UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

CRISTIANE DA SILVA GERALDO FOLINO

Encontro entre a psicanálise e a pediatria: impactos da depressão puerperal para o desenvolvimento da relação mãe-bebê e do psiquismo infantil.

São Paulo

2008

CRISTIANE DA SILVA GERALDO FOLINO

Encontro entre a psicanálise e a pediatria: impactos da depressão puerperal para o desenvolvimento da relação mãe-bebê e do psiquismo infantil.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Orientadora: Profa. Dra. Audrey Setton Lopes de Souza

São Paulo

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na Publicação

Serviço de Biblioteca e Documentação

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Folino, Cristiane da Silva Geraldo.

Encontro entre a psicanálise e a pediatria: impactos da depressão puerperal para o desenvolvimento da relação mãe-bebê e do psiquismo infantil./ Cristiane da Silva Geraldo Folino; orientadora Audrey Setton Lopes de Souza. -- São Paulo, 2008. – 262 p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1.Relação Mãe-Bebê. 2. Depressão Materna. 3. Depressão Puerperal. 4. Psicanálise e Pediatria. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Cristiane da Silva Geraldo Folino

Encontro entre a psicanálise e a pediatria: impactos da depressão puerperal para o desenvolvimento da relação mãe-bebê e do psiquismo infantil.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu querido marido Ari, por seu amor e pelo encontro profundamente modificador em minha vida.

Aos meus amados filhos Raul e Diego, que me ensinam a cada dia sobre os sentidos contidos na palavra AMOR e na palavra MÃE.

À minha amada mãe Nabiha, que me ensina ao longo da vida coisas preciosas, uma delas a sua profunda dedicação aos filhos.

A meu querido pai Nelson, que sempre me ensinou através de sua postura frente à vida valores fundamentais, entre eles a generosidade e a integridade.

A meu querido irmão Nelson Junior, pelas brincadeiras e presença essencial na minha vida de menina.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Audrey Setton Lopes de Souza, por sua presença respeitosa e continente, adicionada às contribuições essencialmente norteadoras que foram decisivas para a realização deste estudo.

À Profa. Dra. Isabel Cristina Gomes, pelas férteis sugestões apresentadas no exame de qualificação, que tiveram participação efetiva na mudança de caminho tomada pelo estudo.

À Profa. Dra. Maria Cecília Pereira da Silva, pelas generosas contribuições que propiciaram elementos teóricos essenciais para uma melhor composição do corpo do trabalho.

À Cássia Almeida Cruz, por sua profunda capacidade de continência e por me acompanhar ao longo do tempo no encontro comigo mesma.

À Vilma Pavão Folino, por todo apoio recebido, e por seu prestimoso e incansável trabalho.

À Ana Carla Beu Manzano, por nossa sólida amizade e carinho, que carrego sempre comigo.

À Denise de Souza Feliciano, por sua confiança e pela parceria criada em torno do tema da maternidade e dos bebês.

À Claudia Pacci, devido ao seu apoio e carinho, ofereceu-me uma grande ajuda no trabalho.

À Simone Badari, que foi fundamental para o estudo ter seguido outro rumo.

À Ivan Bismara, que por caminhos tortuosos me levou ao tema central da pesquisa.

Às pessoas que me auxiliaram na busca de alguns profissionais entrevistados.

Aos pediatras entrevistados, por compartilharem comigo os encantos e as dificuldades inerentes ao encontro com os bebês e suas mães.

RESUMO

FOLINO, C.S.G. **Encontro entre a psicanálise e a pediatria: impactos da depressão puerperal para o desenvolvimento da relação mãe-bebê e do psiquismo infantil**. 2008. 262 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

Esta dissertação é fruto de profundas inquietações a respeito da origem e da importância das primeiras relações entre mãe e bebê, bem como das forças atuantes na constituição do psiquismo infantil. Ao longo do estudo, surgiu a necessidade de pesquisar a depressão pós-parto como consequência do “retorno a si mesma”, fruto da regressão da mãe e do contato facilitado – que toda mãe é levada a fazer ao dar à luz um bebê – com conteúdos e conflitos inconscientes relativos a experiências e fantasias infantis e suas reverberações no desencontro da dupla. O estudo inicia-se pela visão de Freud, Klein e alguns de seus discípulos atuais sobre como a menina se torna mulher e qual o impacto da maternidade para o psiquismo feminino; discute a importância da complexa trama envolvida no cenário das primeiras relações; demonstra as competências do recém-nascido, seu uso dos cinco sentidos, e a noção de estados de consciência; trata das confirmações encontradas pela neurociência às questões da importância das relações iniciais que a psicanálise discute; aborda aspectos da interação mãe e bebê, inclusive a psicopatologia do bebê decorrente do desencontro entre a dupla e seus efeitos, com atenção especial à compreensão da depressão materna no período puerperal. Num segundo momento, discutem-se entrevistas que realizamos com pediatras – profissionais que atendem no início a dupla mãe-bebê – possuidores de experiência diversificada em clínica médica. Aborda-se o universo que apresentam, bem como se registram as reflexões advindas desses contatos produtivos, articulando-os com os conhecimentos teóricos oferecidos pela psicanálise. Assim, propõe-se verificar e

observar a capacitação dos pediatras no diagnóstico da depressão puerperal; investigar a atenção que os pediatras dedicam aos aspectos da relação entre mãe e filho e seu impacto no desenvolvimento do bebê; e apontar de que forma a psicologia e a psicanálise podem fornecer subsídios à pediatria.

Palavras-chave: Relação mãe-bebê. Depressão materna. Depressão puerperal. Psicanálise e pediatria.

ABSTRACT

FOLINO, C.S.G. **An encounter between psychoanalysis and pediatrics: impacts of the puerperal depression in the developments of mother-baby relationship and of child psyche.** 2008. 262 p. Essay (M.A.) – Institute of Psychology, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

This essay is a result of profound concerns about the origins and the importance of the early relationship between mother and baby and of the active crosscurrents in the constitution of child psyche. Throughout the work, there came the necessity of researching the postpartum depression as a consequence of the “return to the self”, a product of mother regression and of the facilitated contact – which every mother is supposed to undergo after child bearing – with unconscious themes and conflicts related to child experiences and fantasies and their reverberations in the lack of mother-baby approximation. This study begins with the perspectives of Freud, Klein and some of their contemporary followers about how the girl becomes a woman and the impact of motherhood in women psyche; then, it discusses the importance of the complex web involved in the early relationships; it shows the skills of the newborn baby, its use of the five senses, and the concept of states of conscience; it addresses how neuroscience has confirmed the issues related to the centrality of the early relationships discussed by psychoanalysis; it approaches the aspects relating to the interactions between mother and baby and their effects, focusing specially in the understanding of motherhood depression in the puerperal period. In a second stance, our work discusses the interviews we have made with pediatricians – professionals giving an early medical care to mother and baby – who have a diverse experience in medical practice. Our work addresses the universe they present, and observes the reflections that come from these productive contacts, articulating them with the theoretical knowledge offered by psychoanalysis. By this light, we intend to examine and observe the ability pediatricians have in the diagnosis of puerperal depression; to investigate the attention they give to the aspects of mother-baby relationship and their impact on child development; and to show how psychology and psychoanalysis are able to furnish useful tools to pediatrics.

Keywords: Mother-baby relationship. Motherhood depression. Puerperal depression. Psychoanalysis and pediatrics.

SUMÁRIO

Apresentação.....	12
1. A mulher e a maternidade	20
2. A trama das primeiras relações e sua importância.....	31
2.1. Narcisismo	44
2.2. Herança psíquica geracional e pré-história da criança	48
2.3. Parentalidade	54
3. O universo dos bebês.....	56
3.1. As competências do bebê.....	66
3.1.1. Os cinco sentidos do recém-nascido.....	69
3.1.2. Estados de vigília ou de consciência	74
3.2. A neurociência encontra a psicanálise.....	76
3.3. Janelas clínicas.....	80
3.4. Interação mãe-bebê	85
3.4.1. Interação fantasística ou fantasmática	90
4. Psicopatologia	92
4.1. Indicadores de risco e sinais de sofrimento precoce	93
4.2. Desenvolvimento psicossomático e patologia psicossomática	101
4.3. Depressão do bebê.....	108
4.4. Impacto da depressão materna no desenvolvimento do bebê	112
4.5. Bebê como reanimador da mãe.....	119
5. Sobre a depressão	122
5.1. Um olhar da psiquiatria sobre a depressão	123
5.1.1. Sobre a depressão pós-parto	125
5.1.2. Compreensão da psicanálise sobre a depressão	128
5.2. Baby-blues	145
5.3. Contribuições da psicanálise a respeito da depressão puerperal.....	146
5.3.1. Depressão materna na atualidade	154

6. Justificativas	159
7. Objetivos.....	160
8. Método.....	161
9. Sujeitos	164
10. Instrumentos	166
11. Procedimentos.....	168
12. Reflexões sobre os encontros com os pediatras.....	169
13. Discussão geral	231
14. Considerações finais	252
Referências bibliográficas.....	254
Anexos.....	262

Apresentação

O presente estudo é fruto de profundas inquietações a respeito da origem e da importância das primeiras relações entre mãe-bebê, bem como das forças atuantes na constituição do psiquismo infantil.

Inicialmente, nossas indagações se dirigiram ao lugar e à importância da maternidade para uma mulher: pensávamos na possibilidade de a maternidade ser uma valiosa experiência propiciadora de desenvolvimento psíquico para uma mulher, revelando-se uma legítima vivência de valor inestimável, capaz de causar um profundo impacto de qualidade positiva à mulher que se torna mãe, reverberando em vários aspectos de sua vida como um todo.

A partir desse interesse inicial, fomos movidas a buscar na literatura psicanalítica elementos que o subsidiassem. Em princípio, encontramos fontes preciosas nos estudos de Sigmund Freud e Melanie Klein sobre a importância da maternidade.

Freud (1931/1980) descreve o longo trajeto que a mulher percorre desde um período pré-edípico até a descoberta da diferença entre os sexos e a da castração, apontando para a importância da relação com a mãe na elaboração da angústia da castração.

De acordo com Klein (1932/1997), a maternidade significa uma possibilidade de reparação das fantasias que, na menina, se apresentam como agressivas. Postula a autora que o nascimento de um filho sadio na realidade da vida adulta da mulher pode ser vivido como uma oportunidade de restauração ao corpo materno e, também, como uma prova de que o interior de seu próprio corpo foi reparado, o que

lhe permitiria sentir-se restaurada, inteira; essa experiência desencadearia um intenso impacto psíquico para a mulher, tendo a capacidade de significar a “recriação do mundo todo”. É possível pensar, seguindo Klein, que o nascimento de um filho saudável pode ser compreendido simbolicamente como fertilidade do ponto de vista psíquico, causando reverberações em todos os âmbitos da vida da mulher.

De acordo, então, com Freud e Klein, a maternidade ocasiona repercussões psíquicas positivas na dinâmica feminina; configura-se numa experiência de grande impacto afetivo na vida da mulher, seja como resultado “sadio” de um processo psíquico que visa dar conta da castração, como propôs Freud, seja por decorrência da reparação do mundo interno, como pretendia Klein.

Mas, no decorrer de nosso percurso, o que passou a nos inquietar foram as impossibilidades ou dificuldades na maternidade como uma vivência fértil, como promotoras de um avanço rumo a um maior desenvolvimento psíquico para a mulher ao tornar-se mãe. Começamos a questionar o que ocorreria nos casos em que predomina o sofrimento nas mulheres que têm um filho.

Participamos, em 2004, de uma pesquisa que visava avaliar o impacto da humanização hospitalar por meio da introdução do Método Canguru¹ em um hospital público do município de São Paulo (FELICIANO *et al.*, 2007). Esse trabalho revelou-se extremamente interessante por diversos motivos – sobretudo porque, ao colocarmos em contato com bebês que nasceram prematuramente, defrontou-nos com as fantasias que essa experiência pode despertar nas mães, o que nos proporcionou a constatação de que a maternidade pode ser também geradora de grande ansiedade

¹ No Brasil, através da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Portaria nº 693 de 05/07/2000, Ministério da Saúde), conhecida como Método Canguru, propõe-se a capacitação dos profissionais de saúde da unidade neonatal, a fim de engendrar uma mudança de paradigmas no atendimento ao neonato e às suas famílias.

e sofrimento para a mulher. Naquele estudo, observamos mulheres que temiam pela vida de seus bebês, nascidos debilitados; muitas vezes, as mães se sentiam incapazes de se apropriar deles e ajudá-los a superarem essa dificuldade inicial da vida. Percebemos também o efeito terapêutico que uma escuta analítica pode propiciar, gerando uma possibilidade de que essas mães voltem a se vincular com seus bebês e acolhê-los.

Constatamos o efeito que algumas informações médicas tinham sobre as mães e sua relação com os bebês, e nos perguntávamos em que medida os médicos eram conscientes disso. Esse estudo, realizado em conjunto com uma equipe multidisciplinar, abriu nossos olhos tanto para a importância que um acolhimento das angústias maternas poderia ter para a relação mãe-bebê, quanto para a utilidade de uma escuta psicanalítica junto às equipes de saúde, melhorando o trabalho no cuidado materno infantil.

Não podemos afirmar que a maternidade traz em seu bojo apenas experiências eminentemente positivas – sabemos que ela pode ter um lado sombrio e mobilizador de profundas ansiedades. Na gestação e no puerpério, ocorre atuação do mecanismo regressivo, em virtude da identificação que a mulher necessita fazer com sua mãe em suas funções maternas para se pôr sensível o suficiente e tornar-se capaz de cuidar de seu bebê. A mulher repetiria na idade adulta, então, sua situação infantil (LANGER, 1986). Outro autor que abordou essa questão foi Winnicott (1956/2000), cujo conceito de *preocupação materna primária* enfatiza um estado psicológico especial que a mulher atinge, gradativamente, no decorrer da gestação, principalmente no final, e que perdura até alguns dias após o nascimento do bebê. Esse estado especial consiste numa sensibilidade exacerbada, que a torna

capaz de identificar-se intimamente com seu bebê e oferecer-lhe aquilo de que ele precisa.

A experiência da gravidez, do parto e do puerpério oferecem momentos valiosos para a mulher, nos quais ela pode entrar amplamente em contato com conteúdos e elementos internos que estão mais acessíveis graças ao estado peculiar em que se encontra. Monique Bydlowsky (1997, apud MISSIONIER, 2004; ARAGÃO, 2007) compreende que, nesse período, há uma espécie de “levantamento” da repressão ou uma diminuição de sua eficiência, o que permite o acesso, normalmente negado, a conteúdos e conflitos inconscientes, relativos a experiências e fantasias infantis. A autora nomeia “transparência psíquica” essa modalidade particular de funcionamento do psiquismo materno. Esse contato relativo com os conteúdos inconscientes pode tanto propiciar um aumento do repertório psíquico da mulher e reposicioná-la diante da experiência humana, como também representar, para algumas mulheres, um custo altíssimo, e vir acompanhado de um sofrimento atroz.

Ao longo desse processo de estudo da maternidade e da importância das primeiras relações entre mãe e bebê, surgiu a necessidade de pesquisar a depressão pós-parto como consequência do “retorno a si mesma” – que toda mãe precisa realizar ao dar à luz um bebê – e suas reverberações no desencontro da dupla.

Por conta disso, o conceito de “transparência psíquica” revelou-se de suma importância em nosso estudo, dado o aspecto regressivo presente na gestação e no período puerperal. Apresentou-se a possibilidade de uma certa compreensão de que

todo nascimento implica à mulher que se torna mãe a oportunidade de contar com alguns ganhos e a necessidade de elaborar algumas perdas.

Podemos supor que há, em todos os partos, um certo grau de depressão na mulher, o qual deriva de seu encontro com o bebê da realidade e lhe traz uma sensação de vazio e um sentimento de perda, de algo que lhe pertencia e já não lhe pertence mais. Esse sentimento pode ser vivenciado em graus diversos por diferentes mulheres ou, ainda, pelo nascimento de filhos diferentes na mesma mulher. Um denominador comum parece ser que, em todas as mulheres, essa perda exige um intenso trabalho de luto e de elaboração, decorrente da presença do bebê da realidade e da ausência do bebê imaginário (AXELROD e VIVES, 2000); o aprofundamento de tais idéias, no que diz respeito ao desencadeamento de um estado mais severo de depressão puerperal, pode ser extremamente útil.

A dificuldade de identificar e contatar mães em depressão fez com que pensássemos em recorrer ao profissional que fica mais próximo a elas nesse momento específico – procedemos, então, a entrevistas com pediatras, a fim de obter elementos fundamentais da ótica desses profissionais a respeito das mães com que convivem e do que mais chama sua atenção no cuidado com seus bebês.

No decorrer das entrevistas, notamos que essa seria uma área indubitavelmente fértil para explorarmos, com maior cuidado, no presente estudo. Pensamos na importância e na utilidade de conhecermos essa população e identificarmos os elementos que os pediatras possuem para o diagnóstico da depressão materna; perscrutamos sua sensibilidade à escuta da mãe e do bebê, e se têm alguma compreensão da existência relativa a um mundo psíquico presente em todos nós.

A partir do que foi discutido, contemplaremos alguns elementos que nos suscitaram várias questões. A fim de alcançar nossos objetivos, percorreremos inicialmente um caminho teórico e, em seguida, agregaremos as ressonâncias decorrentes desses encontros com os pediatras e outras reflexões pertinentes.

No primeiro capítulo, introduziremos a visão de Freud, Klein e alguns de seus discípulos atuais sobre como a menina se torna mulher e qual o impacto da maternidade para psiquismo feminino.

No segundo capítulo, discutiremos a importância da complexa trama envolvida no cenário das primeiras relações, e como o psiquismo infantil, fundamentalmente, tem lançado as suas bases, considerando ingredientes essenciais para a sua formação e compreensão o conceito de narcisismo, a revivescência do narcisismo parental no narcisismo do bebê e o conceito de “narcisismo transvasante” descrito por Silvia Bleichmar (1994), o qual julgamos emblemático para compor a descrição de como ocorre a passagem do narcisismo dos pais para o filho. Nesse mesmo item, pensamos ser imprescindível a noção de transmissão psíquica geracional, fundada no conceito de narcisismo, via identificação do bebê aos pais e suas distintas maneiras de ocorrer, a saber: transmissão psíquica intergeracional e transmissão psíquica transgeracional; e abordamos também a questão de como os bebês são precedidos por uma pré-história, anterior à sua vinda.

Para completar a discussão da problemática dos elementos envolvidos na complexa trama das primeiras relações, introduziremos, de forma breve, o conceito de parentalidade, referente ao processo de tornar-se mãe e tornar-se pais e suas respectivas funções.

Em seguida, para conhecermos o instigante universo dos bebês, como eles chegam e com que elementos contam para ir ao encontro do outro, levantamos no terceiro capítulo as competências do recém-nascido, seus cinco sentidos, e a noção de estados de consciência – importante no início da vida, pois informa o momento propício para a interação pais-bebê.

Nesse mesmo capítulo, incluímos uma breve inferência sobre como a neurociência contribui, atualmente, para “engrossar o caldo” junto à psicanálise na busca da compreensão de como as relações iniciais e sua qualidade são fundantes para o psiquismo e para a formação de um maior número de conexões sinápticas e de caminhos neuronais adequados que vão influenciar toda a vida do humano. Ao lado disso, a idéia de janelas clínicas, descrita por Daniel Stern (1997), colabora do ponto de vista clínico no sentido de alertar o que devemos observar a fim de verificar como está caminhando a interação mãe-bebê. Finalmente, incluiremos na discussão a interação mãe-bebê e sua outra vertente de estudo, que consta da interação fantasmática, a qual fornece subsídios fundamentais ao presente estudo.

No quarto capítulo, discutiremos a questão e os efeitos da psicopatologia do bebê, compreendida como decorrência do desencontro com a mãe ou como forma de o bebê reagir a vicissitudes desse contato. A descrição de indicadores de risco e sinais de sofrimento precoce mostra-se de uma utilidade clínica exemplar, tanto na detecção precoce como no auxílio a outros profissionais da infância dedicados a tratar os distúrbios da relação mãe-bebê e investigar sinais no próprio funcionamento do corpo do bebê, tal como conduzem as noções de desenvolvimento psicossomático e patologia psicossomática. No subitem sobre a depressão do bebê, discutiremos uma das formas de distúrbio que podem acometê-lo, resulte ou não de uma depressão materna. Abordaremos, de forma sucinta, o

impacto da depressão materna sobre o desenvolvimento do bebê, e uma maneira de detectarmos descompassos da relação resultantes do desencadeamento da patologia materna. Outro ponto fascinante para a pesquisa se revelou a partir da descoberta de que o bebê pode ter uma posição francamente ativa, lançando-se em tentativas de resgatar sua mãe de um estado depressivo.

Antes do estudo específico da depressão pós-parto, parece-nos fundamental entender o que estaria em jogo em qualquer quadro de depressão, independente do momento específico do puerpério; para isso, estudaremos uma série de autores que abordam o tema da depressão de maneiras distintas, a começar pelo fato de a pesquisa e o tratamento da depressão serem algo discutido e realizado por duas disciplinas distintas: a psiquiatria e a psicanálise. Assim, faremos uma breve incursão por como a psiquiatria aborda o tema. Dedicaremos atenção especial à compreensão que a psicanálise tem da depressão materna no período puerperal.

Finalmente, discutiremos os encontros que realizamos com os pediatras e o universo apresentado por eles, bem como as reflexões advindas desses contatos produtivos, articulando-os com os conhecimentos teóricos oferecidos pela psicanálise.

1. A mulher e a maternidade

Diversos autores da psicanálise debruçaram-se sobre o tema da maternidade, a iniciar pelo próprio Sigmund Freud (1905/1980), que postulou o desenvolvimento psicosssexual feminino como semelhante ao masculino, diferenciando-os apenas posteriormente, na fase fálica, em que haveria a percepção das diferenças sexuais anatômicas, quando, então, a menina construiria a hipótese de que foi castrada por castigo, para punir o ato de masturbar-se. Tal hipótese aplicar-se-ia, inicialmente, apenas a ela; depois, se estenderia a todas as meninas; e, finalmente, a menina perceberia que sua própria mãe – a quem atribuíra, desde o princípio de sua existência, poderes imensuráveis – não é possuidora de um pênis. A partir dessas constatações, a menina veria suas teorias ruírem, vivenciando, em consequência, forte ressentimento pela mãe, uma vez que a percebera até então como alguém em quem podia confiar, e também como aquela que poderia lhe oferecer o mundo, a partir da posse do falo.

A castração seria, então, a percepção da falta, da sua própria incompletude, de seu poder limitado, e de que, portanto, ela não poderia no mundo nem ser tudo (para um outro) nem ter tudo. Apesar do ressentimento em relação à mãe, ou por decorrência dele, a menina segue em seu caminho para poder alcançar a esperada completude. Precisa, dessa forma, fazer uma mudança em sua rota inicial: deixar de esperar o que a princípio fantasiava receber de sua mãe e passar a acreditar que seu pai, por possuir um pênis, pode concretizá-lo. Ela realiza uma transformação de seu desejo inicial, passando a almejar ter um filho com seu pai. Percebendo, depois,

a impossibilidade disso, adia o desejo de ter um bebê para a idade adulta, quando poderia alcançar a completude sonhada desde os tempos de menina.

Percebemos que, para Freud (1905/1980), a menina movida pela questão da castração vai construindo, através de um intenso e longo trabalho psíquico, sua feminilidade propriamente dita. A possibilidade de ser mãe, entendida como resultado desse longo processo, geraria quase uma equivalência entre ser mulher e ser mãe.

No entanto, a questão da maternidade continua a insistir, a se fazer investigar. Poderia ser ela pensada de uma outra forma que não em relação à castração e à completude almejada?

Diversos autores usaram dos ensinamentos e das valiosas contribuições de Freud para avançar e desbravar o campo de conhecimento da feminilidade, como também o da maternidade. Outros autores – principalmente mulheres – questionaram o conceito de inveja do pênis, atribuindo-lhe apenas um caráter defensivo. Klein (1932), por exemplo, demonstrou que tanto a menina quanto o menino manifestam reações de acordo com seu sexo e biologia. A menina já aceitaria seu papel feminino e atuaria de uma forma correspondente desde o início da vida. Ainda segundo Klein (1932), a mãe seria inicialmente fantasiada por meninos e meninas como fonte inesgotável de nutrição; depois, a menina experimentaria uma forte frustração oral, em virtude da fantasia de a mãe ter-lhe negado o seio para oferecê-lo ao pai. A partir dessa intensa frustração, a menina voltar-se-ia ao pai, em busca de satisfazer suas tendências edipianas.

O ódio que a menina sentiu levou-a a fantasiar a destruição do interior do corpo da mãe, percebido como fonte inesgotável de nutrição. Mobilizada pela culpa

que tal fantasia traria, a menina buscaria reparar todo o mal que sentiu impingir à mãe. De acordo com Klein (1932), a relação das mães com seus bebês teria por base suas relações arcaicas com os objetos. Dessa forma, a fantasia de ter atacado o interior do corpo materno e destruído os bebês contidos nele precisa sofrer uma reparação, para, conseqüentemente, haver uma restauração em fantasia de seu próprio corpo, uma vez que a menina acredita que, por decorrência de seus ataques à mãe, esta reagirá – em outras palavras, a menina aguarda uma retaliação da mãe pelo fato de tê-la anteriormente atacado em suas fantasias primitivas.

Klein (1932) postulou que o nascimento de um filho sadio na realidade da vida adulta da mulher pode ser vivido por ela como uma possibilidade de restauração ao corpo materno, mas também como uma prova de que o interior de seu próprio corpo foi reparado, o que lhe permite sentir-se restaurada, inteira. Esse evento poderia significar para a mulher a “recriação do mundo todo”.

Por sua vez, Helene Deutsch (1951) discrimina os termos maternidade e cuidado materno. A maternidade refere-se à relação da mãe com seu filho desde a concepção, estendendo-se através dos processos posteriores da gravidez, nascimento, alimentação e assistência. Essas funções viriam acompanhadas de relações afetivas típicas da espécie, mas, em sua grande maioria, individualmente, pois estão diretamente ligadas à história de cada mulher e aos impactos que essas novas relações afetivas vão tecendo em sua personalidade como um todo.

Ao falar em cuidados maternos, Deutsch (1951) diferencia duas idéias principais, a primeira relacionada a uma qualidade definida do caráter na personalidade total da mulher, e a segunda referente a fenômenos afetivos que são despertados por decorrência da necessidade de cuidado do bebê em função de sua

impotência inicial. Parece-nos essencial destacar o papel do mecanismo regressivo presente na gestação e no puerpério como resultante da questão da identificação da mulher com sua mãe em suas funções maternas. Segundo Langer (1986), a mulher repetiria na idade adulta sua situação infantil.

Deutsch (1951) escreve sobre a dupla identificação da mulher na gestação – identifica-se com sua mãe e também com o feto –, afirmando que a primeira forma de identificação estaria ligada à possibilidade de se identificar com a mãe em seu papel materno, e que a segunda lhe possibilita estar sensível às demandas do bebê após seu nascimento.

Como foi descrito anteriormente a respeito da identificação da mãe com seu bebê, Donald Woods Winnicott (1956/2000) acredita que este é um elemento primordial para a constituição saudável da dupla. Postula que a mulher, no final da gestação e até algumas semanas após o nascimento do filho, é tomada por um estado especial – diríamos regressivo – quando se encontra empaticamente ligada ao bebê. O autor intitula esse estado de *preocupação materna primária*. Acredita que se trataria de uma doença, caso não existisse uma gravidez ou uma possibilidade de recuperar-se dele.

Outros autores agregam seus conhecimentos questionando, principalmente, as formulações de Freud a respeito da equivalência entre ser mulher e ser mãe, como também da “naturalização” do amor materno.

Poderia haver alguma ligação entre o desencadeamento da depressão pós-parto e a ausência do amor que ligaria mãe e filho? Estaria a depressão materna relacionada a essa vasta gama de significações associadas à gravidez e ao parto? Para uma compreensão dessa questão, parece-nos imprescindível estudar a

questão do amor materno, com o intuito de lançar luz e fornecer subsídios à investigação e, posteriormente, realizar-se uma profunda reflexão acerca do tema.

Teresa Pinheiro (1991) expõe e discute a conferência de Margarete Hilferding, proferida em 1911. Hilferding foi a primeira mulher a participar das famosas reuniões que tomaram curso em torno de Freud, em Viena. A conferência, intitulada “As bases do amor materno”, discute se o amor materno pode ou não ser considerado inato. Essa questão, considerada espinhosa desde o início do século XX, encontra atualidade até os nossos dias, pois questionar o amor materno desencadeia uma certa reação de indignação da sociedade. Hilferding coloca como tema de sua exposição a sexualidade da grávida, na relação mãe-bebê. “Ela seria estimulada pelo feto, e o parto seria a perda dessa excitação vivida durante a gestação” (HILFERDING apud PINHEIRO, 1991, p. 117). A comentadora do texto dedica-se a compreender o sentido do pensamento de Hilferding, propondo que a sexualidade, para ela, encontra-se descrita em um sentido mais “estrito e concreto”, ligado a uma sensação corporal, e que o bebê, como parceiro, é engendrado na mãe e está o tempo todo com ela, dentro de seu corpo. Pinheiro (1991) alerta para o fato de que a abordagem psicanalítica da época estava ligada à concretude dos fatos e das sensações corporais sentidas pelos personagens envolvidos, não existindo ainda nessa data a distinção psicanalítica entre realidade e fantasia. Somente após alguns anos e muitas pesquisas é que Freud formulou o conceito de *realidade psíquica*, em que realidade e fantasia passam a ter o mesmo peso: a realidade passa a ser compreendida como o conjunto das representações de cada um.

Para Hilferding (apud PINHEIRO, 1991), o amor materno não é inato, e exigirá, tanto para surgir como para manter-se, que a relação de prazer com o filho tenha continuidade e a parceria sexual se prolongue após o parto.

A Psicanálise nos últimos anos, através de alguns teóricos, procurou estabelecer esse vínculo sexual que a mãe imprime no bebê, por conta do seu narcisismo.(...) Hilferding recoloca a questão sob um novo ângulo. Segundo ela, a grávida teria prazer genital com o feto, ao qual o parto porá fim. Essa colocação impõe um pensamento absolutamente novo, e radical, no que tange às depressões pós-parto, até então encaradas exclusivamente no seu aspecto de perda narcísica. Haveria nesse caso, perda de uma excitação de gravidez, a perda da ilusão de completude e de gozo, sem mediação, só pensável até aí, na questão que tange à perversão. (PINHEIRO, 1991, p. 123)

Outra contribuição essencial à compreensão detalhada do amor materno se oferece na obra de Elisabeth Badinter, que também estuda o tema, a partir do ponto de vista da época e da sociedade em que se insere a família.

Badinter (1985) acredita que a maternidade é, ainda hoje, um tema sagrado: continua sendo muito difícil questionar o amor materno, e a mãe permanece ligada à imagem de Maria. A autora salienta que, em detrimento da razão, as pessoas continuam atribuindo à maternidade um peso de instinto.

Assim, afirma Badinter:

O amor materno foi por tanto tempo concebido em termos de instinto que acreditamos facilmente que tal comportamento seja parte da natureza da mulher, seja qual for o tempo ou o meio que a cerca. Aos nossos olhos, toda mulher, ao se tornar mãe, encontra em si mesma todas as respostas à sua nova condição. Como se uma atividade pré-formada, automática e necessária esperasse apenas a ocasião de se exercer. (BADINTER, 1985, p. 20)

Com o trabalho da filósofa francesa Simone de Beauvoir, que, nos anos 1960, questionou a tese freudiana da feminilidade, deflagrou-se o movimento feminista, que começou nos Estados Unidos e tomou o mundo ocidental. O discurso feminista pôs em questão a teoria da mãe naturalmente devotada, duvidando de que todas as mulheres nasçam para suportar os sacrifícios que até então se consideravam inerentes a sua condição.

As críticas a Freud devem ser ampliadas a ponto de compreendermos que o autor estudou e reproduziu as mulheres da época em que viveu – século XIX e primeiras décadas do XX.

Após o trabalho de Beauvoir e o questionamento imperioso do discurso feminista sobre o instinto materno, esse termo não faz mais parte do vocabulário corrente, mas segue presente de uma maneira vivaz a idéia que ele traduzia. Tal idéia está ligada a este pensamento: “o amor da mãe pelo filho é tão forte e quase geral que provavelmente deve alguma coisinha à natureza. Mudou-se o vocabulário, mas conservam-se as ilusões” (BADINTER, 1985, p. 21).

A autora enfatiza que é de acordo com a ideologia da época e em função de necessidades e valores dominantes em uma sociedade que se determinam os lugares que terão a mãe, o pai e o filho. Dessa forma, o amor materno é fruto e consequência de uma época na história da humanidade. A partir de seu pormenorizado estudo, propõe que o amor materno não tem uma base inata, mas é adquirido ao longo dos dias passados ao lado do filho e pelos cuidados que lhe são dispensados; assim entendido, o amor materno seria uma construção dada a partir das relações com o bebê, da possibilidade de a mãe ser “tocada” pelo filho de uma maneira particular que, encontrando eco na sua história, poderia vir a se desenvolver, necessitando ser nutrido permanentemente.

A maternidade convoca vários saberes: necessita ser compreendida em aspectos distintos, o que atesta, na realidade, que não existe uma forma única de abordar esse fenômeno. É preciso analisá-lo em um universo que comporte matizes diferenciados.

As representações culturais da maternidade se apresentam de forma específica em cada época e sociedade. A maternidade, portanto, integra a história de uma forma geral e participa da história de cada mãe em particular – como cada uma pôde constituir-se como ser humano, posteriormente como mulher e, finalmente, como mãe.

A mulher na atualidade parece carregar as glórias das conquistas femininas dos últimos tempos; no entanto, paradoxalmente, seu encargo teve um incremento e é avaliado com um rigor maior, uma vez que, nos dias atuais, não lhe basta ser uma excelente mãe – o que acarreta idealização e culpa recorrentes, como um acréscimo de cobranças da sociedade e dela própria, ligadas ao filho e à carreira profissional que ela possa desempenhar.

Rozsika Parker (1997) contribui para a abrangência do tema da maternidade, examinando a questão da ambivalência materna. Ela entende que uma compreensão mais ampla da ambivalência pode permitir não só às mães, como a outras pessoas, a “constatação de que as mães, em sua maioria, não são nem tão ‘más’ quanto tememos, nem tão ‘boas’ quanto desejamos” (p. 15). Acredita que o cerne do sentimento de culpa materno situa-se na experiência e no manejo da ambivalência – como as mães amam e, ao mesmo tempo, odeiam seus filhos –, e que tais conflitos são potencialmente criativos. Enfatiza que os conhecimentos e avanços que a psicanálise trouxe para a compreensão do fenômeno humano, entendendo-o como inconscientemente determinado, são utilizados pela cultura de uma maneira culpabilizadora. A psicanálise pode auxiliar na compreensão de que o controle das mães é limitado, em face do impacto que elas têm sobre os filhos, e que a experiência da maternidade seria inevitavelmente conflitiva.

De acordo com Parker (1997), a ambivalência materna não deve ser compreendida como uma condição imutável e estática, mas como uma experiência predominantemente dinâmica do conflito frente aos sentimentos da mãe em épocas distintas do desenvolvimento da criança. Em complemento, a autora alerta para o fato de que pode não haver problema na ambivalência, mas no modo como a mãe metaboliza a culpa e a angústia provocadas pelo conflito entre o amor e o ódio, que não é aceito facilmente nem pelas mães em sua individualidade, nem pela cultura.

O conflito da ambivalência materna pode ter um papel criativo no desenvolvimento psíquico da mãe. A angústia suscitada pela ambivalência materna pode levar a mãe a uma profunda reflexão acerca do bebê ou da criança e de sua relação com ela. Caso a ambivalência seja completamente recusada, a relação com o filho perderá parte de sua riqueza, e a mãe terá dificuldade em compreender seu bebê (PARKER, 1997).

Em busca de uma compreensão mais abrangente do significado da maternidade para o psiquismo feminino, Maria do Carmo Camarotti (2002) supõe que o desejo de maternidade poderia ser motivado pelo desejo de imortalidade e pela angústia de desamparo.

Voltamos, assim, à questão inicial do desamparo humano. É em decorrência dele que o bebê, ao nascer, precisa de cuidados maternos para sobreviver e edificar as bases de seu psiquismo incipiente. Podemos pensar que o humano caminha na tentativa de superar seu desamparo inicial, e que este não está presente apenas em situações de crise manifesta, nem é fruto apenas da contemporaneidade, mas que somos todos fundamentalmente desamparados. No desenvolvimento psíquico, tanto

meninos quanto meninas precisam lançar mão de recursos para lidar com o desamparo, a fim de poderem continuar a trilhar seus caminhos.

[...] pela valorização e atribuição fálica que é dada ao órgão sexual masculino, o menino encontraria nele uma forma de superar a sua impotência e sentimento de desamparo: “Eu tenho algo de valor como o meu pai”. À menina é dito que, por sua condição de fêmea, um dia terá um bebê na barriga como sua mãe. Ela verá nessa possibilidade de procriar, um meio de superar sua imagem de impotência. Podemos pensar, então, que o desejo de maternidade estaria associado ao desejo de superação da impotência e, portanto, à condição de desamparo. (CAMAROTTI, 2002, p. 44)

Vimos anteriormente que Freud promove uma certa equivalência entre ser mãe e ser mulher. Duas autoras psicanalíticas da atualidade discutem a questão da feminilidade e da maternidade a partir de um ponto de vista diverso. Jacqueline Schaeffer (2002) e Florence Guignard (1999) compreendem a reivindicação fálica não como um movimento primário da menina, a fim de possuir um pênis como o do pai, mas como uma defesa, para escapar da relação arcaica com a mãe (SCHAEFFER, 2002), e com a recusa do feminino significando o temor do incesto com a mãe (GUIGNARD, 1999).

Contribuindo de forma original, Schaeffer (2002) elabora a tese a partir da qual discute o destino das mulheres, sujeito a uma intrincada rede de aspectos diversos sobre o antagonismo entre o feminino erótico e o maternal, que se desenrola recorrentemente de forma conflituosa. A autora ressalta que o aspecto maternal está inexoravelmente vinculado e submetido ao tempo fértil da mulher, à temporalidade de sua capacidade reprodutiva. Em contrapartida, o aspecto feminino erótico está sujeito à temporalidade da pulsão sexual, a qual está marcada por uma força constante, sem interrupções ou declínios. “O maternal está submetido a um relógio, o feminino é um crescimento sem fim” (SCHAEFFER, 2004, p. 107).

Vimos que, do caminho até a identidade feminina, e da vivência das emoções na relação com a gravidez e o parto, são construídas as sementes que germinarão um ser humano ou, ainda, a relação da mãe com seu bebê.

2. A trama das primeiras relações e sua importância

Ao falar sobre o desenvolvimento da criança, Freud (1911/1980) postula a existência de um período narcísico no qual ela seria “sua majestade, o bebê” – uma experiência onipotente de sentir-se o centro do mundo. Paradoxalmente, aponta a condição de prematuridade em que nasce o bebê humano, a qual poderia gerar uma experiência de profundo desamparo. Para dar conta desse paradoxo, diz:

Corretamente objetar-se-á que uma organização que fosse escrava do princípio do prazer e negligenciasse a realidade do mundo externo, não se poderia manter viva, nem mesmo pelo tempo mais breve, de maneira que não poderia ter existido de modo algum. A utilização de uma ficção como esta, contudo, desde que se inclua o cuidado que recebe da mãe – quase realiza um sistema psíquico deste tipo. Ele provavelmente alucina a realização de suas necessidades internas; revela seu desprazer, quando há um aumento de estímulo e uma ausência de satisfação, pela descarga motora de gritar e debater-se com os braços e pernas, e então experimenta a satisfação que alucinou. Posteriormente, a criança de mais idade, aprende a empregar intencionalmente estas manifestações de descarga como métodos de expressar suas emoções. Visto que o cuidado posterior das crianças modela-se no cuidado dos bebês, o predomínio do princípio de prazer só pode realmente terminar, quando a criança atingiu um completo desligamento psíquico dos pais. (FREUD, 1911/1980, p. 279)

Freud indica nesse pequeno texto o papel fundamental que os cuidados maternos exercem na vida de todo ser humano. Ao mesmo tempo em que, do ponto de vista biológico, o bebê nasce prematuro, ele consegue suplantar parcialmente o desamparo que o acomete para marchar rumo ao desenvolvimento. Dessa forma, o que estaria na base da constituição psíquica, supostamente antes de ser possível qualquer operação, é o desamparo; posteriormente o bebê seria amparado pelo cuidado materno. O autor introduz o conceito de desamparo no final de sua obra, na década de 1930, no texto “O mal-estar na civilização”.

Para alguns autores, tais como Pereira (1997), o conceito freudiano de desamparo se refere a um estado de impossibilidade de controle da pulsão. Para que se contenha a pulsão e se constitua o psiquismo da criança, os cuidados maternos teriam a função de ligar a pulsão a uma representação, construindo assim um tecido para que haja uma organização simbólica do mundo. Enfatiza ainda esse autor que o desamparo é intrínseco à vida psíquica e ilustra a verdade mais crua de que o psiquismo se desenrola numa total falta de garantias de existência; em um sentido patológico, o desamparo remete a uma falência do funcionamento psíquico.

A pulsão de vida representada pelos cuidados maternos vai imprimindo no bebê representações, a partir da formação de símbolos; conseqüentemente, constrói-se uma incipiente organização simbólica, fazendo com que haja uma mitigação da pulsão de morte. Assim, o bebê vai gradativamente domando – de uma forma parcial – a pulsão de morte. No desamparo, não há presença de psiquismo: é a partir do cuidado da mãe que o bebê vai sobrevivendo do ponto de vista biológico e, concomitantemente, vão se constituindo os pilares de seu psiquismo.

Acompanhando Freud a respeito da importância do conceito de desamparo presente no humano, Joel Birman (1999) traz valiosas contribuições sobre o tema. Entende que a noção freudiana de desamparo não pode ser pensada sem se levar em conta a questão da prematuridade: ao nascer, o organismo humano é biologicamente inapto para a vida, e se for deixado a si mesmo não é capaz de viver. A conseqüência desse fato é que sem o cuidado do outro, o que chamamos de função materna, o humano não seria viável – seja pelo motivo da organização somática estar fadada ao fracasso, seja porque não seria possível a construção do psiquismo. “Se o organismo é prematuro e inviável para a vida, a produção do corpo

indica a materialização de sua viabilidade pela tessitura do psiquismo” (p. 160). Não podemos pensar no bebê humano sem pensar conseqüentemente nos cuidados maternos que o resgatam permanentemente, por um longo período, da sua prematuridade intrínseca. Segundo Birman (1999, p. 162), “a posição fundamental do desamparo nos remete imediatamente, sem qualquer rodeio, tanto para o que existe de incompleto no organismo humano, quanto para a conseqüência maior disso: a dependência insofismável do outro”.

