04/2019
- BADINTER, Elisabeth. 1985. **Um amor conquistado**: O mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- BIROLI, Flávia. **Gênero e Desigualdades**: limites da democracia no Brasil. Ed. Boitempo. 2018.
- CADONÁ, Eliane & STREY, Marlene Neves. 2014. A produção da maternidade nos discursos de incentivo à amamentação. **Revista Estudos Feministas**, 22 (2): 477-499. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2014000200005>. Acesso em 29 set. 2014.
- CASTILHO, Silvia Diez; BARROS FILHO, Antonio de Azevedo; COCETTI, Monize. Evolução histórica dos utensílios empregados para alimentar lactentes não amamentados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1401-1410, Junho 2010.
- COVA, Anne. História da Maternidade: em que ponto estamos? **Cadernos de História**, Belo Horizonte, v.12, n. 16, 1º sem. 2011.
- CRONEMBERGER, L. 2019. **Ser mãe é padecer no paraíso?** O dispositivo da maternidade nas narrativas da depressão pós-parto. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- DAVIS, Angela. **Mulheres, Raça e Classe**. São Paulo: Boitempo. 2016.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. 1994. The technocratic body: American childbirth as a cultural expression. **Social Science and Medicine**, 38:1125-1140.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, Set. 2005.
- DONATH, Orna. **Mães arrependidas**: uma outra visão da maternidade. Trad. de Marina Vargas. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017
- ECHAZÚ, Gretel; MARTON, Bibiana. A violência simbólica na consulta médica: A naturalização da díade mãe-filho e a promoção compulsiva da lactação materna. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana** ISSN 1984-6487 / n.5 - 2010 - pp.119-143. Disponível em: < www.sexualidadsaludysociedad.org > Acesso em: 10 janeiro 2020.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a Bruxa**. Mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante. 2017.

GINSBURG, Faye; RAPP, Rayna. The Politics of Reproduction. **Annual Review of Anthropology**, Vol. 20 (1991), pp. 311-343.

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

HIRSCH, Olívia Nogueira. O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. **Civitas**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 229-249, abr.-jun. 2015. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17933>> Acesso em: 17 dezembro 2019

KOUTSOUKOS, Sandra Sofia Machado. 'Amas mercenárias': o discurso dos doutores em medicina e os retratos de amas - Brasil, segunda metade do século XIX. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 305-324, Junho 2009.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Sumário executivo temático da pesquisa. In: LEAL, M. C. (Org). *Nascer no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 2-7. Disponível em: <http://bit.ly/1GsY2fG> acesso em: 15 dezembro 2019.

MARTIN, Emily. **A Mulher no Corpo**. Uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond. 2006.

MATTAR, Laura Davis. & DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias Reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface - comunicação, saúde e educação**, v.16, n.40, p.107-19, jan./mar. 2012.

MESTIERI, Luiz Henrique Mazzone; MENEGUETTE, Renata Ipólito; MENEGUETTE, Cícero. Estado puerperal. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, [S.1.], v. 7, n. 1, p. 5-10, maio 2007. ISSN 1984-4840. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/359>>. Acesso em: 05 janeiro 2020.

MOLINIER, Pascale. O ódio e o amor, caixa preta do feminismo? Uma crítica da ética do devotamento. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 16, p. 227-242, dez. 2004.

MULLER, Elaine.; PIMENTEL, Camila. Relatos da partolândia: as narrativas em primeira pessoa e os novos sentidos possíveis para o parto. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 10** (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013.

PEDROSO, Clarissa Niederauer Leote da Silva; LOPEZ, Laura Cecilia. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1163-1184, Dez. 2017.

PULHEZ, Mariana Marques. 2015. **Mulheres Mamíferas**: práticas da maternidade ativa. Dissertação de Mestrado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas.

RIBEIRO, Jullyane Carvalho. “Só corpo, sem mente”: direitos reprodutivos, imaginário social e controle sobre os corpos das mulheres negras. **Periódicos UNB**. Vol.11/1. 2012. Disponível em <<https://periodicos.unb.br/index.php/revistapos/article/view/19581/18105>>

ROCHA-COUTINHO, M. Lucia. Novas opções, antigos dilemas: mulher, família, carreira e relacionamento no Brasil. Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Temas em Psicologia da SBP**—2004, Vol. 12, no 1, 2– 17.

SALEM, Tania. **O casal grávido**: disposições e dilemas da parceria igualitária. Rio de Janeiro: Editora FGV. 232pp. 2007.

SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu** (16) 2001: pp.137-150.

SEGATO, Rita Laura. O Édipo brasileiro: a dupla negação de gênero e raça. **Série Antropologia**. Universidade de Brasília, 2006, pp. 1- 21.

SILVA, Marta Pereira Militao da. **Significados da maternidade**: um olhar antropológico sobre a experiência do pós-parto. Dissertação (Mestrado) - Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Guarulhos, 2016. UNICAMP, 1995.

TAYLOR, Janelle S. Feminist Ethnographies of Reproduction. **American Ethnologist**, Vol. 31, No. 1 (Feb., 2004), pp. 123-130.

TEMPESTA, Giovana A. Trabalhando pelos bons vinculamentos: reflexões antropológicas sobre o ofício das doulas. **Anuário Antropológico**, Brasília, UnB, 2018, v. 43, n. 1: 37-66.

_____. Posicionar-se para perceber o mistério do parto. Reflexões localizadas sobre a tecnologia leve empregada pelas doulas. **Anais da VII Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia**. Florianópolis, UFSC, 2019. ISSN: 2358-5684.

_____; CABRAL, Juliana Kitayama «“Tully”, de Jason Reitman (1h 36 min, 2018)», Anuário Antropológico [Online], II | 2019, posto online no dia 03 dezembro 2019, consultado no dia 05 dezembro 2019. URL: <http://journals.openedition.org/aa/4319>

THEME, Mariza. AYERS, Susan. GAMA, Silvana. LEAL, Maria do Carmo. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2012/2011. **Journal of Affective Disorders**, n. 194, jan. 2016.

TORNQUIST, Carmen Susane. “Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto”. **Revista Estudos Feministas** (10) 2, pp. 483-492. 2002.

ZELIZER, Viviana. A economia do *care*. **Civitas**. Porto Alegre. v. 10 n. 3 p. 376-391 set.-dez. 2010.