O desamparo como uma marca da condição humana nunca é superado: não é apenas um momento específico da história da subjetividade. Os cuidados maternos são uma forma – melhor ou pior, dependendo dos recursos disponíveis daquela que cuida – de fazer frente a essa condição de base, e tudo o que vem depois seriam maneiras de lidar com o desamparo primordial. O conceito de desamparo pressupõe a prematuridade do humano, sua marca essencial, a dependência do outro e uma autonomia relativa, apesar das conquistas que ocorrem ao longo da vida.

Podemos pensar, então, que a incompletude humana estaria ligada não só à questão de sermos fálicos ou castrados, como em princípio apontou Freud, mas também à impossibilidade de existirmos sem a presença do outro que cuida (preferencialmente a mãe). O humano é incompleto e desamparado por natureza, sempre precisará em maior ou menor grau de uma presença amorosa; mesmo adulto, necessitará de investimentos libidinais contínuos para mitigar o desamparo original.

Outros autores importantes no cenário psicanalítico desenvolveram teorias a respeito do desamparo do bebê ao nascer e dos cuidados necessários para garantir

não só a sobrevivência do ponto de vista físico como a possibilidade da existência psíquica. Destacaremos dois autores que contribuíram valiosamente para o aprofundamento dessas questões. Inicialmente, abordaremos de maneira sucinta o pensamento de Winnicott relativo ao tema; depois, o de Bion.

Winnicott (1960/1983) dedicou-se a compreender profundamente o lugar que os cuidados maternos ocupam no desenvolvimento da mente do bebê. Concorde com Freud ao afirmar que o bebê nasce desamparado e, somado a isso, depende completamente do ambiente para poder desenvolver seu potencial herdado que inclui uma tendência ao crescimento e ao desenvolvimento de sua personalidade humana. Para Winnicott, no início de sua vida, o lactente só existe graças ao cuidado materno, formando assim junto da mãe uma unidade. Logo após o nascimento, depois de nove meses de gravidez, o bebê encontra-se maduro para o desenvolvimento emocional. Segundo o autor, há dois estágios importantíssimos do ponto de vista do desenvolvimento emocional na infância: um deles ocorre por volta do nascimento, e o outro ocorre por volta dos cinco ou seis meses. A teoria do desenvolvimento emocional primitivo do bebê que Winnicott formulou tenta abarcar esse período da vida, desde o nascimento até aproximadamente os cinco ou seis meses: é nesse momento que os alicerces da personalidade da criança são construídos, antes mesmo de ela se reconhecer como pessoa inteira e reconhecer o outro como uma pessoa diferente dela.

No desenvolvimento emocional inicial, há três processos psíquicos que ocorrem muito cedo na vida do recém-nascido. No primeiro deles, a *integração*, que começa imediatamente após o início de vida, alguém faz com que a criança se sinta aquecida, segura-a e lhe dá banho, balança-a e a chama pelo nome e promove outros tipos de experiência que fazem uma pressão interna e têm como resultado a

integração da personalidade. O segundo processo vem a ser a *personalização*, que consiste no desenvolvimento do sentimento do bebê de ocupar seu próprio corpo. E o terceiro processo, nomeado *realização*, liga-se a uma tomada de consciência do bebê, que passa a fazer uma apreciação do tempo, do espaço e de outros aspectos da realidade (WINNICOTT, 1945/2000).

A percepção da existência da mãe como uma pessoa total ocorrerá somente no quinto ou sexto mês de vida do bebê, quando ele será capaz de distinguir um *eu* de um *não-eu*, de perceber-se separado daquela que cuida. Entretanto, para que esse estágio seja alcançado, deve haver um estágio anterior, em que gradativamente o bebê tem contato com o fato de ser cuidado com elementos parciais que são representantes desse cuidado. “Quanto ao ambiente, pedaços da técnica do cuidar, de rostos vistos e sons ouvidos e cheiros cheirados, são apenas gradualmente reunidos e transformados num único ser, que será chamado de mãe” (WINNICOTT, 1945/2000, p. 224).

No relacionamento primitivo com a mãe, o bebê manifesta um caráter impiedoso. Nessa fase, ele não tem condições de perceber a dor – ou não lhe dá importância – que pode provocar àquela com quem se relaciona; em outras palavras, o amor primitivo pode ser definido por um amor sem concernimento, sem preocupação com o mal que pode causar ao objeto (WINNICOTT, 1945/2000).

Ainda nesse estado primitivo, na fantasia do bebê, o objeto é regido por leis mágicas; ele existe, aproxima-se e desaparece quando o bebê deseja, e fere quando é ferido. Essa possibilidade é extremamente aterrorizante e responsável por desencadear profundas ansiedades de um tipo característico, que seria o de aniquilamento: uma ansiedade inimaginável que pode ser ilustrada pela

desintegração; um cair para sempre, um não ter conexão alguma com o corpo e um carecer de orientação (WINNICOTT, 1962/1983).

A fim de auxiliar o bebê no processo de desenvolvimento, levando em consideração o que foi descrito acima a respeito das características do bebê nessa fase primitiva, na qual ele é completamente dependente dos cuidados maternos, Winnicott (1956/2000) descreve um estado caracterizado por uma sensibilidade exacerbada, o qual, ao promover uma intensa identificação da mãe com o bebê, permite que ela esteja sensível e conectada a ele em seus primeiros tempos de vida.

Essa condição organizada (que seria uma doença no caso de não existir uma gravidez) poderia ser comparada a um estado de retraimento ou de dissociação, ou a uma fuga, ou mesmo a um distúrbio num nível mais profundo, como por exemplo, um episódio esquizóide, onde um determinado aspecto da personalidade toma o poder temporariamente. Gostaria muito de encontrar um bom nome para essa condição, e propor que ele seja adotado como algo a ser levado em consideração toda vez que fosse feita referência à fase inicial da vida do bebê. Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe no início mesmo da vida do bebê sem perceber que ela deve alcançar esse estado de sensibilidade exacerbada, quase uma doença, e recuperar-se dele. (Introduzo aqui a palavra “doença” porque a mulher deve ter saúde suficiente tanto para desenvolver esse estado quanto para recuperar-se dele à medida que o bebê a libera. Caso o bebê morra, o estado da mãe repentinamente revela-se uma doença. A mãe corre esse risco). (WINNICOTT, 1956/2000, p. 401)

No período que compreende a *preocupação materna primária*, no qual o aspecto regressivo se faz predominantemente presente, a identificação é o mecanismo utilizado para podermos entender que, em grande parte, a mãe é o bebê e o bebê é a mãe. Winnicott (1966/1999) enfatiza essa posição de identificação da “mãe dedicada comum”, a qual ele entende tornar-se possível em consequência de que a mãe já foi bebê um dia e tem lembranças e recordações de que alguém também cuidou dela. De acordo com o autor, essas lembranças podem favorecer ou dificultar seu desempenho e sua experiência como mãe.

Por um lado, há identificação necessária da mãe com o bebê; por outro, há a dependência absoluta do bebê em relação à mãe. O estado de dependência do lactente precipita uma identificação da mãe, pois, de outra maneira, não lhe seria possível, nem a qualquer pessoa, cuidar do bebê, oferecendo-lhe aquilo de que ele precisa no início da vida. O contato da mãe com sua própria experiência de ter sido um bebê um dia, quando pôde contar com cuidados maternos de sua própria mãe, é que a capacita também a ofertar cuidados *suficientemente bons* para seu filho.

Durante essa fase inicial, o lactente encontra-se submetido a profundas angústias, que precipitam na mãe recursos para que seu filho não fique exposto a elas. A função da mãe é ser capaz de fornecer *holding* para minimizar os efeitos perniciosos da angústia de aniquilamento para o bebê, quando este se encontra desprovido de meios para suportá-la.

Para Winnicott (1960/1983), o significado de *holding* seria *sustentar* – não só o físico, mas toda a provisão ambiental necessária nessa fase. Com o *holding* materno, o bebê progride ao estado de sentir-se uno, torna-se uma pessoa com sua própria individualidade, separada daquela que provê o cuidado ambiental.

A vida do bebê se amplia e caminha rumo às relações objetais. Todo esse complexo processo, que envolve inúmeras funções e conquistas, só pode ser bem-sucedido a partir do que a mãe oferece, apoiado nos cuidados maternos. O *holding* fornece uma sustentação consistente, mas realizada não de forma mecânica: deve estar aliado à profunda conexão e empatia da mãe com o lactente, e contempla questões tanto fisiológicas como psicológicas; seu alicerce é fundado no corpo, mas alcança a psique.

A base da satisfação instintiva e das relações objetais é a manipulação e a condução geral no cuidado do lactente, que é facilmente tido como certo quando tudo vai bem. As bases da saúde mental do indivíduo, no sentido de ausência de psicose ou predisposição à mesma (esquizofrenia), são lançadas por este cuidado materno, que quando vai bem, dificilmente é percebido, e é uma continuação da provisão fisiológica que caracteriza o estado pré-natal. (WINNICOTT, 1960/1983, p. 49)

Winnicott (1956/2000) alerta para o fato de que algumas mulheres não conseguem desenvolver a capacidade de afinar-se tão sensivelmente às necessidades de seus bebês, como, também, podem fazê-lo com um filho e não com outro. Essas mulheres não conseguem se preocupar com o bebê tão intensamente a ponto de captar suas necessidades.

No percurso que o recém-nascido faz desde o estágio inicial do desenvolvimento emocional, caracterizado por *dependência absoluta*, há a necessidade de considerarmos uma fase intermediária, a de *dependência relativa*, em que o bebê começa a tomar consciência da sua dependência, passando a sentir necessidade da mãe. Nesse período, já há a percepção de uma pessoa inteira, que não faz parte do seu eu, apesar de sustentá-lo. Essa fase dura aproximadamente dos seis meses aos dois anos. Quando a criança se torna capaz de lidar com a complexidade do mundo, está apta a caminhar rumo à *independência*, características da criança na fase pré-escolar e na puberdade (WINNICOTT, 1963/1983).

A mãe *suficientemente boa* oferece ao bebê um estado propício à alucinação, o qual, por meio da sensibilidade refinada e traduzida em cuidados maternos, leva-a a oferecer algo necessário ao bebê no lugar e no momento certos. A repetição consistente dessas situações faz com que o bebê acredite que ele criou o seio, e essa capacidade significa que a mãe possibilitou a seu filho uma ilusão (WINNICOTT, 1952/2000). Tal experiência leva a uma vivência fundamental relativa

à onipotência da criança: a mãe capacita o bebê a ter a *ilusão* de que o mundo é criado a partir de suas necessidades e de sua imaginação (WINNICOTT, 1982).

No contexto do relacionamento do bebê com o seio materno (e não estou declarando que o seio é essencial como veículo do amor da mãe) o bebê tem impulsos instintivos e idéias predatórias. A mãe tem o seio e o poder de produzir leite, e a idéia de que ela gostaria de ser atacada por um bebê faminto. Esses dois fenômenos não estabelecem uma relação entre si até que a mãe e o bebê vivam juntos uma experiência (...) Imagino este processo como se duas linhas viessem de direções opostas, podendo aproximar-se uma da outra. Se elas se superpõem, ocorre um momento de ilusão – uma partícula de experiência que o bebê pode considerar ou como uma alucinação sua, ou como um objeto pertencente à realidade externa. (WINNICOTT, 1945/2000, p. 227)

A adaptação da mãe a seu bebê, na maior parte das vezes, pode ser suficientemente boa, mas nunca será completa. Mesmo nos primeiros dias de vida do bebê, quando ela está capacitada por meio da *preocupação materna primária* a desempenhar de uma maneira extremamente sensível sua função, até as mais devotadas mães podem cometer pequenas falhas. Segundo o autor, o bebê teria condições de dar conta dessas possíveis falhas maternas, caso ele já tivesse experimentado um ambiente consistente de cuidados. A partir de sua incipiente compreensão intelectual, seria capaz de transformar uma adaptação insuficientemente boa em uma adaptação suficiente, o que lhe propiciaria um treino e uma possibilidade de construir um repertório para lidar, em outros momentos, com as dificuldades da vida (WINNICOTT, 1952/2000).

É conveniente usar uma expressão do tipo “suficientemente boa” para transmitir uma concepção não idealizada da função materna; mais ainda, é importante ter em mente o conceito de dependência absoluta (do bebê em relação ao meio ambiente), que se transforma rapidamente em dependência relativa, sempre numa trajetória em direção à independência (que jamais é alcançada). Independência significa autonomia; a pessoa torna-se viável como pessoa e também fisicamente (uma unidade independente). (WINNICOTT, 1968/1999, p. 80)

Dessa perspectiva, o desenvolvimento emocional do ser humano é um processo complexo e contínuo, em que a mãe seria a responsável por “apresentar o

mundo em pequenas doses” ao bebê (WINNICOTT, 1982, p. 77), fornecer o tecido para que o bebê possa realizar seu potencial, atingir plenamente a experiência de *ilusão*, vivê-la satisfatoriamente para que, no momento do desmame, quando ele se torna capaz de perder o objeto, a mãe tenha uma função também imprescindível que é a de fazer com que o bebê passe pela experiência de se desiludir.

A capacidade de se preocupar com a mãe por decorrência dos danos causados pelo amor primitivo se dá através da possibilidade de deprimir-se, típica do estágio de concernimento; e essa capacidade só é possível graças às experiências contínuas e consistentes decorrentes do refinado cuidado que a mãe presta ao bebê. A possibilidade de haver um desmame satisfatório se dá principalmente pela somatória de experiências acima descritas, incluindo a amamentação, em que a troca entre mãe e bebê pode ser consideravelmente rica e intensa para ambos

Imediatamente atrás do desmame, encontramos o tema mais amplo da desilusão. O desmame implica uma amamentação bem-sucedida, e a desilusão implica o fornecimento bem-sucedido de espaço para ilusão. Assim, a partir de uma experiência de onipotência inicial, o bebê é capaz de tomar contato com a frustração e experimentá-la para, posteriormente, vir a entender que faz parte de um mundo infinitamente maior, do qual é apenas uma pequena parte (WINNICOTT, 1968/1999).

Um dos pilares da obra de Bion (1967/1994) refere-se às primeiras experiências infantis e ao papel da personalidade do bebê e da possibilidade que a mãe tem de fornecer um espaço no qual ele coloque aquilo de que quer se ver livre, evacuando-o via identificação projetiva na mente da mãe. Essa identificação projetiva, para Bion, é realística e tem o valor de uma comunicação eficiente, desde

que a mãe seja capaz de uma função chamada *rêverie*, pela qual aceita aquilo que é “despejado” nela e modifica os sentimentos de uma maneira tal que o bebê possa tanto tolerar quanto introjetar. “A capacidade de *rêverie* da mãe, é o órgão receptor da colheita de sensações que o bebê, através de seu consciente, experimenta em relação a si mesmo” (BION, 1967/1994, p. 134).

Thomas H. Ogden (1998) compara a *rêverie* ao conteúdo manifesto dos sonhos, como um aspecto da experiência consciente ligado a uma experiência inconsciente.

Por sua vez, Luis Cláudio Figueiredo em sua nota de rodapé in Ogden (1998) traduz literalmente o termo *rêverie* por “devaneio”, mas completa-o apontando que, a partir do emprego psicanalítico que Bion fez do termo, significa uma atividade mental denominada de “*ensonhamento*”.

Ao processo de transformação realizado pela mãe capaz de *rêverie*, Bion denominou “função alfa”.

Elizabeth Bott Spillius, referindo-se ao acima exposto, afirma:

Se isto caminha razoavelmente bem, o bebê reintrojeta não apenas aquela coisa ruim particular transformada em algo tolerável, mas conseqüentemente introjeta a própria função, e desta forma tem embrionariamente os meios, dentro de sua própria mente, para tolerar frustração e pensar. A simbolização, uma “barreira de contato” entre consciente e inconsciente, pensamentos oníricos, conceitos de espaço e tempo podem se desenvolver. (SPILLIUS, 1991, p. 163)

Caso esse processo venha a fracassar, quer pela incapacidade da mãe para conter as projeções do bebê, quer pela intolerância ou inveja que o bebê tem da própria mãe (por ela conseguir fazer aquilo que ele não consegue), a identificação projetiva se realizará de forma ainda mais intensa e a reintegração seguirá o mesmo

padrão. A consequência desse processo é que o indivíduo se identifica repetidamente com esse objeto interno que compreende mal, e terá um desenvolvimento propício para uma psicose (SPILLIUS,1991).

A personalidade do bebê faz parte de uma das condições favoráveis ou não para a sua sobrevivência. Se a mãe e o bebê se ajustarem, há possibilidade de vida para o bebê (BION,1967/1994).

Podemos conjecturar, ao seguir Winnicott e Bion, que o ambiente seja parte fundamental para a constituição psíquica vir a lograr, não antes da possibilidade de sobrevivência do bebê como um todo. Percebe-se, ao longo de todo o percurso teórico, desde Freud, a intrincada relação entre o físico e o psíquico, em que um aspecto funda o outro e, ao mesmo tempo, o sustenta. Depois de Freud, e de acordo com outros autores psicanalistas, a existência física não pode ser descolada de seu correlato psíquico.

Winnicott e Bion coincidem em atribuir um papel de peso às contribuições da mãe na formação da mente do pequeno ser, ressaltando-se as funções de *holding* para o primeiro autor e de *rêverie* e *função alfa* para o último. Para ambos, a mãe serviria de ambiente continente, o qual o bebê pode ser capaz (ou não) de usar como solo fértil, a fim de que seu psiquismo advenha. O bebê, segundo Bion, pode ter uma capacidade maior ou menor de tolerar frustrações, auxiliando de maneira positiva ou não a formação de pensamentos, como, também, teria uma possibilidade inata de ser mais ou menos invejoso em relação às competências maternas.

Winnicott acentua que o ambiente pode deturpar a disposição do lactente a uma forma inata para seguir o fluxo do processo maturacional. Por sua vez, a mãe pode ser insuficiente para dar conta daquilo de que o bebê seria capaz, caso tivesse

alguém apto a conectar-se intimamente consigo e deixá-lo seguir rumo ao desenvolvimento, contribuindo para sua saúde mental.

Contrariamente a Winnicott, Bion enfatiza que o bebê possui capacidade inata de ser mais receptivo às contribuições da mãe, ou mais invejoso em relação à função materna.

Na gestação, a mulher tem um outro dentro dela mesma – o bebê – incorporado ao seu ser, apesar de dar sinais de que tem vida própria, movimenta-se, pode ser visto através de ultra-sonografia. Podemos levantar como hipótese que, na depressão puerperal, a mulher teria tido uma ilusão na gravidez de não mais estar sujeita ao desamparo original?

O bebê imaginário não seria a prova que tanto se procurava para desmentir a fragilidade humana que nos assola a todos nós?

O que teríamos após o parto com a deflagração do estado depressivo?

Não seria a ruptura brutal dessa ilusão que poderia estar animando essas mulheres no puerpério?

As mulheres deprimidas no período puerperal vivenciam uma situação de desamparo; por sua vez, seus filhos clamam por amparo, mas elas também precisam ser amparadas, pois se encontram em um momento de sofrimento atroz.

A fim de compreendermos os elementos essenciais presentes na complexa trama constitutiva do psiquismo infantil, teremos que nos deter nos pormenores do conceito de narcisismo, proposto por Freud e aprofundado por alguns de seus seguidores, como, também, nas reverberações que esse conceito produz.

2.1. Narcisismo

O narcisismo marca sobremaneira a história psíquica de cada um de nós, e terá papel preponderante na história do desenvolvimento do bebê. Freud (1914/1980) definiu-o como uma etapa na qual a criança tem uma vivência onipotente, tal como se fosse “sua majestade, o bebê”, para, posteriormente, deixar esse modo de funcionamento psíquico e caminhar rumo ao amor objetal. Paradoxalmente, na teoria freudiana, o narcisismo como forma preponderante de experiência nunca é abandonado, e Freud chama a atenção para como o investimento dos pais no bebê provém do narcisismo abandonado por eles e revivido na relação com o filho.

A criança é precedida por uma pré-história – seja a resultante da intersecção da história de cada um dos pais, seja a sua própria, iniciada com a idéia ou desejo (ou não) da sua vinda.

Ao nascer, o bebê traz consigo marcas do renascimento do narcisismo parental, e é a partir do próprio narcisismo parental que a mãe e o pai podem investir libidinalmente seu filho. O renascimento e a reprodução do narcisismo dos pais em relação ao filho podem ser ilustrados por toda a supervalorização da atitude emocional que se lhe dirige, atribuindo-lhe idealmente todas as perfeições e anulando todos os defeitos. Seu filho conseguirá tudo o que os pais não lograram conseguir, e não ficará submetido às regras sociais que eles próprios tiveram que seguir. Será a partir do narcisismo dos pais que a criança poderá constituir seu próprio narcisismo, para depois dar lugar a um eu, através dos cuidados sediados na relação primordial com a mãe.

A doença, a morte, a renúncia ao prazer, restrições à sua vontade própria não a atingirão, as leis da natureza e da sociedade serão ab-rogadas em seu favor, será mais uma vez o centro e âmago da criação. Sua majestade, o bebê como outrora nós mesmos nos imaginávamos. A criança concretizará os sonhos dourados que os pais jamais realizaram – o menino se tornará um grande homem e um herói em lugar do pai, e a menina se casará com um príncipe como compensação para sua mãe. No ponto mais sensível do sistema narcisista, a imortalidade do ego, tão oprimida pela realidade., a segurança é alcançada por meio do refúgio na criança. **O amor dos pais, tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetual, inequivocamente revela sua natureza anterior.** (FREUD, 1914/1980, p. 108)

Silvia Bleichmar (1994) colabora com esta questão propondo que o narcisismo materno é um “narcisismo transvasante”, que não se esgota na mãe: é “alimento” para o filho e instala, a partir do alívio das tensões biológicas, a dimensão da ordem sexual. “A conhecida definição de sexualidade em termos de ‘plus de prazer’, que não se reduz ao auto-conservativo, rege os intercâmbios entre a mãe e seu bebê” (BLEICHMAR, 1994, p. 4).

A possibilidade de a criança ser antecipada, pensada pela mãe permite-lhe investir a criança como um outro, e não como um prolongamento de si mesma:

Isto faz com que a criança seja, por sua vez, pensável, quer dizer, fantasmaticável, do lado da mãe. Ser pensado pelo outro é condição de vida em sua persistência. Ser amado e ser pensado, implica um não apoderamento do corpo por parte do outro. O próprio corpo só chega a ser próprio porque alguém, generosamente, cedeu uma propriedade sobre uma parte de si mesmo que se torna alheia. Disto falamos quando dizemos “*narcisismo transvasante*” da mãe, um narcisismo que não se esgota na própria mãe, nem no outro concebido simplesmente como metonímia carnal do próprio corpo. (Bleichmar, 1994, p. 4)

Para a autora, o “narcisismo transvasante” através da sensibilidade materna exacerbada faz com que a mãe possa saber aquilo que seu bebê necessita, e que, apesar de ser um outro diferente dela, ele não será tomado como um completo estranho.

Segundo Piera Aulagnier (1979), o conceito fundamental de “antecipação” não está ligado somente ao fato de a mãe poder pensar o bebê e antecipá-lo mentalmente; para ela, o conceito tem um significado mais abrangente. O bebê sempre se confronta com uma experiência, um discurso e uma realidade que antecipam suas possibilidades de resposta. “O dizer e o fazer maternos antecipam sempre o conhecimento que pode ter o *infans*” (p. 35). Para a autora, a mãe exerce o que ela denomina “violência primária” (p. 35), na qual sua fala é responsável pelo efeito da antecipação ao qual a criança é submetida e incapaz de fornecer uma resposta esperada:

(...) Violência primária, à ação psíquica pela qual se impõe à psique de um outro uma escolha, um pensamento ou ação, motivado pelo desejo daquele que o impõe, mas que são, entretanto, apoiados num objeto que para o outro corresponde à categoria do necessário. (AULAGNIER, 1979, p. 38)

Assim, a mãe oferece ao filho aquilo que ela acha que ele necessita, e a possibilidade de realizar essa manobra antecipatória do psiquismo do bebê lança as bases para a constituição futura de um ego na criança. (BLEICHMAR, 1994; AULAGNIER, 1979).

O fenômeno de antecipação, fundamental já na gravidez a partir dos movimentos fetais, proporciona ao feto, como discutido acima, uma possibilidade de a mãe poder fazer a representação do bebê que cresce em seu ventre, a fim de conferir-lhe um lugar. O apego primordial dos pais ao bebê aumenta quando, por volta do quinto mês de gravidez, a gestante sente os movimentos do feto em seu ventre. Esses movimentos são a primeira contribuição da criança ao relacionamento com os pais, pois, ao movimentar-se, ela dá sinais de um ser separado, o que possibilita o incremento da relação com seus pais (BRAZELTON e CRAMER, 1992).

O tempo da gravidez é fundamental para que a mãe faça uma elaboração necessária, a fim de ser possível a construção do bebê em seu imaginário (ARAGÃO, 2007).

A Regina Orth Aragão complementa:

Gostaria de ressaltar novamente a importância do tempo, da previsão da duração da gravidez, internalizada pela mãe, e que vai marcando para ela o processo de crescimento do bebê dentro de si. É como se esse tempo durante o qual o desenvolvimento do feto se dá favorecesse, concomitantemente, a criação do bebê imaginário no psiquismo materno. (ARAGÃO, 2007, p. 34)

Teresa Lartigue, em conferência² recentemente proferida na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, salientou que a antecipação do bebê pela mãe é um dos fatores que ela observa numa pesquisa que vem desenvolvendo em torno da depressão materna e outros fatores coligados. No prognóstico de uma gestante, quando ocorrem movimentos fetais, se a mãe não os “registra”, não julga ser o filho que se movimenta, não podendo conferir-lhe um lugar de outro, de um ser já antecipado pelo psiquismo materno e inserido numa história que o precede, isso é motivo de preocupação e pode indicar um risco psicopatológico.

² Conferência realizada em 10 abr. 2008, na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, evento COWAP – IPA e diretoria de atendimento da comunidade da SBPSP.

2.2. Herança psíquica geracional e pré-história da criança

A possibilidade de a mãe fazer a manobra da antecipação do bebê insere-o na história e situa-o numa cadeia geracional, precedida por sucessivas gerações que o antecedem. As marcas deixadas na história pelas gerações precedentes são colocadas à prova no nascimento de mais um integrante do grupo familiar.

Voltando ao texto “Sobre o narcisismo: uma introdução”, Freud (1914/1980) ressalta que o psiquismo infantil advém imerso no narcisismo parental. A criança “será aquilo que os pais não conseguiram” (p. 108); está desde sempre remetida e é herdeira das histórias e desejos das gerações que a precederam. “Todos nós somos portadores de uma herança genealógica que constitui fundamento de nossa vida psíquica e que se processa no inconsciente” (CORREA, 2000, p. 62).

A herança psíquica transmitida pelas gerações precedentes, sob a vigência do narcisismo, é repassada à criança por meio das identificações. A transmissão pode ser intergeracional e transgeracional. A transmissão intergeracional, como vimos, permite uma certa modificação, constituindo-se assim de vivências psíquicas que foram passíveis de sofrer um processo de elaboração. Por sua vez, a transmissão transgeracional constitui-se de conteúdos inconscientes, brutos, que atravessaram várias gerações sem possibilidade de transformação e, assim, simbolização. Por esse motivo, por não terem acesso à defasagem na cadeia geracional, na qual uma geração precede a outra, são ilustrados como “sinistros” (CORREA, 2000; SILVA, 2003).

Na transmissão da herança psíquica transgeracional, o material inconsciente refere-se essencialmente a vivências traumáticas, lutos não elaborados, não ditos,

enfim, vivências extremamente sofridas, que os sujeitos ficaram impedidos de elaborar e transmitem como se fossem elementos brutos, que os herdeiros recebem sem possibilidade de uma integração psíquica, gerando buracos e vazios na trama psíquica em função da falta de representação desses conteúdos.

Nos casos em que a transmissão psíquica é extremamente conflituosa, o bebê pode servir como uma espécie de “receptáculo” de projeções inconscientes maciças advindas dos pais, sem poder contar nem com um self nem com um continente capaz de discriminar e metabolizar tais conteúdos, ficando, nas palavras de Maria Cecília Pereira da Silva (2003, p. 29), como um “self ‘sem berço’”.

A herança psíquica transmitida aos filhos pelos pais, responsável por auxiliar a erguer as bases do funcionamento psíquico, pode também entravar ou dificultar o desenvolvimento psíquico por meio de sintomas no sujeito. A transmissão transgeracional manifesta-se como um corpo estranho no psiquismo do sujeito, o qual não tem escolha a não ser cumprir a missão tal qual lhe veio destinada, o que parasita toda sua vida mental em detrimento de um itinerário pré-dado (SILVA, 2003). “É particularmente importante nos casos de transmissão de conflitos inconscientes e pode ser feita através de um ‘mandato transgeracional’, que bloqueia o desenvolvimento da criança” (LEBOVICI et al., 2000, p. 40).

O maior número de “buracos” e “vazios” representacionais não integrados na vida de um sujeito pode ser indicativo de uma história mais pesada. Para Myriam Szejer e Richard Stewart (1997, p. 37), “isso agrava a história e sobrecarrega-a com a falta desses sentidos que ressurgem na vida do indivíduo como uma parede invisível, um obstáculo incompreensível”.

A pré-história da criança inclui a história do casal e o projeto de gravidez imerso num “banho de linguagem” que antecede o nascimento da criança e que lhe diz respeito. A história específica de um homem e de uma mulher, o lugar que cada um deles ocupa em sua família, e seus respectivos conflitos determinam esse encontro entre dois seres, e, para cada um deles, esse encontro específico terá um sentido em sua própria história e faz parte da história da qual nascerá o filho (SZEJER e STEWART, 1997).

Aquilo que é transmitido à criança fica sujeito também ao “talento”. Szejer e Stewart (1997) acreditam que os papéis inconscientes atribuídos à criança são determinantes, mas não tiram necessariamente sua liberdade, e que podemos herdar uma força construtiva e não apenas uma destrutiva.

Do encontro de dois desejos, o do homem e o da mulher, vai nascer um projeto. E esse projeto, seja ele consciente ou não, faz parte da pré-história do filho (...) Seja qual for a configuração, essa origem marcará a criança e fará parte de sua história. Isso porque essa origem está inscrita no inconsciente parental como uma verdade concernente a esta criança. (SZEJER e STEWART, 1997, p. 55)

O bebê é precedido por uma “pré-história” no contexto de sua família de origem, e não só no das inferências promovidas pelo desejo de seus pais. O bebê chega ao mundo com sua bagagem inata, com sua “pré-história” ligada ao desejo de seus pais em uma determinada família de origem, e irá lidar com essas inúmeras e valiosas forças na relação com a figura primordial da mãe. A partir desse contínuo encontro com o outro, localizado primordialmente na figura da mãe, haverá a formação de processos psíquicos precoces.

Ao mesmo tempo em que a mãe ampara ao cuidar de um bebê que não sobreviveria sem cuidados externos, ela o lança a uma intrincada rede relacional que lhe permitirá usar, de uma maneira satisfatória ou não, seus recursos ligados a

uma outra ordem de coisas, ou seja, seus recursos inatos. Assim, não só dependerá da mãe fazer com que seu bebê se relacione (e, ao relacionar-se com ela, possa lançar mão de outros recursos além daqueles com que ele vem equipado), como é no lugar próprio de sua relação privilegiada que ele aprenderá, ou criará, recursos para a vida como um todo.

Assim sendo, podemos concluir que o desenvolvimento de um bebê recebe influências que vão desde suas próprias competências originais até uma intrincada rede que opera a partir dos desejos parentais, estes também intimamente relacionados às suas famílias de origem.

A transmissão da vida vem acompanhada da transmissão de uma “dívida de vida” (BYDLOWSKI, 1997 apud SOLIS-PONTON, 2004) que vai se atualizando a cada geração e pode servir como modelo para a geração futura, ou para o desejo de ter filhos.

O interjogo de desamparo e amparo materno, somado à possibilidade de, no início, o humano poder utilizar seus talentos ou competências para auxiliar a mãe em seu amparo, faz com que haja a construção paulatina de um psiquismo, tramado na intersecção de inúmeras forças. O nascimento de todo e qualquer bebê implica necessariamente no caminho psíquico que sua própria mãe percorreu desde o tempo em que era uma bebezinha – herdeira, tal como ele é, agora, ao nascer, de uma herança psíquica geracional remetida e produto da história de várias gerações; história essa que traz geralmente em seu bojo sucessos e insucessos, ditos e não-ditos, questões facilmente assimiladas ou não. A mãe, que um dia foi uma bebezinha, agora tem ela própria um bebê, e lhe dirige cuidados a partir do modelo de mãe internalizada de que ela dispõe – fruto também da relação e dos cuidados

que lhe foram dispensados, com as possíveis limitações que houve nessa relação e as formas como ela lhe afetou intimamente, incluindo a avó do bebê que nasce, também sujeita à cadeia geracional e atravessada pela história precedente a ela.

Não se deve esquecer que a bebezinha agora transformada em mãe não só tem uma história pré-edípica, com forte acento na figura materna e no vínculo primordial com ela, como também seguiu seu desenvolvimento emocional, relacionando-se com a figura paterna e toda a história da transmissão geracional dessa linhagem (tal como descrita na linhagem materna). Atravessou o caminho da conflitiva edípica e elaborou da forma possível toda a complexa gama dessas intensas experiências emocionais. Seguiu a trilha da vida e, num determinado momento, encontrou um homem – com o qual pode ter tido contato poucas vezes, ou ter vivido uma longa história.

Um certo dia, descobre-se grávida, seja porque namorou e casou e fez planos de ter um bebê ou em qualquer outro contexto ou enredo. A pré-história dessa gravidez e todo o arsenal psíquico geracional incluirão agora a história do menino que se torna pai e todo o seu processo psíquico desde a origem, submetido a forças geracionais tais como as que foram descritas em relação à mulher, respeitando necessariamente as diferenças entre a constituição do psiquismo feminino e a do masculino.

Esse complexo processo será somado à história do encontro dessa mulher com esse homem, em particular, e ao contexto e momento em que a gravidez acontece e como ela se desenrola. Não podemos deixar de referir que toda gravidez e todo nascimento ocorrem em determinado momento histórico do casal, de cada um dos pais separadamente e de uma sociedade inserida em uma cultura

específica. Há que considerar todas as implicações decorrentes desse fato para o casal em questão.

Ainda em relação a esse fator, deve-se considerar as influências de contexto socioeconômico e de apoio externo em determinada gravidez, sem esquecer que todas as outras influências citadas anteriormente são as forças presentes inconscientes na vinda de um bebê e exercem poderes fundamentais, intensos e atualizados na relação dos pais com o bebê.

O “narcisismo transvasante”, como descreveu Silvia Bleichmar, seria um cimento das relações dos pais com o bebê. O bebê herdaria, ao nascer, todas essas influências e viria com uma bagagem inata de competências e será também de vigor vital? De Pulsão de Vida?

Entendemos ser importante introduzir, de forma breve, um conceito referente ao movimento intrínseco, ao fato de uma mulher ter um filho e de um homem ter um filho, de ambos tornarem-se pais. Esse termo acena não só para os aspectos biológicos como também para os aspectos dinâmicos decorrentes do nascimento de um filho.

2.3. Parentalidade

O termo parentalidade pode ser compreendido como semelhante à expressão “tornar-se pais”: engloba um intenso trabalho psíquico, convocando tanto níveis conscientes quanto inconscientes do funcionamento mental daqueles que têm um filho (SILVA, 2004). O termo inclui o parentesco biológico, e também diz respeito, principalmente, ao desencadeamento de uma reflexão acerca da descendência dos pais. “A parentalidade vai além do fator biológico: para se tornar um pai ou uma mãe é preciso ter feito um trabalho anterior que começa pela aceitação de que herdamos algo de nossos pais (...) relativo à transmissão geracional” (LEBOVICI, 2000, p. 21).

O processo de parentalidade, ou de parentificação, é construído a partir do projeto de ter um filho até a consolidação da gravidez, a partir da representação do bebê imaginário; desenrola-se também durante todas as etapas da vida, com a facilitação que a “transparência psíquica” introduz, ao enfraquecer a repressão dos conteúdos e conflitos inconscientes da gestante, propiciando o acesso mais livre a tais conteúdos (MISSONIER, 2004).

Podemos ainda supor que a vinda de um filho no horizonte parental impõe aos futuros pais, de uma maneira ou de outra, pensarem-se como pais do filho que está nascendo, a partir da vivência que eles próprios têm como filhos de seus pais, além da referência e da identificação que eles têm como pais para um filho.

De acordo com Serge Lebovici:

O ser humano, quando se torna pai, tem de agir tendo os próprios pais como modelo. Construir a parentalidade no imaginário, lidar com os próprios pais, vai permitir se preparar para esse trabalho difícil. Para ser pai, temos de ser filhos de nossos pais (...) Quando os pais não existem, precisam ser inventados. (LEBOVICI, 2000, p. 27)

Compreendemos o termo parentalidade como todo o universo dos pais envolvido não só quando há o nascimento de um filho, mas também quando um casal se imagina tendo um bebê, mesmo antes da gravidez de fato. O universo representado pelas experiências dos pais quando eles próprios eram crianças, pelo investimento narcísico endereçado ao bebê; o contexto da transmissão psíquica geracional, incluindo seus respectivos aspectos intergeracionais e transgeracionais.

Assim, o tecido da parentalidade apenas pode ser costurado se intimamente vinculado à história da filiação de cada um dos pais e seus elementos fundamentais.

A filiação remete-nos à importância de pesquisarmos sobre o universo dos bebês – o que está em jogo nos encontros e desencontros com o outro, que cuidará dele, e como o bebê vem ao mundo portando alguns recursos – para, posteriormente, compreendermos os sinais e os riscos de o bebê desenvolver distúrbios psicopatológicos.

3. O universo dos bebês

Evidentemente, estou falando da modalidade de vida que faz do amor o centro de tudo, que busca toda satisfação em amar e ser amado. Uma atitude psíquica desse tipo chega de modo bastante natural a todos nós; uma das formas através da qual o amor se manifesta – o amor sexual – nos proporcionou nossa mais intensa experiência de uma transbordante sensação de prazer, fornecendo-nos assim um modelo para nossa busca de felicidade. Há, porventura, algo mais natural do que persistirmos na busca da felicidade do modo como a encontramos pela primeira vez? O lado fraco dessa técnica de viver é de fácil percepção, pois, do contrário, nenhum ser humano pensaria em abandonar esse caminho de felicidade por qualquer outro. É que nunca nos achamos tão indefesos contra o sofrimento como quando amamos, nunca tão desamparadamente infelizes como quando perdemos o nosso objeto amado ou o seu amor. Isso, porém, não liquida com a técnica de viver baseada no valor do amor como um meio de obter felicidade. (FREUD, 1930/1980, p. 101)

Em *O mal-estar na civilização*, de 1930, Freud escreve que é a partir da experiência do amor sexual que podemos ter acesso a um modelo de busca de felicidade, pela intensa vivência de prazer que tal experiência proporciona. Podemos pensar que, com os cuidados dispensados pela mãe ao bebê, ela o libidiniza, e é pelo prazer da mãe em cuidar de seu filho que há um transbordamento de libido capaz de despertá-lo para o prazer – pela circulação da libido deste para a mãe, incentivando um circuito de retroalimentação; além disso, a partir desses cuidados prazerosos, a mãe fornece a trilha para o caminho da busca do amor e da felicidade que o bebê tentará repetir ao longo da vida.

O conceito de desamparo original, lançado no final da obra de Freud, continua sendo extremamente atual: até onde pudemos averiguar no contexto das pesquisas e dos estudos atuais o desmente. O humano precisa de um outro que lhe cuida, a fim de garantir sua sobrevivência; ao mesmo tempo, ao longo de sua vida relacional e da formação dos processos psíquicos precoces, pode haver gradativamente a constituição do psiquismo do pequeno ser.

Por outro lado, com os valiosos trabalhos de pesquisa acerca do bebê e da primeira infância, foi sendo construído um campo de saber segundo o qual o bebê não é só desamparado desde o início. Ele é dotado de capacidades inatas e de competências que se atualizarão na relação com a mãe e lhe servirão para entrar em contato com ela, como se ele fosse preparado de um modo sofisticado, do ponto de vista dos sentidos do comportamento reflexo e de sua própria aparência física, para entrar em relação com a mãe e por ela ser amparado. O bebê seria capaz de seduzir os adultos a fim de ser olhado, admirado e cuidado; dessa forma investido pela mãe e pelo pai, sua vinda já é permeada por uma pré-história que se depositara no psiquismo materno e paterno e se atualiza na sua pré-história, alimentada pelos narcisismos materno e paterno; insere-se em uma cadeia geracional, da qual faz parte e é um elo fundamental.

Nas décadas de 1930 e 40, alguns importantes psicanalistas estudaram os efeitos perniciosos ao desenvolvimento da personalidade decorrentes de cuidados institucionais prolongados e de trocas freqüentes da figura materna durante os primeiros anos de vida (BOWLBY, 1989).

René Spitz (1987) foi um dos pesquisadores pioneiros nos estudos sobre o bebê. Introduziu o termo “depressão anaclítica”, que significou um momento de ouro na história da psiquiatria e da psicopatologia da pequena infância. O quadro “depressão anaclítica”, descrito por Spitz, era considerado uma consequência de um estado de privação materna, fruto de uma ruptura abrupta: a perda do laço afetivo que a mãe representava. Foi observado em bebês institucionalizados com idades variando de seis a oito meses, os quais mantinham uma relação de cuidados exclusivos com a mãe.

O autor descreveu o estado em que a criança se encontrava quando foi separada de sua mãe e reconheceu uma forte semelhança com o quadro de depressão apresentado por adultos. Após o rompimento do vínculo materno, a criança protesta dramaticamente por meio de choros e gritos, rejeita o seu entorno, apresenta distúrbios do sono e do apetite, o que equivaleria a uma fase de protesto ativo. Posteriormente, há um retraimento da criança na tristeza: ela emite gemidos queixosos, o que equivaleria ao período de desespero e retraimento, para, finalmente, apresentar um isolamento indiferente, sem respostas aos estímulos, com franca queda no desenvolvimento e o aparecimento de doenças físicas – equivalendo à fase do desespero depressivo.

Caso houvesse o retorno da mãe antes do terceiro mês de separação, o estado de depressão desaparecia, mas deixava resquícios na forma de uma maior sensibilidade a eventuais separações que pudessem ocorrer posteriormente.

Se o contato não fosse restabelecido com a mãe, agravava-se o estado da criança, que podia atingir um quadro de marasmo, deixando cicatrizes permanentes em sua economia psíquica. Spitz (1987) nomeou esse estado de “hospitalismo”.

Ao publicar em 1951 um relatório, encomendado pela Organização Mundial de Saúde, com o nome de *Cuidados maternos e saúde mental*, John Bowlby lança luz sobre pontos fundamentais para o desenvolvimento de estudos sobre o bebê. Discute a problemática dos efeitos adversos ao desenvolvimento da personalidade decorrentes do cuidado materno inadequado durante a primeira infância e os meios para prevenir tais situações (BOWLBY, 1989).

Posteriormente a esse primeiro trabalho, o referido autor valeu-se das pesquisas desenvolvidas pela etologia acerca do comportamento instintivo dos

animais para poder formular uma nova teoria, opondo-se ao que difundia naquela época a psicanálise: que o laço primordial que liga a criança à mãe é a relação de dependência pela necessidade de alimentação. Na teoria do apego formulada por Bowlby (1989), o apego passa a ser considerado como o afeto primário, o elo que une a criança à mãe.

A teoria do apego compreende como elemento básico da natureza humana a inclinação de qualquer indivíduo para construir laços emocionais íntimos com determinadas pessoas a fim de alcançar segurança e proteção (BOWLBY, 1989). A saúde mental dos bebês e das crianças pequenas, para Bowlby, está intrinsecamente ligada a uma vivência consistente e prazerosa para ambos os parceiros da dupla.

O autor acredita que essa relação pode não apenas ser extremamente compensadora e enriquecedora, como também servir de base para a saúde mental e para o desenvolvimento da personalidade. Defende a idéia de que tudo o que ocorre nos primeiros tempos de vida do ser humano pode ter efeitos profundos e duradouros, marcando sobremaneira a vida do ser. Descreve vários tipos de privação. Com o termo “privação da mãe”, nomeia uma situação em que a criança não encontra uma relação permeada de cuidados amorosos com a mãe ou cuidadora. Com “privação quase total”, refere-se à circunstância em que uma criança não dispõe de uma pessoa determinada que lhe possa cuidar de uma forma pessoal, com a qual consiga sentir-se segura e protegida. “Privação parcial” ocorre quando há a substituição da mãe por uma pessoa que a criança já conhece e em que aprendeu a confiar. Esse tipo de privação é conhecido como mais suave do que o outro tipo, podendo ocasionar à criança efeitos menos perniciosos ao seu psiquismo em formação.

Sobre “privação total da mãe”, principalmente em crianças institucionalizadas, Bowlby (1989) é taxativo no que diz respeito aos efeitos devastadores da privação materna sofrida pelas crianças, afirmando que danos graves e permanentes costumam afetar o desenvolvimento físico, intelectual, social e emocional, podendo acarretar sintomas de ordem tanto física quanto mental.

A situação do bebê entre seis e doze meses foi objeto de um estudo sistemático. Trata-se, indubitavelmente, de uma forma de depressão apresentando diversas características próprias do adulto depressivo típico encontrado nos hospitais psiquiátricos. O tom emocional é de apreensão e tristeza, a criança se afasta de tudo ao seu redor, não há qualquer tentativa de contato com um estranho, e nenhuma reação positiva se este estranho a toca. Há um atraso nas atividades e a criança freqüentemente fica sentada ou deitada inerte, em profundo estupor. A falta de sono é bastante comum e todas têm falta de apetite, a criança perde peso e apanha infecções facilmente. Há uma queda em seu desenvolvimento geral. (BOWLBY, 1988, p. 26)

O bebê humano é portador de uma capacidade de apegar-se a um adulto e de buscar cuidados visando sua proteção. A mãe tem o papel de oferecer, por meio de sua presença e disponibilidade, uma “base segura”, condições que permitiriam ao filho explorar o mundo de maneira confiante, ir e voltar em suas explorações. Durante toda a vida, esse mesmo padrão se perpetua, embora as saídas tornem-se mais longas no que diz respeito ao tempo e ao espaço. Na adolescência, duram mais tempo, e outras figuras de apego são estabelecidas; na vida adulta, a disponibilidade de uma figura de apego que possa oferecer respostas permanece uma fonte de sentimentos seguros de uma pessoa, como se fosse um lugar ao qual pudesse sempre voltar, independentemente das outras situações da vida (BOWLBY, 1989).

Essa noção parece estar ainda fortemente arraigada no imaginário da cultura, e a psicanálise tem uma participação na disseminação desse conhecimento, pelo

qual a mãe é concebida como aquela que cuida, à qual o bebê está sujeito, e possivelmente é tomada como responsável caso algo não caminhe a contento para aquele ser em questão. Há, possivelmente, uma atribuição de culpa pelos maus cuidados dispensados pelos pais. Culturalmente, apesar das mudanças atuais decorrentes dos estudos recentes, a mãe ainda parece estar na mira: é normalmente aquela que cuida e possivelmente culpabilizada pelo insucesso ou doença do filho, seja tomando como questão a infância e seu desenvolvimento, seja na adolescência ou mesmo na idade adulta.

Parece ter-se disseminado a noção de que a psicanálise se dedica à importância dos cuidados maternos para a formação do psiquismo e da saúde mental da criança, não levando em consideração, com igual afínco, a porção inconsciente ou fantasmática pertencente a cada ser e refletida, de um modo ainda mais complexo, nas relações, especialmente na relação que os pais travam desde o início, na gestação ou, ainda, desde o tempo que os próprios pais eram bebês.

A psicanálise, com o avanço nas pesquisas acerca das interações precoces entre os pais e o bebê e com o estudo do bebê, demonstrou que o bebê é muito mais apto e competente do que imaginávamos, e que, em decorrência dessas aptidões, é extremamente capaz de afetar e até mesmo transformar seu meio. Assim, a partir do final dos últimos anos 60, a relação pais-bebê é considerada uma “via de mão dupla”, na qual o bebê é capaz de responder àquele que lhe cuida e influenciá-lo.

A interação mãe-bebê é hoje concebida como um processo ao longo do qual a mãe entra em comunicação com o bebê, enviando-lhe certas “mensagens”, enquanto que o bebê, por sua vez, “responde” à mãe com a ajuda de seus próprios meios. A interação mãe-bebê aparece assim como o protótipo primitivo de todas as formas ulteriores de troca. (STOLERU, 1987, p. 86)

O Serge Stoleru complementa:

Enfim, e, sobretudo, as seqüências de interação mãe-bebê foram consideradas e analisadas como séries de trocas recíprocas onde cada parceiro da interação é levado a “responder” ao outro, e assim sendo, a propor ao outro uma mensagem à qual poderá – ou não – responder por sua parte. O modelo da interação mãe-bebê é, pois, tornado uma seqüência de trocas recíprocas utilizando mensagens e sinais próprios ao estágio de desenvolvimento do bebê. (STOLERU, 1987, p. 86-87)

Pela falta de linguagem verbal no bebê, ele responderá à mãe da maneira de que for capaz; se tudo caminha a contento, a comunicação é facilitada, e todo o seu corpo se organiza em função dessa sintonia sentida na relação com a mãe e seu entorno. Entretanto, nos casos em que a relação mãe-bebê não é agraciada, por motivos diversos, com uma certa fluidez, o bebê reagirá ao descompasso da relação, dando sinais de que algo não vai bem. Veremos adiante os indicadores de risco psicopatológico para o bebê.

Ao estudar o desenvolvimento de vínculos entre pais e bebês nos primeiros meses de vida, T. Berry Brazelton (1990, p. 23) observou as interações e constatou ciclos em que se alternam um estado de espírito intenso do bebê e um outro estado no qual o bebê desvia o olhar com o objetivo de “recuperar-se” dos olhares intensos da mãe. Primeiro, o bebê fica num estado de intensa atenção; posteriormente, entra num ritmo de interação mais suave, porém determinado, como se procurasse evitar uma sobrecarga em seu coração e seus pulmões. O ritmo é dado ora pelo bebê, ora pela mãe, havendo, dessa forma, a participação de ambos.

“Subjacente a todo esse movimento cíclico e rítmico de atenção e recuperação está um sistema muito importante de comunicação denominado

sistema de *feedback*³ (regeneração)” (BRAZELTON, 1990, p.25). Através do sistema de *feedback*, no qual há uma retroalimentação entre a mãe e o bebê, podemos compreender que a criança toma conhecimento do mundo e de si mesma e tem notícias de que é amada (BRAZELTON, 1990). No próprio conceito de interação está embutida a existência de dois lados que se afetam reciprocamente; assim, nas interações, a mãe e o bebê se influenciam mutuamente (LEBOVICI, 1987).

As questões descritas nas interações sobre o mecanismo de *feedback* remetem-nos à questão central do investimento libidinal dirigido pela mãe ao bebê: com sua resposta positiva, o bebê alimenta sua mãe libidinalmente, e isso faz com que ela, por sua vez, o invista continuamente de libido. Tal sistema perpetua-se por retroalimentação: um parceiro “alimenta” e investe o outro na relação.

Como o bebê é privado, no início, da linguagem verbal, ele clama por ser compreendido por outros canais de comunicação, é a partir das interações do bebê com seu cuidador que se faz possível compreendê-lo de modo sensível. Há que se ter em conta, então, que não são só os pais que, imersos em suas próprias histórias de quando eram bebês, “afetam” o bebê: também o recém-nascido vai imprimindo e afetando seus pais pelas interações que vão ocorrendo. As concepções de desenvolvimento emocional e estruturação psíquica foram se expandindo com o objetivo de abarcar os estudos sobre as relações iniciais entre a mãe e o bebê e as influências que uma personalidade tem sobre a outra no sentido de alargar ou estreitar as possibilidades de terem experiências. Dessa maneira, o crescimento mental é um processo extremamente complexo, que vai sendo estruturado passo a

³ A tradução do termo *feedback* no texto de Brazelton (1990) é dada pela palavra regeneração, mas preferimos traduzi-la, de acordo com Houaiss (1988), pelos termos realimentação e retroalimentação, em virtude da melhor significação que essas palavras assumem no contexto do presente estudo.

passo, em que o bebê vai digerindo suas vivências auxiliado pela mãe (MÉLEGA, 1993).

A autora destaca que a programação biológica do desenvolvimento humano vai ocorrendo desde que se respeitem algumas necessidades primárias do ser humano, fornecidas por um ambiente favorável. Por exemplo, a capacidade inata de estabelecer fortes vínculos afetivos, ilustrada pela necessidade de apego do bebê (MÉLEGA, 1993).

A noção de que o bebê é capaz de “afetar” a relação com seus pais pode ser pensada somente a partir do entendimento de que o bebê apresenta competências muito mais refinadas do que os pesquisadores imaginavam até pouco tempo atrás. A idéia do bebê competente contribui, em altíssimo grau, para o avanço nos estudos sobre o bebê.

O bebê só pode ser chamado de competente caso conte com um outro para garantir sua sobrevivência. A vida de todos nós, humanos, está imbricada no início à dependência em relação a nossas mães, no sentido mais literal do termo. E é dessa relação primordial que guardamos, como descreve belissimamente Graciela Crespin (2004, p. 18), “uma espécie de cicatriz absolutamente indelével sob a forma que chamamos de amor”. Pois, mesmo na idade adulta, quando não dependemos mais de ninguém para garantir nossa sobrevivência, sempre vamos depender dos outros pelo viés do amor.

Essa força incrível que tem nos humanos, a ligação ao outro, é baseada, penso, na experiência da dependência absoluta que todos nós passamos na relação primordial com esse outro a quem devemos a sobrevivência e ficamos marcados pelo resto de nossas vidas, qualquer que seja o grau de maturidade psicoafetiva que sejamos capazes de atingir na idade adulta. (CRESPIN, 2004, p. 18-19)

Ao pensar nos bebês, precisamos estar atentos tanto para aquilo que eles apresentam como “bagagem” desde o nascimento, de uma forma inata, como para que ele precisa encontrar no meio externo, de uma certa forma, a figura da mãe ou do pai (de algum cuidador) para poder desenvolver-se a contento. Quando refletimos dessa maneira, incluímos não só as capacidades inatas do bebê recém-nascido, seu potencial para o desenvolvimento, mas também o terreno fértil que ele precisa encontrar para travar relações com aqueles que o amparam no início – uma vez que o humano é desde sempre prematuro e, dessa forma, desamparado, do ponto de vista da espécie. Um bebê sozinho sucumbe, e, mesmo vindo valiosamente “equipado” com o já referido potencial para o desenvolvimento, necessitará fundamentalmente do contato contínuo com um outro ser para conseguir superar seu desamparo e seguir rumo ao desenvolvimento.

Quando tudo caminha relativamente bem, num bebê que se desenvolve normalmente, há o que Graziela Cabassu (2003) chama de “a aparente simplicidade do normal” ou “a opacidade do normal”. A autora refere a figura de um bebê que cresce tranqüilamente e que pode nos dar a sensação de uma certa “mágica”, como se tudo caminhasse por si só, sem qualquer necessidade de intervenção. Segundo ela, é extremamente difícil captar a complexidade dos processos subjacentes a partir de uma certa “opacidade” da situação dita “normal”.

3.1. As competências do bebê

O bebê tem uma capacidade inata para relacionar-se e desenvolver apego a outro ser humano. Essa capacidade pode ser compreendida pela maneira como todo recém-nascido vem equipado com uma série de competências. Tais competências parecem ser provas de que os bebês não são seres unicamente passivos à espera de cuidados que possam garantir sua sobrevivência. Os bebês são agentes fundamentais rumo à interação com um outro humano e, conseqüentemente, ao desenvolvimento neuropsicomotor.

O termo “competências” refere-se às extraordinárias aptidões e iniciativas que o bebê possui, logo ao nascer, para perceber os eventos e reagir a eles com todos os seus sentidos. Nos estudos sobre as competências do bebê, torna-se clara a um observador atento a incrível potencialidade da qual os bebês são dotados para sustentar a relação com sua mãe, desde as respostas reflexas até um nível mais elaborado de comportamento (KREISLER, 1999).

Como o bebê é investido libidinalmente por seus pais? Como ele “responde” a esses investimentos?

O investimento libidinal dos lados materno e paterno precisa ser entendido desde a construção da parentalidade, simultaneamente ao peso da história de cada um dos pais – o percurso que tanto a mãe quanto o pai percorreram da infância até chegarem a desejar ter um filho com um parceiro determinado.

Vimos que os pais precisam responder aos apelos de sobrevivência dos bebês. Apelos pois, agora, sabemos que os bebês são ativos naquilo que

necessitam obter. Podemos compreender as competências do bebê por esse viés, de clamar por cuidado e proteção à figura materna.

Cada recém-nascido vem com um potencial de desenvolvimento físico, mental e emocional. Ao longo do período de dependência infantil, no qual ele vai se desenvolver, utiliza esse potencial de uma forma extremamente complexa, a fim de aprender e organizar seu pensamento. Isto se dará em vínculo estreito com as experiências que adquire no mundo à sua volta. Durante os primeiros três meses de vida, o recém-nascido reage predominantemente por meio de reflexos, e utiliza uma estrutura primitiva por meio da qual recebe estímulos e reage a eles. O bebê desenvolve-se na base de comportamentos reflexos inatos; a partir deles, ocorre um processo de complexificação do comportamento, à medida que o recém-nascido vai amadurecendo. Os reflexos podem recuar a um estado latente para, posteriormente, voltar como um comportamento voluntário e controlado (BRAZELTON, 1981).

Brazelton (1981) ressalta que cada bebê é único: um difere do outro e afeta de um modo diverso cada observador ou parceiro. Desde o nascimento, podemos ter notícias sobre se o bebê é normal. Os testes de nascimento determinam se os reflexos do bebê são normais: olhos arregalados e atentos e um rosto receptivo são provas de uma excelente funcionalidade do sistema nervoso central. Desde o início, o bebê não só está constantemente recebendo estímulos e reagindo a eles, como já tem a capacidade de controlar uma situação indesejável. E é a partir da reação a cada estímulo que ele aprenderá com sua experiência e a utilizará para uma futura aprendizagem.

Que ele pressente e capta o clima que o rodeia é hoje um fato conhecido, mas que possa sintonizar-se e dessintonizar-se conforme a estimulação seja apropriada ou inconveniente para seu estado particular nesse momento, ou para o estágio de seu desenvolvimento, constitui uma descoberta animadora e excitante para seus pais. O bebê pode escolher o

que precisa do seu meio ambiente, desde que alguém lhe dê algo donde escolher. (BRAZELTON, 1981, p. 48)

Os movimentos reflexos são movimentos primitivos e automáticos, presentes antes mesmo de o bebê nascer. Um feto ativo já apresenta esses movimentos, provavelmente como vestígio de nossa herança filogenética; pode haver um objetivo prático de estimular a continuidade das contrações uterinas e os movimentos que o próprio feto deverá fazer a fim de atravessar o canal cervical no momento do parto (BRAZELTON e CRAMER, 1992).

Alguns reflexos presentes no recém-nascido: reflexo tônico do pescoço, reflexo da coluna vertebral, reflexo de moro ou do sobressalto, reflexo de caminhar e ficar de pé, reflexos de rastejar, reflexo de sucção e engasgar e reflexo de procura.

3.1.1. Os cinco sentidos do recém-nascido

Os cinco sentidos do recém-nascido são aberturas para o contato com seu cuidador e, conseqüentemente, com o mundo. É através deles que o bebezinho vai recebendo sinais da existência de um universo muito maior do que seus estímulos internos, suas dores, seus prazeres e desprazeres.

Visão

Ao nascer, o bebê humano está apto a enxergar e apresenta uma capacidade inata de aprender sobre o rosto humano. Seus estímulos visuais preferidos são o brilho dos olhos, o movimento da boca e o contorno do rosto. Sua capacidade de ver é limitada: são míopes; não podem, inicialmente, acomodar a visão a grandes distâncias. Sua visão é melhor adaptada a uma distância de aproximadamente 20 ou 25 cm da face. É interessantíssimo perceber que tal distância é a mesma a que um bebê está de sua mãe quando esta o amamenta. Os movimentos oculares são provavelmente irregulares, e os olhos do bebê movimentam-se de uma forma saltitante com o intuito de agarrar o objeto que está em movimento. No período de atenção visual, o bebê suspende seus movimentos corporais, como se estivesse extremamente absorvido e entregue ao alvo visual presente, podendo até virar a cabeça para continuar a segui-lo. Essa capacidade é prova de que a visão não é apenas passiva, mas se mostra intencionalmente ativa (LEBOVICI, 1987; KLAUS e KLAUS, 1989; MAZET e STOLERU, 1990; BRAZELTON e CRAMER, 1992).

A melhor resposta de um bebê a um estímulo visual seria um alerta inicial, um aumento de atenção, uma gradual diminuição do interesse e, finalmente, uma

recusa de continuar olhando. Brazelton e Cramer (1992) descreveram o fenômeno de habituação, no qual o bebê, ao ser extremamente solicitado por estímulos intrusivos – sejam visuais, auditivos ou táteis –, recolhe-se protegendo o sistema nervoso incipiente contra o excesso de estímulos. Essa é uma medida protetora fundamental, pois, à medida que o recém-nascido se torna ativo, em especial, colabora efetivamente para o desenvolvimento do afeto com a mãe. Desde o início há, sobre a capacidade de ver, o investimento maciço do bebê na visão, que encontra uma contrapartida na necessidade dos pais de travarem um relacionamento efetivo com o bebê por meio do olhar.

Uma das formas não-verbais primárias pelas quais os humanos se comunicam é olhar um para o outro. A capacidade precoce do bebê e o desejo insaciável de admirá-lo criam oportunidades infinitas para experimentar, descobrir e interagir um com o outro. (KLAUS e KLAUS, 1989, p. 49)

Essa capacidade inata do recém-nascido vai afetar de uma maneira específica o adulto que lhe cuida, e cada mãe ou cuidador trará conexões na regulação de estímulos, como também em relação ao controle ativo sobre o ambiente. Assim como acontece no fenômeno de habituação, os membros do bebê estão tensos e flexionados, apresentam pouquíssimos movimentos, a não ser com pequenos espasmos, e os olhos não piscam (BRAZELTON e CRAMER, 1992).

O fenômeno da habituação marca contundentemente a competência do recém-nascido em manter um controle eficaz e ativo no meio ambiente: ele próprio é capaz de desenvolver funções a fim de proteger-se e evitar sobrecargas desfavoráveis ao seu equilíbrio.

Logo ao nascer e ao longo de algum tempo, o bebê exerce forte atração sobre adultos em geral, e principalmente sobre sua mãe. Sua aparência física, o formato do rosto, a pele macia, delicada e de textura suave e outros traços característicos costumam atrair olhares por onde ele passa e estimulam cuidado e proteção. Tudo nele parece existir com o intuito de ser olhado, cuidado (BRAZELTON e CRAMER, 1992).

Dessa forma, o olhar parece representar um meio pelo qual o recém-nascido entra em contato com o mundo à sua volta e com o olhar do outro a partir daquilo que ele próprio consegue fazer. O que Winnicott definiu como função especular – quando um bebê olha para sua mãe, vê refletir-se nos olhos dela sua própria imagem –, essa assertiva terá, para cada dupla mãe-bebê, um efeito particular. Se tudo vai bem, o olhar materno sustenta o olhar do bebê e, por conseguinte, sustenta seu psiquismo incipiente. Quando a situação é diferente, como no caso da depressão materna, pode haver um vazio refletido no olhar, e uma impossibilidade de sustentação do bebê pelo olhar materno.

Audição

Antes mesmo do nascimento, a capacidade auditiva dos bebês é extremamente desenvolvida. O recém-nascido tem uma capacidade inata de voltar os olhos e, às vezes, a cabeça na direção de um som. A cabeça assume uma função de antena: move-se automaticamente à procura da melhor recepção. Apesar de estarem aptos e de escutarem sons humanos e não-humanos, a faixa de frequência sonora predileta do recém-nascido é a faixa da fala humana,

principalmente a faixa de frequência típica da voz feminina. Durante a segunda semana de vida, a voz humana desperta mais sorrisos do que outros estímulos sonoros (BRAZELTON e CRAMER, 1992; LEBOVICI, 1987; MAZET e STOLERU, 1990; KLAUS e KLAUS, 1989).

Assim, o bebê é capaz de interagir desde o nascimento através da possibilidade de ouvir seus pais, ligando-se a eles afetivamente. A audição no recém-nascido, tal como a visão, propicia a interação com seus pais e retroalimenta essa relação. À medida que responde aos estímulos vindos do meio externo, o bebê reforça o investimento no contato, e isto leva a um novo investimento.

Olfato

O olfato no recém-nascido é bastante apurado: atinge uma discriminação fina entre os odores atrativos e os repelentes. Os bebês com uma semana de vida são capazes de reconhecer o cheiro especial da própria mãe – não apenas o cheiro do leite. Assim, o olfato favorece não só a procura como o contato com o seio materno. As percepções olfativas no recém-nascido desempenham um papel sensivelmente mais importante do que na criança e no adulto. Não só o bebê é capaz de reconhecer o cheiro de sua mãe, como a mãe pode identificar, sem auxílio da visão, apenas pelo olfato, seu bebê (KLAUS e KLAUS, 1989; LEBOVICI, 1987; BRAZELTON e CRAMER, 1992; MAZET e STOLERU, 1990).

Paladar

O paladar apresenta-se bastante desenvolvido no bebê recém-nascido, que consegue discriminar com precisão os quatro sabores primários: doce, salgado, ácido e amargo. Ocorre uma preferência clara por sabores doces, o que pode nos levar a pensar que já ele vem pronto para alimentar-se de leite materno, bastante doce (MAZET e STOLERU, 1990; KLAUS e KLAUS, 1989).

Tato

O sentido do tato é uma outra esfera fundamental da comunicação entre pais e bebê. Transforma-se num código que vai sendo construído gradativamente pelos pais e pela criança. O tato pode servir para acalmá-la, para contê-la, para acordá-la ou alertá-la. Os bebês são dotados de outros aspectos do tato: variações de temperatura, textura, umidade, pressão e dor. Tanto os lábios quanto as mãos têm um maior número de receptores do tato: isso indica a maior sensibilidade do bebê aos dois, e pode explicar o motivo pelo qual a atividade de chupar os dedos é tão prazerosa. Para o bebê, o tato é um importante canal de contato consigo mesmo e com os outros; uma forma de explorar o mundo e um meio pelo qual encontra satisfação (KLAUS e KLAUS, 1989; BRAZELTON e CRAMER, 1992).

3.1.2. Estados de viglância ou de consciência

Articulando os dados sensoriais e a experiência do bebê, alguns autores propõem a existência de níveis de estado de consciência.

Os sentidos estão intensamente articulados à noção de estados de viglância ou consciência: nada adiantará apresentar ao recém-nascido um estímulo interessantíssimo, como uma bola vermelha, se ele não estiver num momento propício para ficar atento a esse estímulo e querer acompanhá-lo. Esses estados constituem o contexto fundamental para que ocorram determinadas reações. Determinam a capacidade do bebê de absorver e utilizar a informação, afetando não só o tipo como o grau de resposta que ele dá a determinado estímulo. Parecem ser uma forma de sistema regulatório básico, que o recém-nascido é capaz de usar a fim de regular suas respostas aos estímulos (BRAZELTON e CRAMER, 1992).

Os estados de consciência descritos (LEBOVICI, 1987; BRAZELTON e CRAMER, 1992) são seis. O primeiro e o segundo correspondem ao sono. O primeiro é o sono profundo, no qual o bebê está relativamente isolado dos estímulos externos; seus olhos estão firmemente fechados, a respiração é profunda e regular, não há nenhuma atividade motora, o rosto fica imóvel, a pele rosada e o tônus muscular relaxado. Esse tipo de sono ocorre mais ou menos a cada quatro horas.

O segundo estado é o sono ativo, ou leve, em que as pálpebras estão fechadas, mas há movimentos oculares rápidos, respiração irregular e mais rápida, movimentos dos membros ou do corpo inteiro, e também movimentos faciais, como caretas e sorrisos; o bebê movimenta a boca como se estivesse sugando. O tônus muscular é mais elevado.

O terceiro estado corresponde à sonolência. As pálpebras podem tanto estar abertas quanto fechadas. Se estiverem abertas, a aparência do bebê é semelhante à dos entorpecidos: seus olhos não fixam nenhum objeto. A atividade motora é fraca, e a respiração é regular, mais rápida e curta do que a observada no sono.

O quarto estado corresponde ao estado de alerta, acordado; o bebê tem olhos bem abertos, com aparência brilhante; mostra-se bastante atento ao ambiente. O corpo e a face do bebê estão inativos, sua respiração é regular. É nesse estado que o recém-nascido fica mais prontamente apto à interação.

O quinto estado é o de alerta, irrequieto. É o estado de transição de alerta para o de choro. Há movimentos espasmódicos e desorganizados; ele pode gemer, resmungar ou começar a gritar.

O último estado ocorre quando o bebê chora e grita. É a forma pela qual o bebê atrai facilmente a atenção de seus cuidadores a fim de comunicar algo que não está bem.

Os estados de vigilância descritos são formas de o recém-nascido poder controlar as tensões, tanto endógenas como exógenas; são, também, um importante apelo, uma comunicação primitiva com a mãe.

3.2. A neurociência encontra a psicanálise

Ao refletir sobre as capacidades dos bebês, somos levados a ampliar nosso campo de atenção e incluir no diálogo sobre a constituição do psiquismo infantil a neurociência e algumas de suas contribuições a respeito da qualidade do início da vida mental e seus reflexos na vida adulta como um todo.

Para agregar conhecimento relativo a esses termos, faz-se necessário compreender o conceito de janelas de amadurecimento, que se refere a períodos críticos do desenvolvimento cerebral, os quais requerem estímulos específicos para gerar as estruturas cerebrais adequadas. A cada etapa de formação cerebral, a previsão genética dada ao indivíduo necessita entrelaçar-se a uma experiência de relação com o outro.

À medida que os estudos sobre as competências inatas do bebê avançaram, como já foi discutido acima, os cientistas foram entrando em contato com a realidade do bebê. Reconheceram que este não é uma “tábula rasa”, como já se acreditou: pelo contrário, nasce apto a entrar em contato com o outro que lhe cuida, e a qualidade desse encontro será decisiva para sua saúde mental; nasce apto também a descobrir-se; a vivência resultante da qualidade dessas relações primeiras determinaria a “a construção dos caminhos neurais adequados” e seria essencial para a formação da quantidade e da qualidade de células neurais próprias para cada tempo específico de plasticidade cerebral (CUNHA, 2001, p. 104).

Um recente achado da neurociência fortalece ainda mais as afirmações sobre a forma inata de que dispõe o recém-nascido para encontrar o outro. Tal achado diz respeito à capacidade de o recém-nascido ter o outro inscrito em seu cérebro, como se fosse ele próprio, tal como um espelho. Esse fenômeno, chamado de sistema

espelho, amplia sobremaneira a questão da imitação do recém-nascido (FONSECA, 2007a; FONSECA, 2007b).

(...) o ser humano que o bebê vem preparado para encontrar está pronto para ser inscrito em seu cérebro tão logo se encontrem, à maneira de um espelho. À estrutura responsável por tal capacidade se deu o nome de sistema espelho, constituído por um grupo de neurônios que têm a propriedade de reproduzirem a descarga de um movimento (ou da emissão de um som visto – ou ouvido) por uma determinada pessoa. (FONSECA, 2007 b, p. 2)

Assim, chegamos novamente à dupla influência: por um lado, as capacidades inatas, os genes herdados e tudo aquilo que já vem com o bebê; por outro, as primeiras relações com o meio ambiente, fundamentais para a formação da mente do bebê.

O sistema espelho pode fornecer-nos uma maior contribuição no entendimento da depressão no bebê por identificação ou por espelhamento da depressão da mãe? E nos casos em que os bebês reagem à depressão da mãe e assumem a função de resgatá-la da depressão (GREEN, 1988; STERN, 1997; ATEM, 2003)? E os bebês terapeutas?

A neurociência alega atualmente que as experiências mais precoces influenciam no crescimento e na trama cerebral do pequeno humano que está em desenvolvimento, postulando que os processos fisiológicos do cérebro se vinculam estreitamente aos processos psicológicos envolvidos na interação da dupla. Dessa forma, as emoções têm uma função fundamental no crescimento cerebral, fruto do maior número de formação de sinapses que ocorre, principalmente, até os três anos de idade. Esse período é fértil, pois a plasticidade cerebral está no seu ponto máximo e reverbera nas formações das redes neuronais. (CUNHA, 2001; FONSECA, 2007).

No início da vida a maioria dos animais com um cérebro razoavelmente complexo apresentam, por este programa genético, um período onde a plasticidade é máxima, onde as representações objetais e os padrões de relacionamento intersubjetivos são gravados com redes neurais específicas. Estes períodos críticos de reorganização cerebral, também chamados de janelas de amadurecimento, evidenciam o fato de que diferentes regiões do cérebro em crescimento, amadurecem em etapas diferentes e a partir de estímulos contínuos de referência. Se a janela se fecha sem ter recebido a experiência adequada, os padrões neurais podem não mais ser mudados, e influenciarão as etapas posteriores do crescimento do cérebro em formação no período pré-natal e em desenvolvimento no período pós-natal. (CUNHA, 2001, p. 110)

Desde há algum tempo, a psicanálise explica que experiências prazerosas no início da vida são decisivas e formam uma memória positiva que permeia suas vivências posteriores, influenciando a vida do humano como um todo. A contribuição da neurociência veio no sentido de confirmar o que a psicanálise postula, e colabora na medida em que as emoções são entendidas como fruto do modo como a experiência foi sentida. O aumento e reforço das comunicações sinápticas se deve à experiência de afetos positivos relacionados à vivência de prazer e segurança isenta de tensões maiores, oferecida no seio da relação primordial. O oposto também é verdadeiro: experiências de afetos negativos, tais como desprazer, desamparo, estado de tensão elevado, com aumento de cortisol, podem levar ao estresse. O cortisol é um hormônio que afeta em níveis elevados o sistema imunológico, o metabolismo e o cérebro, e também é responsável pela diminuição da densidade sináptica e de serotonina, neurotransmissor responsável pelo bem-estar e pela motivação (CUNHA, 2001).

As sinapses funcionam à medida que são utilizadas. Caso haja uso de um determinado número de sinapses, as conexões que não foram estimuladas nas idades anteriores sofrem uma “poda”, ou seja, são eliminadas, pois não foram utilizadas e reforçadas por decorrência das experiências repetidas. O fenômeno de

“poda” sináptica ocorre na adolescência, e o número de sinapses permanece estável até a idade adulta (CUNHA, 2001).

A experiência faz conexões. O crescimento do cérebro em desenvolvimento ocorre por um processo de produção e eliminação do excesso de sinapses. Nos primeiros três anos a produção excede a eliminação. Na adolescência a eliminação excede a produção. Por que e como isto acontece e quais conexões são eliminadas? É aqui que as primeiras experiências sociais exercem um papel decisivo. Quando um estímulo (experiência, input) ativa um caminho neural, todas as sinapses que são parte deles recebem e armazenam um sinal químico e produz-se determinados neurotransmissores nas fissuras sinápticas. A ativação repetida do estímulo fortalece este sinal até que ele atinja um determinado nível, dependendo da área do cérebro ativada (firing), e algo extraordinário acontece com a sinapse. Ela se torna fixa e não será mais eliminada. Os neurônios aprendem com a mensagem trazida pela experiência interativa e podem mudar a forma de responder aos sinais de outros neurônios, um processo que os cientistas acreditam ser a base de aprendizado e da memória. (CUNHA, 2001, p. 116)

Segundo Vera Regina J.R.M. Fonseca (2007), a mente humana vem pré-formatada com uma expectativa do encontro com um outro ser humano que garantirá a sobrevivência a partir dos cuidados iniciais dispensados.

3.3. Janelas clínicas

Na abordagem do universo dos bebês, torna-se necessário compreender como se dão as interações com seus pais e os possíveis desencontros com eles. O conceito de janelas clínicas introduz uma maneira eficaz de nos aproximarmos da relação pais-bebê.

Stern (1997) entende que o desenvolvimento da criança é um processo que se dá num movimento progressivo, mas em “pulos descontínuos” (p. 71) seguidos da consolidação de novas aquisições, havendo, nesses momentos, uma mudança significativa na maneira como o bebê interage com seus pais. À medida que progride a “competência interativa” (p. 71) do bebê, a emergência da possibilidade de ouro de observar questões primordiais da vida é favorecida. O autor denominou esses momentos privilegiados para o terapeuta observar e intervir de “janelas clínicas” (p. 71).

A primeira janela clínica se dá a partir do nascimento até por volta de dois meses e meio, e refere-se à regulação dos ciclos de alimentação, sono, vigília e atividade, quando a maior parte das interações ocorrem em torno desses eventos. O interesse clínico está em como se dá (ou não) a regulação e a reparação dessas atividades tanto pela mãe como pelo bebê. Exemplo disso é o que ocorre freqüentemente nesse período com o manejo do choro. “É na condução dessas atividades que observamos as questões clínicas de responsividade, sensibilidade, ajuste temperamental, controle excessivo, controle insuficiente, caráter bizarro, etc., nos pais e no bebê” (STERN, 1997, p. 72).

A segunda janela clínica é proporcionada pela interação social face-a-face entre os dois meses e meio e os cinco meses e meio. Nesse período, ficam

extremamente claras as preferências inatas que o bebê possui pelo rosto, voz, toque e movimento humanos. Há o amadurecimento de capacidades que auxiliam a regulação da interação face-a-face, como o controle do olhar, o sorriso responsivo e a vocalização; o bebê está apto para contribuir na interação com o início, a manutenção, a modulação, o término ou a evitação do envolvimento face-a-face, tal como seus pais. “A ação e paixão passaram agora para a interação face-a-face, e é aqui que podemos ver melhor as mesmas questões clínicas que observamos durante as mamadas alguns meses antes” (STERN, 1997, p. 73).

No período seguinte, dos cinco meses e meio aos nove meses, predomina a atividade de pais e bebê brincarem juntos com algum objeto, e a maneira como eles conduzem esse jogo proporciona uma “janela clínica” pelo fato de o bebê estar curioso sobre o mundo ao seu redor e pelo incremento de sua coordenação, principalmente no que tange à coordenação mão-olho e mão-para-mão.

Durante o período de oito a doze meses, há o fortalecimento do apego e da separação em relação à mãe e a intersubjetividade. No final do 1º ano, o bebê apresenta uma maior independência, podendo afastar-se da mãe e retornar a ela segundo seu próprio desejo. Os padrões de apego podem ser preciosos para informar a qualidade do relacionamento entre pais e bebê.

Os comportamentos de demonstrar afeição, buscar conforto, confiar na ajuda e cooperar são norteadores para a avaliação da natureza do apego (ZENNAH, MAMMEN e LIEBERMAN, 1997, apud STERN, 1997).

Outra importante janela clínica desse período é o surgimento da intersubjetividade, quando o bebê percebe que sua mãe tem conteúdos mentais, e que ele próprio também os tem. Percebe gradativamente que os conteúdos mentais

de sua mãe podem ser os mesmos que os seus ou diferentes dos seus. Desenvolve-se uma negociação a respeito de quais fenômenos mentais podem ser compartilháveis e quais devem ser mantidos no âmbito privado.

Entre um ano e meio e dois anos, surge a linguagem verbal e o incremento da mobilidade, que levam à urgência de estabelecer limites. Essas duas janelas clínicas são extremamente relevantes: a aprendizagem da linguagem é, de alguma maneira, bastante semelhante ao processo em que a criança aprende a brincar com um objeto; é possível observar de que maneira seus pais podem ser sensíveis aos desejos e às capacidades do bebê.

A necessidade de estabelecimento de limites é fundamental, pois o bebê pode machucar a si mesmo, e é premente, nessa idade, a socialização. Para que seja frutífero o estabelecimento de limites, terá que haver uma negociação entre pais e crianças; é a partir dessa negociação que podemos observar a estrutura e o funcionamento da relação nesse período.

O conceito de “pontos de contato” ou “janelas clínicas” descrito por Stern (1997) leva-nos a pensar em quando intervir na relação, qual o momento mais propício, e o que na interação mãe-bebê se revela de maneira mais clara. É como se, de fato, se abrisse uma janela para que pudéssemos ter uma visão privilegiada do que ocorre na interação. Esse conceito fornece ao profissional informações sobre as trilhas (incluindo a direção e o momento mais propício) pelas quais ele poderá observar a interação da dupla para obter um entendimento de como se dão o relacionamento e os possíveis desarranjos. Abre-se então a oportunidade de intervir, a fim de auxiliar a díade mãe-bebê a encontrar um novo equilíbrio.

Nesse momento, somos lançados mais uma vez a interrogar-nos sobre o poder de sustentação materna ao psiquismo incipiente do bebê via olhar. E nos casos de insustentação ou sustentação insuficiente? E nos casos de depressão materna?

Na depressão materna, a mãe pouco pode olhar seu filho, pois está voltada para o que foi chamado de “bebê interior”. O bebê real não pode contar com o poder de sustentação do olhar materno; não há alinhamento entre o olhar do bebê e o da mãe. Ela não pode exercer aquilo que Winnicott (1967/1975) denominou de função especular: não reflete em seus olhos aquilo que o bebê é.

A questão fundamental do olhar retorna ao tentarmos compreender em profundidade o tema da constituição psíquica do pequeno ser. O olhar do bebê em busca do olhar da mãe serviria para seduzi-la e fazê-la arrancá-lo do estado de desamparo atroz e da sensação de morte que o acometeria, seja em decorrência de uma memória filogenética, seja fruto de sua prematuridade intrínseca, como foi anteriormente discutido. O olhar materno pode ser traduzido como aquele que fornece segurança, sustentação e dá a vida.

Trabalhos recentes de Monique Bidlowsky, sobre o psiquismo pré e perinatal, parecem confirmar as teorias dos evolucionistas que buscam explicar os comportamentos humanos. A autora, psicanalista, chegou, pela observação às mesmas conclusões de alguns antropólogos quanto à universalidade do olhar do bebê para a mãe e do quase universal olhar da mãe para seu objeto interno. Uma mulher consegue interagir olho-a-olho com seu filho quando deixa de olhar seu bebê interior. E o bebê real, consegue sentir-se em segurança e organizar seus ritmos, quando seu olhar se alinhar ao da mãe. (CUNHA, 2001, p. 119)

Iole Cunha complementa:

De forma bastante simplista se pode afirmar que quando a interação olho-a-olho acontece, está garantida a comunicação intersubjetiva e empática que livra o recém-nascido da sensação de desamparo e para a mãe, o

apaixonamento necessário para a maternação. Surpreendentemente talvez, para quem observa as interações precoces, esta naturalidade interativa de olhar-se, nem sempre acontece, ou se estabelece com maior ou menor grau de dificuldade. (CUNHA, 2001, p. 119)

3.4. Interação mãe-bebê

Desde o nascimento, o bebê está imerso num “banho de afetos” (LEBOVICI, 1987, p. 209) que acompanham, determinam e complementam a interação social, e tem desde cedo um modo de comunicar-se: sua linguagem se desempenha através dos afetos, ritmos e outros modos de expressão. O olhar, a agitação, o grito e as demais manifestações sonoras representam outra maneira de comunicar-se, e serão significadas de acordo com o repertório materno.

Esses modos de expressão da criança são tomados pelos pais com propósito de comunicação e determinados pela capacidade de antecipações maternas e pelas trocas ritmadas e prazerosas entre a dupla, nas quais a fala materna afeta diretamente os ritmos expressivos do bebê, mobilizando-o a agir para comunicar-se com o mundo. A partir da antecipação materna, o bebê aprende, com seu comportamento, que pode conseguir o que quer, usando assim seu corpo todo para exprimir-se e comunicar-se (LEBOVICI, 1987).

Através da bem conhecida função especular, descrita por Winnicott (1967/1975), o bebê descobre nos olhos da mãe quem ele mesmo é: tem notícias da sua própria existência. Na parte sobre as competências do bebê, estudamos que o recém-nascido já vem capaz de ver, tem grande predileção por rostos humanos e realiza, desde a tenra idade, trocas visuais, fixações e fugas de olhar com o intento de restabelecer-se e protege-se do excesso de estimulação. O olhar é um aspecto fundamental de troca na interação: o diálogo olho-a-olho fornece pistas essenciais para o bebê e para a mãe; para ela, no entanto, está sujeito a sua trama psíquica inconsciente, de maneira que sua resposta ao olhar do bebê parte dessa trama.

Claude Boukobza (2002), ao abordar a questão do olhar, contribui dizendo que outro sentido da palavra *baby* na língua inglesa significa a imagem de si próprio na pupila do outro. É pelo reflexo do bebê na pupila de sua mãe que ele não só se vê como pode fazê-la também ver o próprio reflexo em sua pupila. Isto parece evocar novamente a questão de retroalimentação libidinal que discutimos acima. Podemos pensar, além de que a mãe investe em seu bebê ao cuidar dele, que a eficiência da unidade inicial mãe-bebê – tal como Winnicott (1960/1983) descreveu: “não há tal coisa como um lactente” – depende simultaneamente da capacidade de o bebê investir em sua mãe. Lebovici (1987) vai na mesma direção, afirmando que, anteriormente, a mãe poder ser percebida: ela é investida pelo bebê. Surge então esta questão nos casos de depressão materna: o bebê pode resgatar sua mãe da depressão. Trata-se do chamado bebê-terapeuta. Isto levanta outras questões, relativas aos efeitos da depressão materna sobre a dupla, como o bebê reanimador, por exemplo. Podendo resgatar a sua mãe da depressão, ele serve como uma espécie de “antidepressivo” (STERN, 1997).

A análise da interação mãe-bebê é um meio diagnóstico fundamental que ilustra tanto o estado de desenvolvimento psicoafetivo do bebê como os obstáculos para seu desenvolvimento ou mesmo os transtornos psicopatológicos.

Segundo Lebovici:

(...) a “dança entre pais e bebê pode ser perturbada por diversos passos falsos”, como a harmonia da interação pode ser perturbada e, em definitivo, como esta troca chega a comprometer o prazer dos dois parceiros, assim como o desenvolvimento das capacidades relacionais do bebê. (LEBOVICI, 1987, p. 181)

No que se refere aos aspectos da interação mãe-bebê para os quais devemos estar atentos em nossas observações, Lebovici (1987) oferece algumas pistas

interessantes. Um elemento importante é a observação de como se dá o processo de fixar-se ao parceiro para depois separar-se, tendo como pano de fundo o processo que o bebê atravessa de tornar-se um ser separado de sua mãe, de diferenciar-se, posteriormente. Como se dão as interações, que geralmente ocorrem por meio dos jogos, se há mutualidade, uma troca afetiva propriamente dita, se há respeito aos movimentos de afastamento, ou se há um comportamento primordialmente invasivo, sem possibilidade de a mãe auxiliar o bebê nos processos de regulação dos estímulos (LEBOVICI, 1987).

Outra maneira de considerarmos as perturbações na interação seria a partir de uma análise quantitativa, a saber: o excesso de estimulação (ou hiperestimulação) e a sub-estimulação, relativa a uma carência de estímulos. No excesso de estimulação, normalmente, a mãe não respeita os sinais do bebê, apresentando uma intrusividade nítida a um olhar mais atento (LEBOVICI, 1987).

A sub-estimulação interessa-nos especialmente porque pode ser observada nos casos de depressão materna, nos quais a mãe tem um interesse reduzido ou inibido pelo bebê. Ocorre um empobrecimento geral da interação, e diminuem os estímulos vindos da mãe, entre elas a mímica, a linguagem e os gestos. A sensibilidade materna aos sinais que o bebê emite é baixa e, conseqüentemente, prejudica sua aptidão para reagir ao bebê de forma harmoniosa, sua capacidade de permitir a ilusão, aquilo que Winnicott descreveu como a necessária capacidade: com a sensibilidade exacerbada nos primeiros momentos do recém-nascido capaz de ilusão, a mãe pode atender às necessidades do bebê – primeiramente o seio. Essa possibilidade faz com que o bebê acredite na sua onipotência, na potência de criar algo, para, posteriormente, ser “desiludido pela mãe”.

É lícito supor que a mãe em depressão, desenvolvida antes ou logo após o parto, apresenta uma impossibilidade ou uma possibilidade bastante limitada de entrar num estado de *preocupação materna primária*, tal como descreveu Winnicott (1956); prejudicada, torna-se incapaz de fornecer subsídios mentais para favorecer o espaço de ilusão e potência.

Lebovici (1987) sugere que, na depressão materna, a vivência de sentir-se má faz com que a mãe interprete erroneamente os sinais do bebê; pensamos que, com isso, essas mães não conseguem fazer uma “sintonia fina” com o bebê, pelo fato de não estarem suficientemente sensíveis ao estado dele, mas tomadas pelo seu próprio estado desprazeroso e desvitalizado. Lebovici (1987) cita um exemplo de D. Stern no qual o bebê afasta a cabeça como fruto de uma troca, mas a mãe interpreta essa conduta como uma microrrejeição. Desse modo, a mãe recolhe-se mais intensamente sobre si, incrementando o empobrecimento da relação. Podemos supor que há já uma retroalimentação – mas de qualidade negativa, na qual a descontinuidade da estimulação por parte da mãe faria com que o bebê não investisse, por seu lado, na interação.

Os bebês são diferentes entre si e não respondem ou reagem de maneira padronizada às experiências de hiperestimulação, nem às de hipoestimulação. Eles próprios podem ser, por exemplo, hipoativos ou apáticos, e precisariam assim de maior estimulação do que outros bebês. O bebê, a mãe e a dupla mãe-bebê precisam ser compreendidos de maneira única, e da forma mais atenta possível para captar as mudanças do relacionamento. Há duplas em que não é possível ver uma harmonia na interação. A fim de que haja uma compreensão profunda da

dinâmica da interação mãe-bebê, deve-se levar em conta as características de mutualidade e reciprocidade ou sua ausência.

Segundo Lebovici:

Definitivamente, duas características distintas entre as diferentes observações de interações são a mutualidade e a reciprocidade (sua presença, sua ausência, seu grau). Em certos casos, o bebê e sua mãe são verdadeiramente um conjunto, eles compartilham uma experiência e passam em comum por diferentes estados afetivos, culminando nas vivências de prazer. Ou então, o bebê e a mãe “dançam” cada um em seu próprio ritmo e seu próprio passo, criam-se tensões e os afetos de prazer não se observam. Talvez este seja o “trabalho” da mãe, quando na interação é difícil “achar” onde está o bebê, quer dizer, qual sua vivência afetiva, sua capacidade de suportar as estimulações ou seu desejo e sua necessidade interna de estimulações. Para isso, é claro, é muito importante que ela mesma seja relativamente livre de se dedicar ao bebê e que suas outras relações humanas não sejam exageradamente conflitivas e ansiógenas. (LEBOVICI, 1987, p. 189)

No caso de depressão materna, não podemos contar com essa função da mãe de “encontrar o bebê”, pois ela mesma não está suficientemente acessível e, segundo Lebovici (1987), ela precisa estar “relativamente livre”. Na depressão materna, é possível dizer que a mãe estaria “presa”, vítima de suas próprias vivências infantis, e incapaz de não só estimular seu filho como de investir nele.

3.4.1. Interação fantasística ou fantasmática

O conceito de interação fantasística foi introduzido em contraponto ao conceito de interação fenomenológica e observável. A interação fantasística envolve as dimensões inconscientes e pré-conscientes que estão em jogo no que se observa na clínica das interações precoces (KREISLER, 1999, p. 317).

Lebovici (1987) aprofundou o conceito de interações fantasmáticas (ou fantasística). Essas interações são organizadas pela construção do bebê imaginário ainda durante a gravidez, e somadas às fantasias relativas ao bebê fantasmático. As interações fantasmáticas são frutos da intersecção entre o bebê imaginário e o bebê fantasmático, reatualizadas com o bebê real que a mãe sustenta em seus braços.

Lebovici (1987, apud SOLIS-PONTON, 2004) discrimina ao menos três tipos de representação que a mãe é capaz de fazer do bebê. O bebê imaginário é fruto do “desejo de ter um filho” – é o bebê das fantasias conscientes e pré-conscientes da mãe, a representação do bebê construída na gravidez. O bebê fantasmático é produto das fantasias inconscientes da mãe, o herdeiro de seu complexo de Édipo, fruto do “desejo de maternidade”. Há ainda o bebê real.

Essas múltiplas representações se misturam e se alternam nas trocas com o bebê real, dando lugar a uma dimensão imaginária e fantasmática das interações. Podem comportar a expressão de conflitos inconscientes da mãe e, algumas vezes, são objeto de mal-entendidos e desarmonias no vínculo com o bebê, que pode vir a ser receptáculo das projeções desses conflitos. A construção do mundo representacional do bebê depende, em grande parte, das representações que a mãe forja dele como bebê imaginário (SOLIS-PONTON, 2004).

Geralmente, a escolha do nome da criança é um indicador precioso do lugar reservado a ela na vida fantasmática da mãe e do pai. Essa escolha, feita durante a gestação, indica normalmente a preferência pelo sexo da criança ou pelo lugar reservado nos laços que unem a criança imaginária e a fantasmática. A criança imaginária toma seu lugar no sistema familiar, e a fantasmática indica a natureza das projeções dos desejos inconscientes sobre o bebê (LEBOVICI, 1987).

As interações fantasiosas são nutridas e observadas a partir do comportamento da mãe em relação ao bebê, o que ela lhe diz e suas reações ambíguas. Ao ser observada com seu bebê, a mãe pode lembrar-se de seu passado, contar sua biografia, seus conflitos preponderantes, dar sinais de seu funcionamento mental e de sua vida fantasmática, revelando como faz uso do comportamento do bebê para alimentar sua vida fantasmática (LEBOVICI, 1987).

No nascimento do bebê real, a mulher tem que realizar um luto do bebê imaginário, e poderíamos pensar que a mulher que passa por um *baby blues* – a depressão “benigna” do pós-parto – atravessa esse período numa tentativa de elaboração desse luto.

Na depressão materna, poderíamos supor um curto-circuito entre as representações do bebê real e do bebê fantasmático?

4. Psicopatologia

Ao estudar o desenvolvimento normal dos bebês através do conceito de “competências”, fomos levados a investigar a interação precoce mãe-filho como campo de utilização das competências do bebê e a capacidade que ele tem de sustentar a relação com a mãe desde suas primeiras respostas reflexas, logo que nasce. No campo da interação precoce, abordamos elementos que permitem identificar um caminho tranquilo na interação, sem sinais preocupantes em relação à mãe, nem ao bebê. Quando há desvios precoces na interação, abre-se a trilha de investigação para os sinais da psicopatologia.

Concordamos com Kreisler (1999) quando afirma que a psiquiatria do lactente é a psiquiatria das relações. Ela se apóia na observação e no estudo da interação que ocorre no presente, como nos efeitos decorrentes da interação fantasística ou fantasmática. A patologia psíquica precoce é uma patologia dos vínculos e de suas vicissitudes; é uma patologia do apego, e se manifesta por intermédio dos problemas funcionais relacionados ao sono e à alimentação, uma vez que o lactente é incapaz de se comunicar através da linguagem verbal. Os efeitos podem incluir também irregularidades no desenvolvimento ou dar lugar a organizações depressivas.

4.1. Indicadores de risco e sinais de sofrimento precoce

Na busca de identificar bebês altamente propensos a transtornos do desenvolvimento, foram descritos, com fins preventivos, os sinais de sofrimento precoce. Nessa identificação dos lactentes, utilizam-se diversos critérios ou “indicadores de risco”, que têm origens diversas – física, psíquica, social. Segundo a definição da OMS, entende-se por fator de risco qualquer característica ou circunstância determinada, ligada a uma pessoa ou a um grupo de pessoas, que se saiba que está associada a um risco anormal de existência ou de evolução de um processo mórbido, ou de exposição especial a um tal processo (MAZET e STOLERU, 1990).

Os fatores de risco no período perinatal descritos por Phillippe Mazet e Serge Stoleru (1990) são: a existência de condições socioeconômicas desfavoráveis para o prematuro; o prolongamento da estada na maternidade – seja por razões sociais, seja em virtude de internação temporária numa unidade de cuidados intensivos –; depressão puerperal severa e prolongada; psicose puerperal; déficit sensorial no bebê; doenças somáticas de repetição na criança; e, finalmente, ocasiões em que a mãe faz um pedido de colocação para a criança. Os autores alertam que a existência de indicadores de risco para um bebê não determina que se desenvolverá necessariamente um transtorno, mas apenas que é maior o risco de isso acontecer. Deve haver cuidado para que o indicador de risco a determinado bebê não ocasione um automático estigma e seu “isolamento”; é preciso evitar que se deturpe a relação da equipe com esse bebê e seus pais.

A partir de uma vasta experiência clínica com bebês (CRESPIN, 2004; CABASSU, 1999), categorizou uma série de “sinais de sofrimento precoce” (p. 47)

que são, segundo a autora, a tradução clínica dos estados de sofrimento no bebê, e devem ser compreendidos como dependentes da esfera somática e da esfera relacional. A autora coincide com Evanisa Brum (2006) na opinião de que os médicos são fundamentais na prevenção dos distúrbios relacionais precoces. Há muitos anos, está envolvida na França com a experiência de dialogar com médicos e formá-los em equipes com o objetivo de identificar precocemente os sinais de sofrimento para oferecer aos lactentes uma escuta atenta e uma intervenção rápida quando necessário. Uma intervenção feita assim que aparecem os primeiros sinais de sofrimento precoce tem uma probabilidade maior de interromper ou desviar a evolução problemática. Os profissionais dessas equipes ficam engajados em discriminar quais casos podem beneficiar-se de uma ação da própria equipe e quais requerem um tratamento especializado. Para isso, é necessário que a equipe compreenda esses sinais funcionais.

Os sinais descritos por Crespín (2004) são vinculados aos três registros pulsionais do primeiro ano de vida (oralidade, especularidade e pulsão invocante); também sinais vinculados ao sono e o desenvolvimento tônico-postural são importantes indicadores da qualidade da relação. Esses sinais são divididos em dois grupos: “positivos” (ou esperados) e “sinais de sofrimento precoce”, que podem ser subdivididos em duas séries, a “barulhenta” e a “silenciosa”.

Os sinais da série “barulhenta” servem para alertar os pais e os médicos, os quais são frequentemente consultados em função da existência desse tipo de sintoma. Ilustram, geralmente, a luta ativa do bebê ante a intrusividade materna e uma incapacidade paterna de fazer um corte na onipotência da mãe ou impor-lhe um limite. Já os sinais da série “silenciosa” podem ser facilmente negligenciados e, em alguns casos, tomados até como sinais positivos do desenvolvimento; normalmente,

nesse caso, o bebê fica em maior risco. Parecem ser reflexo de que o bebê desistiu de combater a onipotência (ou a ausência) materna; ele se torna passivo e “fácil” de cuidar, uma vez que não oferece oposição nenhuma ao cuidador, comportando-se de forma complacente em relação às falhas vindas do ambiente.

No registro pulsional da oralidade, os sinais positivos do desenvolvimento são notados a partir da experiência primordial de satisfação do bebê, na qual a alimentação inaugura e transporta o registro da necessidade para o registro do prazer compartilhado com a mãe; então, o bebê experimenta a satisfação pulsional que o encontro com o outro traz; ele “se alimenta da mãe”.

Os sinais de sofrimento precoce na série “barulhenta” da oralidade podem ser detectados pelas recusas alimentares – as quais, encontradas freqüentemente, se manifestam ora em sua forma simples, ora de maneira mascarada, em refluxos e vômitos, caso tenham uma característica recidivante e forem resistentes à maturação do trato digestivo e aos tratamentos clássicos.

A recusa alimentar do bebê atinge violentamente a mãe e a faz lembrar, de uma forma extremamente maciça, que ele é um outro; a mãe tem poderes limitados diante dessa constatação.

A satisfação pulsional parece mesmo tão central que sua ausência (o que pode acontecer quando uma mãe está depressiva ou ausente, ou tem distúrbios psíquicos que a impedem de investir no seu bebê) pode entravar a satisfação da própria necessidade alimentar. O bebê pode então se manifestar, recusando se alimentar, por exemplo, a ponto de pôr em risco seu prognóstico vital, nos casos graves, como para nos dizer que, desde o começo da vida, a existência é mais importante para os humanos que a sobrevivência. (CRESPIN, 2004, p. 52)

O preenchimento passivo do bebê pode ser notado como sinal da série “silenciosa” na oralidade. O bebê deixa-se preencher de alimento sem qualquer

apetite e prazer, por qualquer pessoa e sem nenhum investimento da relação; esse sintoma pode ser compreendido como tradução de uma indiferenciação entre cuidador e bebê. Trata-se geralmente de algo perigoso, pois é passível de ser visto como um sinal positivo, uma vez que o bebê não reclama, não recusa, não dá sinais de oposição e só aceita alimento.

Uma outra face desse sinal pode apresentar-se pelo aparecimento de comportamentos bulímicos como uma busca radical da satisfação pulsional via alimento.

No segundo registro pulsional, o da especularidade, o sinal positivo detectável é o direcionamento do olhar do recém-nascido, resultando no contato e no diálogo olho-no-olho. Segundo Crespin (2004, p. 59), “(...) independente da visão, o olhar é uma função psíquica e é um indicador de presença”. A capacidade de olhar está vinculada estreitamente à capacidade de usar a visão como uma maneira de comunicar-se, de entrar em contato com o outro. A partir do momento em que o olhar está instalado, descarta-se o risco de o bebê desenvolver uma organização autística.

De outro modo, na série “barulhenta” de sofrimento precoce, é o evitamento seletivo do olhar que manifesta um comportamento ativo de defesa do bebê diante de algo difícil no olhar ou na ausência de olhar da mãe. Esse comportamento visa primeiramente o olhar da mãe; caso haja uma continuação no sofrimento do bebê, a recusa pode se manifestar diante de todo e qualquer rosto humano. Quando o evitamento passa a ser generalizado, pode constituir-se num sintoma de autismo.

Os evitamentos do olhar, encontrados freqüentemente na clínica, também denunciam um modo de defesa de bebês sujeitos a frágeis investimentos maternos,

pela impossibilidade da mãe em dirigir ao filho um olhar que o sustente e que o possa ver (CRESPIN, 2004).

A não-fixação do olhar constitui um sinal da série “silenciosa” do registro da especularidade. Pode apresentar-se num olhar que se “agarra”, se fixa a um ponto luminoso, ou num olhar que olha para o vazio, dando a impressão de que se trata de um bebê cego. O comportamento dos bebês que apresentam “agarramento” do olhar ou enxergam mal, pois o olhar atravessa, pode ser entendido como uma tentativa de se fixar a um outro observador, o qual é sentido como fugaz, e traduz geralmente uma relação em que a mãe está pouco presente e impedida de investir.

Outros sinais da série “silenciosa” são a persistência do estrabismo fisiológico e o nistagmo, que, além da idade esperada em função da maturidade da motricidade do olho, por volta do fim do primeiro trimestre, indicam também o não-estabelecimento do olhar como função psíquica vinculada e fruto de uma relação satisfatória e investida libidinalmente pela mãe ou cuidador.

Os sinais positivos de desenvolvimento do registro da pulsão invocante “são funções e apelo ao outro e são ligadas à voz e ao aparato vocal” (CRESPIN, 2004, p. 65); têm como objetivo comunicar antes mesmo de os bebês aprenderem a falar.

A série “barulhenta” desse registro é compreendida pelos gritos, que não possuem características comunicativas, configurando-se apenas como descarga. Trata-se de uma forma ativa de o bebê fazer o outro escutá-lo, mesmo que seja pelos gritos. Nos bebês em sofrimento psíquico, há uma dificuldade em ser consolado pelo outro; o som da voz do adulto não lhes produz apaziguamento, como ocorre nos bebês saudáveis.

A série “silenciosa” da pulsão invocante compreende a desistência do bebê em ser escutado. A “cessação de apelo” (CRESPIN, 2004, p. 66) evolui dos gritos e choros persistentes do bebê para um mutismo que parece significar o abandono da luta por ser ouvido sem sucesso.

O sinal de “cessação do apelo” é raramente observado na clínica, e implica estados graves de sofrimento, que clamam por urgente tratamento especializado adequado. O sono e o desenvolvimento tônico-postural são outros importantes indicadores da qualidade da relação. A boa qualidade do sono no bebê implica um ritmo e uma alternância de intervalos diferenciados entre sono e vigília, com passagens tranquilas entre os intervalos (CRESPIN, 2004).

Dificuldades para adormecer e despertares noturnos com ou sem choro significam a busca do bebê para lutar contra o momento de separação, de ausência não elaborada da mãe, que lhe produz um sofrimento atroz. Os distúrbios do sono inscritos na série “barulhenta” indicam, normalmente, uma dinâmica problemática de separação, seja ela uma relação fusional ou ligada a um risco de desaparecimento caso ocorra a separação. Esses distúrbios podem ser tratados sem intervenção específica, desde que a mãe consiga estar mais presente na relação com o bebê ou impor-lhe limites claros.

A hipersonia e a insônia calma são sinais raros da série “silenciosa”, e traduzem um grave estado de sofrimento psíquico.

A hipersonia ocorre quando o bebê busca o sono como uma forma protetora de lidar com a separação de seus pais, por determinado período. Significa que estabeleceu uma boa relação com eles e se ressentiu pela separação ocorrida.

A insônia calma é um sinal mais grave e menos freqüente, identificado em bebês que, após mamar, são deixados em seus berços durante horas sem se manifestarem, até que são encontrados com os olhos fixos no teto, sem qualquer atividade: não conseguem dormir, não choram, não gritam e não brincam.

No desenvolvimento saudável do registro tônico-postural, há o bom ajustamento recíproco corporal e as condutas de antecipação e de resposta que o bebê saudável apresenta: são sinais de que tudo está caminhando a contento na forma como ele está sendo carregado no colo.

(...) o ajuste corporal que conduz a um “carregar no colo” de qualidade, no sentido do holding winnicottiano, é um indicador clínico extremamente precioso, pois ele não transita pelos processos de pensamentos conscientes da mãe. Ele constitui literalmente o lugar no mundo do bebê, na cabeça da mãe. Assim, se a mãe está em contato com seu lactente, e se este está desconfortável, ela o sentirá e corrigirá espontaneamente sua postura, sem nem precisar pensar. Por outro lado, se ela tem dificuldade de contato com o bebê, ela não o sentirá deslizar: somos nós que defronte, nos apercebemos, muitas vezes impotentes, do mal-estar do bebê. (CRESPIN, 2004, p. 71)

As hipotonias e hipertônias e os atrasos psicomotores são sinais da série “barulhenta” do registro tônico-postural: são reflexos de como há influência entre o modo como a mãe carrega o bebê e a correlata resposta postural dele. Crespin (2004) alerta para que não se deixe de incluir na investigação os aspectos maturacionais e neurológicos, fundamentais nos desequilíbrios encontrados nesse registro.

Os balanceios correspondem ao sinal “silencioso”, e significam um “auto-ninar” do bebê, representando uma carência materna que pode ser passageira ou durável e até definitiva, como no caso das crianças institucionalizadas.

Os “detonadores de esterotipias” (movimentos estereotipados) compreendem outro sinal da mesma série, mas muito mais grave, uma vez que indicam um funcionamento pré-autístico que dá lugar, posteriormente, às automutilações. Sinais desse tipo desenvolvem-se desde os primeiros meses de vida, mas instalam-se de uma maneira maciça durante o segundo ano. Representam uma forma de auto-sensorialidade do bebê, na medida em que a relação com o outro parece ser deturpada e claramente instável.

Durante o terceiro e o quarto meses, se a troca afetiva na relação com o bebê não acontece, se a relação não se torna gratificante e prazerosa, isso é sinal de que pode haver risco no ajuste entre mãe e bebê. O melhor sinal de boa adaptação nessa fase é a presença de um sentimento de alegria na relação. Essa fase representa o incremento do amor e do apego da mãe ao bebê ao deparar-se com suas potencialidades e com o prazer que a relação lhe proporciona (BRAZELTON e CRAMER, 1992).

Vimos a importância da detecção precoce dos sinais de sofrimento do bebê para diminuir ou até mesmo interromper uma evolução problemática desses sinais, que, do contrário, podem vir a estagnar-se, chegando a uma certa cristalização em uma determinada patologia ou, ainda, comprometendo as relações e o desenvolvimento afetivo, entre outros efeitos. É essencial enfatizar alguns aspectos, com o intuito de alertar os profissionais que recebem freqüentemente as mães e seus bebês a ficarem sensíveis e atentos, não só em relação aos indicadores de risco no bebê, como veremos mais à frente, mas também a elementos significativos que a mãe pode apresentar (algumas vezes, não de forma nítida), ou mesmo a

outros sinais que podem ser identificados por uma observação atenta de como está se dando a relação entre mãe e bebê.

Há, assim, várias trilhas possíveis a fim de avaliarmos o bebê, a mãe, a relação mãe-bebê e os sinais apresentados, com o objetivo de detectar distúrbios e intervir precocemente contra eles, dos mais anódinos aos mais graves. Algumas alterações que passam despercebidas por todos podem se complexificar e evoluir a patologias sérias no bebê (como o autismo) ou na mãe (agravamento e prolongamento da depressão), o que resulta num grave prejuízo para os parceiros da dupla, marcando profundamente seus destinos e os dos que estão ao seu redor.

Pretendemos que este trabalho tenha como função contribuir para uma transmissão de subsídios fundamentais aos pediatras, com objetivo principalmente preventivo, em sua prática clínica.

4.2. Desenvolvimento psicossomático e patologia psicossomática

O desenvolvimento psicossomático humano caminha sempre do somático rumo ao mentalizado. O desenvolvimento psicossomático do bebê é extremamente plástico: pode ser retomado à medida que as condições externas e internas se tornam mais favoráveis novamente. Deve favorecer a construção de um “dentro psíquico” um espaço sólido para assentar pensamentos cada vez mais complexos. O corpo tem um papel de delimitação entre dentro e fora, e o papel dos cuidados maternos é imprescindível para essa discriminação por parte do bebê (DEBRAY, 1988, p. 151).

Segundo Kreisler (1999), o conhecimento psicossomático integra os sintomas na economia relacional e mental. No início da vida, as instâncias defensivas são administradas pela mãe no seio da interação com o bebê para, posteriormente, serem geridas pelo ego da criança. A partir do segundo semestre da vida, há indícios de um funcionamento mental próprio do bebê e modalidades de funcionamento expostas às desordens psicossomáticas; no entanto, o funcionamento interativo vigora por algum tempo. O autor propõe que os meios para se avaliar a economia psicossomática do bebê são as interações, o desenvolvimento e o comportamento.

A clínica psicossomática da criança abrange uma diversidade enorme de distúrbios, dos mais sérios aos mais leves, de uma doença com risco letal até variações dentro da normalidade, nas quais uma criança, mesmo “equilibrada”, pode desenvolver uma resposta somática a um conflito passageiro em algum momento da vida.

Para Debray (1988), é esperada uma mudança de investimento dos pais no bebê durante as primeiras semanas após o parto: é preciso que se atinja seu ponto máximo para, posteriormente, os pais reinvestirem outros pontos de interesse, mantendo o bebê num lugar sempre privilegiado, mas não num lugar único. Isto fará com que o bebê tenha que se ajustar à nova realidade; na grande maioria dos casos, traz-se então à cena algum sintoma psicossomático, o qual traduz justamente uma tentativa de ajuste a uma nova realidade na vida do bebê.

Esses sintomas são bastante comuns e, geralmente, dispensam intervenções especializadas: podem ser reduzidos apenas com uma ajuda eventual do pediatra. Entretanto, em alguns casos, em vez de ser a sede de hiperinvestimento dos pais

(primeiro contínuo; depois, descontínuo em alguns momentos, em função do reinvestimento em outros pontos de interesse), o bebê é foco de hiperinvestimento extremamente ambivalente e contínuo, no qual não há lugar para outros investimentos paternos. Nesses casos, costuma prosseguir e até agravar-se a sintomatologia psicossomática inicial acima citada.

Logo após o nascimento, o bebê é objeto primordial das preocupações maternas: a mãe está não só fisicamente presente e inteira para ele, mas também mentalmente. Aos poucos, a situação deve modificar-se, e o bebê tem notícias de que sua mãe está com ele nos braços fisicamente, mas “mentalmente ausente” (FAIN apud DEBRAY, 1988, p. 45), com diferentes preocupações e não mais exclusivamente voltada para ele. Nos casos mais favoráveis, ela está tomada pelo retorno de desejos eróticos referentes ao marido. Essa situação faz o bebê experimentar uma mãe parcialmente presente; ele tem que suplantar a experiência de falta que se apresenta. Será o início de uma atividade propriamente psíquica: o momento em que o bebê utiliza mecanismos auto-eróticos para suplantar a falta da continuidade materna. Dessa forma, instaura-se o que Fain (apud DEBRAY, 1988, p. 45) chamou de “censura do amante”.

A “censura do amante” pode ser compreendida a partir do momento em que o bebê, fruto dos desejos amorosos e eróticos de seus pais, se afasta ligeiramente para que eles retomem suas relações amorosas. A mãe plena de desejos amorosos torna-se uma “mãe calmante” para o bebê, tranquilizando-o em seus desejos pulsionais. Espera-se que se instaure progressivamente, em determinado momento, a “censura do amante” no bebê, a fim de impedir a instalação, na grande maioria das vezes, de uma sintomatologia psicossomática precoce e gritante, dando sinais de

que algo não caminha a contento, fazendo surgir sintomas que afetam primordialmente grandes funções vitais como sono e alimentação (DEBRAY, 1988).

(...) são realmente características do bebê: o “mosaico primeiro”, os ritmos, a reatividade e o estilo das descargas, segundo a terminologia de P. Marty, que vão entrar de saída em ressonância com as particularidades paternas e maternas em sua singularidade do momento. É o que se passa do lado da mãe ou do lado do pai, quando surge uma sintomatologia precoce no bebê, está na maioria das vezes relacionado com a reativação de uma problemática antiga ou mais recente, brutalmente reativada pelo surgimento deste bebê, munido de características pessoais como as suas. (DEBRAY, 1988, p. 131)

Para introduzir brevemente a patologia psicossomática, citaremos Kreisler (1999), que contribui com o tema afirmando que ela inclui desordens autenticamente orgânicas, mas desprovidas de qualquer significação simbólica: são “vazias”. O autor distingue os distúrbios conversivos histéricos (nos quais o sujeito usa seu corpo para falar) do paciente psicossomático (que sofre em seu corpo, o corpo passa a ser uma vítima). Complementa dizendo que um dos postulados norteadores da psicossomática atual é a relação intrínseca entre o equilíbrio somático e os fundamentos psicoafetivos da personalidade: “uma constituição afetiva plena, equilibrada e estável ocupa um lugar essencial entre as defesas que se opõem às desordens psicossomáticas” (KREISLER, 1999, p. 15).

Mentalização é um termo amplamente utilizado pelo autor, e central para a compreensão dos distúrbios psicossomáticos; refere-se aos mecanismos em jogo na regulação das energias inconscientes presentes no psiquismo. As patologias psicossomáticas se dão pelo fracasso da mentalização, ou pela impossibilidade de transformar “emergências pulsionais em representantes simbolizados” (p. 25). O controle da excitação se dá a partir de caminhos distintos: a mentalização, o comportamento e a expressão somática (KREISLER, 1999).

Os estudos da interação precoce mãe-bebê evidenciam desvios e discriminam os primeiríssimos sinais de psicopatologia. Kreisler (1999) sugere, como já se disse neste estudo, um campo transdisciplinar, para que possa haver um acesso franco ao pensamento de várias disciplinas trabalhando de forma complementar. O autor insiste que os psiquiatras infantis – e, podemos pensar, os psicanalistas –, que trabalham com intervenção precoce, quase nunca têm acesso a casos precoces, a não ser que mantenham uma ligação fecunda com pediatras, neonatologistas e obstetras, com o objetivo claro de prevenir distúrbios psicopatológicos precoces.

Dada a plasticidade do psiquismo infantil, é urgente detectar distúrbios na interação pais-bebê ou sintomas na própria criança, a fim de intervir precocemente para evitar que se agravem os sintomas e se instale um quadro psicopatológico mais definido.

Kreisler (1999) descreve três qualidades fundamentais para um funcionamento interativo e mental de boa resistência psicossomática: a plenitude, a flexibilidade e a estabilidade.

A plenitude é trazida pela mãe a partir de uma riqueza afetiva nas manipulações, no olhar, no contato e na fala. A flexibilidade representa a adequação da resposta materna, ou antecipação materna, às necessidades físicas internas do bebê. A estabilidade é a relação contínua com uma pessoa, como, também, a coerência temporal e espacial dos ritmos de vida em relação ao bebê.

As desordens psicossomáticas podem ser geradas a partir da disfunção dessas três qualidades ou, de uma forma primordial, de apenas uma delas. Podem ser causadas pela insuficiência, pela incoerência presente no vínculo.

Na atualidade, a insuficiência crônica do vínculo por carência libidinal é encontrada freqüentemente na descontinuidade da relação, nas separações da dupla, num vínculo instável da criança ou nas hospitalizações sem motivo aparente, ou ainda no “hospitalismo intrafamiliar, uma relação branca com uma mãe incapaz de investir seu bebê” (KREISLER, 1999, p. 318).

A patologia mais grave desse tipo de insuficiência é a “síndrome do comportamento vazio da criança pequena”; também são muito perigosas a anorexia severa, a ruminação e os vômitos psicogênicos. Há ainda outras patologias, como infecções repetidas, asma complicada por insuficiência respiratória, retrocolite ulcerosa e retardo do crescimento por sofrimento psicológico.

A “síndrome do comportamento vazio da criança pequena” pode ser reconhecida por volta da metade do segundo ano de vida. São elementos essenciais dessa síndrome: pobreza do nível fundamental fantasmático nas atividades lúdicas; indiferenciação da relação de objeto; aceitação de qualquer parceiro; redução aparente desse parceiro à condição de um objeto lúdico qualquer. Um indício fundamental dessa indiferenciação pode ser visto na ausência de inquietação diante do rosto de um estranho, normalmente percebida em bebês dos seis aos oito meses, fase considerada fundamental para o desenvolvimento afetivo; outro é a diminuição, chegando até a ausência, de atividades auto-eróticas e transicionais.

À medida que possa haver um reabastecimento pulsional da relação, somado à potência das pulsões de vida da criança, torna-se provavelmente reversível a síndrome (KREISLER, 1999).

Outro fenômeno gerador de desordens psicossomáticas está ligado ao fator de excesso de estimulação, visto especialmente nos sintomas da insônia primária e

da cólica do primeiro trimestre, que traduzem uma resposta somática do bebê a uma situação de conflito experimentada na relação com sua mãe. A mãe, nesses casos, não consegue desempenhar a função de frear os excessos de excitação do bebê.

O terceiro grupo de patologias psicossomáticas relaciona-se à incoerência, traduzida pelas irregularidades, tanto qualitativas quanto quantitativas, do vínculo, as quais têm influência direta na construção de defesas psicossomáticas por parte do bebê. Representa-se pela descontinuidade dos cuidados dispensados ao bebê por uma infinidade de pessoas e pela irregularidade do comportamento materno, marcado por oscilações: ora há um investimento suficiente e adequado, ora há períodos de grande impaciência, caracterizados por manipulações extremamente rudes.

Na patologia grave denominada “nanismo de desamparo” (KREISLER, 1999, p. 319), ocorre uma reunião de dois fenômenos geradores do distúrbio: a incoerência de cuidados e a carência libidinal na relação. Para Kreisler (1999), o corpo do bebê apresenta-se como um lugar privilegiado para as projeções fantasmáticas dos pais. Como foi anteriormente discutido, preparar o pediatra para uma escuta diferenciada desses sintomas permitiria intervenções precoces, que teriam efeito profilático, diminuindo o risco de desordens psíquicas mais graves.

4.3. Depressão do bebê

História

Como descrevemos no terceiro capítulo, Spitz definiu a “depressão anaclítica” como consequência de um estado de privação materna, resultado de uma separação da mãe, com a qual o bebê mantinha, anteriormente, uma relação de cuidados exclusivos. Esse tipo de depressão acometia bebês de 6 a 8 meses, os quais tinham sido institucionalizados; após a separação da mãe, protestavam enfaticamente por meio de choros, apresentavam distúrbios do sono e do apetite, para, depois, seguirem-se retraimento e tristeza, e finalmente um estado de apatia, com acentuada queda em seu desenvolvimento e surgimento de doenças físicas.

Caso o contato com a mãe fosse restabelecido antes do terceiro mês de separação, o estado de depressão era revertido. Caso contrário, o estado da criança piorava, levando-a a um quadro de marasmo, marcando gravemente seu psiquismo, o qual foi chamado por Spitz (1987) de hospitalismo.

Na atualidade

Os estudos das interações precoces e a clínica psicossomática do lactente contribuíram de uma maneira crucial na observação e na compreensão da depressão do bebê na atualidade. As formas mais freqüentemente encontradas de

depressão no bebê são as menos evidentes, mais camufladas ou pouco acentuadas, em que o componente primordial é uma certa apatia que o priva de suas apetências afetivas.

Kreisler (1999) identifica uma certa unidade ou um centro comum da depressão do lactente, com quatro elementos fundamentais:

1. Atonia afetiva – caracteriza-se mais pela indiferença do que pela tristeza do bebê, que não apresenta queixas, choro, nem demanda nada. Trata-se de uma “depressão fria”, “depressão branca” (KREISLER, 1999, p. 68); “é o prazer de desejar que se encontra alterado no seu conjunto” (GOLSE, 2003, p. 86).
2. Inércia motora – a lentidão depressiva é constante, embora possa assumir graus diferentes. A inércia motora fica ilustrada no comportamento monótono do bebê: as brincadeiras aparecem desprovidas de um colorido imaginário e fantasístico. Apresenta-se um empobrecimento motor geral.
3. Pobreza interativa – retraimento. Há uma queda evidente, se comparadas ao comportamento anterior do bebê, das iniciativas e respostas às solicitações na interação. A indiferença do bebê favorece também o retraimento do meio, tal como vimos no mecanismo de retroalimentação, no qual a mãe “alimenta” de libido seu bebê e, por sua vez, o bebê retorna a libido à mãe, incrementando assim a relação. Nesse caso, ocorre o inverso: o empobrecimento interativo do bebê empobrece também a relação. Kreisler (1999) sugere que o olhar da criança deprimida é extremamente característico do retraimento interativo: apresenta-se fixo, sem piscar as pálpebras, e, quando alguém se aproxima ou pega o bebê no colo, ocorre o desvio fugidio do olhar, acompanhado de uma

expressão “cortante”, “glacial” que, em seguida, se apresenta vazia, estranha e inquietante.

A depressão do lactente é uma desordem tímica de evolução aguda ou subaguda, cujo principal determinante é uma ruptura prolongada do vínculo materno e o componente mental essencial, uma atonia afetiva que priva o bebê de suas apetências vitais. (KREISLER, 1999, p. 67)

4. Vulnerabilidade psicossomática – nos lactentes, a depressão é um elemento fundamental da desorganização psicossomática, e as formas em que a somatização se apresenta vão desde as mais simples, tais como as diarreias e bronquites, até as mais graves, atingindo a função dos aparelhos.

É-nos importante observar alguns elementos fundamentais do diagnóstico da depressão do lactente. Kreisler (1999) e Bernard Golse (2003) insistem: modificações súbitas do comportamento do bebê que contrastam com a forma habitual anterior; desaparecimento de angústia diante de estranhos em bebês de seis a oito meses; interesse relativo aos objetos inanimados superior ao interesse pelas pessoas; aparecimento de atividades monótonas repetitivas; e, finalmente, reversibilidade das perturbações apresentadas pelo bebê, por decorrência de medidas terapêuticas eficazes.

A “depressão branca” (KREISLER, 1999) pode ser observada em crianças que foram submetidas a uma forma de “falência de aconchego materno” (GOLSE, 2003). Ocorre geralmente em duplas que tiveram um relacionamento afetivo de boa qualidade mas viram esse estado modificar-se abruptamente em função de depressão materna, sentida especificamente, não numa separação concreta, como no caso clássico da “depressão anaclítica”, mas na ausência psíquica materna – seu corpo está lá, ocupa-se do bebê, mas não está afetivamente conectado a ele.

A “depressão branca” ou “depressão fria” aponta na criança o desinvestimento materno brusco, decorrente também de um estado depressivo. É como se houvesse uma identificação do bebê ao comportamento materno.

A etiologia da depressão no lactente pode decorrer não só da depressão materna, como também de uma menor disponibilidade da mãe em função de problemas familiares, retomada de uma atividade profissional ou redução de investimento por outros fatores (MAZET, STOLERU, 1990).

Golse (2003) alerta para o fato de que uma mãe deprimida pode deprimir um bebê, e vice-versa. Mas não devemos fazer uma análise reducionista ou linear desses casos, apesar de se apresentarem em círculos dialéticos. Devemos considerar a situação a partir de um modelo polifatorial, pois, nesses eventos, não há normalmente uma causa única, mas um conjunto de fatores determinantes de um resultado. No caso da depressão materna, se o bebê desenvolve também uma depressão, isso prova que o ambiente, ou melhor, os terceiros que têm também o dever de proteger o bebê não funcionaram, deixando-o submetido diretamente à depressão materna.

4.4. Impacto da depressão materna no desenvolvimento do bebê

Evanisa Helena Maio de Brum (2006), em artigo que enfatiza o impacto da depressão materna no desenvolvimento infantil, ressalta os danos que podem ocorrer ao bebê: desordens comportamentais afetivas, cognitivas, sociais e alterações da atividade cerebral. A autora lembra-nos da importância de considerarmos o modelo bidirecional da relação, e de que os aspectos envolvidos são produtos de um distúrbio relacional entre a mãe e o bebê em que questões emocionais e comportamentais da mãe e do bebê estão em jogo. Essa prerrogativa nos faz pensar novamente em como o bebê pode também afetar sua mãe na interação, mas a autora alerta para a importância de os profissionais de saúde ficarem atentos ao estado emocional da mãe, uma vez que este pode ter consequências no desenvolvimento infantil capazes de perdurar por toda a vida.

A autora contribui com o tema alertando os profissionais de saúde no intuito de minimizar ou prevenir os danos e sofrimentos atrozes que acometem mães e bebês, os quais carregam marcas intensas, traduzidas muitas vezes em sintomas e em um profundo desamparo, inclusive na idade adulta. Comenta o fato de que os bebês e as mães são atendidos por pediatras e ginecologistas que precisam ser auxiliados por profissionais de saúde mental na identificação e no manejo de casos como o da depressão materna. Entende que é um desafio para os profissionais de saúde mental informar e sensibilizar os profissionais de saúde envolvidos no atendimento direto e freqüente das mães e seus bebês.

Organiza uma lista de indicadores de risco para o desenvolvimento de psicopatologias do vínculo mãe-bebê no âmbito da depressão materna (MAZET e

STOLERU, 1990; LEBOVICI, 1999; CRAMER, 1999; GUEDENEY e JEAMMET, 2002; BRUM e SCHERMANN, 2004; apud BRUM, 2006) como uma tentativa de auxiliar o profissional de saúde na detecção precoce desses quadros.

Os indicadores por ela organizados são divididos em relação aos objetivos de avaliar a mãe, o bebê e a dupla mãe-bebê. Na avaliação da mãe, os casos mais freqüentes são os de depressão leve e moderada, também os mais difíceis de identificar. Muitas vezes, esses diagnósticos apresentam-se sob a forma de queixas somáticas, que tendem a se cronificar ao longo dos anos, e teriam melhor prognóstico se identificados precocemente. As depressões consideradas menos graves também atingem a função materna e devem ser avaliadas. Outros casos incluem depressões graves; presença de idéias suicidas; desânimo e lentidão, que perturbam as funções de maternagem; relação conflituosa com o parceiro; ausência de rede de apoio, principalmente do marido (o que inclui separação do pai do bebê), e de pessoas significativas do sexo feminino; mãe que se ocupa integralmente do bebê, não dividindo os cuidados com ninguém (parentes, babá); dificuldades financeiras acentuadas; complicações durante a gestação; parto prematuro ou com complicações; ocorrência prévia de aborto ou morte de filhos; luto durante a gestação ou o pós-natal.

Ao avaliar o bebê, deve-se pesquisar a presença de distúrbios psicossomáticos recorrentes, distúrbios do sono e do apetite, retardo do desenvolvimento ou do crescimento e os casos de bebês considerados difíceis.

Na avaliação da dupla mãe-bebê, o alerta é dado, em geral, quando se observam aparentes dificuldades na relação.

A depressão materna encontra-se relacionada a vários fatores: pode fazer parte de um quadro psicopatológico estabelecido, mas também pode advir de uma reação à perda de uma pessoa querida ou de um laço importante para a mulher – alguma decepção que leve a uma ferida narcísica, como a morte de um filho precedente de forma brutal ou a morte súbita de um lactente, e outras dificuldades ligadas à própria criança que acaba de nascer, como a prematuridade (MAZET e STOLERU, 1990; KREISLER, 1999).

As conseqüências da depressão materna para o bebê podem variar de acordo com a duração e a intensidade da depressão, e também com a qualidade do vínculo anterior ao aparecimento do estado depressivo (algumas evidências indicam, de um modo geral, que as crianças que tinham estabelecido um vínculo mais forte com a mãe tendem a sofrer mais prejuízos), a idade da criança (o período mais frágil para a criança compreende do segundo semestre do primeiro ano aos meses subseqüentes) e a personalidade da criança (KREISLER, 1999).

O impacto da depressão materna sobre o bebê pode ser extremamente variável e amplo. Geralmente, o bebê reage à perda ou à falta de investimento materno com uma retração de seu comportamento interativo, e a tristeza pode vir associada. Os bebês vêm instrumentalizados desde seus comportamentos reflexos para entrar em contato com o outro. À medida que o contato não se instala de forma frutífera, podem sobrevir prejuízos graves no que concerne à instauração de seu psiquismo, dado o comprometimento do investimento libidinal materno, função essencial que a mãe exerce ao cuidar de seu bebê de forma prazerosa.

A intensidade da depressão materna pode variar significativamente, num gradiente que oscila desde a menor deficiência de contingência no comportamento

da mãe que o bebê é capaz de perceber e combater, até a permanência e instalação de um estado depressivo propriamente dito, o qual pode ter efeitos duradouros no psiquismo em formação do bebê. Esses efeitos podem manifestar-se com o próprio retraimento do bebê diante do não-recebimento de resposta materna, apesar de todas as tentativas e esforços por parte da criança. A intensidade e a apresentação da depressão materna podem assumir ainda uma forma manifesta e bastante severa, com prejuízo evidente de sua disponibilidade emocional, gerando incontinência às demandas do bebê; e, por falta de qualquer estímulo em torno da criança, farão parte do estilo predominante da interação. Essas crianças têm maior probabilidade de desenvolver distúrbios extremamente graves (BRAZELTON e CRAMER, 1992).

Estudos como o de Pierre Ferrari (1997, apud TROUVÉ, 2007) indicam uma incidência cinco vezes maior de estados depressivos em mães de autistas, em comparação com mães de outras crianças. Não se justifica um paralelo reducionista direto entre depressão materna e autismo: mas deve-se ter esse dado como medida de atenção. Nem sempre as depressões mais severas desencadeiam quadros psicopatológicos mais graves como o autismo. Em virtude da maior preocupação que o desenvolvimento de uma depressão materna grave pode produzir em seu entorno, há uma mobilização do meio externo, auxiliando na procura de substitutos para o cuidado do bebê, seja o pai ou outra pessoa próxima à família.

Fundamentalmente, o que merece ser tema de séria preocupação dos clínicos e pesquisadores da área é a discriminação fina de estados depressivos latentes nas mães, contrastando-os com o que parece ser o estado mais facilmente diagnosticável de depressão materna – o qual aparenta uma maior gravidade, pois a mãe se encontra claramente num mergulho depressivo de tal envergadura que

praticamente rompe o contato com o bebê, através da inibição e do total retraimento na relação.

Um experimento clássico realizado com díades mãe-bebê ilustra de forma brilhante e contundente a extrema sensibilidade do bebê às mínimas alterações na qualidade e na receptividade maternas e seus respectivos efeitos.

Trata-se do estudo nomeado de “rosto imóvel” (em algumas obras, o nome aparece no original em inglês, *still face*). Um bebê em estado calmo era colocado em um bebê-conforto no interior de um lugar fechado por cortinas. Pedia-se à mãe que brincasse com ele por três minutos tal como estava acostumada a brincar em sua casa, e que, depois, se retirasse por um minuto e voltasse ao mesmo lugar por mais um período de três minutos. Nesse segundo encontro com o bebê, pedia-se à mãe que não respondesse de nenhuma forma a ele, mantendo seu rosto completamente imóvel. Os pesquisadores encontraram um padrão recorrente de resposta do bebê nessa situação: primeiro, ele tenta insistentemente provocar uma resposta materna, tal como estava familiarizado; posteriormente, assume uma expressão tristonha, evitando olhar para a mãe; por fim, retrai-se, encolhendo seu próprio corpo. Com a retomada da interação normal, os bebês desconfiavam do comportamento materno e, em seguida, a partir dos estímulos maternos, eram chamados ao contato e voltavam a agir como de costume (BRAZELTON e CRAMER, 1992).

A situação de “rosto imóvel” compreende, inicialmente, um comportamento ativo por parte do bebê, que, frustrado em sua capacidade de chamar a mãe para o contato, para sua autoproteção, evita olhá-la, e, depois, desliga-se completamente do ambiente circundante e apela para comportamentos nos quais pode bastar-se a

si mesmo com “técnicas de auto-consolação” (BRAZELTON e CRAMER, 1992, p. 129).

O experimento incita-nos a refletir, por um lado, sobre a extrema sensibilidade do bebê em captar estados diferenciados no que tange ao comportamento manifesto da mãe, sua competência exacerbada de proteger-se diante da presença física da mãe e sua ausência psíquica, o que está claramente vinculado a um outro tipo de depressão materna, que se assemelha ao que Green (1988) nomeou de “mãe morta”. Finalmente, o que a experiência de “rosto imóvel” transmite é que a depressão da mãe, com suas características de retirada de libido do relacionamento com seu bebê, pode precipitar o desencadeamento de uma depressão no bebê.

(...) as mães deprimidas freqüentemente criam essa violação das expectativas de seus bebês. Quando, de vez em quando são capazes de interagir normalmente, criam no bebê uma expectativa. Mas, depois retraem-se devido às próprias necessidades, deixando o bebê numa situação de depressão e desesperança. A repetição freqüente desse padrão pode ser responsável pela produção dos clássicos sintomas de evitação do olhar **(porque é doloroso deixar que a expectativa se forme novamente)**, hipermotilidade gastrointestinal (resultante da tensão), fragilidade autonômica (resultante de ansiedade) e incapacidade ou falta de vontade de interagir socialmente com um adulto que solicita tal interação. Os estudos de rosto imóvel permitem-nos entender essas reações distorcidas como formas ampliadas de processos normais. (BRAZELTON e CRAMER, 1992, p. 131)

A alternância de comportamentos maternos conectados ao bebê e desconectados dele sugere que sua percepção acerca do estado depressivo materno pode não ser interpretada com coesão e unidade. Os descompassos podem ser manifestados de maneira intermitente, não existindo uma desconexão ou um desligamento radical de um momento para o outro, o que Stern (1997, p. 64) indicou com o nome de “o amor perdido com um único golpe”. Existe um desligamento progressivo vivenciado paulatinamente pela criança em interação com a mãe. O referido autor diferencia a depressão como “macroevento” e “microevento”.

Entende que a depressão só pode ser considerada como um macroevento traumático quando, adulto, o filho refere-se a uma depressão materna sofrida na infância e reconstruída através de uma análise. No caso do bebê, ele vive a depressão materna como uma sucessão de “microeventos repetitivos”. “Na visão de microevento, a depressão materna é tão reconhecível para o bebê quanto muitos microeventos repetitivos, cada um dos quais é uma “maneira (diferente) – de – estar – com – a mãe” (STERN, 1997, p. 64).

Os apontamentos acima esclarecem que, com o fracasso do bebê em fazer sua mãe voltar verdadeiramente à vida, de forma a estar ligada intimamente a ele, apresentar-se-á o desencadeamento de “microdepressões” resultantes de sua identificação com ela e a conseqüente imitação de seu comportamento como uma maneira possível de estar com ela – não um puro e simples efeito da diminuição de estímulos provenientes do contato com ela.

4.5. Bebê como reanimador da mãe

O bebê luta com todas as suas forças e possibilidades para trazer sua mãe de volta, resgatá-la e impedir que ela prossiga no desinvestimento em relação a ele. Assume uma postura mais ativa na interação com a mãe. Stern (1997, p. 103) nomeia essa experiência de “bebê reanimador” uma “espécie de anti-depressivo”. O bebê reforça continuamente um convite endereçado à mãe para interagir com ele: vira seu rosto, tenta estabelecer um olhar mútuo, ergue as sobrancelhas, abre bem os olhos, gesticula, sorri e faz várias tentativas de captar a atenção da mãe novamente. Quando todo esse movimento fracassa, ele vira a cabeça para outro lado, e mais tarde tenta novamente. As tentativas de reanimação podem funcionar ou fracassar. O mais interessante dessa constatação é que alguns bebês, após várias tentativas sem sucesso, desistem gradativamente de seus esforços; enquanto outros, apesar dos fracassos, não desistem: insistem no trabalho de reanimador materno. Algumas vezes, a mãe pode responder aos esforços do bebê e reanimar-se. O que parece mais intrigante nessas situações é que alguns bebês realmente conseguem, mesmo que parcialmente, reanimar suas mães; devolver-lhes, mesmo que por alguns instantes, a vida.

Essa maneira-de-estar-com pode ser prontamente vista como uma origem do desenvolvimento posterior do bebê como alguém encantador, “cintilante”, como alguém que transmite vida. Parte do momento emergente e do esquema incluirá a gratificação de ter tido sucesso na tarefa de reanimação. O bebê recebe as recompensas de ter tido sucesso assim como os benefícios do próprio objetivo. (STERN, 1997, p. 101)

Por que alguns bebês perdem a esperança e desistem de reanimar suas mães, e outros insistem, não medindo esforços nessa tarefa? Trata-se de questões a que não seremos capazes de responder neste estudo, mas merecem uma profunda reflexão.

Parece-nos extremamente interessante essa possibilidade do bebê, de uma certa forma, resgatar sua mãe, impingindo seu tônus vital a fim de capturá-la de um mergulho depressivo. Não nos parece que essa situação perpassa o bebê sem um custo alto. Qual seria esse custo?

Retomando a questão da fase ativa do bebê e seu objetivo de “salvar” sua mãe e voltar a ter uma interação tal como tinha antes, Golse (2003a) entende que essa é uma fase mais ansiosa do que depressiva; para seu intento, o bebê usará seus meios, fundamentalmente corporais, expressos, por exemplo, na anorexia, nos distúrbios do sono, nos gritos, na hiperexcitabilidade. Ele reage emitindo sinais de sua presença; suas intensas tentativas vão contra o isolamento depressivo da mãe. Esse movimento foi nomeado por Jacqueline Lanouziere (1983, apud Golse, 2003, p. 85) de “solicitude terapêutica” da criança em relação à mãe, desempenhando-se uma função de “criança- terapeuta” que é referida na origem de várias vocações de terapeutas. Golse levanta como hipótese a vocação do próprio Freud, manifestada diante da depressão de sua mãe, cuja causa era a morte de um de seus irmãos quando ele ainda era bem pequeno.

A última palavra a propósito das vocações (...) é que certamente são coisas que podem se desencadear na adolescência, como muitas profissões, mas eu creio verdadeiramente que as raízes das vocações cuidadoras em geral, e em particular no que concerne aos bebês, são vocações muito mais precoces, que se enraízam na perinatalidade. (GOLSE, 2003b, p. 31)

A questão levantada, sobre as raízes precoces das vocações de atividades profissionais que têm como preocupação o cuidado do outro, indica, uma vez mais, como somos profundamente marcados por essa relação primordial com um outro, do qual pudemos receber e ao qual pudemos reagir.

Surpreendentemente, existem vários trabalhos que abordam a função do bebê como um “reanimador” da mãe no contexto de depressão materna (WINNICOTT, 1948; GREEN, 1988; BOUKOBZA, 2000; ATEM, 2003; STERN, 1997). “Reanimar a mãe morta, interessá-la, distraí-la, devolver-lhe o gosto pela vida, fazê-la rir e sorrir” (GREEN, 1988, p. 253).

Lou Muniz Atem (2003) levanta a hipótese de o bebê ser capaz de fisgar a atenção materna e reanimá-la, podendo também atuar como um “anteparo” à angústia materna, como uma espécie de barreira contra o transbordamento da angústia, o qual seria insuportável tanto à mãe quanto ao bebê.

Este aspecto – o bebê como elo que permite que a libido materna retorne aos objetos – aparece muito claro na clínica quando mães em depressão ou passando por crises de pânico dizem que o que está impedindo de piorar (a depressão) é o filho, o bebê cuja presença as chama de volta ao contato com ele e com as pulsões vitais. (ATEM, 2003, p. 38)

Parece-nos encantador considerar as competências do bebê numa abrangência tão ampla, podendo ser ele capaz até de servir de suporte àquela que, originalmente, teria a função de oferecer o referido recurso.

Não sabemos ao certo em que medida essa capacidade – ou melhor, exigência – de arrancar sua mãe deprimida da “morte” e impulsioná-la à vida pode ser prejudicial ao bebê.

Atem (2003) esclarece que essa exigência pode variar de excessiva ao lactente – levando-o talvez a um estado extremo de sofrimento e estresse – até amena, fazendo com que ele desenvolva recursos valiosos que poderá utilizar no futuro, em momentos particularmente difíceis da vida.

5. Sobre a depressão

Etimologicamente, o termo “depressão” tem origem no latim: compõe-se de duas palavras, *de* (para baixo) e *premere* (pressionar), significando que o sujeito deprimido está – quanto ao seu estado de ânimo – pressionado para baixo (DELOUYA, 2001).

Maria Josefina Rodrigues (2001) ressalta que o termo depressão, relativamente recente, foi introduzido no debate que já existia sobre melancolia, em contextos médicos, somente no século XVIII, passando a fazer parte do vocabulário dos psicopatologistas no século XIX; mais precisamente, a partir da década de 1980, houve uma dissolução do conceito de melancolia no conceito de depressão.

A psiquiatria e a psicanálise possuem modos de compreensão e atuação diferentes acerca da depressão. A psiquiatria explica a patologia depressiva a partir dos sintomas evidenciados pelo paciente, e trabalha com a hipótese de a origem ser um transtorno bioquímico; assim, prescreve medicamentos para atuar no desequilíbrio bioquímico do cérebro. A psicanálise se propõe articular o sintoma a uma rede de significações que dão um sentido a essa vivência emocional.

5.1. Um olhar da psiquiatria sobre a depressão

Levando em consideração o ponto de vista psiquiátrico e o enfoque descritivo que dele decorre, são utilizados geralmente dois instrumentos que descrevem os sintomas expressos e observados no paciente. São eles: DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, American Psychiatric Association, 1994) e CID-10 (*Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*, 10ª revisão – Organização Mundial de Saúde, 1996).

De acordo tanto com o DSM-IV quanto com a CID-10, entre os transtornos de humor situam-se as desordens depressivas, que são diagnosticadas em depressão maior, moderada, leve, episódio único ou recorrente e distímia. Os dois instrumentos descrevem os principais sintomas da depressão, como: rebaixamento do humor ou humor depressivo na maior parte do dia; redução da energia e da atividade; diminuição do interesse ou prazer nas atividades (anedonia) ou rebaixamento da capacidade de concentração; fadiga acentuada, mesmo após um mínimo esforço; significativa perda ou ganho de peso, quando não em dieta; insônia ou hipersonia quase todos os dias, ou despertar matinal precoce, muitas horas antes do habitual; agitação ou retardo psicomotor; redução ou perda da libido; diminuição da auto-estima e da autoconfiança; sentimento de desesperança; sentimento de menos valia ou culpa imprópria; sentimento de indignidade; choro freqüente; diminuição da habilidade para pensar e tomar decisões; pensamentos recorrentes de morte; idéias suicidas ou tentativas de suicídio.

Carol Sonenreich (apud RODRIGUES, 2001) lembra que as doenças são entendidas pelos médicos como conceitos nosográficos necessários para lhes permitirem analisar realidades clínicas, organizar o conhecimento e fazer observações de modo dirigido, tendo como principal objetivo orientar o tratamento. Dessa forma, não podem ser pensadas como entidades independentes do observador, de seu instrumental e sua doutrina. Enquanto o sofrimento é do doente, a doença é do médico.

A partir do século XX, houve um esforço para distinguir a depressão neurótica da psicótica, a partir não só da gravidade como da etiologia do quadro. A psiquiatria admite que não existem dados para provar que a depressão é hereditária, mas essa é, ainda, a principal hipótese etiológica que se procura sustentar e difundir (RODRIGUES, 2001).

A psiquiatria trata a depressão apenas como uma patologia que deve ser eliminada para que o indivíduo possa seguir o curso normal de sua vida e retomar a busca da felicidade; não a insere no contexto mais amplo da vivência particular de cada um, num momento específico de suas vidas. Consideramos o enfoque psiquiátrico reducionista do ponto de vista da abordagem do fenômeno da depressão, uma vez que este parece ser composto de inúmeras variáveis e necessita ser compreendido na sua amplitude de significados.

5.1.1. Sobre a depressão pós-parto

Não há distinção entre os transtornos do humor do pós-parto e os que acontecem em outros momentos da vida, exceto com o especificador “com início no pós-parto”, que é utilizado quando o início dos sintomas ocorre no período de quatro semanas após o parto (CAMACHO et al., 2006; MAGALHÃES et al., 2006).

De acordo com Giana B. Frizzo e César Augusto Piccinini (2005), a depressão pós-parto pode levar de seis semanas a três ou quatro meses para se manifestar, e é possivelmente multideterminada: não deve causá-la um único fator, mas a combinação de diversos fatores, que aumenta a vulnerabilidade da mãe à depressão. Alguns estudos indicam a prevalência da depressão pós-parto entre 10 e 20% das mulheres em nosso meio (MORAES et al., 2006).

O DSM-IV define depressão pós-parto como um episódio de depressão maior, que ocorre dentro das quatro primeiras semanas após o parto. Já a depressão que acomete mães após esse período, especialmente no primeiro ano de vida do bebê, é denominada depressão materna. A depressão materna ao longo do primeiro ano de vida do bebê compreende alterações no apetite e no sono, dificuldade de dormir (especialmente após amamentar), crises de choro, desatenção, problemas de concentração, falta de energia e de interesse em atividades que antes eram consideradas agradáveis. Também podem ocorrer idéias de suicídio e sentimentos excessivos de culpa, e os sintomas tendem a ter uma duração razoável, podendo prejudicar as atividades normais da mulher (FRIZZO e PICCININI, 2005).

Os fatores de risco mais consistentes que alguns estudos indicam são predisposições individuais, como depressão antenatal e episódios passados de

depressão (MAGALHÃES et al., 2006). Em alguns trabalhos, foi encontrado que as precárias condições socioeconômicas da puérpera e a não-aceitação da gravidez são os fatores que mais influenciam o aparecimento de depressão puerperal (MORAES et al., 2006); mas, em outras pesquisas, a presença de ansiedade ou depressão na gestação está associada a sintomas depressivos no puerpério (BLOCH et al., 2003, apud CAMACHO et al., 2006). Os estudos psiquiátricos indicam que a etiologia da depressão puerperal não é ainda completamente conhecida – mas acredita-se que, além dos fatores de risco, fatores hormonais e hereditários também estejam envolvidos.

Um dado importante encontrado nos artigos pesquisados parece ser que as mulheres com depressão perinatal não revelam seus sintomas de depressão tão facilmente com receio de uma possível estigmatização, pois sentem que as expectativas sociais são de que, nesse momento, deveriam sentir alegria e estar satisfeitas; assim, as mulheres deprimidas acabam sentindo-se culpadas por experimentar sintomas depressivos (CAMACHO et al., 2006). Outros estudos indicam que é freqüente o relato de sentimentos ambivalentes acerca do bebê e da opressão pela responsabilidade de cuidar dos filhos (BECK, 1996; NONAES e COHEM, 2000, apud CAMACHO et al., 2006).

Os estudos de psiquiatria pesquisados sobre a depressão pós-parto indicam que, de um modo geral, essa área do conhecimento busca encontrar respostas em elementos externos à experiência do sujeito – pois seu foco de atenção não é a experiência interna –, entendendo que a etiologia da depressão precisa ser melhor conhecida, apesar de parecer “escapar” ao repertório psiquiátrico. Assim, compreende-se que sua abordagem medicamentosa é coerente com seu modo de pensar os sintomas.

Nossa proposta é alcançar o significado e o efeito da depressão nas relações intrapsíquicas e interpessoais, refletindo sobre como a depressão é compreendida pela psicanálise.

5.1.2. Compreensão da psicanálise sobre a depressão

Pautados nas idéias e conceitos de inconsciente e desejo, vários autores psicanalíticos trabalham, de maneiras particulares, o conceito de depressão. Há desde os que consideram que a depressão faz parte da constituição psíquica ou a entendem como positividade (é o caso do conceito de depressividade) até os que a vêem como uma organização patológica da personalidade. A psicanálise vincula a origem da depressão à história do desenvolvimento emocional de cada um, no tempo das primeiras relações; alguns autores alertam para uma inserção do conceito de depressão na cultura em que estamos vivendo no momento.

Joana Amaral (2006) enfatiza a intolerância contemporânea a qualquer estado psíquico fora dos padrões de felicidade e alegria, apontando para o que chama de uma “patologização” dos sentimentos de mal-estar e tristeza. Demonstra que tristeza, luto, mágoa e pesar passaram a ter o nome de depressão, tamanha a sensibilidade da sociedade atual ao sofrimento. Complementa sua idéia dizendo que mal-estar, tristeza e sofrimento humanos adquirem perspectivas diferenciadas de acordo com a cultura e a época em que estão inseridos.

Silvia Leonor Alonso e Maria Pablo Fuks (2004) destacam a intolerância da cultura atual a alguns estados e indicam o papel de denúncia que cumpre aos sintomas depressivos na contemporaneidade em contraponto com os sintomas da histeria no final do século XIX. Os sintomas depressivos questionam uma sociedade que se nega a reconhecer o desamparo e a impotência, valorizando apenas ideais onipotentes nas realizações tecnológicas, destinadas a recusar toda possibilidade de sofrimento.

Ao investigar o tema da depressão na obra freudiana, nota-se que não existe uma teoria já estabelecida sobre o tema, inclusive porque o conceito de depressão, tal como é conhecido atualmente, não existia quando Freud fundou a psicanálise. Havia o estudo da melancolia. Depois, apareceu gradativamente na obra de Freud o termo “depressão”, empregado no sentido descritivo nas diversas psicopatologias; as referências à “melancolia propriamente dita” não designam estados depressivos indiscriminados, mas um quadro psicótico bastante preciso. Freud se contrapõe à tendência da psiquiatria, da hereditariedade, propondo a etiologia psicogênica, pois, embora tenha identificado e descrito fenômenos depressivos nas diversas categorias nosográficas, os concebeu como próprios do existir humano.

Freud, no texto “Luto e melancolia” (1917), descreve o luto como uma reação natural de quem perdeu uma pessoa amada ou algo significativo, exigindo daquele que sofreu a perda um rigoroso trabalho, o qual chamou de “trabalho de luto”. A primeira fase do trabalho de luto compreende um superinvestimento na pessoa perdida para, posteriormente, o sujeito ser capaz de deparar-se com a realidade e abandonar a ligação com o objeto perdido. Aos poucos, a libido torna-se novamente disponível; a pessoa pode reinvesti-la em outros objetos e, principalmente, retoma o interesse pelo mundo e pela vida, quando conclui então o trabalho de luto.

Na melancolia, o empobrecimento não parece ser em relação ao mundo, como é no luto: há um empobrecimento radical do ego e do amor próprio do sujeito que se humilha, se auto-acusa e faz recriminações a si próprio de uma forma atroz. O sujeito não sabe com clareza o que perdeu com a pessoa ou coisa ausente. A perda do objeto tem um efeito em seu próprio ego. A libido é retida no ego e precipita uma identificação da pessoa com o objeto abandonado. Para Freud (1917/1980), “a sombra do objeto caiu assim sobre o ego”.

Alguns autores colocam a depressão como constitutiva do desenvolvimento psíquico, ressaltando seu valor na constituição do psiquismo. Entre os que fazem esse recorte teórico, destacaremos Klein e Winnicott.

Audrey Setton Lopes de Souza (2007) salienta que Klein utiliza as experiências emocionais para compor e descrever uma teoria do desenvolvimento, em que a ênfase recai nos elementos responsáveis por dar o colorido dessas experiências. Tais experiências emocionais se dão a partir da relação com os objetos internalizados, que são distintos dos objetos reais em função das sucessivas projeções e introjeções sofridas por estes.

Dessa forma, a vivência emocional é constituída pelas características peculiares desses objetos internos, assumindo em cada ser humano um significado particular, e promovendo a formação de um mundo interno, o qual determina a maneira que cada um se relaciona tanto com as situações externas, quanto com as internas, as quais, conseqüentemente, imprimem um jeito único de viver cada experiência (SOUZA, 2007).

O desenvolvimento mental, em Klein, é pensado a partir de dois modos básicos de funcionamento, que, ao longo da vida, se instalam e se alternam continuamente, a fim de dar sentido ao vivido. A alternância entre as duas posições vai ser determinada pela capacidade do ego em suportar as angústias advindas dos aspectos ambivalentes de cada experiência (SOUZA, 2007).

Esse modo específico de ver o mundo está determinado, do ponto de vista psíquico, por uma constelação de ansiedades, defesas, fantasias e formas de se relacionar que propiciam um modo de perceber e de compreender a realidade. Conceber o desenvolvimento como operando com duas posições básicas é pensá-lo

como duas atitudes mentais diferentes a partir das quais as experiências podem ser vividas. As posições esquizoparanóide e depressiva são, assim, conceituações sobre as organizações psíquicas que geram formas de ser e experienciar o mundo (SOUZA, 2007, p. 276).

Na teoria kleiniana, a posição esquizoparanóide é considerada o primeiro modo de o bebê dar sentido às suas experiências; ele conta, nesse momento inicial, com um ego rudimentar para organizar suas percepções, o qual existe desde o nascimento, e é capaz de experimentar ansiedade, utilizar mecanismos de defesa e estabelecer relações de objeto primitivas, na realidade e na fantasia. Nessa posição, o ego está sujeito à ansiedade de aniquilamento, experiência atroz sentida como ameaça à sua sobrevivência; tenta proteger-se por intermédio da cisão, um mecanismo de defesa utilizado de maneira a introjetar os aspectos bons do objeto e projetar seus aspectos maus. A experiência é vivida, nessa posição, a partir de objetos parciais (SOUZA, 2007).

Assim, para Klein (1958/1991), a teoria das posições esquizoparanóide e depressiva forma uma teoria mais complexa do funcionamento mental. A autora atribui à posição depressiva efeitos modificadores e integradores sobre a severidade das figuras superegóicas arcaicas. Na verdade, Klein localiza o aparecimento do superego arcaico como concomitante ao começo da posição depressiva, aproximadamente no segundo trimestre do primeiro ano de vida. As primeiras introjeções do seio bom e do seio mau constituem o alicerce da formação do superego primitivo, e influenciam o desenvolvimento do complexo de Édipo.

Klein (1958/1991, p. 272) afirma que, desde o início da vida do ser humano, as pulsões de vida e de morte estão atuando e se prendem a objetos, sendo o primeiro dos quais o seio da mãe. Acredita a autora:

[...] que a introjeção do seio bom nutridor da mãe assenta as bases para todos os outros processos de internalização. Segundo predominem os impulsos destrutivos ou os sentimentos amorosos, o seio (que as mamadeiras, simbolicamente, podem chegar a representar) é sentido por vezes como sendo bom, por vezes como sendo mau. O investimento libidinal do seio, juntamente com experiências gratificantes, constrói na mente do bebê o objeto bom originário; a projeção de impulsos destrutivos no seio constrói o objeto mau originário. Esses dois aspectos são introjetados e, assim, as pulsões de vida e de morte que haviam sido projetadas, operam novamente no interior do ego. A necessidade de dominar a ansiedade persecutória é a força propulsora para cindir o seio e a sua mãe, externa e amada por um lado, e num objeto amedrontador e odiado, por outro. Esses são os protótipos de todos os objetos internalizados subseqüentes. (KLEIN, 1958/1991, p. 272)

O objeto bom forma o núcleo do ego, em torno do qual o ego se desenvolve. Quando é nutrido pelo objeto bom introjetado, o ego se torna apto a dominar a ansiedade e preservar a vida (KLEIN, 1958/1991).

A posição depressiva foi concebida por Klein como uma fase do desenvolvimento, na qual o bebê reconhece um objeto total, com seus aspectos bons e maus, e se relaciona com esse objeto. Esse momento do desenvolvimento do bebê é claramente reconhecido por todos: é quando ele reconhece sua mãe; ela passa ter um estatuto de objeto total para o bebê, ou seja, ele se relaciona cada vez mais não apenas com o seio, as mãos, a face, os olhos da mãe como objetos separados, mas com ela própria como uma pessoa, que pode ser boa muitas vezes e má muitas outras, pode estar presente ou ausente, e pode ser tanto amada, como odiada. O bebê começa perceber que suas experiências boas e más procedem da mesma mãe. Esse reconhecimento da mãe como uma pessoa total abre um mundo de novas experiências, pois, ao reconhecê-la assim, o bebê percebe também que ela é um indivíduo que tem vida própria e que se relaciona com outras pessoas.

Dessa forma, descobre sua completa dependência dela, e toma contato com seu desamparo (SEGAL, 1975).

Ao perceber a mãe como objeto total, o bebê é capaz de lembrar-se dela e de gratificações ou privações anteriores; gradativamente, vai tomando contato com sua própria ambivalência: ele próprio ama e odeia a mesma pessoa. É assim que, na posição depressiva, fruto da ambivalência do bebê, a ansiedade prevalente é de que seus próprios impulsos agressivos tenham destruído ou destruam o objeto amado, e do qual depende. Por decorrência da diminuição das projeções e da percepção da total dependência do objeto, o bebê tem a necessidade de possuí-lo, de manter o objeto dentro do ego, a fim de protegê-lo de sua destrutividade (SEGAL, 1975).

Com o processo de integração em curso, o bebê pode lembrar e reter o amor pelo objeto bom, mesmo quando o está odiando. Tal fato traz novas conseqüências para o psiquismo incipiente: o luto e o anseio pelo objeto bom sentido como perdido e destruído, e a culpa, experiência depressiva que surge do sentimento de ter sido responsável, por meio da sua destrutividade, pela perda do objeto. A depressão e a culpa acionam no bebê um movimento para recuperar o objeto, mobilizam o desejo de reparar o objeto percebido como destruído por decorrência de sua agressividade.

Ao discorrer sobre a posição depressiva para Klein, Hanna Segal (1975, p. 85) escreve: “O conflito depressivo é uma luta constante entre a destrutividade do bebê e seu amor e impulsos reparadores. O fracasso na reparação leva ao desespero, seu sucesso leva à esperança renovadora”.

É a partir do ímpeto de reparar os objetos amados, tanto o interno quanto o externo, que haverá a construção dos pilares da criatividade e da sublimação. É nesse ponto também que, ao alcançar a posição depressiva, o bebê estabelece uma

relação com a realidade, alterando sua relação com os objetos, adquirindo a capacidade de amar e de respeitar as pessoas como seres diferenciados. Dessa forma, o bebê pode ser capaz de discriminar seus impulsos, sentir responsabilidade por eles e tolerar a culpa. Conseqüentemente, aprende aos poucos a controlar seus impulsos, uma vez que pode perceber suas conseqüências, sejam amorosos ou destrutivos. Com o intuito de poupar o objeto, em parte inibe seus impulsos, em parte os desloca ou substitui, constituindo assim o início da formação simbólica que é fruto de uma perda, como também um trabalho criativo é derivado de um intenso sofrimento e de todo o trabalho de luto que o bebê necessitou fazer (SEGAL, 1975).

Segal sintetiza as características e as contribuições que, a partir de Klein, o conceito de posição depressiva trouxe:

[...] a posição depressiva nunca é plenamente elaborada. Sempre estão conosco as ansiedades relativas à ambivalência e a culpa, bem como as situações de perda, que reavivam experiências depressivas. Os objetos externos bons na vida adulta sempre simbolizam e contêm aspectos do objeto bom primário, interno e externo, de modo que qualquer perda na vida posterior reaviva a ansiedade de perder o objeto interno bom e, com essa ansiedade, todas as ansiedades experimentadas originalmente na posição depressiva. Se o bebê foi capaz de estabelecer um objeto interno bom relativamente seguro na posição depressiva, situações de ansiedade depressiva não levarão à doença, mas a uma elaboração frutífera, levando assim a maior enriquecimento e criatividade. Quando a posição depressiva não foi suficientemente elaborada, quando não foi firmemente estabelecida a crença no amor e na criatividade do ego, bem como em sua capacidade de recuperar objetos bons interna e externamente, o desenvolvimento é muito menos favorável. O ego é espreitado por constante ansiedade de perda total das situações internas boas, é empobrecido e enfraquecido, sua relação com a realidade pode ser tênue, e há um terror perpétuo e algumas vezes uma verdadeira ameaça de regressão à psicose. (SEGAL, 1975, p. 93)

A posição depressiva é um marco no desenvolvimento psíquico humano. Sua vivência possibilita ao bebê integrar aspectos bons e maus do objeto e do próprio ego; e favorece o aparecimento não só da culpa, mas daquilo que vem acompanhado da culpa, que é a necessidade de reparar objetos, fazendo com que o

bebê se movimenta rumo a um contato maior com a realidade, deslocando-o, portanto, do mundo de fantasias onipotentes.

As contribuições da posição depressiva possibilitam a formação simbólica na criança, preparando o terreno para a construção do pensar, usando a capacidade de vincular e abstrair; enriquecem, dessa forma, o psiquismo infantil, na medida em que o bebê passa inúmeras vezes por experiências de luto e reparação – com as quais se constrói sua confiança em sua capacidade de reter e recuperar objetos – e toma contato com a crença em seu próprio amor e em seu potencial de experiências boas e gratificantes.

Para Winnicott, não existem fronteiras tão fortemente erguidas entre luto, depressão e melancolia, conceitos que podem ser entendidos a partir de um ponto de vista positivo:

[...] em um extremo da escala temos a melancolia e no outro a depressão como uma condição comum a todos os seres humanos integrados (...) Trata-se aqui de um indivíduo que correu o risco de sentir as coisas profundamente e que assumiu a responsabilidade sobre isso. Em um extremo, portanto, situam-se os melancólicos, que se sentem responsáveis por todos os males do mundo, em especial aqueles que não lhes dizem respeito, e no outro, as pessoas verdadeiramente responsáveis do mundo, aquelas que aceitam a realidade de seu próprio ódio, sua mesquinhez, sua crueldade, ou seja, coisas que coexistem com sua capacidade de amar e construir. Por vezes, o sentimento de sua própria maldade as abate. Se considerarmos a depressão desta forma, veremos que são as pessoas realmente valiosas deste mundo que se deprimem. (WINNICOTT, 1958/2005, pp. 75-6)

Tendo como base a depressão na obra de Winnicott, Jan Abram (2000) postula o entendimento da depressão como uma capacidade, como desenvolvimento natural decorrente dos processos maturacionais. Essa forma “normal” de depressão simbolizaria que a passagem pelo “desmame” foi bem-sucedida, significando, assim, que o sentimento de perda e a capacidade de preocupação atravessaram a desilusão advinda do desmame. Com isso, o indivíduo

é levado da relação de objeto para o uso do objeto, o que indica que o objeto pode sobreviver ao amor cruel. Não podemos falar em cura para tal depressão, mas unicamente esperar. A depressão saudável precisa ser entendida como um estado de ânimo que depende intimamente daquilo que ocorreu com a mãe e o bebê no decorrer do período de desmame, no qual o bebê pode diferenciar o eu do não-eu.

Winnicott afirma também que há algumas características comuns nesses estados clínicos, e que o ponto fundamental ilustrado pela depressão é que o indivíduo está assumindo a responsabilidade por seus elementos agressivos e destrutivos; a pessoa deprimida, então, contém em si uma certa quantidade de culpa, de natureza inconsciente, que pode levar à reparação, com possíveis realizações construtivas. No texto “O valor da depressão” (1963, p. 59), o autor é extremamente claro ao afirmar: “a visão aqui expressa é que a depressão tem valor, no entanto, também é claro que as pessoas deprimidas sofrem, podem machucar a si mesmas ou dar cabo da própria vida e que algumas delas são vítimas de acidentes psiquiátricos”.

Ainda nas palavras de Winnicott:

[...] a depressão traz dentro de si mesma o germe da recuperação. Esse é um ponto brilhante na psicopatologia e vincula a depressão ao sentimento de culpa (a capacidade para sentir culpa é um sinal de desenvolvimento saudável) e ao processo de luto. O luto tende a terminar seu trabalho. A tendência que trazem embutida para a recuperação vincula a depressão igualmente ao processo maturacional da infância de cada indivíduo, um processo que em ambientes facilitadores, conduz à maturidade pessoal que significa saúde. (WINNICOTT, 1963/2005, p. 60)

O mesmo autor, no texto “A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal” (1954), diferencia o conceito de depressão da posição depressiva

descrita por Melanie Klein. Para ele, quando o bebê consegue se deprimir é porque ultrapassou a posição depressiva. A posição depressiva, para Winnicott, é uma aquisição que pertence à idade do desmame, e é quando o bebê começa a brincar de deixar cair coisas. Essa atividade começa por volta dos cinco meses, e prossegue como característica normal até um ano ou dezoito meses. Considera também que a posição depressiva tem um nome inadequado, e que poderia ser chamada de estágio de concernimento. Ainda: “E quando a posição depressiva foi alcançada e plenamente estabelecida num indivíduo, a reação à perda é a de dor, ou tristeza. Se ocorreu alguma falha na posição depressiva, a conseqüência da perda é a depressão” (WINNICOTT, 1954/2000, p. 371).

A depressão é um estado que se manifesta em diversas estruturas clínicas, primordialmente por apatia, tristeza e sensações de impotência e desesperança (GRINBERG, 1983, apud BERLINK e FÉDIDA, 2000); estado este entendido como uma espécie de economia psíquica similar à hibernação para os animais e vegetais durante o inverno. Caracteriza-se por uma certa lentificação, uma insensibilização da sensorialidade, assim descrita por Manoel T. Berlinck e Pierre Fédida:

[...] a intensidade das cores esmaece, assim como o claro-escuro, dando lugar a uma tonalidade cinza, sem contraste. Os cheiros param de ser percebidos, as texturas deixam de ser registradas, os sons ficam amortecidos e podem até desaparecer. O processo digestivo fica prejudicado e o corpo passa a ficar pesado. Os movimentos corporais ficam lentos, os pés se arrastam. Em suma, o corpo penetra em um estado de insensibilização da sensorialidade. (BERLINCK e FÉDIDA, 2000, pp. 76-7)

Entendem os autores que:

[...] a depressão pode ser caracterizada então, como um estado inanimado do vivo, ocorrendo graças à catástrofe glacial e repetindo-se toda vez que o frio e a neve visitam certas regiões do globo (e depois, visitam o próprio aparelho psíquico). Aí o crescente resfriamento do ambiente produz primeiro uma desvitalização sensorial do vivo: os frutos amadurecem e caem das árvores, as folhas secam e se tornam amarelas, os animais vão ficando desanimados como os humanos, até a ocorrência da primeira nevada. A partir daí, as árvores e arbustos desnudados de suas folhas

conservam uma inanimação parecida com a morte, sendo conservadora da vida; os animais desaparecem, tendo se recolhido aos seus abrigos carregados de alimentos acumulados durante o verão e o outono anteriores e, a partir daí, são seus corpos habitados por um estado de lentificação sensorial próprio da hibernação; e até os humanos, sempre ativos e acumuladores, são muitas vezes, obrigados a diminuir seu ritmo e suportar o silêncio e a escuridão advindos com o frio e a neve. (BERLINCK e FÉDIDA, 2000, pp. 79- 80)

A depressão seria, assim, entendida como “protetora da vida”; serviria como uma espécie de anteparo após um grande sofrimento, uma grande perda? Como não desistir de viver após uma perda significativa de algo ou alguém ou mesmo o contato com a dura realidade da vida?

Isto é possível pela via da depressão. Ela significa um estado de vazio, de ausência, correspondendo a um tempo parado; e retorna toda vez que o psiquismo solicita uma restauração de seu narcisismo, constituindo um dos recursos que o humano tem para se proteger do contato com a realidade (BERLINCK e FÉDIDA, 2000, p. 83): “A depressão é o estado que afasta o humano de sua relação com a realidade e, ao mesmo tempo, fornece condições para que este mesmo humano possa suportar a relação com a realidade, pois esta é responsável pela dor, pela perda de objetos, levando à depressão e à angústia”.

De acordo com Berlinck e Fédida (2000), com a ação de Eros, pode ocorrer uma passagem da depressão para a depressividade. A característica desse estado é uma transformação das sensações e imagens, que deixa de ter o caráter inanimado para se manifestar ativamente. A passagem da depressão para a depressividade pode acontecer “naturalmente”, obedecendo a um ciclo vital próprio do organismo ou induzida por medicamentos antidepressivos.

Para um outro autor psicanalista, Luiz Carlos Menezes (2001), os estados depressivos são universais e fazem parte do vivido humano; ele aponta várias formas e ocasiões de apresentação do estado depressivo, a saber:

- no sofrimento neurótico, em que os conflitos internos precisam ser metabolizados no plano das representações e pelas trocas simbólicas, inerentes à vida psíquica;
- reações depressivas em resposta a acontecimentos atuais, como a perda de uma situação valorizada;
- reações depressivas crônicas aos processos de luto bloqueados, perdas antigas que podem estar permeando a organização da personalidade;
- perdas precoces que podem marcar profundamente a estruturação psíquica da pessoa.

O mesmo autor (2001) destaca ainda a importância de distinguir a depressividade da depressão como patologia. Entende o conceito de depressividade como próximo ao de posição depressiva descrito por Klein em 1936, e ressalta-o como terreno fértil para a elaboração da experiência, contrapondo-se ao conceito de depressão como patologia, permeada por angústias persecutórias. Afirma, também, que a originalidade da psicanálise em relação ao tema dos estados depressivos consiste na ênfase dada à ambivalência em relação ao objeto perdido, dado que a ambivalência é colocada em relação à constituição narcísica arcaica, primária no tempo das primeiras relações (Freud, 1917/1980), pois as fantasias de amor e ódio estão desde sempre presentes, exercendo força no psiquismo infantil.

A vida psíquica é tecida inevitavelmente sobre perdas; assim, a depressividade constitui-se em condição para a existência do psiquismo. É a partir

de uma certa condição depressiva que se torna possível ao humano elaborar experiências e integrá-las ao vivido.

[...] uma certa depressividade permeia a vida psíquica, sendo mesmo condição para que esta adquira uma espessura subjetiva em que uma atividade de pensamento vetorizada pelo desejo possa se manter em sua insistência. Esta depressividade inerente à vida psíquica é condição, em outras palavras, para que possa haver animações na busca de satisfações tanto na vida sexual e amorosa, como nas realizações em outros planos, buscas que caracterizam e dão sentido para a vida humana. (MENEZES, 2001, p. 260)

O desejo seria o motor, representando o eterno movimento do psíquico para dar conta da depressividade; e, quando o desejo falha, não pode continuar desejando, tentando encontrar substitutivos para os objetos primordiais, a depressão pode advir.

Ainda para Menezes:

[...] A vida psíquica só pode ser concebida sob fundo de perda, seja de um objeto (lesado) ao qual se procura reparar e preservar, seja de um resto de fruição, de um a menos de satisfação pulsional a que nos condena a dimensão simbólica inerente ao psíquico no homem. Trata-se de algo a que Freud chamou de recalque primário e que não nos permite “ir para trás” impelidos pela aspiração fundamental à satisfação plena, obtida sem as mediações restritivas do ordenamento simbólico. Temos, ao contrário, que “ir em frente” buscando e construindo objetos e objetivos substitutivos que possam trazer satisfações e prazer, em um movimento impulsionado pelo desejo, movimento inesgotável por se situar no terreno da “negociação” simbólica com o pulsional. (MENEZES, 2001, p. 260)

Freud definiu a depressão como a reação à perda de objeto. No anexo C do apêndice a “Inibição, sintoma e angústia”, de 1926, o fato de que a superação do luto seja penosa é atribuído à “insaciável carga de anseio” que aquele que sofre concentra na pessoa morta. Anseio é uma meta que não se atinge, é um desejo de algo que nunca se alcança. Desejo seria, para Freud, a evocação da “experiência de satisfação”; definir-se-ia como movimento, processo, tendência para – que caminha do pólo do desprazer para o pólo do prazer. Para ser o objeto de desejo do outro, e

dessa forma obter amor, reconhecimento e aprovação do outro, o bebê termina desejando o que o outro deseja (BLEICHMAR, H., 1983).

Podemos entender, então, que a depressão é a reação à perda do objeto libidinal, e essa perda será a condição de emergência de um estado no qual o desejo se representa como irrealizável.

Para Hugo Bleichmar:

[...] Esta representação de um desejo como irrealizável, desejo ao qual se está intensamente fixado, constitui, pois, o conteúdo do pensamento depressivo, mais além das formas particulares que tenha. A tristeza é a manifestação dolorosa ante esse pensamento; a inibição, a renúncia diante do caráter de realização impossível que o sujeito atribui ao desejo; o pranto, (...) além de expressão de dor, é a tentativa regressiva de obter o desejado, por meio da técnica que na infância revelou ser efetiva, a auto-acusação, é a resposta agressiva, que se volta contra si mesmo, pela frustração de desejo. (BLEICHMAR, H., 1983, p. 30)

No decorrer dos estudos sobre o tema da depressão, o conceito de narcisismo despertou-nos uma atenção especial, na medida em que nos pareceu um norteador para pensarmos, mais especificamente, sobre a questão da depressão.

O mito de Narciso, que se apaixona pela beleza de sua própria imagem, é o modelo a partir do qual Freud (1914/1980) desenvolve o conceito de narcisismo: a pessoa tomar-se a si mesma, ao seu próprio corpo, como objeto de amor. Pensamos então, acompanhando Freud, que a perda de um objeto libidinal poderia dar origem à depressão, embora esse objeto tivesse a característica de ser um *ideal* para o sujeito que sofre a perda. O sujeito que não pode amar a si mesmo deixou de ser seu próprio ideal, ou, dito de outra forma, perdeu o amor de seu superego. Porém, para que isso seja possível, é necessário que essa pessoa tenha construído

tais atributos como ideais de perfeição, tomando a si própria como objeto de amor, o que equivale à eleição narcísica de objeto para Freud.

Hugo Bleichmar (1983, p. 33) ressalta que “(...) em Freud a eleição narcísica de objeto abarca tanto a eleição que se realizou à imagem e semelhança do ego, como a que se realizou para elevar a auto-estima, a vivência de perfeição, de plenitude, de onipotência”. No narcisismo infantil, Freud destaca a vivência prazerosa da criança de sentir-se especial, bela, inteligente, em suma, perfeita aos olhos de seus pais. Portanto, há uma hiperestima, uma idealização, que é própria do amor do narcisismo. A depressão pode ser causada por uma queda da hiperestima narcísica, seja pela perda do objeto eleito de maneira narcísica, seja por parte do ego investida de maneira semelhante. Com os cuidados maternos e a troca libidinal por eles ocasionada, os pais (ou personagens significativos) vão imprimindo na criança a representação valorativa de si mesma. Dessa maneira, há uma transmissão do narcisismo dos pais para a construção do narcisismo dos filhos. O narcisismo é passado pelo encontro com o outro, e essa operação é não apenas desejada como necessária para a constituição psíquica do pequeno ser. Podemos entender que a hiperestima, que pode surgir por identificação com figuras que se hiperestimam, não é desejada.

Segundo Hugo Bleichmar:

O ego se constitui e se mantém basicamente pela identificação com a imagem do outro. “Do” tem duplo sentido, primeiro quer dizer à imagem que o outro tem de si e que o sujeito que se identifica com esse outro aceita como tal. Neste caso, o ego se constrói por identificação com o ego-representação do outro. Porém, por outro lado, “do” também tem o sentido de que o ego de um sujeito se constitui sobre a base da imagem que o outro tem desse sujeito, ao qual identifica como sendo tal coisa. O outro nos vê de determinada maneira e nós nos identificamos com essa imagem. (BLEICHMAR, H., 1983, p. 42)

Bleichmar alerta que a identidade vai se construindo por meio de uma complexa dialética de dupla aceção da identificação com a imagem do outro. O ego ideal teria como seus representantes a perfeição e a onipotência; isso implica necessariamente uma categoria oposta, o negativo do ego ideal, representado então por imperfeição e impotência. Assim, a imagem de perfeição e a de imperfeição se pressupõem reciprocamente.

Entendemos, pois, que a depressão vivida por personalidades caracteristicamente narcísicas decorre dessa identificação com um ego ideal que sofre em função de algum fato específico da vida, um colapso, uma ruptura dessa imagem idealizada de si mesmo.

Outros autores, como Regina Landim (2004) e Ruy Rosolato (1984), coincidem com Bleichmar no entendimento da depressão em sua porção narcísica.

Landim (2004) descreve o sujeito depressivo como aquele que sempre se acha, supostamente, “mal na foto”. Haveria uma boa imagem, uma boa maneira de ser, de se apresentar, de ter; mas o depressivo sente-se excluído desse grupo. Para a autora, os pais dos sujeitos deprimidos não conseguem ajudar seus filhos a transformar o ego ideal em ideal de ego, e isso poderá fazer com que os filhos dependam de investimento constante para se confirmarem como si mesmos, o que pode ser, eventualmente, substituído por uma referência fixa que “cola” e estabiliza a imagem. Dessa forma, para a autora, há sujeitos que dependem de uma imagem fixa e ideal para se reconhecerem. Essa imagem é inalcançável, justamente porque é ideal, e encontraremos sujeitos que sofrem por se sentirem impotentes e incapazes de realizá-la: esses sujeitos serão os deprimidos. Um sujeito deprimido poderá haver-se com seu estado de modo a encontrar uma referência fixa à qual

consiga aderir, algo que lhe dê a ilusão de perfazer o ego ideal. São ilusões efêmeras, mostrando a impossibilidade do deprimido de realizar, de uma vez por todas, a imagem ideal. Essa ilusão descrita por Landim equivale ao que Bleichmar (1983) descreve como uma ruptura ou um colapso da imagem narcísica, decorrente de algum fato da vida.

Rosolato (1984) também reforça, na depressão, a falha no nível dos ideais: uma relação de objeto idealmente concebida foi rompida. Em decorrência disso, toda decadência física, as marcas da idade, a velhice, uma eventual doença grave etc. alteram a imagem narcísica de um corpo sem fraquezas, e, ao mesmo tempo, persiste uma exigência no pedido inflexível ditado pelo ego ideal narcisista.

5.2. Baby-blues

Faz-se necessário diferenciar a depressão pós-parto propriamente dita e o estado de depressão que a maioria das mulheres sofrem, chamado de baby-blues.

Baby-blues é a melancolia que vem por meio do bebê. É um estado depressivo benigno, transitório, e aparece na maioria das mulheres que acabaram de ter um parto. Surge por volta do terceiro dia após o parto e dura alguns dias. Pode manifestar-se como uma leve depressão, ou até em lágrimas que duram o dia inteiro; relaciona-se à percepção da mãe de que o bebê é um outro, e que começa ocupar seu lugar específico (SZEJER e STEWART, 1997).

Ainda de acordo com Szejer e Stewart:

[...] o perfil psicológico do baby-blues é diferente da depressão clássica. É um estado de fragilidade e de hiperemotividade em que a mulher explode em lágrimas, chora meia hora e logo depois, nem pensa mais nisso, apresenta um humor próximo do normal, e volta a chorar algumas horas mais tarde por um pequeno detalhe sem importância. Os sintomas de choro, tristeza são intermitentes e em geral acompanhados de uma falta de confiança em si, de um sentimento de incapacidade. A primípara tem a impressão que jamais poderá assumir o seu papel de mãe. A que já tem filhos e que sabe que pode ser mãe, pensa que com mais um, ela não vai conseguir. (SZEJER e STEWART, 1997, p. 298)

5.3. Contribuições da psicanálise a respeito da depressão puerperal

Alguns autores sugerem que o nascimento de um filho está relacionado a complexas transformações na identidade feminina (SOIFER, 1980; MALDONADO, 2002). Corroborando essa concepção, Stern (1997) postulou que, diante da chegada do bebê, a nova mãe necessita reelaborar esquemas a respeito de si mesma, os quais englobam todos os aspectos do seu ser. De acordo com o autor, a reavaliação de sua identidade sob essa óptica pode ser acompanhada de um sentimento de perda subjacente ao sentimento de ganhos com a maternidade, o qual pode estar relacionado à presença de sintomas depressivos (SCHWENGBER e PICCININI, 2005).

Bibring (1983, apud MARQUES, 2003) caracterizou a depressão como um estado particular do *eu*: o sentimento de impotência. É esse o afeto que, na sua opinião, está na base da vivência depressiva, e que, ao ser vivido na relação com o bebê, impede a mãe de investi-lo e de reconhecer e interpretar as suas necessidades enquanto um ser completamente dependente.

A mãe deprimida aparece freqüentemente não como alguém que abandona, mas como psiquicamente ausente, sem disponibilidade afetiva para seu filho. Green (1988) descreve a mãe deprimida como alguém que, apesar de manter-se viva, está psiquicamente morta para seu filho, não podendo lhe oferecer nem carinho, nem cuidado. Sua figura mostra-se distante, desbotada, praticamente inanimada para o filho. Este vai desenvolvendo o que Green chama de “*complexo da mãe morta*”, e os sintomas apresentados serão pertinentes ao narcisismo, evidenciando-se fortes sentimentos de impotência, inclusive para amar.

Como podemos entender o desencontro entre uma mãe e seu bebê quando ela se deprime no período pós-parto?

Se a depressão pode ser compreendida como uma perda do objeto libidinal, faria sentido falarmos de depressão após a mãe “ganhar” o bebê?

Parece fazer sentido o conceito de *depressão narcisista*, proposto por Hugo Bleichmar (1983), em que o sujeito sofre uma perda de um objeto libidinal com *status* de ideal. Da mesma maneira, é lícito supor que a mãe que se deprime no pós-parto poderia ter elegido sua própria imagem grávida, completa, com um bebê na barriga, fruto das suas antigas vivências infantis, como um ideal, e vivenciado sua gravidez como representante personificado desse ideal; ao dar à luz ao filho, no entanto, ela perde essa imagem idealizada, e há muito cultivada. O nascimento do filho pode, então, ser entendido como a vivência daquilo que Bleichmar intitula de negativo do ideal do ego, em que é possível presumir a intensidade do sofrimento que a mulher experimentaria num pólo (na gravidez, seria perfeita e completa) e em outro (após o parto, seria imperfeita e incompleta).

O parto pode ser entendido, a partir desse referencial, como um momento divisor de águas – talvez o momento mesmo do *colapso narcísico*. Tudo aquilo em que a mulher acreditava – a sensação de ser completa, inteira, perfeita na sua vivência durante a gestação –, a partir do nascimento do bebê, esse engodo cai por terra. Ela vivencia, de uma maneira radical, a desconstrução de seu ideal, reagindo, dessa forma, com uma depressão advinda da perda do objeto libidinal idealizado, seu próprio eu. Sua imagem possuiria um extremo valor, quando grávida, perdendo-se tal valor na medida em que desaparece aquilo que ela hiperestimava – sua imagem completa idealizada, vivida durante a gravidez.

De acordo com Boukobza (2002), não há ligação entre a depressão pré-parto na gestação e a depressão pós-parto, pois o que é insuportável para essas mulheres é a presença do filho real, a presença de um pedaço de corpo que elas têm que fazer viver.

No final da gravidez e nas semanas seguintes ao parto, a mulher encontra-se em um estado especial que Winnicott (1956/2000) definiu como preocupação materna primária: ela regride a estágios iniciais de seu próprio desenvolvimento a fim de identificar-se com o bebê, para poder suprir suas necessidades mais específicas. Faz uma dupla identificação, com o bebê e também com sua própria mãe, devendo apoiar-se nessa imagem para poder se reconhecer a si própria como mãe.

Para Andréa Gabriela Ferrari Gianlupi:

Quando uma gravidez e o nascimento de um filho acontecem há uma atualização e uma reedição da experiência constitutiva infantil. De alguma forma, a experiência constitutiva da mulher que se encontra grávida é atualizada e ressignificada em função do corpo que cresce em seu ventre. Assim, revive sua própria constituição subjetiva nessa nova relação que está surgindo. Então, as vivências narcísicas e edípicas são reativadas para que possa acontecer uma mudança subjetiva de posicionamento, de filha para a maternidade, sendo possível acionar o processo de tornar-se mãe. (GIANLUPI, 2003, p. 65)

Quando há a gestação e o nascimento de um filho, há também o renascimento do narcisismo parental. Freud (1914/1980, p. 108) escreve que “o amor dos pais, tão comovedor, e, no fundo, tão infantil, nada mais é, senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetal, inequivocamente revela sua natureza anterior”.

O narcisismo materno servirá de alimento fundamental para que a mãe possa investir libidinalmente seu filho, fundando e constituindo, assim, seu psiquismo. Mas,

se a mãe não pode investir seu próprio narcisismo no filho, não pode “descentrar seu narcisismo fálico” em direção à criança, realizando o que Boukobza (2000) definiu como uma “hemorragia narcísica”, o bebê será sentido como aquele que impõe à mãe uma renúncia radical ao seu próprio espaço psíquico. Na maioria das vezes, essas mulheres têm um narcisismo ao mesmo tempo exacerbado e frágil, não suficientemente sustentado pelo entorno.

Aprendemos com Freud que, para um sujeito poder investir libidinalmente um objeto, é preciso que ele tenha sido originalmente investido por um outro. Em outras palavras, não podemos amar sem termos antes sido amados. A depressão pós-parto poderia, dessa maneira, ser entendida também como uma falha no investimento narcísico no início da vida daquela que, posteriormente, veio a deprimir-se?

Não cabe desvincular a constituição do narcisismo da relação primordial do bebê com a mãe. Parece ser algo cíclico, de modo que a falha na narcisização da mãe pode vir a levar a uma futura falha de narcisização do filho.

Corroborando essa idéia, Atem (2003) entende que o que está em jogo na depressão materna é a história da mulher, sua ligação com as gerações anteriores, bem como questões relativas à feminilidade, à maternidade e à sexualidade.

O nascimento de um bebê traz profundas modificações à vida da mulher. Trata-se de um momento em que se reencontram e se remanejam seus ideais narcísicos e suas identificações, ensejando o deflagrar do caráter conflituoso presente na experiência da maternidade: toda e qualquer experiência de maternidade implica uma vivência de ambigüidade, a qual pode ser experimentada em maior ou menor grau. A reavaliação que a mulher necessita fazer perante a

experiência de maternidade pode vir acompanhada de um sentimento de perda subjacente aos ganhos, o qual, por sua vez, pode vir relacionado ao aparecimento de sintomas depressivos (SOIFER, 1980; MALDONADO, 2002; STERN, 1997; SCHWENGBER et al., 2003).

Tendo em vista que é a partir do contato com o outro que o bebê passa a ter e dar sentido a si mesmo, é possível avaliar o impacto que a depressão materna tem para a construção do vínculo mãe-bebê e para a constituição do psiquismo e, mais especificamente, do narcisismo infantil.

Conforme a experiência de Boukobza (2000, p. 20), a depressão puerperal pode ser recorrente e acontecer a cada novo nascimento, pois os pais situam-se novamente, cada um em sua própria linhagem, revivem ou remanejam sua própria história e suas identificações. Na patologia depressiva que ocorre no pós-parto, a mãe não é capaz de investir seu narcisismo no filho, sente as demandas dele como um “parasitismo vampiresco”. É o prazer que a mãe sente, em geral, no contato corporal com o bebê que a leva a despertar a libido dele; as mães depressivas, porém, estão impedidas de sentir prazer e, conseqüentemente, não conseguem libidinizar seu bebê.

Geralmente, ao investirem libidinalmente seus filhos, as mães recebem, como numa espécie de mecanismo de *feedback*, a libido de volta, incrementada pela porção com que o bebê responde a ela.

Alguns autores, como é o caso de Green (1988) e Atem (2003), discutem o fato de o bebê ter que desenvolver recursos para reanimar a mãe, servir-lhe como um resgate, para reter sua atenção a fim de que ela não desista do contato. Caso o

bebê seja atingido pela depressão materna por um período muito longo, sem que a mãe manifeste melhora significativa, é ele próprio que poderá acabar se deprimindo.

Devemos ressaltar mais um aspecto fundamental para pensar sobre a depressão que acomete as mães no pós-parto e seus efeitos: a questão do olhar. O olhar pode ser uma das vias pelas quais a mãe expressa, ou não, o prazer e a ligação afetiva com seu filho; é capaz de servir como ponto de apoio para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê.

Winnicott (1967/1975), em trabalho intitulado “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil”, aborda a questão do olhar e a possibilidade de que o bebê, ao ser visto por sua mãe, tenha a sensação de ser real. Discute que quando o bebê começa a olhar à sua volta, o que encontra primeiramente é o rosto da mãe. Ao olhar o rosto de sua mãe, o que vê ali refletido é ele mesmo – a imagem de seu próprio rosto. A mãe teria, então, a função de espelho para o bebê nesse momento do desenvolvimento. O bebê se vê no rosto da mãe e ela reflete em seu rosto seu estado de ânimo em relação ao bebê. “Em outros termos, a mãe está olhando para o bebê e aquilo com o que ela se parece se acha relacionado com o que ela vê ali” (1967, p. 154).

Parece ocorrer uma espécie de retroalimentação a partir do olhar materno em direção ao olhar do bebê e ao seu ser como um todo. Há também o contrário: a mãe investe libidinalmente o bebê e, por sua vez, o bebê “alimenta” sua mãe, que novamente o investe bebê; ele acumula o investimento e reage a esse intercâmbio contínuo com o sentido de existir, de ser importante, de sentir prazer e proporcionar prazer, dando início a uma troca significativa com o mundo.

Quando a mãe não consegue responder ao olhar do bebê – não lhe serve de espelho –, o bebê não tem êxito em olhar a si mesmo, e a consequência é uma atrofia de sua capacidade criativa. Com o fracasso materno da função especular, os bebês tendem a procurar no ambiente outros meios de reaver algo de si mesmos – e podem alcançar sucesso, tal como as crianças cegas que procuram usar outros sentidos para se verem refletidas. O olhar não lhes servirá de meio para sentirem-se existindo, pois não está disponível. Mesmo a mãe, cujo rosto é fixo, pode vir a reagir ao contato de um outro modo (WINNICOTT, 1967/1975).

Em fases intermediárias nesses esquemas, alguns bebês se comportam diante do rosto materno de uma maneira a estudar e tentar predizer o humor da mãe; em outros casos, nos quais a previsibilidade é precária, o bebê fica exposto a uma ameaça de caos e não olhará mais para o rosto materno exceto como defesa. “Um bebê tratado assim crescerá sentindo dificuldades em relação a espelhos e sobre o que o espelho tem a oferecer. Se o rosto da mãe não reage, então o espelho constitui algo a ser olhado e não examinado” (WINNICOTT, 1967/1975, p. 155).

Segundo Winnicott (1967/1975), nos casos felizes, a criança investiga seu rosto no espelho e tem tranqüilidade de sentir que a imagem materna se encontra ali: a mãe pode vê-la, está junto dela e a reconhece.

Boukobza (2002), como já mencionamos, contribui para o tema revelando que outro sentido da palavra *baby*, em inglês, se refere à imagem de si próprio na pupila do outro. O trabalho que a referida autora desenvolve na Unidade de Acolhimento Mães-Bebês no Hospital de Saint Denis, na França, tem como eixo fundamental o que ela denomina de “holding do holding ou clínica do holding, ou seja, sustentamos

a mãe para que ela sustente o filho”. No espaço de atendimento, as mães podem ver tanto as atendedoras do serviço (enfermeiras ou puericultoras) como outras mães cuidarem de bebês de forma diferente da que ela própria cuida.

As mães, por meio da identificação com o olhar das outras, põem-se a olhar os seus filhos de forma diferente. E, pouco a pouco, elas começam a ver que também podem ter prazer com seus filhos. As técnicas devem ser inventadas por cada um, com base no que cada um gosta, mas o que as atendedoras usam muito nesse trabalho são jogos, sob todas as suas formas. Jogos realmente no sentido criativo de Winnicott. (BOUKOBZA, 2002, p. 24)

Pensamos que o que está na base da depressão puerperal é o extremo desamparo materno, a própria mãe remetida à sua vivência infantil, a reatualização de seu narcisismo e de suas angústias primitivas em face do apelo e da necessidade que o bebê tem de ser resgatado de seu desamparo e tomado como cria humana, de ser investido libidinalmente pelo outro e incluído (mesmo que tardiamente) no projeto materno. Para que esse caminho possa vir a ser trilhado pela dupla mãe-bebê, será preciso que os dois parceiros possam ser auxiliados, seja por um terceiro elemento da família (o pai, por exemplo), seja por um especialista. Dessa forma, parece-nos ineficaz medicar somente a mãe para que ela saia do quadro de depressão: deve-se ter em vista a complexidade da situação.

5.3.1. Depressão materna na atualidade

Causa-nos impressão constatar que a depressão materna seja tão pouco diagnosticada ultimamente. O efeito disso é alarmante, dado o impacto que ela pode acarretar à mãe e ao bebê, como também ao pai e ao contexto familiar com um todo.

A depressão materna na contemporaneidade não se mostra facilmente: esconde-se, apresenta-se de uma maneira latente, é “mascarada”, insinua-se apenas por meio dos sofrimentos somáticos e da astenia (KREISLER, 1999; GOLSE, 2003). É preocupante e particularmente nociva em virtude do modo pelo qual se manifesta, correndo o risco de se prolongar ao passar despercebida por todos. As mães deprimidas funcionam como se estivessem desconectadas de seus bebês ou emocionalmente ausentes; mas estão presentes do ponto de vista físico e concreto, exercendo mecanicamente suas tarefas com o bebê (GREEN, 1988; GOLSE, 2003; MAZET e STOLERU, 1990; KREISLER, 1999).

A forma característica pela qual a depressão materna se manifesta remete-nos ao conceito de “depressão essencial”, originalmente descrito por P. Marty (1968, apud KREISLER, 1999, p. 55), que se refere à depressão encontrada na origem da desorganização somática, a qual apresenta uma falta de “expressão mentalizada positiva” caracterizada por uma ausência da sintomatologia mental e é encontrada com extrema facilidade nos estados depressivos clássicos, como é o caso de tristeza, dor, abatimento e culpa.

Na depressão essencial, encontra-se fundamentalmente uma significativa diminuição do tônus libidinal, do tônus da pulsão de vida, levando o sujeito a um funcionamento mecânico e desvitalizado, sem nenhum colorido afetivo. Esse tipo de

depressão é considerado uma das principais manifestações clínicas da presença da pulsão de morte (KREISLER, 1999).

A depressão essencial utiliza o pensamento operatório ou a vida operatória a fim de se expressar, tendo como cerne um distúrbio do pré-consciente e um isolamento do inconsciente. “A carga ligada aos afetos e às emoções, mal-veiculada, não elaborada, trancada, é contida fora dos processos da mentalização” (KREISLER, 1999, p. 57).

Sobre uma estrutura mental frágil produziu-se um traumatismo que a atingiu em cheio, fator desencadeante cuja objetividade real ou variável opera em função da personalidade que a recebe. Desde então tudo mudou apesar de uma expressão pouco visível no exterior. A depressão essencial instalou-se e com ela uma modalidade de pensamento operatório. Os automatismos aparecem. O comportamento só continua adaptado na aparência, ela funciona como uma mecânica repetitiva. O apagamento das defesas mentais responde pelo empobrecimento da vida onírica e de fantasia, em suma, por um funcionamento mental de tipo operatório. (KREISLER, 1999, pp. 56-7)

Podemos entender que esse traumatismo na depressão materna se daria com o nascimento do bebê real e a morte do bebê imaginário? Seria vivido pela mãe como um excesso, um transbordamento pulsional impossível de se representar e também de se elaborar, resultando num certo desligamento psíquico, numa pane psíquica? No presente momento, não poderemos avançar nesses questionamentos.

A depressão materna compreendida pela caracterização da depressão essencial toma uma significação de alarme e de forte impacto, uma vez que se apresenta de forma silenciosa, pouco diagnosticada pelos profissionais de saúde e, até mesmo, pouco acessível à mãe e ao seu entorno. A depressão materna infiltrada pela depressão essencial é grave, não só pelo formato que assume ao se esconder, ao não se deixar ver, tal como algo velado, mas por sua essência primeira: o caráter de imprimir morte em vida. Morte do psiquismo de alguém que teria função de cuidar

de um outro e protegê-lo; um outro que espera vida, espera contato libidinizante, mas recebe em troca contatos mecânicos de alguém que está imerso numa desconexão com a vida.

Um aspecto fundamental da depressão materna está vinculado à dinâmica inconsciente da mulher referente à perda do bebê imaginário ao vir à luz o bebê real. Teresa Lartigue (2004) postula que o que está em jogo na depressão materna parece ser a constatação da mulher de que o bebê real não corresponde à representação do bebê imaginário, construída intimamente no inconsciente, somada à perda da fantasia de completude narcísica, de não existir castração, de não haver falta. Unem-se a regressão e a ambivalência afetiva, específicas do momento particular que caracteriza a perinatalidade.

Como se pode diferenciar a depressão materna, a partir da caracterização acima descrita, da depressão pós-parto normal designada pelo termo baby-blues? Mesmo tomando como questão o *continuum* que compreende o baby-blues, a depressão materna e a psicose puerperal?

Contribuindo de forma intensa para o desnudamento e uma melhor compreensão das questões envolvidas na dinâmica inconsciente da depressão materna, Axelrod e Vives (2000) enfatizam que um certo grau de depressão após o nascimento de um bebê é um destino comum a todos os partos, pois, a partir desse momento inaugural, a mulher toma contato com o bebê da realidade, o que lhe traz uma sensação de vazio, vivida em graus variados, com um sentimento de perda de algo que era parte dela mesma e não é mais. Em todas as mulheres, tal perda requer um intenso trabalho de luto e de elaboração em virtude da simultaneidade intrapsíquica da presença do bebê da realidade e da ausência do bebê imaginário.

Dessa forma, a depressão materna configura um quadro singular, por se tratar de um luto decorrente de uma perda de um objeto imaginário, pertencente assim ao mundo interno. A elaboração se dá paralelamente às relações vinculares com o bebê da realidade, o que, de certa maneira, poderia facilitar o processo, uma vez que a “morte do bebê imaginário” sofreria um golpe pelo nascimento do filho da realidade. No entanto, em algumas situações, os pais sabem *quem* perderam no luto do bebê imaginário, mas não sabem *o que* perderam com o desaparecimento do bebê ideal. Provavelmente, a situação remete à perda de ilusões fantasmáticas existentes através do investimento narcísico do bebê ideal (AXELROD e VIVES, 2000).

Neste contexto os progenitores perdem as oportunidades de reparação onipotente de figuras parentais mortas, cuja possível reparação haviam fantasiado no bebê imaginário, ou também a possibilidade de reparar aspectos de sua própria pessoa, de projetos nunca realizados, de sexos nunca tidos e de vidas nunca experimentadas. (AXELROD e VIVES, 2000, p. 127)

Assim, o bebê imaginário transforma-se em depositário maciço do ego ideal materno. Sua perda pode acarretar, nos casos mais leves, uma depressão; em contrapartida, nos casos mais severos, pode haver uma ruptura psicótica com a realidade.

Sabemos que o bebê imaginário é sempre fruto de intensos investimentos narcísicos dos pais; estes, no entanto, devem poder transitar emocionalmente do investimento narcísico próprio do bebê imaginário à gradativa libidinização do filho real, ou, no termo de Silvia Bleichmar (1994), fazer “transvasar” o narcisismo dos pais ao filho.

A impossibilidade materna de realizar o “transvasamento narcísico” ao bebê, ocasionada por uma certa “erupção” exacerbada de seu próprio narcisismo (em

decorrência do processo de regressão iniciado na gestação), a leva a fixar-se em seu narcisismo, tornando-a incapaz de flexibilizá-lo e colocá-lo a favor do bebê da realidade, a fim de constituir seu psiquismo.

A constituição do sujeito pode ficar seriamente impedida por efeito de um narcisismo parental insuficientemente elaborado, que volta à cena e vem à tona no período perinatal. Dessa maneira, Axelrod e Vives (2000) alertam para o caráter decisivo da elaboração do luto parental pelo bebê imaginário na caracterização do bebê real, erguendo os alicerces fundamentais para que o bebê venha a ser uma pessoa de fato.

Finalmente, a depressão materna – que pode desencadear-se por uma perda “real”, resultado de algum evento externo à mãe e facilmente identificável, ou pelo próprio fato de tornar-se mãe – expõe seu narcisismo não suficientemente elaborado, presentificado no bebê imaginário, tomado como ego ideal; a mãe resvala no engodo em que seu psiquismo está encerrado pelo nascimento do filho “de carne e osso”, e precisa “fazê-lo viver”. Com o nascimento do filho da realidade, há uma abrupta ruptura narcísica na mulher, dada pela falência radical do funcionamento narcísico do ego ideal.

As ilusões fantasmáticas paternas depositadas no bebê ideal caem por terra, exigindo do sujeito uma flexibilização das exigências de perfeição através do rearranjo do passado feito de uma forma mágica. A possível construção de um ideal de ego torna-se premente e necessária àquela que se deprimiu: em contato verdadeiro com seu filho real, ela pode, quem sabe, começar a partir dele a perceber que ele próprio não é perfeito e nem por isso não é coisa alguma.

6. Justificativas

Ao descrever o universo dos bebês com suas competências, sinais de risco psicopatológico, janelas clínicas, entre outros, percebemos a importância do papel do pediatra como aquele capaz de, a partir de uma escuta atenta, poder detectar sinais de risco. Também percebemos a importância do olhar materno, e os efeitos de uma falha desse olhar para o desenvolvimento do bebê.

Considerando esses aspectos, é de suma importância localizar o pediatra na condição de pessoa mais próxima da dupla mãe-bebê e, assim, mais capaz, num primeiro momento, de recebê-los e detectar precocemente sinais psicopatológicos no bebê, de desencontros na díade ou de estados preocupantes na mãe.

Gostaríamos de saber se os pediatras se sentem instrumentalizados para desempenhar essa tarefa, como fazem suas avaliações em seu exercício clínico e como ajudá-lo de maneira eficaz nesse percurso.

7. Objetivos

Objetivo geral

Investigar e compreender como a pediatria se aproxima da questão da depressão puerperal, que elementos orientam a escuta dos pediatras e como eles entendem seus efeitos sobre o desenvolvimento do bebê.

Objetivos específicos

Realizar, a partir do vértice psicanalítico, um estudo teórico associado a uma reflexão teórica a respeito da depressão materna e seus efeitos sobre o desenvolvimento do bebê.

Verificar se os pediatras são capazes de diagnosticar a depressão puerperal.

Observar se a formação pediátrica oferece subsídios para que o médico se aproxime das questões referentes ao mundo psíquico.

Investigar e compreender a atenção que esses profissionais dirigem aos aspectos da relação entre mãe e filho e sua importância no desenvolvimento do bebê.

Apontar de que forma a psicologia pode fornecer subsídios à compreensão das questões referentes à depressão materna.

8. Método

Esta pesquisa serviu-se da psicanálise como o balizador teórico para analisar os fenômenos observados. A psicanálise, desde sua origem, apresentou-se como uma terapia e um método de investigação da psique humana. Freud, seu fundador, trabalhou concomitantemente na clínica e na sistematização de seu pensamento acerca dos fenômenos psíquicos que observava. Dessa forma, a marca do método psicanalítico sempre foi um diálogo contínuo entre a teoria e a clínica (SAFRA, 1993). A teoria e a clínica constituem duas faces da mesma moeda: uma nasceu para informar a outra.

A teoria não é um acessório da clínica. Pode-se ver aí uma espécie de retroalimentação, em que a teoria fornece subsídios à prática clínica, e os elementos surgidos na clínica pedem, conseqüentemente, a formulação de novos conceitos teóricos.

Segundo Garcia-Roza:

[...] enquanto prática clínica, o que a psicanálise explora é exatamente essa potência significante. Quer dizer, o que a psicanálise explora na prática clínica é essa possibilidade do significante dar lugar a múltiplos sentidos. E é essa potência significante de gerar múltiplos sentidos, que constitui, a meu ver, a própria potência da clínica psicanalítica. [...]

Mas a psicanálise se constitui também como uma teoria, teoria essa que informa essa prática. E dizer que a teoria informa a prática significa dizer que ela não é um mero enfeite complementar dessa prática, mas que ela constitui essa prática enquanto prática. Sem a teoria, a psicanálise fica reduzida a um empirismo cego. (GARCIA-ROZA, 1994, p.17)

A psicanálise pressupõe um modelo de pesquisa, em que o que está em jogo são dois sujeitos, e não mais sujeito e objeto, como era comum na ciência positivista. Além disso, os sujeitos são considerados a partir daquilo que parece ser mais intrínseco da vida psíquica de cada um deles, o que não é dado a ver de uma

maneira clara ou óbvia. Dessa forma, o objeto da psicanálise é o inconsciente, e o método psicanalítico revela-se, por um lado, pela associação livre do sujeito – falar sem restrições ou críticas, “tudo o que vier a cabeça” – e, por outro lado, pela atenção flutuante por parte do analista, sem privilegiar material algum *a priori*.

A experiência psicanalítica visa a uma abertura do campo como uma possibilidade para que o inconsciente se expresse. O inconsciente se expressará não só através da abertura do campo, propiciada pela associação livre e pela atenção flutuante, como também “imantado” pela transferência – modelos de comportamentos infantis que se repetem constantemente na relação com o analista. A especificidade do método psicanalítico configura-se pela transferência, e é a partir da análise da transferência que se torna possível capturar, mesmo que de uma maneira fugaz, um sentido novo acerca da psique humana. Assim, o método psicanalítico revela-se inovador, ao contar com a transferência e com a contratransferência – conteúdos sentidos pelo analista, relativos, especificamente, ao encontro com uma dada pessoa –; possibilita a emergência do novo.

O método psicanalítico pode ser utilizado não só em consultório, com enquadre clássico (várias vezes por semana, com uso do divã, entre outros); se devidamente empregada, a psicanálise pode auxiliar na compreensão e, como dito, na emergência de sentidos novos na experiência humana como um todo. Na pesquisa acadêmica na universidade, devemos ter clareza de que não faremos análise na universidade, mas usaremos o método com seus instrumentos a fim de compreender e levantar significados sobre a investigação a que nos propusemos.

De acordo com Hermann:

A pesquisa psicanalítica não é terapia psicanalítica feita na universidade. A pesquisa é psicanálise, ou seja, é alguma coisa que se dá dentro dos quadros da psicanálise, dentro do referencial e sobretudo dentro do método psicanalítico. Mas não é análise, terapia. (HERMANN, 1991, p. 39)

9. Sujeitos

Tendo em vista os objetivos iniciais explicitados, foram entrevistados doze pediatras que trabalham atualmente (seja em clínica particular, na rede pública ou em instituições ligadas a convênios médicos) e que possuem, no mínimo, cinco anos de experiência.

As entrevistas foram realizadas com pediatras que se formaram desde há 11 até há 35 anos, em diferentes escolas. Alguns têm experiência constante em consultório particular; um não atua mais em consultório, mas atuou durante cerca de sete anos, e, nesse momento, trabalha numa universidade pública como preceptor de residentes em pediatria, bem como no atendimento em uma unidade básica de saúde; outro trabalhou no berçário de uma maternidade em São Paulo e, atualmente, trabalha no ambulatório de um convênio médico, que atende várias especialidades, e também num um pronto-socorro.

A amostra é composta de cinco profissionais que atendem preponderantemente convênio médico, sendo que, nesse grupo, um também trabalha numa unidade básica de saúde, e outro está ligado a uma universidade. Nesse mesmo grupo, há dois profissionais que são homeopatas.

Outros cinco pediatras atendem em consultório particular e, atualmente, não trabalham com convênio. Dois estão ligados a um hospital na cidade de São Paulo, um dos quais atende também numa unidade básica de saúde na região norte da cidade. Um desses cinco profissionais trabalha especificamente com aleitamento; outro possui dois consultórios em bairros distintos de São Paulo e está vinculado a

uma universidade, sendo o único homeopata nesse grupo. Outro profissional desse grupo atende em consultório particular há cinco anos, e também trabalha numa universidade pública, na preceptoria de residentes, e numa unidade básica de saúde.

Os entrevistados trabalham em regiões diferentes da cidade de São Paulo, e, em alguns casos, fora do município. Atendem pessoas de variados níveis socioeconômicos, seja em seus consultórios particulares, seja em unidades básicas de saúde ou, no caso único supracitado, no ambulatório de um convênio médico.

Fizeram sua formação em diferentes universidades de São Paulo, e alguns fora da capital, como em São Bernardo do Campo, Santos e Ribeirão Preto.

A amostra é composta de três homens e nove mulheres. A fim de preservar suas identidades, optamos por referi-los apenas por meio de prenomes fictícios.

10. Instrumentos

Aplicamos uma modalidade de entrevista psicológica, a saber: a entrevista semi-dirigida segundo Bleger.

De acordo com Bleger (1985, p. 10), a entrevista psicológica semi-dirigida possibilita uma investigação profunda da personalidade do entrevistado e caracteriza-se por uma certa flexibilidade por parte do entrevistador, visando permitir que o entrevistado configure o campo da entrevista:

[...] devemos desde já sublinhar que a liberdade do entrevistador, no caso da entrevista aberta, reside numa flexibilidade suficiente para permitir, na medida do possível, que o entrevistado configure o campo da entrevista segundo sua estrutura particular, ou dito de outra maneira, que o campo da entrevista se configure, o máximo possível, pelas variáveis que dependem da personalidade do entrevistado. (BLEGER, 1985, p. 10)

Bleger (1985, p.13) salienta que a regra básica da entrevista não é obter dados completos da vida total da pessoa, mas dados completos de seu comportamento total no decorrer da entrevista. De acordo com o autor: “este comportamento total inclui o que recolheremos aplicando nossa função de escutar, porém também nossa função de vivenciar e observar, de tal maneira que ficam incluídas as três áreas do comportamento do entrevistado”.

As entrevistas abertas com os pediatras, visando alcançar os objetivos pretendidos, foram realizadas sem roteiro pré-estabelecido, mas com atenção a alguns pontos relevantes que o entrevistador procurou contemplar ao longo do encontro. A forma de abordagem desses pontos dependeu muito da dinâmica entrevistador-entrevistado. O campo da entrevista, configurado pela personalidade

do entrevistado, possibilitou ao entrevistador apenas alguns assinalamentos, referentes a lacunas percebidas nos temas de interesse da pesquisa.

11. Procedimentos

Encontro com os pediatras

Realizamos entrevistas com pediatras, a fim de fazer uma caracterização da depressão puerperal pela ótica da clínica dos profissionais entrevistados, de modo a compreender de que elementos clínicos e observacionais os pediatras se valem para diagnosticar uma depressão puerperal e que observações fazem do contato das mães com seus bebês. Os profissionais foram escolhidos pela pesquisadora, eventualmente mediante indicação de terceiros. O roteiro da entrevista realizada está no anexo 1, e a autorização de cessão de direito de uso, no anexo 2.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para auxiliar na efetiva análise do material. Com referência ao local da realização das entrevistas, cada pediatra teve a possibilidade de optar por ser entrevistado em seu consultório ou em qualquer outro lugar de sua preferência.

Depois, o material foi submetido a análise, tendo como referencial o método psicanalítico, buscando compreender quando e por que os pediatras se preocupam com a dupla mãe-bebê, na situação em que a mãe se deprime no pós-parto.

12. Reflexões sobre os encontros com os pediatras

Apresentam-se a seguir reflexões sobre os pontos considerados mais relevantes na fala dos profissionais entrevistados durante a pesquisa. Procede-se à análise de cada uma das entrevistas, levando em conta não apenas dados objetivos como, também, a forma como se deram os encontros. Ao final das análises, em um momento posterior discutiremos as principais questões levantadas e confrontaremos com os aspectos teóricos discutidos anteriormente.

Sofia – um encontro de parceria

Sofia é médica pediatra há mais de vinte anos. Atuou em consultório particular durante alguns anos; atualmente, trabalha em uma universidade, no ensino e no atendimento de pacientes. Estima que, de todas as mães que atende, 5% apresentem depressão pós-parto. Alerta para uma preocupação de tratar, também, o sofrimento decorrente do estado conhecido como baby-blues, não pelas repercussões que ele desencadeia a longo prazo – as quais não são tão preocupantes –, mas pela intensa angústia que pode acarretar à mãe, fazendo-a sentir-se muitas vezes desamparada e despreparada para enfrentar sentimentos difíceis com os quais não contava, dado que a maternidade é extremamente idealizada em nossa cultura e não faculta à mãe, de uma maneira geral, admitir a presença de afetos ambíguos em relação à gravidez e ao nascimento de um filho.

Sofia se posiciona veementemente na discussão da depressão materna. Indica um paradoxo importante: acredita que é o pediatra o responsável pelo diagnóstico da depressão materna, mas lembra que o tema, em nenhum momento, fez parte de sua formação em medicina ou da residência em pediatria. Enfatiza: “a gente acaba descobrindo a depressão pós-parto numa necessidade absoluta”. Para ela, que, se o pediatra não estiver focado e aberto às filigranas da relação mãe-bebê, essas questões facilmente passam despercebidas.

Atualmente, Sofia não diagnostica a depressão materna com base apenas na constatação de um estado de tristeza ou choro, pois leva em conta a possibilidade de a mãe estar mais sensível nesse período, de estar passando por um baby-blues. Diferencia os dois estados pela intensidade em que se apresentam e pela avaliação da auto-estima da mãe: geralmente, na depressão, esse fator aparece mais

rebaixado do que no outro estado. A pediatra observa, também, a higiene da mãe – em alguns casos, diz, as mães chegam sujas e até relatam que não tomam banho há alguns dias.

A depressão materna pode manifestar-se de formas diferentes. Sofia se preocupa mais com um tipo de depressão, que não é facilmente diagnosticado: “a gente tem uma linha muito tênue, que às vezes é difícil diferenciar; não aquelas mães que têm uma depressão psíquica, que ficam mal, não querem sair – essas ficam mais fáceis; mas aquele quadro mais ansioso, que é mais preocupante, não pela gravidade, mas porque a gente quase não detecta, porque ela faz tudo direito. Ela está perfeita, é difícil”.

Pensamos que a dificuldade com esses casos passa pela questão de que o profissional não encontra “brechas” por onde entrar. Sofia esclarece esse ponto a partir da compreensão apurada que tem sobre a importância da relação mãe-bebê: “fica uma angústia muito grande, porque o bebê sofre com a falta de relação, porque fica uma relação de tarefa, de troca, bebê arrumado, mas ele sofre e vem para nós como uma demanda de doença da criança. E aí é angustiante para o pediatra, porque a demanda da mãe não é um problema com ela, é uma demanda da relação com o bebê. Você fica numa situação muito difícil”.

Orienta sua escuta através dos sinais que a mãe traz e dos que o bebê indica, como também com o olhar atento à relação mãe-bebê, como foi exemplificado na fala acima. Preocupa-se com um bebê que parece distante (seu olhar não se encontra com o de sua mãe), apresenta choro intenso, alterações repentinas de pele, refluxo gastroesofágico, cólicas após os três primeiros meses, alterações de sono (dorme muito pouco ou em excesso), ou não ganha peso (o que pode ter

outras causas). Considera que nenhum desses sinais define, isoladamente, o quadro, a não ser o olhar muito distante, que a preocupa bastante.

Diferencia a depressão materna e o baby-blues a partir da intensidade e da duração dos quadros. Os sintomas no primeiro estado costumam ser mais intensos, e também durar mais. Caso não haja uma alteração das manifestações após algum tempo de acompanhamento, identifica um forte indício de patologia.

A partir de sua compreensão sobre o aspecto fundamental do início da vida humana para todo o resto, da qualidade da relação do bebê com sua mãe, Sofia entende a necessidade de oferecer às mães uma maior rede de proteção, de que isso venha a ser uma prioridade de política pública, com o intuito de minorar os danos acarretados nesse período susceptível da vida da mulher e da mãe. A esse respeito, acrescenta uma afirmativa, com qual concordamos: “se a mãe nesse momento é o ego auxiliar do bebê, o pediatra, tem que ser o ego auxiliar da mãe”.

Sofia levanta uma questão instigante: para ela, o âmago da atuação médica está intrincado à vida pessoal inconsciente do médico. E o fenômeno de negação diante de quadros tais como o de depressão puerperal seria uma espécie de defesa contra alguma questão a que o próprio médico não teve acesso, e não unicamente uma lacuna na formação pediátrica.

Mostrou-se extremamente sensível à compreensão da relação mãe-bebê, e conta com um olhar apurado, traduzido na aceitação e no acolhimento do mundo psíquico e no respeito pelas dificuldades maternas.

No decorrer da entrevista, ficou claro o tom de parceria estabelecido entre a pesquisadora e a entrevistada, o que possibilitou um encontro rico e prazeroso. No

final, houve um agradecimento mútuo – em função, supomos, de ter havido um profícuo intercâmbio entre áreas de interesse tão estreitamente vinculadas, o que foi verbalizado pela profissional no momento da despedida.

Num contexto mais geral, essa profissional se destaca por sua ampla compreensão psicanalítica dos fenômenos humanos. Como outros profissionais entrevistados, ela ressalta o quanto a psicanálise contribui para um olhar mais abrangente do mundo psíquico e suas ressonâncias sobre as relações humanas.

Renata – foi possível um encontro?

A pediatra Renata se formou em medicina há mais de vinte anos. Trabalha numa universidade e em consultório particular, no qual atende pacientes predominantemente oriundos de convênios médicos. Segundo seu relato, nunca recebeu nenhuma mãe que houvesse desenvolvido depressão materna ou mesmo que se referisse a qualquer estado de fragilidade ou sensibilidade materna depois do nascimento de um filho.

Pelo contrário, disse que todas as mães de seus pacientes são tranquilas, amamentam normalmente e cuidam bem de seus filhos. Falou sobre a questão da inexperiência das mães com o primeiro filho, mas em nenhum momento mencionou uma mãe mais triste, mais apática, desanimada, cansada, mais desconectada da relação com o bebê ou mesmo mais agitada. A entrevista nos causou a impressão de que a profissional compreende as mães como se tivessem um padrão único: são calmas, amamentam bem, vão arrumadas ao seu consultório, seus bebês estão sempre limpos. Essa parece ser a única forma possível, para Renata, de contato

com as mães que atende. Indagamos sobre algum indício de falta de cuidado, até mesmo na mãe, como é o caso da falta de higiene. Ela acredita que essas questões de falta de higiene só podem ser encontradas numa população com perfil socioeconômico baixo, com a qual não trabalha. E que, se alguma das mães que atende deixou alguma vez de tomar banho, não lhe contaria.

Salientou a dificuldade que as mães encontram para lidar com a indisciplina dos filhos. E é bastante rigorosa nesse quesito: diz à mãe quando ela está cometendo um erro, e que ela não pode deixar a criança fazer o que deseja. Essa questão da disciplina parece ser fundamental em sua clínica. Ao longo da entrevista, insistiu em nos apresentar seu ponto de vista, o que nos faz pensar que este ângulo pode ser um dos vértices privilegiados por essa profissional ao relacionar-se com seus pacientes: o que se pode e o que não se pode fazer, e como ver a relação mãe-filho. A respeito disso, Renata convida-nos a perguntar às suas secretárias o que vêem na sala de espera. Diz que as secretárias comentam que seus pacientes são os mais “comportados”; seu relato parece privilegiar o bom comportamento.

Surpreendeu-nos a forma pela qual se refere a seus pacientes. Mesmo ao ser questionada a respeito de um assunto que envolve o bebê recém-nascido, ela cita e dá exemplos de crianças mais velhas. A impressão que tivemos é que ela não dispõe de instrumentos para uma escuta e um olhar atentos à existência de uma intensa vida afetiva na dupla mãe-bebê. Refugia-se em questões de contornos mais nítidos, tais como a disciplina, o “padrão” de comportamento das mães que atende e até a atribuição da possível falta de higiene a uma população bem diferente da nossa. Isso evidencia talvez a ausência de um espaço de continência onde as mães pudessem expor suas fragilidades, e até mesmo confidenciar que não tomaram banho, tamanhos eram o desespero e o desânimo que sentiam.

A entrevista pareceu-nos tensa em função do difícil acesso a essa profissional, que parece se valer de medidas disciplinares para conter aspectos conflituosos advindos das relações. Ao tomarmos contato com essa carência de compreensão e de continência das dificuldades maternas, fizemos uma breve menção sobre as diferentes formas que a depressão puerperal pode tomar, como é o caso da forma mais agitada. Renata nos contou então um exemplo no qual pareceu entrar, ainda que minimamente, em contato com alguma espécie de incômodo: “tenho medo dessa mãe, ela chega já rindo alto, fazendo a maior bagunça na sala de espera... As mães que estão junto reclamam comigo, não querem ficar junto com ela”.

Percebemos que, no decorrer da entrevista, sua postura sofreu uma considerável alteração: não nos parecia mais completamente impermeável a determinados conteúdos, como ocorreu no caso acima relatado, e ainda, quase ao término da entrevista, verbalizou que, caso a pesquisadora estivesse com ela durante as consultas, seriam provavelmente detectados casos de depressão materna no período puerperal. Isso nos levou a inferir que algumas carências na compreensão de certas questões, que escapam ao pediatra por inúmeras razões, ou até mesmo a deficiência na continência de determinadas questões podem ser transformadas com pequenas intervenções.

Como já dissemos, a entrevista, especialmente no início, ficou marcada por uma tensão, uma certa dificuldade em fazer contato com a profissional. Surpreendemo-nos muito quando, no momento da transcrição da fita contendo a entrevista, verificamos que a gravação não se efetudara. Retomamos parte do encontro na memória, e resolvemos utilizá-lo por conter um material precioso para nossa discussão, e também pelo valor e possível sentido que acreditamos ter nosso

lapso de não haver gravado a entrevista. Ao entender esse lapso como portador de sentido, pensamos ser ele uma resposta contratransferencial da entrevistadora ante a dificuldade que sentiu em acessar a pediatra, a qual se faz ver, por um saber que contém uma certa dose de ordem a ser seguida, aparentemente insensível aos pormenores valiosos do encontro e da relação mãe-filho. Ao longo da entrevista, sentimos as possíveis contribuições geradas pelo encontro; e, ao final, ficou uma impressão de que, de alguma forma, a entrevistada estava “esticando” a interação: continuava a falar, fazendo-nos ficar mais tempo com ela.

Pareceu-nos instigante verificar tal modificação: a passagem de uma permeabilidade bastante restrita para a abertura a falar sobre algo temeroso (a mãe citada como alguém que quebra a ordem estabelecida em seu consultório); a introdução de uma reflexão da entrevistada sobre a possibilidade de não estar atenta a algumas particularidades que as mães podem trazer; a redução de uma relativa inacessibilidade até sua conversão num desejo de prolongar o encontro.

Rafael – ingredientes para o encontro: presença e capacidade de estabelecer vínculos

Rafael está formado em medicina há cerca de vinte anos. Trabalha em consultório particular, no qual atende apenas pacientes particulares; mas também atua numa unidade básica de saúde (UBS) e num hospital de São Paulo. O pediatra refere o atendimento de mulheres gravemente deprimidas, as quais necessitaram de ajuda psiquiátrica ou se afastaram da criança. Essas mulheres, estima, correspondem aproximadamente a 2% das que atende em seu consultório. No entanto, identifica uma frequência de 50% de mães que apresentam o que ele próprio nomeia de “depressão em grau leve” durante o período puerperal.

Relatou que, numa primeira consulta de bebê recém-nascido, sempre pergunta à mãe se ela está bem, se sentiu alguma tristeza, se andou chorando, se passou alguma coisa dessas em sua cabeça desde o parto, e escuta o que ela lhe traz. Muitas vezes, é o acompanhante da mãe – o marido, a mãe dela ou outro – que lhe conta o estado alterado da mulher, se está mais triste, mais chorosa, mais desanimada. Outro dado importante para Rafael é a mãe falar que está apaixonada pelo bebê. Ao ser questionado se é a partir da pergunta relacionada ao estado materno que surgem as queixas depressivas, ele afirma: “Muito poucas vezes, eu escutei, como queixa espontânea, alguém dizer que está com essa melancolia, que está triste, e eu sempre pergunto se ela está apaixonada pelo bebê. Geralmente, quando tem essa paixão, as coisas vão bem. Quando não tem essa paixão, aí você precisa investigar um pouquinho mais. E uma coisa que eu falo também é que isso é mais ou menos normal.”

Ao indagar a mãe a respeito de seu estado, o profissional abre um campo de possibilidades, um espaço suscetível a que apareça algo conflituoso ou difícil, não se fechando em um saber já conhecido. Favorecendo a expressão da mãe, ele a autoriza, lhe concede uma permissão para falar sobre as angústias e sofrimentos dos quais padece. De acordo com Rafael, esses sentimentos afligem as mães mas, não importa sua intensidade, elas geralmente se recriminam, pois não concebem a idéia de estarem tristes numa hora em que “não deveriam” estar.

O médico toca num assunto delicado, o qual pensamos exigir uma consideração mais abrangente, em termos de políticas públicas de saúde. O mesmo profissional que se mostra extremamente continente no trabalho com díades mãe-bebê em seu consultório particular confia-nos que não consegue acompanhar tão de perto as mães na unidade básica de saúde em que trabalha, devido ao tempo

escasso de atendimento, em função da intensa demanda, freqüente nesse lugar. Dessa forma, seu olhar e, conseqüentemente, seu trabalho ficam prejudicados. Supomos que o atendimento assuma um caráter de “cumprir tarefa”, esvaziando sua capacidade de considerar essas mães, tão fundamentais para a saúde do bebê como são as outras mães anteriormente citadas.

Rafael revelou-nos que os casos que atende na UBS envolvem, em geral, antecedentes complicados. “Lá as coisas são mais aparentes, a mãe já tinha uma história de usar ou droga, ou remédios psiquiátricos, antidepressivos. Então a mãe não quis a criança, esse tipo de coisa... A mãe nunca vem à consulta, deixa o bebê com a avó, ou então é uma menina que já está envolvida com as turminhas barra pesada. Isso eu já vivenciei.” Essa afirmação leva-nos a pensar na possibilidade de que essa população cause um impacto diferenciado no profissional, demandando-o intensamente, fazendo-o sucumbir à conhecida fórmula de breves consultas, a fim de dar conta de todas, ao menos numericamente. Não gostaríamos de reduzir as dificuldades sociais à análise rasa dessas situações; nosso objetivo é lançar-lhes luz ao ampliar o entendimento de algumas dessas questões.

Ao discorrer sobre o que motiva a sua preocupação com a depressão materna, Rafael citou seu desejo de ser um bom profissional: “eu quero ser um pediatra completo, então eu quero atender bem o binômio mãe-nenê; neste momento, então, como eu acho que é uma coisa muito interativa a relação do nenê recém-nascido com a mãe, eu tenho que me preocupar muito com a mãe para o bebê dar certo”. Essa assertiva parece ser emblemática da forma de pensar desse pediatra, mas não é reflexo de sua formação médico-pediátrica inicial, a qual não enfocava a importância do aspecto emocional na relação da dupla mãe-bebê, nem no estado particular da mãe. Nas palavras do entrevistado, “nunca ninguém falou

‘existe uma situação...’; na vivência de atender, a gente não se preocupava; falava-se muito de amamentar, de pesar, de medir, de vacinar...”.

Rafael atribui às contribuições da psicanálise seu olhar mais cuidadoso em relação à maneira como o universo psíquico da mãe interfere no desenvolvimento do bebê, e nos conta que foi a partir de sua experiência como aluno de um curso oferecido pelo Instituto Sedes Sapientiae – curso este cujo objetivo era fornecer subsídios da teoria psicanalítica a pediatras – que sua atenção se voltou ao que nomeia de “relação de amor entre a mãe e o bebê”. Complementa: “foi muito depois desse curso que me ative mais a entrar um pouco mais a fundo nisso”.

O depoimento de Rafael aponta para uma carência na formação médico-pediátrica, a qual, somada à necessidade de compreender aspectos que sua própria formação profissional não proporcionou, o levou a procurar auxílio na psicanálise. A partir da compreensão da mesma, com a consideração dos elementos presentes na constituição psíquica do bebê e da importância do papel da mãe, ele pôde estar melhor instrumentalizado para sua prática clínica, tornando-se mais disponível ao contato com o bebê e sua mãe de maneira mais íntegra. Supomos que a busca por recursos externos à sua formação inicial tenha ocorrido porque já existia um espaço interno em que a procura podia acontecer e favorecer uma ampliação de sua escuta referente ao mundo psíquico.

Com relação aos sinais apresentados pela mãe, o pediatra presta maior atenção ao choro intenso, à irritação, à mencionada ausência do sentimento de “paixão” e a um certo distanciamento da mãe, o qual se evidencia, por exemplo, quando ela delega a outras pessoas os cuidados com o bebê. O que mais o

preocupa é se a mãe está conseguindo desempenhar bem seu papel de cuidadora do bebê, o que envolve a amamentação, o banho e as trocas da criança.

Apesar de o médico referir-se de forma objetiva às atitudes da mãe ao cuidar do bebê, supomos que, ao tocar no âmbito da “paixão”, a qual investiga no discurso materno, ele se aproxima do sentimento de prazer, que a presença de um bebê, normalmente, gera em sua mãe. Contempla, assim, um aspecto primordial da observação de como caminha a relação. Parece-nos digna de nota a impressão que o profissional nos passou: a de que ele fica preso ao discurso materno consciente, àquilo que a mãe lhe diz, textualmente. Compreendemos também que a capacidade de escutar mais do que os conteúdos manifestos se faz resultado, na grande maioria das vezes, da experiência constante do trabalho analítico, que permite ao profissional ampliar o universo de sentidos de sua própria experiência como humano para estar sensível à infinita possibilidade existente, à medida que considera o impacto dos aspectos inconscientes em sua vida.

Rafael costuma ficar atento à presença de alguns sinais no bebê: se a criança está ganhando peso, se está irritada, se chora sem consolo, se consegue dormir e se está dormindo demais (esse fator pode gerar uma certa confusão, uma vez que, no início, o recém-nascido dorme muito).

No que diz respeito aos sinais que procura observar na relação mãe-bebê, Rafael se preocupa sobretudo com o olhar do bebê, se ele aparenta tranquilidade no colo da mãe, se ele se tranqüiliza ao ser pego no colo pela mãe. Considera este último um bom indício da qualidade da relação da díade.

Ao orientar sua escuta e observar os sinais na mãe, no bebê e a partir da relação entre eles, Rafael se mostra ligado à díade, seguindo-a de perto. Acredita

que os pediatras precisam fazer um bom vínculo com os pacientes. Coloca-se acessível aos seus, contando-nos que sempre podem achá-lo. Mas reconhece haver pediatras pouco acessíveis, que só atendem a criança nas consultas de rotina e, quando há algum problema, nunca são encontrados. Acrescenta a essa questão um olhar claramente diferenciado, ao julgá-la um problema, uma vez que desfavorece a fixação da mãe a um único pediatra e, assim, impede que se promova um vínculo privilegiado entre o médico e a família – vínculo ao qual parece dar um peso bastante significativo em sua prática. Seguindo nessa reflexão, cita um problema ainda mais sério: casos de mães que apresentam dificuldades pessoais mais acentuadas, as quais se agravam por elas não conseguirem se vincular ao pediatra. “Então, são pessoas que já são atrapalhadas por natureza, aí não conseguem se vincular a um pediatra, ficam pipocando entre vários, vivem indo ao pronto-socorro. Aqui, quando as coisas vão direitinho, eu não vivencio, presencio muito esse tipo de situação.”

Fornece-nos, enfim, uma contribuição essencial, fomentando ainda mais nossas reflexões na esfera da importância de o pediatra se oferecer não só como um modelo de cuidador para os pais, mas também como um suporte para a mãe no cuidado com seu bebê. Ao disponibilizar-se como continente, ele pode fazer com que a mãe se sinta também cuidada, a partir do sólido vínculo que estabelece com ela. Entendemos que há limites para o pediatra nessa maneira de ver a relação médico-paciente; mas há também um possível enriquecimento de algo mais abrangente, ligado à experiência como um todo.

A impressão que tivemos durante o encontro com esse profissional foi a de uma presença intensa. Não nos parece que isso se dá apenas com seus pacientes: ele realmente se coloca à disposição, tal como fez com a pesquisadora, sendo

extremamente solícito em face do convite a participar do estudo. Ocorreu algo significativo a respeito da característica peculiar desse encontro. Depois de marcarmos um local e uma data para a entrevista (o pronto-socorro do hospital em que atende, nos primeiros horários da manhã), Rafael contatou-nos por telefone, no final da tarde anterior ao dia marcado, perguntando se era possível reagendar o encontro: supunha que o pronto-socorro ficaria lotado no dia seguinte, em função de uma mudança drástica ocorrida no clima, e, temendo um atraso muito grande em relação ao nosso horário, ofereceu-nos um outro horário, na mesma semana, em seu consultório particular.

Ao término da entrevista, o pediatra sinalizou que gostaria de ter notícias de nosso estudo, quando o concluíssemos, o que reiterou nossa impressão da capacidade que apresenta de estar verdadeiramente presente nos encontros, e de ser capaz de vincular-se sensivelmente ao outro.

Jamile – Distância e proximidade: duas faces do encontro

Jamile é médica há dez anos; trabalha atualmente apenas em consultório particular, no qual atende sobretudo via convênios médicos. Anteriormente, trabalhou em pronto-socorro. Relatou nunca ter atendido casos de depressão materna em sua experiência clínica, o que muito nos surpreendeu, pois ela não se referiu nem mesmo ao estado materno de tristeza passageira, o baby-blues.

Ao ser questionada sobre o caráter preocupante da depressão puerperal em sua clínica, a profissional responde que tem uma preocupação e que leu um pouco a respeito do assunto: “eu não tenho um conhecimento profundo disso, mas, em

congressos de temas assim, cada vez mais é importante o pediatra ver, porque a gente sabe que faz parte do diagnóstico da pediatria, porque você tem que orientar a mãe, mesmo porque o bebê pode estar correndo risco”. Disse ter tido conhecimento de casos dessa patologia, em esposas de colegas médicos.

Essa entrevista é a segunda em que a profissional declara acreditar que nunca atendeu nenhuma mãe em depressão puerperal. Sofremos um grande impacto ao escutar essa afirmação, em ambos os casos. Provavelmente como resposta contratransferencial a esse impacto, deixamos de fazer algumas perguntas do roteiro que norteia as entrevistas. Talvez com a impressão de que a entrevistada não podia contribuir significativamente para o estudo. Apesar de concordar prontamente com nosso convite para participar da pesquisa e se mostrar gentil no contato telefônico e durante o próprio encontro, Jamile assumiu uma postura que nos sugeriu, no princípio da entrevista, um certo distanciamento, como se ela não pudesse aproximar-se e ter um contato mais intenso com o tema.

Indagada sobre o que a leva a prestar mais atenção à dupla, Jamile nos responde que, na relação médico-paciente em pediatria, é fácil e rápido perceber alguns pontos através de conversas com a mãe: se a mãe quer amamentar ou não, como se dá a relação da família, como é a relação da mãe com o bebê, se a mãe é “superprotetoras” ou relapsa. Relata-nos que optou por não marcar consultas tão curtas, apesar de atender convênios, a fim de ter tempo suficiente para essas conversas, que julga fundamentais para que ela consiga conhecer essas relações. No caso de primeiro filho, ela acredita ser ainda mais importante conversar com as mães, que apresentam muitas dúvidas. Jamile acredita que, dessa maneira, é capaz de perceber casos de depressão materna no período puerperal.

Ao ser questionada sobre o que norteia sua escuta ao diagnosticar a referida patologia, responde: “acho que o jeito que ela vai falar da criança, se ela está mais chorosa, mais deprimida, eu acredito que pela própria fala dela, acho que já é importante, porque ela vai demonstrando se está cansada, nervosa, ansiosa, depressiva, mais chorosa, os medos que ela tem, ela acaba passando um pouco, eu acho, na consulta”.

Importa-nos destacar o caráter intrigante de tal afirmação. Não pelo conteúdo em si do que foi dito, que trata simplesmente de um dos parâmetros usados pelos profissionais, ou seja, observar aquilo que, no próprio discurso, pode indicar sinais dignos de acompanhamento, a fim de revelar uma possível patologia. O que nos causa alguma estranheza é o aspecto inconsistente dessa fala: é grande a probabilidade de qualquer profissional que tenha como prática conversar com a mãe e se dispor a ouvi-la encontrar em seus relatos, minimamente, um intenso cansaço, ou ao menos uma certa dose de ansiedade relativa à trabalhosa tarefa que as mães têm em suas mãos.

Quanto aos sinais que o bebê pode expressar, a pediatra afirma: “acho que o bebê, na realidade, vai reagir desde o início, desde a gravidez dessa mãe. Então, acho que o bebê pode ser mais choroso ou não, está reagindo a essa mãe... Mas acho que o principal é a mãe mesmo, porque, se você pega logo no começo, o bebê não reagiu ainda.”

Entendemos que a médica orienta sua escuta a partir da mãe, não incluindo o bebê como possível fornecedor de pistas significativas de como está se dando o relacionamento. Supomos, a partir do conteúdo de sua fala, que Jamile não demonstra possuir recursos suficientes para uma escuta sensível dos fenômenos

pertinentes à depressão materna, e se mostra distante de uma abordagem mais abrangente não só do bebê como da relação privilegiada que ele tem com sua mãe no início da vida.

Parece-nos particularmente interessante que a referida profissional, apesar de ver como fundamental o diagnóstico da patologia, possua conhecimentos pouco abrangentes sobre o tema e manifeste uma postura rasa a respeito de um universo maior, que diz respeito ao mundo psíquico. Sentimos uma certa resistência de Jamile a tomar contato com o tema, a qual foi reiteradamente confirmada, não só pelos seus insuficientes conhecimentos – que, mesmo escassos, poderiam ajudá-la a se abrir ao assunto – como, também, por uma ligeira dificuldade de reflexão, que parecia empobrecer o encontro.

Apesar de insistir na importância de ouvir a fala da mãe, e dizer que tal prática faz parte de sua rotina durante a consulta, relata que não teve em nenhum momento de sua formação algo que privilegiasse o diagnóstico da depressão puerperal, a não ser em congressos que abordam temas gerais da pediatria. Complementa: “na verdade, isso vai mesmo do *feeling* do pediatra de ver se tem uma coisa errada e encaminhar.”

Após algumas tentativas nossas de abordar a questão por vários ângulos, a pediatra relata a experiência de ter atendido, certa vez, uma paciente de um colega a que ela estava dando cobertura, pois ele estava viajando. De acordo com Jamile, a mãe em questão se dizia em depressão, e tinha procurado o médico para iniciar um tratamento. “Ela já estava fazendo o diagnóstico dela mesma, estava chorosa, chorava no meio da consulta, se via que ela estava deprimida... Acho que é bem por

isso, chorar, né? Acho que ela não consegue segurar na consulta. Depende: umas, até que sim, mas a parte depressiva é mais fácil de identificar.”

Confirmamos, dessa maneira, a impressão que tivemos desde o início do encontro: o reduzido repertório ou instrumental com que a profissional podia contar para exercer uma visão mais ampla do contexto depressivo.

Contamos sobre o caráter agitado que a mãe deprimida pode manifestar e, principalmente, sobre a possibilidade de a maioria das mães apresentarem, em certa medida, um tipo de depressão, transitória, após o nascimento do bebê. Percebemos, então, uma modificação de sua postura. Aproximou-se do tema ao falar de sua própria experiência como mãe, o que se refletiu nitidamente em sua maneira de falar, a qual tornou-se mais vigorosa, e na intensidade de sua voz, que ficou mais forte. Relatou a grande mudança sentida após o nascimento recente de seu bebê: citou um imenso cansaço nos dois primeiros meses, o caráter intenso dessa experiência, e declarou acreditar que, por decorrência do cansaço, a mãe reage e “até tem uma mudança de seu comportamento: você vai extravasar, mesmo adorando estar ali”.

Supomos que o distanciamento experimentado no contato com Jamile – em relação não só ao tema, mas também ao próprio encontro – pareceu desempenhar uma função protetora, dado o momento particular em que essa pessoa se encontrava. Distanciar-se pode ser necessário, algumas vezes, justamente para compensar a proximidade em que se encontrava a pediatra.

Sentimos, durante esse encontro, a necessidade de lhe oferecer algo para contribuir com uma ampliação desse universo.

Helena – Encontro com um “modo de ser pediatra”.

Helena atua há mais de vinte anos como médica. Trabalha atualmente em consultório particular próprio e num hospital de São Paulo. Relata uma incidência de apenas cinco mães que, ao longo de sua experiência clínica, tiveram que ser tratadas por motivo da patologia que investigamos. Surpreendeu-nos a baixa a frequência declarada de depressão materna em sua clínica, em contraste com sua afirmação de que considera a questão muito importante e, geralmente, investiga o estado de mães de bebês recém-nascidos: “o limite entre o normal, que é ficar mais sensível, mais chorosa, e a depressão pós-parto é muito tênue. Então, às vezes a gente acha que é só uma coisa passageira, e não é, tem mais coisa aí. E quando a amamentação não está indo muito bem, (...) eu invisto, pois essa é uma das coisas que podem eventualmente atrapalhar a questão da amamentação... Felizmente, a maioria das mães têm aquela sensibilidade maior, mesmo, da queda hormonal, e ficam mais chorosas, mas a depressão pós-parto não é algo que a gente vê toda hora. Mas é preciso ficar ligada.”

Interessante perceber que, apesar de se mostrar bastante sensível ao mundo psíquico e à importância da relação mãe-bebê, Helena se posiciona, nesse ponto específico, de modo diferente, atribuindo a causa do baby-blues a uma etiologia exclusivamente orgânica.

A médica abre um campo fértil ao indagar a mãe a respeito seu estado. Isto parece revelar uma certa disponibilidade de contato e de escuta. Helena acredita

que, com esse recurso, a mãe pode sentir confiança em relação ao médico e, ao se abrir, facilitar a aproximação com ele; assim, caso necessite de algum tipo de procedimento, seu encaminhamento torna-se mais viável.

Quanto ao procedimento utilizado, Helena relata que, quando necessário, encaminha a mãe para terapia com psicólogo ou, eventualmente, prescreve medicamentos antidepressivos que não interferem de forma negativa na amamentação e até podem melhorar a lactação. Acredita que, em alguns casos, isso pode servir de auxílio no tratamento da depressão – por exemplo, nos casos em que a mãe quer muito amamentar e não consegue por consequência da depressão. Acredita também que o fato de uma mãe que deseja muito amamentar seu bebê não ter sucesso nessa atividade faz com que haja um desencadeamento ou uma piora no estado depressivo.

Compreende que essa fase do desenvolvimento do bebê está intimamente vinculada à interação mãe-bebê, sendo impossível “separar a mãe do bebê”. No entanto, entende que seria muito simplista afirmar que toda depressão materna afeta necessariamente o bebê de forma grave. Admite que há uma estreita ligação entre os dois parceiros, mas julga que o bebê pode vir a lidar com essa questão, principalmente nos casos em que a mãe é amparada pela família.

Helena orienta seu olhar para sinais presentes na mãe, como é o caso do cuidado consigo mesma. Presta especial atenção a uma mãe que vai à consulta muito desarrumada, com o cabelo todo desalinhado e, ao amamentar seu filho, não consegue segurá-lo, deixando-o desconfortável, “todo desajeitado”. Em relação ao bebê, fica normalmente atenta a questões de higiene insuficiente e a crianças que parecem, de modo geral, mal cuidadas. Menciona um dado que pareceu

significativo, mesmo não o atribuindo exclusivamente à depressão puerperal, mas também ao reflexo de uma interação com uma qualidade prejudicada: o fato de o bebê, na fase de separação da mãe, apresentar-se fóbico ao exame clínico, não querendo ser tocado. Diz que isso é algo complicado, que aparece com relativa assiduidade em sua clínica.

Helena atribui esse seu olhar mais cuidadoso a uma característica peculiar, obtida em sua formação pediátrica, na qual a ênfase, paralelamente à transmissão de conhecimentos científicos consistentes, foi dada também “ao modo de ser” do médico, privilegiando sua atitude, a forma como atende e trata o paciente. De acordo com a pediatra, “os professores tinham esse lado, esse olhar, essa coisa de ver o todo. Tinha um professor que, quando ia atender a criança, fazia carinho e deixava a criança se acalmar. Tem coisas que não são de estudar: são valores passados que não há como explicar, e esse foi o caminho que a gente conseguiu trilhar... Essa coisa de sentar, conversar, de saber como está a família. Porque eles passaram isso para a gente de uma forma que não está em livro: não foi falado em aulas, mas passou. Essa coisa de ver o professor examinando a criança ficou marcada para mim para o resto da minha vida.”

Nesse momento do encontro, percebemos que Helena se emocionou ao lembrar, e narrar, os caminhos por que passou, e com que recursos pôde contar na sua experiência; ao “ir-se formando” pediatra, os ingredientes presentes que atuaram de maneira decisiva para a constituição de seu olhar mais abrangente do paciente e seu entorno. Supomos que tais elementos poderiam estar latentes e terem vindo à tona no momento em que Helena se deparou com uma figura propícia, com a qual pôde identificar-se, sedimentando as bases integrais de sua formação médica. O que reforça nossa crença em que toda transmissão de conhecimentos –

mais particularmente ainda numa formação profissional– não se dá sem uma dose generosa de transferência com aquele que ensina.

Quando nos contou a trama tecida nos anos da residência em pediatria, Helena deixou entrever que ela abriu naquele momento um espaço inicial de reflexão que, muito posteriormente, veio a procurar preencher com as contribuições da psicanálise, através de um curso destinado a pediatras, instrumentalizando-se de forma mais abrangente para o exercício de seu ofício.

Helena indica o fato de não haver uma regra estrita para o desencadeamento da depressão materna. Cita casos nos quais a mulher não contou com o amparo da família, ou casos de meninas adolescentes que, ao engravidarem, foram abandonadas pelo namorado. Contudo, discute a conjuntura de mães que dispõem de ambiente aparentemente acolhedor mas acabam adoecendo, sugerindo-nos que nada parece oferecer garantias. Em mais uma oportunidade, expõe sua compreensão apropriada sobre a natureza do fenômeno: não acredita que haja um aumento da incidência em função de causas externas, tais como o estresse da vida moderna. Entende que o fenômeno está intimamente ligado à experiência interna da mulher.

Segundo a médica, a raiz está em “como a mãe vivenciou a maternidade, a relação dela com a mãe, ou com perdas. Eu acredito nisso, são coisas que a gente nem consegue explicar, e principalmente eu, que tenho formação diferente da psicologia... Acho que é uma coisa de foro íntimo. Não acho que aumentou, acho que sempre teve e falavam que era bobagem, loucura, preguiça. O que mudou foi o diagnóstico”.

Faz então uma diferenciação interessante entre a depressão pós-parto e o baby-blues: o estado passageiro de depressão representado pelo baby-blues é identificado mais facilmente pela própria mulher ou por seu marido, geralmente através de relatos de um choro descontínuo, que uma hora ocorre e outra não. Já na depressão propriamente dita, a médica é quem a sinaliza à mãe, pois esta perderia a capacidade de se observar.

Parece-nos intrigante a ínfima incidência de mães deprimidas em sua experiência clínica, na medida em que Helena se mostra sensivelmente atenta à esfera psíquica dos fenômenos, compreendendo, de certa forma, a intrínseca relação do bebê com sua mãe no início da vida. Supomos que Helena não conta, apenas, com a especificidade da escuta inconsciente, que não faz parte de sua capacitação clínica.

Dias após à entrevista, Helena tenta nos encaminhar uma mãe. Sugeriria tratar-se de um caso de depressão materna. A mãe não veio. Mas o fato parece ser um indicativo da possibilidade de o encontro servir como um momento privilegiado para alguns profissionais refletirem com cuidado sobre a sua experiência clínica.

Amanda – as carências de um encontro

Amanda tem mais de vinte anos de formação, e trabalha atualmente num ambulatório de convênio médico e num pronto-socorro. No passado, trabalhou como neonatologista numa maternidade em São Paulo.

Ao falar sobre sua preocupação com a depressão puerperal, Amanda menciona, inicialmente, sua experiência como neonatologista. Cita casos

extremamente graves, que envolveram tentativas de suicídio da mãe, tentativas de homicídio do bebê e rejeição do bebê pela mãe. Considera de intensa seriedade o transtorno, atribuindo sua etiologia a causas hormonais (refere vários problemas relacionados a isso na mulher) e à presença de muita labilidade. “A depressão é uma coisa muito séria. Tem que tratar, senão as mães ficam louquinhas mesmo.”

Para Amanda, os tratamentos eficientes no caso de depressão pós-parto são a internação e a medicação antidepressiva; e, em muitos casos, é necessário afastar o bebê de sua mãe, pois há risco de morte para o recém-nascido.

A médica parte de uma abordagem única sobre o tema. Não leva em conta estados menos graves do transtorno depressivo, e entende que o risco está exclusivamente no limiar entre a vida e a morte.

Num primeiro momento, relatou que os sinais presentes nas mães podem ser: muita indiferença, dores de cabeça, dores de estômago, enjôo, anorexia e autoflagelação. Entre os sintomas mais preocupantes, destaca a inquietação, o desespero, a irritação com o choro do bebê e o abandono do bebê.

Sobre os sinais detectados no recém-nascido, indica o choro e os casos em que o bebê é considerado como um “bebê difícil”; complementa dizendo: “a mãe, quando vem, vêm outras pessoas que ajudam, e a mãe não fica com o bebê, não quer nem tocar, nem ficar com o bebê. Parece que se arrepia. Seguramente alguma sensação ela tem, pois não quer ficar com o bebê”.

Considera baixa a incidência de casos em sua clínica: refere-se a três ou quatro casos por ano. Vê-o como um número reduzido em face da demanda total de pacientes que atende.

Questionada sobre os procedimentos a tomar após o diagnóstico do distúrbio, ela responde que nada faz. Em suas palavras: “eu não faço nada, porque a paciente já está sendo acompanhada, geralmente é encaminhada do hospital e da maternidade. No berçário, não se entrega o bebê à mãe, porque você já sabe que ela não tem condições de pegar o bebê. Você mostra o bebê, a enfermeira fica do lado, só que ela se recusa, não quer ver o bebê, a enfermeira tenta tirar a roupa, para ela ver, trocar, olhar, mas ela não toca nele”.

Ao ser indagada sobre os parâmetros que utiliza para diferenciar uma depressão considerada “normal”, após o nascimento do bebê, da depressão pós-parto propriamente dita, responde: “que a mãe chora quando a nenê nasce, ela chora. Aí ela está deprimindo, está em estado de depressão. O pediatra entrega o bebê e ela às vezes quer pegar o bebê, quer beijar; só que na hora ela vira a cara para o bebê... Que está passando mal...”.

Amanda se mostra impermeável, insensível aos conteúdos do mundo psíquico, e sem nenhuma compreensão da relação mãe-bebê. Durante a entrevista, pareceu extremamente preocupada com um outro assunto, relacionado à sua demanda de atendimento com adolescentes. Aparentava estar sedenta de respostas às suas dúvidas e, principalmente, soluções aos desafios com que se tem confrontado.

Revelou-se extremamente angustiada a respeito das complexas questões trazidas pelos adolescentes, e nos compeliu, de certa forma, a responder sobre como tratar essas questões.

“Agora, especialmente, todo psicólogo e todo psiquiatra têm que acompanhar, eu acho, todo adolescente... Há também a droga, o alcoolismo, o homossexualismo,

tudo isso... Está complicada a vida dessas adolescentes, e para os pediatras também.”

De tão tomada por essas questões com as quais se vê confrontada, pouco nos pôde ouvir, ou refletir sobre nosso assunto de interesse; não nos pareceu disponível para escutar atentamente à mãe deprimida com sinais menos evidentes do que os acima relatados, nos quais o que está em jogo é a vida ou a morte, e menos ainda os sinais do bebê denunciando que algo não vai bem. Nem sequer se apresentou capaz de compreender aspectos mais evidentes da relação mãe-bebê.

Amanda levantou uma questão comum a alguns profissionais, principalmente os que trabalham com uma camada menos favorecida da população – a escassa possibilidade de encontrar atendimento psicológico e psiquiátrico –, também ao se referir à necessidade do atendimento aos adolescentes.

A pediatra nos concedeu entrevista sem agendamento prévio. Havíamos marcado por telefone um horário com uma colega dela, que trabalha no mesmo ambulatório; mas essa profissional se recusou a preencher a autorização de cessão de uso da entrevista, documento que sempre pedimos para o profissional assinar antes do início da entrevista. Sugeriu-nos, então, que procurássemos a outra pediatra presente no ambulatório, e foi assim que chegamos a Amanda. Portanto, aceitou o encontro para satisfazer uma demanda pessoal no entanto é interessante não refletir sobre depressão em adolescentes grávidas.

Mauro – experiência versus in experiência: o que conta no encontro é a quantidade? Do encontro descabido ao encontro possível

Mauro é médico há trinta e cinco anos, e, no consultório particular em que trabalha, seus pacientes provém predominantemente de convênios médicos. Estima uma freqüência de 5% de mulheres com depressão pós-parto atendidas por ele em sua experiência clínica.

Relata que a depressão puerperal não é um aspecto preocupante em sua clínica: em sua experiência de consultório teve poucos casos, via de regra os mais leves. De modo geral, percebe uma acentuada insegurança por parte da mãe, principalmente de primeiro filho; entende que a criança é um ser estranho para a maioria das mães, nas quais, todavia, não se desencadeia necessariamente um transtorno depressivo.

Questionado sobre o aspecto mais preocupante da depressão pós-parto, o profissional cita a criança como o foco principal de sua preocupação: “o aspecto de a mãe cuidar bem da criança, ou de a mãe ter uma crise mais acentuada e realmente interferir na criança, é um aspecto que me preocupa. Então, de um modo geral, quando eu suspeito de alguma coisa, peço para a família acompanhar, ficar sempre junto e não a deixar sozinha. São orientações mais a nível familiar”.

Os sinais na mãe que chamam sua atenção são: mãe muito “abstrata” (sic) ao que está acontecendo à sua volta, reações muito exageradas a coisas muito pequenas, insegurança muito acentuada, incapacidade de cuidar, medo de mexer no bebê, um certo “desvio da realidade” e incapacidade de amamentar mesmo tendo leite. Ao deparar-se com sinais como esses, encaminha, geralmente, a mãe a um

psiquiatra. Em alguns casos, a mãe já teve o diagnóstico feito pelo ginecologista e, por isso, já foi orientada, assim como sua família. Mauro relata que, nessas situações, seu trabalho fica facilitado.

O profissional comenta que, atualmente, as crianças vão à primeira consulta com o pediatra cada vez mais cedo: por volta do quarto ou quinto dia de vida. Pensa que, além de representar um certo risco para a mãe – praticamente no pós-parto imediato –, isso reflete uma falha do neonatologista, que teria como função dar orientações gerais na maternidade a respeito da amamentação e fornecer informações sobre características comuns ao recém-nascidos, como é o caso do choro.

“Como eu digo sempre, não tem pilha, não tem botãozinho pra desligar. Coisa de que a mãe se ressent, principalmente a mãe de primeiro filho: ela não sabe por que a criança está chorando, ou por que está tossindo... São coisas normais, ela deveria ter sido orientada.”

Podemos inferir que Mauro atribui ao neonatologista a responsabilidade de orientar os pais, e que uma falha levaria a mãe despreparada a consultar um pediatra muito cedo. Supomos que o profissional não leva em conta que a mãe, nesse momento, não requer somente orientações – que até podem ter sido dadas na maternidade, em livros ou em cursos –, mas sobretudo um suporte, uma continência fundamental para sustentar-se a si mesma e ao seu bebê, preparando-se para, posteriormente, enfrentar o choro, a tosse, o espirro do bebê com menos angústia e, principalmente, reconhecer nas mínimas variações o que cada um desses gestos significa em cada momento. Assim, a orientação só fará sentido caso venha adicionada de uma dose de sustentação, que a auxiliará na experiência de

tornar-se mãe a partir das contínuas trocas com seu filho, dos encontros e desencontros da dupla.

Parece que lhe passa despercebida a questão habitual de o bebê ser um estranho para a mãe, que deixará de ser considerado como tal quando a mãe puder, ao ser amparada, amparar seu filho. Isso se dará, na melhor das hipóteses, quando sua ansiedade ante a esse “ilustre desconhecido” diminuir a partir do contato prazeroso com ele, que a nutrirá, de forma a reinvesti-lo reiteradamente.

E por que não consultar antecipadamente um pediatra? Uma visita nos primeiros dias do pós-parto será mesmo precoce? Ou podemos entendê-la como parte do apoio necessário à mãe, para que ela seja capaz de amenizar suas possíveis angústias em relação à saúde do bebê e sua integridade física, afora encontrar subsídios necessários para prosseguir em seu cuidado? Para ser eficiente, o saber do médico precisa vir acompanhado de sua capacidade de estar verdadeiramente presente com cada díade. E o dito “despreparo materno” não é sinônimo de “incapacidade” simplesmente por falta de conhecimentos técnicos ou mecânicos sobre o recém-nascido, mas pelo contato com aquele que, ao despontar em seu ventre, traz à mãe uma infinidade de sensações, lembranças e conflitos, muitas vezes insuficientemente elaborados, com que ela se depara, principalmente, ao ter sua cria nos braços.

Mauro relata que sempre há uma preocupação em relação a ficar atento às questões emocionais do indivíduo, e comenta que sua formação privilegiou esses aspectos: na faculdade, teve três anos de psicologia médica e psiquiatria. Acredita que esse fator colaborou com uma visão interdisciplinar dos fenômenos, na qual

cada área do conhecimento depende de uma outra para uma abordagem eficaz de determinadas questões.

Nos casos em que fica preocupado com algum sinal incomum nas mães, disse acompanhar a dupla de maneira a checar como está se dando seu relacionamento, principalmente no que diz respeito à amamentação, pois entende que, muitas vezes, as mães “emocionalmente” (sic) não conseguem amamentar, apesar de terem leite. “Não dão conta da carga emocional que é dar de mamar, a carga emocional é muito pesada”.

Ao falarmos sobre a amamentação, sentimos, a princípio, que foi um dos momentos onde ele mais se aproximou de um olhar um pouco mais sensível, de fato, aos aspectos psíquicos, ainda que sem se aprofundar, e logo passando para a questão de requerer a amamentação como se fosse uma certa norma. “A gente procura trabalhar cem por cento com leite materno. Minha formação, escola; tem escola que vai pra outro lado. Minha formação: tem que trabalhar em cima da amamentação. Eu consigo bastante, a maioria dos meus pacientes amamenta”.

Interessa-nos comentar dois aspectos da afirmativa anterior. Um deles, já anunciado, é o de enxergar a amamentação como uma regra, um imperativo. Na atualidade, de fato, difunde-se freqüentemente no meio médico o dever que a mãe supostamente tem de amamentar. Não temos intenção de menosprezar o caráter favorável que essa experiência pode conter, tanto do ponto de vista físico, nutricional e econômico, quanto do ponto de vista psíquico, podendo contribuir para uma vivência de contato mais íntima na relação mãe-bebê. Em várias duplas, esse momento pode vir acompanhado de intenso prazer para ambos os parceiros, servindo como um meio primoroso para o conhecimento mútuo, minimizando o

sentimento de estranheza que o bebê geralmente provoca ao nascer e, também, contribuindo para que o bebê vá conhecendo sua mãe. Entendemos, no entanto, que tomar a amamentação como uma obrigação imposta pela cultura atual pode justamente fazê-la perder esse caráter enriquecedor, transformando-a numa mera tarefa a cumprir.

Uma outra questão que aparece na fala do médico é uma certa “cristalização” do que foi aprendido, nos tempos de universidade, sem que ele possa questionar em que medida isso vale.

Sobre a amamentação, Mauro complementa dizendo que algumas mães amamentam “a trancos e barrancos... Às vezes, temos que insistir; você faz um retorno em menos tempo, três dias, volta depois de mais três dias. Vai pesando e mostrando para a mãe que a criança está ganhando peso, se desenvolvendo, que o leite dela é bom, e é importante para a criança. Está indo tudo bem, aí ela se conscientiza e aceita”.

Podemos conjecturar que convencer a mãe de que ela é capaz de cuidar do bebê apesar das dificuldades – “a trancos e barrancos” – e de ajudá-lo a crescer, mostrando – “na balança”, segundo Mauro – o resultado de seus cuidados, é uma forma de favorecer nelas o sentimento de serem boas mães, e fortalecer também seu vínculo com o bebê. Em contrapartida, em outras mães, isso pode exacerbar o dever de amamentar e, conseqüentemente, levar a uma sensação de fracasso em alguns casos.

O pediatra não relaciona nenhum sinal específico no bebê como reflexo da depressão materna. Cita algo mais genérico: “a criança é o espelho da família; ela reflete tudo. Se é mais agitada, mais chorona, alguma coisa está acontecendo”. (sic)

Atribui a insegurança da mãe à sua inexperiência, pela falta de contato com bebês que, atualmente, existe em nossa sociedade. No passado, quando as mulheres tinham um maior número de filhos, o mais velho ajudava a cuidar do mais novo, e isso, para Mauro, fazia com que, ao ter um filho, os pais sabiam o que fazer, pois já haviam cuidado de um irmão.

Parece-nos interessante a consideração acima. Mas a ênfase recai na questão de a insegurança estar associada a um conhecimento consciente, ou operacional, do que fazer nos cuidados com o bebê, não importando o contexto maior da história, do bebê, da gravidez, do casal, da mulher que se torna mãe etc.

O profissional levanta ainda um ponto de suma importância: a dificuldade de encaminhamento a profissionais como psicólogos e psiquiatras via convênios e serviços públicos, fator já indicado por alguns outros profissionais, e que merece atenção, pois pode impossibilitar o acesso de pessoas que necessitam desses atendimentos especializados.

Mauro ilustra uma atitude que se supõe aberta aos aspectos psíquicos do indivíduo, mas não parece estar sensível e conectado a eles, não parece captar estados que demandam mais atenção, apresenta um discurso estereotipado sobre alguns fenômenos, sem a possibilidade de uma profunda reflexão.

“Eu converso muito com as mães... Saio daqui às oito horas da noite, tudo bem. Não aceito mudar. Não me importo com o tempo da consulta. Eu realmente gosto de conversar...”

Durante a entrevista, preocupava-se em deixar clara sua pequena experiência relativa à depressão materna, repetindo, em algumas oportunidades, essa

afirmação, e se mostrando bastante preocupado sobre se estava podendo realmente nos auxiliar. Supunha sempre que tínhamos mais experiência ou saber do que ele a respeito do tema. “Você tem mais experiência no assunto, eu não tenho. Deu para aproveitar alguma coisa?”

No início, Mauro nos transmitiu uma certa resistência a falar, o que pensamos depois ser uma dificuldade de dizer algo. Ao longo da entrevista, ao sentir-se mais confortável, passou a “gostar da conversa”, tal como citou apreciar fazer com as mães. Perto do término, tentamos concluí-la várias vezes, mas ela era sempre prolongada pela fala do médico. Depois, ele ainda “puxou conversa”, acentuando o caráter essencial que a psicologia tem ao auxiliar na transformação de alguns quadros, nos quais a medicina não tem um papel preponderante. Contou sobre sua experiência em equipe multidisciplinar e o importante efeito que sentiu.

No primeiro contato com o médico a fim de agendar a entrevista, ele nos respondeu que era pediatra; dissemos que era nosso objetivo conversar com pediatras, e então ele concordou, marcando horário e local. Pensamos no caráter de surpresa que assumiu esse convite, como se ele nada tivesse a dizer acerca da depressão puerperal, como se não se tratasse de um tema pertinente à pediatria.

Beatriz – encontro tênue

Formada há trinta anos, Beatriz trabalha em uma unidade básica de saúde e em consultório particular. Tem formação em homeopatia. Sobre a incidência de mulheres com depressão materna, relata ter atendido aproximadamente três ou

quatro casos “bem definidos”, querendo dizer com isso que esses casos foram diagnosticados por outros profissionais.

A respeito de sua preocupação com a depressão materna no período puerperal, a pediatra diz que é preciso estar alerta na primeira consulta, pois é a partir daí que ela sente qual é o estado da mãe e como ela lida com a criança. Quando há suspeitas, ela encaminha. Nunca fecha o diagnóstico. Comenta que, na UBS, conta com profissionais tais como psicólogos e psiquiatras, o que permite intervir com rapidez.

Sobre os aspectos mais preocupantes relacionado a essa temática, Beatriz compreende que, “para o pediatra, a grande preocupação é como essa criança está se desenvolvendo afetivamente, até fisicamente, desenvolvimento neuromotor, estímulos. Tudo isso a gente vai avaliando, não é? Agora, eu sou homeopata também, então, há esse olhar também para ajudar a mãe nas dificuldades. Para mim, não é fácil para a mulher ter um filho, e, para uma mãe de primeira viagem, é mais difícil ainda se ela não se sentir bem orientada, atendida, acolhida nas dificuldades que sente até na relação dela com o companheiro, com os outros filhos que ela tiver. É nossa obrigação ver a pessoa como um todo, e não segmentada”.

A médica aparenta estar atenta e continente para esse período crítico da vida da mulher. Nesse contato, a orientação parece não ser só informar, mas oferecer alguma forma de acolhimento.

Beatriz orienta sua escuta e seu olhar a partir dos sinais emitidos pela mãe, presentes no comportamento do bebê e indicados pela qualidade da relação na díade. A respeito dos sinais da mãe, destaca: o choro, o desânimo, a insegurança e a delegação dos cuidados com o bebê a um outro. Nesse caso, a mãe já vem com

uma outra pessoa, deixa que troque a fralda, não faz questão nenhuma de pegar ou, pior ainda, como a médica diz que já ocorreu, não comparece à consulta: quem vai são os avós ou outra pessoa que assumiu ser a cuidadora do bebê.

No bebê, os sinais que a preocupam são: se ele demonstra apatia pela falta de estimulação, não solicita alimento, não ganha peso, apresenta irritabilidade, choro excessivo sem consolo, febre sem motivo aparente ou dificuldade para dormir.

“Na homeopatia a gente encara qualquer coisa, porque o mental mexe muito com o físico. Na verdade, qualquer coisa que aconteça com o bebê, a gente fica atenta, inclusive o estado da mãe – às vezes, nem aparece nada no bebê, mas vejo o estado da mãe; muitas vezes, é ela que está exigindo muito mais cuidado do que o bebê.”

Beatriz destaca, na relação mãe-bebê, o caráter de automatismo presente nos cuidados dispensados pela mãe, que faz o estritamente necessário, como se fosse uma obrigação.

Interrogada sobre como percebe o automatismo nos cuidados maternos, responde: “eu tenho um olhar diferente da relação mãe-filho. Querendo perceber, a gente percebe. Se a gente for atender, como é mais freqüente no serviço público, atendendo a demanda, fica difícil de perceber no primeiro contato tudo isso”.

Ao dizê-lo, Beatriz dá uma risadinha, como se quisesse nos esconder algo, fazer um certo suspense. Será mesmo um ato de vontade, diagnosticar esse transtorno?

“A depressão, como ela é definida, é muito nítida, é muito precoce, é mais uma coisa que a gente percebe logo e a gente encaminha logo. Agora, se isso não é

percebido logo... – quando a mãe vem, porque, se os familiares não estiverem envolvidos, essa mãe não vem, fica em casa –; quando ela vem, ou o pico, a fase grave, já passou, a criança já vem desmamada e ela mesma não considerava isso tão grave, achava que era assim mesmo.”

O que nos surpreendeu intensamente foi a distância entre o discurso da pediatra – a depressão é muito nítida, pode ser facilmente percebida, se se quiser perceber, percebe-se – e o número ínfimo de mães deprimidas que diz ter atendido ao longo de seu percurso com pediatra.

A profissional faz uma conexão de uma questão complicada, que envolve a amamentação, com a depressão puerperal. “Quando a mãe faz só por obrigação, não tem vínculo afetivo, é a escassez da lactação mesmo: então o leite diminui, está tudo interligado...”.

Parece-nos que a ênfase de seu trabalho recai na questão da amamentação. Ao iniciarmos o contato com Beatriz, ela nos mostra orgulhosamente as fotos dos bebês, filhos de mães que foram orientadas por ela, e que tiveram sucesso na amamentação; eram fotos de bebês “fofinhos”.

Questionada sobre como distingue um estado depressivo propriamente dito de um estado de depressão próprio de quem tem um bebê, um baby-blues, ela afirma que é a partir do retorno da díade, no resultado da orientação: “se a mãe está recebendo e acatando as orientações e as coisas ficam melhores para ela; se o bebê está indo melhor, dormindo melhor, com sono mais repousante; isto não é um estado depressivo, é um estado de insegurança”. Entende também que a diferença entre as duas é uma questão de grau.

Para ela, a mãe que se deprime no período puerperal já tinha, provavelmente, uma personalidade depressiva, e o nascimento do bebê foi, em suas palavras, a “gota d’água”. A depressão estaria ligada ao estresse: por conta de uma expectativa maior que a mulher se coloca, ela está mais cansada e mais solicitada. Em seu consultório particular, diz encontrar freqüentemente essa situação.

Essa profissional nos traz um paradoxo: conta-nos que a depressão pós-parto aparece de forma bastante nítida, e nós questionamos o motivo de ela ter atendido tão poucos casos.

A relação de Beatriz conosco sugeriu uma certa resistência, como se ela tivesse pouco a nos oferecer, ou como se fôssemos avaliar seu desempenho, ou, ainda, como se ela acreditasse que há um único conteúdo correto a dizer. No início do encontro, mostrou-nos o seu “bom trabalho” ao apontar-nos os bebês “fofinhos” das fotos. No final do encontro, disse: “espero ter ajudado. O essencial é o que eu falo: na minha profissão, eu faço o melhor de mim. Não respondo pelos outros...”.

Apesar de assumir uma posição diferenciada, de ter uma abordagem cuidadosa em relação ao mundo mental e uma sensível percepção da relação mãe-bebê, no contexto da depressão materna, não sentimos, na relação com ela, uma presença forte, representativa dessa posição. Algum tempo depois do encontro, nos esquecemos de sua formação como homeopata, assim como de seu olhar atento em relação a essas questões.

Marina – encontro com um cuidadoso olhar

Marina é médica há mais de vinte anos, trabalha em seu consultório particular e não atende convênios médicos. Nos últimos anos, tem atendido apenas pacientes com questões relativas à amamentação. Estima que recebeu, nos últimos dois anos, por volta de vinte pacientes com depressão pós-parto.

Para ela, as dificuldades em relação aos problemas de amamentação, com os quais trabalha, podem ser traduzidas como uma “pontinha de um *iceberg* maior que está lá atrás”. Muitas mulheres têm história de depressão anterior, a qual reaparece ao ter um filho. Em outros casos, as mulheres se preparam intensamente na gravidez, investem afetivamente o momento do parto, se esforçam exaustivamente para terem partos normais – alguns realizados até em suas próprias casas – e, com tudo isso, sentem-se potentes e plenas, iludindo-se na medida em que pensam que, com o filho, tudo vai ser fácil, tal como foi com o parto e seu preparo. E não é esta realidade que encontram após o nascimento do bebê.

Marina descreve o baby-blues como uma certa tristeza da mulher: ela chora, está cansada, mas consegue cuidar de seu bebê; seu sentimento negativo não interfere na qualidade dos cuidados. Já na depressão puerperal, a mãe pode até mesmo cuidar de seu filho, mas está completamente desconectada dele: não consegue responder-lhe, o que afeta a qualidade do contato. O aparecimento do baby-blues se dá nos primeiros dias após o parto, e, depois de dez dias, a mulher já está bem melhor. O inverso ocorre na depressão pós-parto: ela chega apática à primeira consulta e, depois de dez ou quinze dias, há um agravamento visível de seu estado.

A pediatra diagnostica o transtorno depressivo no período puerperal, predominantemente, por sinais no comportamento da mãe, mas também a partir de

sinais na relação dela com o bebê e de alguns sinais no bebê. Os sinais passam a preocupá-la quando aparecem juntos; isoladamente, não a preocupam.

Os sinais maternos e os relativos à relação que ela descreve são: apatia contínua, postura da mãe (na amamentação, o bebê fica solto), falta de posição para segurar (a mãe, às vezes, ao pegar o bebê no colo, está conectada à pediatra e não ao bebê), mãe muito descuidada, mãe que não aceita ajuda de outras pessoas – “tem que dar conta de tudo sozinha”. Um dos sinais que mais a preocupam aparece quando a mãe identifica de forma errônea os sinais que o bebê lhe dá, ou seja, quando tem muita dificuldade de perceber o que ele quer. Isso ilustra de maneira evidente o quanto está desconectada dele.

Marina alerta que, no início, é comum à mãe não identificar os sinais do bebê, mas, à medida que o tempo passa, isso tende a diminuir. Outro ponto que ela valoriza é a história pessoal da mulher. Pergunta, por exemplo, se passou por situações difíceis: “muitas relatam um histórico de depressão no passado, na adolescência, ou algo com uma tonalidade emocional, psíquica que ela não define bem, mas que causou grande preocupação para a família. Aparentemente, são relatos sem ligação nenhuma. Isso é muito freqüente”.

Mostra-se não apenas perspicaz e atenta aos sintomas maternos e na relação, como também continente no sentido de oferecer suporte à mãe, respeitando suas dificuldades.

Outras questões que investiga são se a mãe apresentou problemas na gravidez – muitos enjôos, várias intercorrências, parto prematuro, morte de algum filho anterior à gravidez etc. – e casos em que o discurso da mãe não corresponde ao que a profissional observa – por exemplo, a mãe diz que tudo está bem, mas o

bebê não está ganhando peso, ou não para de chorar. Quando desconfia que algo não vai bem, oferece um acompanhamento mais freqüente. Um dos sinais presentes na mãe que Marina considera mais marcantes é a apatia. “Quando eu vejo uma mulher muito apática, quase sempre tem um quadro por trás. Um sintoma muito apático é norteador, os outros se misturam. A apatia muito grande é um dos critérios que eu uso para encaminhar, quando está alheia de forma continuada.”

Em cada sinal indicado pela médica, pudemos perceber sua intensa capacidade de observação e consideração de aspectos essenciais, que a faz discriminar com pertinência o que pode não estar caminhando a contento, acompanhando de perto a dupla mãe-bebê e vindo, possivelmente, a diagnosticar um número maior de casos mais seguramente confirmados de depressão puerperal.

Quanto aos procedimentos que a pediatra utiliza quando percebe um caso de depressão materna, ela diz, em primeiro lugar, acompanhar de forma mais próxima a díade; se a mãe já tem um psiquiatra, ela entra em contato com ele, e, caso ele não queira medicar a paciente, ela própria a medica; se a mãe tem um vínculo maior com seu médico ginecologista, ela entra em contato com ele; muitas vezes, encaminha-a para um tratamento psicoterapêutico. Costuma prescrever às pacientes uma substância nomeada cetralina, que não prejudica a amamentação.

“Existe uma campanha grande na Sociedade de Pediatria e na Sociedade de Gineco-Obstetrícia de que o médico que identificar uma depressão pós-parto pode medicar, para que isso não tome vulto, não seja muito maior, e que o dano para aquela mulher e aquela criança não seja muito grande.”

Ao nos contar sobre sua prática, Marina parece refletir a respeito da dificuldade que sente para encaminhar as mães a um psicólogo ou psicanalista.

Percebe, no momento do encontro conosco, que está mais atenta ao momento certo para proceder ao encaminhamento, pois acredita que perdeu muitas pacientes porque as encaminhou em momentos pouco propícios.

Supomos que, mesmo em um profissional que possui recursos mais apurados de escuta e de observação da relação, como Marina, a entrevista serviu como forma de tomar contato com suas vivências, organizando, de certa forma, suas experiências. Parece-nos que Marina utiliza o encontro como espaço de reflexão sobre questões pertinentes ao tema, como sua posição a respeito do momento mais favorável para fazer um encaminhamento, objetivando não só a continuidade de seu atendimento, mas o tratamento especializado adequado.

A entrevistada mostrou-se extremamente sensível e afinada aos aspectos do mundo psíquico presente em todos nós, e perscrutado no contato dela com a dupla mãe-bebê, a qual compreende de forma abrangente.

É-nos fundamental ressaltar uma questão que Marina levanta: há falhas graves no diagnóstico da depressão puerperal. “Acho que é muito pouco diagnosticada, não acredito que só eu receba casos assim. As mães sofrem muito com isso e, conseqüentemente, os bebês.” Ela indica, de forma primorosa, como percebe, nesses casos de dificuldades de amamentação que costuma atender, sinais possíveis de depressão materna no filho anterior: “eu percebo que as mulheres de segundo filho – eu atendo no segundo filho, porque elas querem que dê mais certo – começam a contar o quanto choraram, o quanto sofreram, o quanto se sentiram sozinhas, o quanto ficaram com medo, que foram meses muito difíceis, que ficaram com medo do próximo filho: tudo isso me mostra que essa mulher teve um quadro de depressão puerperal. Eu vejo que, muito freqüentemente, numa segunda

vez, a mulher conta uma história muito complicada para ter sido uma história de complicaçãozinha por ter tido um bebê”.

Pensamos que a pediatra, além de ter recursos requintados de escuta e observação da mãe, do bebê e da relação entre eles, o que faz com que ela diagnostique esses transtornos de forma fidedigna, se vale também da especificidade da sua clínica: seu trabalho com dificuldades na amamentação propicia a detecção desses casos em maior número.

Laura – um encontro frutífero

Laura está formada em medicina há mais de vinte anos, é homeopata, e atende em consultório particular, com predomínio de pacientes oriundos de convênio médico. Indica uma frequência de cerca de 30% de casos de depressão materna entre as mães que recebe: relata que, de cada três bebês que chegam ao seu consultório, uma mãe desenvolve esse distúrbio.

Refere-se à questão de a depressão puerperal ser um aspecto preocupante em sua clínica: “é porque envolve todo o tratamento com a criança, porque, se a mãe não está bem, ela acaba interferindo no comportamento do bebê. E aí eu acho importante, o bebê vem para eu tratar e ela está com dificuldade de lidar com ele, de dar segurança. Geralmente elas querem abandonar os cuidados do bebê, na verdade estão tão voltadas para as questões delas, que acabam descuidando um pouco do cuidado com o bebê. Há comprometimento da amamentação. Tudo isso, então, para mim é muito importante, pois afeta o relacionamento mãe e filho”.

Colabora com o estudo relatando que, normalmente, é o bebê que chega para o tratamento, através de queixas de seus pais. Num primeiro momento, observa o que está ocorrendo com o bebê, e depois investiga o estado materno.

Os sinais no bebê, observados por ela freqüentemente, são: alteração de sono, irritação, choro excessivo. Laura alerta para um saber que atribui à medicina: um bebê que nasce sadio e tem seus horários de amamentação não apresentaria motivo algum para qualquer tipo de irritação. Complementando, diz que nos casos em que a mãe teve uma gestação normal, um parto normal ou uma cesária sem nenhuma intercorrência, em que tudo ocorreu bem, não faria sentido o bebê apresentar alterações dessa natureza.

“Tem bebê que não dorme, nem durante o dia; um bebê extremamente agitado, que solicita muito a mãe geralmente. A gente percebe que as mães que têm depressão pós-parto têm bebês que chamam muito a atenção delas. Então, para mim, a depressão aparece com todos esses sintomas – ainda mais na homeopatia, que valoriza toda essa parte, na qual a doença física vem sempre baseada num distúrbio emocional, comportamental, da mãe em relação ao bebê... Se a mãe não estiver bem, isso se reflete no bebê. No primeiro ano, o bebê ainda está ligado à mãe... O quanto ele se espelha no distúrbio dela.”

Interessante percebermos que a homeopatia e a psicanálise se tornam disciplinas, de certo modo, vizinhas nesse ponto; na integração do vértice emocional ao físico, e na observação do caráter intrínseco da relação mãe-bebê – como, por exemplo, no reconhecimento compartilhado do *status* da interferência materna no estado geral do bebê e na consideração de como ele reage a isso, de forma a usar seu corpo para comunicar algo. O homeopata, porém, não se debruçará sobre os

aspectos inconscientes presentes em todo fenômeno humano, os quais são privilegiados pela psicanálise.

A respeito dos sinais observáveis na mãe, a profissional cita: irritabilidade exacerbada, paciência diminuída nos cuidados dispensados ao filho, inadaptação à nova vida, choro, cansaço excessivo, desânimo, euforia e falta de motivação. Relata que a queixa mais freqüente das mães deprimidas é a falta de motivação para se levantar da cama pela manhã. Esse sintoma é o que mais preocupa a pediatra, pois leva a um acentuado retardo no vínculo com o bebê. Em relação à mudança que um bebê traz à vida da mãe e seu impacto, Laura esclarece: “a mãe trabalha, aí vem a licença, ela pára e vem aquela ‘coisa’ para cuidar. Eu não sei o que acontece, mas as mães vêm despreparadas para a maternidade. Não sabem o que fazer com o bebê. Aquela intuição de estar captando já logo nas primeiras semanas: é choro de sono, choro de fome, é fraldinha suja... Eu vejo que as mulheres estão muito despreparadas para a maternidade, e acho que isso as deprime”.

Com essa assertiva, a médica toca profundamente na questão das mudanças decorrentes do nascimento de um filho para a mulher, do ponto de vista de um discurso que tangencia aspectos internos das mães em geral, ao falar que a licença-maternidade exige da mulher que ela abra mais o espaço para viver intensamente a relação com o filho, e que o que essas mães encontram, em grande medida, é um estranho, um estrangeiro, uma “coisa”, não podendo utilizar seu estado peculiar para conectar-se com o bebê e vir a conhecê-lo.

A médica coloca o despreparo da mulher para a maternidade como causa e conseqüência da depressão materna, dada a grande responsabilidade que um filho

acarreta para toda a vida da mulher. Entende que o valor do trabalho, para a mulher, na atualidade, tem um peso acentuado, dificultando seu vínculo com a maternidade.

Pensamos que Laura se refere ao despreparo da mulher para a maternidade, fruto da atualidade, e, especialmente, ao nascimento do filho como algo que envolve uma grande responsabilidade, de que a mãe deprimida não pode dar conta, não só porque tem o trabalho para se preocupar, como porque, ao entrar em contato com a maternidade, supomos que se aproxima de sua mãe, identificando-se com ela e, quem sabe, resgatando sua relação de amor com ela, o que é capaz de provocar os mais intensos conflitos. Podemos interpretar, assim, o afastamento da mulher da maternidade como uma reação de defesa ante essas intensas vivências.

Geralmente, algumas mulheres que já são pacientes de Laura procuram-na se queixando: “fica muito difícil para elas a ambigüidade dos sintomas. É o meu filho, eu tenho que amar, mas eu não gosto, não quero, me enche, isso é chato. E aí fica aquela briga, psicologicamente é bem complicado... O arquétipo da mãe, que a mãe precisa sofrer no paraíso. Desde quando sofrer é bom? Essa é a frase mais absurda que existe. Você tem que ter uma relação boa com seu bebê, você tem que ter prazer, não sofrer no paraíso”.

Esta questão nos parece intrigante: a de uma dose de sofrimento estar presente na maternidade, desde as referências antigas de como se davam os partos e de como era freqüente a morte da mãe. Em alguns países, isso ainda parece ser uma realidade. Na frase acima, a médica enfatiza o valor da ambivalência de sentimentos presentes na maternidade, entre amor e ódio. E, na depressão, o que ficaria mais premente seria o ódio, o que faria a mãe sofrer. A fala de Laura nos remete ao que estaria em jogo na vivência da depressão materna: com a falta de

prazer no contato com o bebê, o sofrimento ocuparia o lugar do prazer; a mãe não pode tornar seu filho de estranho em conhecido, tampouco tomá-lo como motivo de júbilo, de regozijo materno.

A respeito dos procedimentos da homeopata ao detectar um transtorno depressivo, se é o bebê que aparece no discurso materno com algum sintoma, a médica tenta incluir a mãe, “cativá-la” para que ela tenha o seu momento. O tratamento homeopático, segundo ela, inclui a conversa, na qual ela tenta pontuar algumas questões, tirar algumas dúvidas, indica eventualmente uma terapia de apoio e receita medicamentos homeopáticos.

Laura relata que “grande parte dessas mulheres tiveram problemas com suas mães, e aí, na hora que vem o filho, acho que revivem, reatualizam, lembranças esquecidas acabam surgindo, repetem o modelo da mãe”. Essas mulheres tinham história prévia ou familiar de depressão. Ela menciona muitas mulheres deprimidas no puerpério que não desejavam o terceiro ou quarto filho.

Aparentemente, Laura não faz uma diferenciação mais fina entre a depressão materna e o baby-blues. Este, atribui a um aspecto de a mãe não ser mais o centro de atenções, com a “perda da barriga”, e relaciona à menor duração.

Laura mostrou-se muito conectada à dupla: investiga em cada um dos parceiros o que pode estar ocorrendo, levando em consideração a relação entre eles, e o mundo emocional, levantando uma hipótese sobre a causa atual da depressão materna.

Sentimos no encontro uma relação bastante frutífera, na qual a médica contribuiu com pontos importantes para a presente reflexão. Um deles foi a questão

de a depressão ser reflexo do despreparo da mulher para a maternidade nos dias atuais; a dificuldade de entrega, de doação da mulher para fazer seu filho viver.

Pedro – encontro com quem caminha na mesma direção

Pedro se formou em medicina há trinta anos. Atende em dois consultórios particulares, em bairros distintos de São Paulo, e trabalha numa universidade. É também homeopata. A respeito da incidência de depressão materna, informou ter atendido aproximadamente três casos graves com ideação suicida, e não conseguiu estimar o número de casos menos graves.

O pediatra nos conta uma longa história sobre sua escolha pela pediatria e, depois, pela homeopatia. Relata que quase optou pela psiquiatria geral, para tornar-se posteriormente ser psiquiatra infantil. No entanto, no terceiro ano da faculdade de medicina, iniciou um tratamento homeopático com um professor seu, e foi nesse momento que surgiu o interesse pela homeopatia. Acabou optando pela pediatria, a qual despertou seu interesse especial pelos bebês; e escolheu, subseqüentemente, fazer homeopatia. “Eu comecei a fazer pediatria... Fui me interessando pelos bebês, acabei ficando mais no berçário e, como a homeopatia tem um enfoque psicológico, ela me satisfaz, mais ou menos, a questão com a psicologia. Eu andei sempre perto do mundo psíquico. Na homeopatia tem escolas do jeito que eu faço; ela trata o ser humano como um todo, tem sempre a parte psicológica.”

Narrando como se processaram suas escolhas profissionais, foi nos comunicando por que lugares suas preocupações e interesses se encaminhavam. O

enfoque homeopático de integração dos aspectos físicos aos emocionais parece fazer parte de sua forma de pensar e trabalhar com o paciente.

Outro aspecto interessante de sua fala é a questão de como são feitas, inúmeras vezes, as escolhas profissionais. Pedro indica que sua opção pela homeopatia foi pautada em uma questão transferencial, com a qual sabemos que não basta ensinar ao outro conteúdos formais. O aprendizado apenas se realiza se, ao lado dos conteúdos ensinados, se estabelece uma relação frutífera com aquele que ensina. Assim, está vinculado a uma transmissão de conhecimentos somada à figura ou à pessoa de quem ensina, ou melhor, de quem se oferece para ser alvo de uma transferência; não só com o saber, mas através das características imaginárias de quem o transmite, para quem o recebe.

Sobre a depressão puerperal ser um fator de preocupação em sua clínica, Pedro relata que lhe dá grande atenção, pois muitas pessoas têm apresentado sintomas de depressão atualmente, e, quando ela aparece no pós-parto, aprofunda-se mais. Sua preocupação orienta-se para a relação mãe-bebê. “O vínculo com o sofrimento da mãe, o vínculo da mãe com o nenê, como o nenê vai reagir à depressão da mãe. Vou estar sempre tentando trabalhar... – eu gosto de Winnicott, então, estou sempre tentando ver o vínculo da mãe... não atrapalhar ele.”

O profissional nos conta em detalhes a forma como vai pesquisando, acompanhando a relação, para saber como está se estabelecendo o vínculo da mãe com o filho. Seu ponto de partida é o bebê: se ele está tranquilo, se mama, se vai conseguindo estabelecer horários – “se não tem nenhum problema de ficar enroscado, se resolve logo, se tem uma evolução *standard*. Quando as coisas começam a não sair nesse modelo, eu começo a prestar a atenção. Aí é o nenê que

não dorme, que tem cólica, que regurgita, que é apático; aí eu começo a pensar que pode ter problema na relação. Estou sempre pensando nele, eu trabalho a partir do bebê. Se o bebê não vai indo, ou começa a não ganhar peso, a mamada não sai tranqüila, é difícil pegar o peito...”.

Interessante pensar que o diagnóstico realizado por Pedro sugere um certo movimento, que caminha do estado apresentado pelo bebê para o estado da mãe: ele o descreve de forma a ilustrá-lo.

A partir da observação do bebê, ele observa o estado da mãe: “eu vou vendo a mãe, como ela está, se está mais triste, se está sem energia, se começa a chorar, começa a ter problemas com o marido, problema com o vínculo com o bebê. Muito cansaço, não consegue dar de mamar pro nenê, não consegue se motivar, acha que a vida está sem graça”.

O percurso feito pelo pediatra, quando detecta um ponto crítico, algo “enroscado” no bebê, é investigar como está a mãe, se apresenta alguma alteração, como ela se sente.

Pedro observa a díade e orienta a mãe a conversar com o bebê a partir do que ele mesmo faz com o bebê.

“O nenê não tem palavras, eu trabalho assim, como se a mãe fosse a palavra do nenê... Como é que eu faço? Eu converso com o nenê. Quando eu converso com o nenê, e o nenê responde, ela começa a se animar pra conversar... Eu estou falando muito para você, tento não falar para mãe, sabe?, vou tentando agir, vou mostrando como se pega o nenê, como não se deixa com o pescoço solto... Então,

estou sempre trabalhando com a idéia de que o nenê é esperto. Não é um ser que nasce do zero.”

O médico oferece seu saber à mãe, passa a funcionar como um modelo para ela, e, através da relação que estabelece com ela, transmite-lhe algo, favorecendo, quem sabe, sua confiança na figura do médico e, posteriormente, em si própria.

O pediatra relata que apresenta à mãe o livro de Marshall Klaus e Phyllis Klaus, *O surpreendente recém-nascido*, e trabalha com ela a partir da idéia de que o bebê é esperto. “Aí, então, eu vou ver; se a mãe não conseguir fazer é que eu vou ver como está a mãe. Vou tentando agir, aí, na medida em que eu consigo... eles começam a se animar.”

Ao ofertar às mães um espaço de acolhimento, Pedro lhes permite se sentirem mais seguras para criar um jeito próprio de cuidar de seus bebês.

Ele diz que, em sua experiência, pais e mães costumam comparecem às consultas e envolver-se nos cuidados com o bebê. Acredita que quem procura a homeopatia já busca uma certa qualidade.

Ao perceber sinais que indicam a possibilidade de a mãe estar deprimida, acompanha a dupla com maior frequência para saber como está se saindo, e como a mãe está evoluindo. “Eu vou acompanhando. Aí eu vejo o bebê mais vezes, dou uma desculpa de que o bebê não está ganhando peso, que é melhor pesar toda semana; enquanto isso, vou conversando e vendo se ela vai reagindo... Bom, pra ser sincero, acho que eu peguei um caso que era depressão já mais grave mesmo, de âmbito psiquiátrico”. Nesse caso, ele pediu aos pais que lhe telefonassem de dois em dois dias, para poder acompanhá-los de forma próxima.

Conjeturamos que esse acompanhamento oferecido implica um cuidado especial com a dupla, um olhar que pressupõe sua dúvida de poder haver algum problema, mas uma postura de quem “segue na mesma direção”, segundo suas palavras, amparando a mãe nesse momento peculiar. Essa afirmação nos fez lembrar como o médico se refere aos filhos de antigas pacientes suas que, agora, os trazem para o mesmo pediatra: ele se nomeia de avô.

“Com as outras mães, vou tentando dar o discurso. Vou trabalhando assim: que o nenê é cansativo, que ela gastou muita energia, que assim ela repõe a energia; falo que a depressão não é uma coisa necessariamente ruim, que pode ser uma entrada dentro dela, que essa entrada pode dar uma inspiração... Então, vou montar com ela uma teoria. No vínculo, como interfere no bebê...”

Pedro parece ter se inspirado no que Winnicott preconiza sobre o valor da depressão, um recolhimento necessário.

Quando detecta um caso de depressão materna, ele normalmente prescreve medicamentos homeopáticos; além disso, acompanha a mãe, mostrando-lhe que está se recolhendo, e tenta ver se não há nada de mais grave no estado materno, como é o caso das ideações suicidas, ou se a depressão tem antecedentes familiares. Quando percebe uma necessidade de compreender melhor alguma questão relativa ao que pode estar ocorrendo com a paciente, ele pede ajuda a dois colegas psicólogos, a fim de ter uma visão mais abrangente da situação: “eu pergunto para eles como tenho que fazer mais ou menos, porque eu não dou conta”. Algumas vezes, quando julga necessário, sugere à mãe a procura de um psicólogo.

Sobre o bebê, o pediatra refere que, quando começa a ficar muito apático, ele se põe mais atento. Considera os bebês normalmente “bonzinhos” – eles

normalmente brincam, e, se estão mais sérios, pode ser por efeito do estado particular em que a mãe se encontra.

Questionado sobre o possível efeito de a depressão materna ocasionar uma depressão no bebê, ele responde: “tem vários estilos de nenê; tem o nenê, por exemplo, que bota a boca no trombone, aí não tem clima para ficar deprimido. Chora, reclama”. Nos casos em que o bebê apresenta um sintoma por decorrência do distúrbio materno, Pedro diz que medica muito pouco; algumas vezes, prescreve medicamentos homeopáticos ou alopáticos, mas de forma pontual. “Agora eu tenho um caso assim. Ela veio e depois trouxe o bebê, porque o bebê era ‘chiador’. Eu vou cuidando dele, mas estou sempre perguntando dela. Na minha experiência, se ela se acertar, ele se acerta. Através dele, eu pego ela.”

Os sinais no bebê que mais o preocupam são: não se desenvolver, não ganhar peso ou não ganhar altura. “Não sei direito se eles podem vir, se têm dinheiro; eu acabo mandando ela vir sempre para eu dar uma olhada. Às vezes eu vou vinculando, vinculando... Tem nenê que passa dois meses assim, vem toda semana. Até que chega uma hora e parece que aí vai embora. Aí eu passo para a avaliação de segmento normal.”

Pedro acompanha a dupla de forma freqüente, até sentir que não há necessidade de continuar preocupado, pois mãe e bebê encontraram um determinado equilíbrio. A possibilidade materna de vincular-se ao médico parece caminhar lado-a-lado com sua capacidade de fortalecimento do vínculo com o bebê, tornando-o de estranho a conhecido, facilitada pela continência do primeiro.

“Vou mandando retornar, tenho que ver se está ganhando peso. Algumas mães têm um tipo de insegurança de que o leite materno não está funcionando. Elas

adoram vir pesar... Aí vou conversando, vendo como está. Agora, chega uma hora que parece que fecha o ciclo. Parece que engrenou. O nenê começa a ganhar peso, começa a fazer horário, começa a dormir, sabe? E aí parece que ‘sossega’.”

A função de acompanhante da dupla – de seguir na mesma direção – faz com que o pediatra encontre na insegurança materna uma deixa para poder estar junto da mãe com seu bebê nesse momento inicial difícil. Não será pela própria presença do médico que a situação entre eles “engrena”? Ao oferecer o que ele chama de “suporte pedagógico”, parece desempenhar uma função de avô.

Fala sobre a diferença de características da população que encontra nos dois consultórios em que atende. Em um deles, atende predominantemente uma população de classe média alta, composta de profissionais liberais, diretores e gerentes, pessoas que “já fizeram a vida. São mães velhas, com trinta ou trinta e cinco anos. Então, quando nasce o nenê, muda esse negócio, eles sentem... Primeiro, já vêm de famílias pequenas, então não sabem lidar direito com crianças. Aí tem que ensinar tudo, a fazer papinha, mamadeira... O nenê atrapalha muito esse pessoal, porque eles começam a querer, depois que nasce o bebê, voltar para aquela vida antiga de casados que iam toda noite em bar...”.

Pedro continua a contar a diferenciação que faz entre os dois grupos que atende: “no outro bairro, é um bairro mais tradicional, bairro de comerciantes, funcionários públicos. Então, as mães são mais jovens, elas se casam, não tem esse esquema daqui... É o nenê antigo. De uma família mais ou menos antiga... Com a maioria das mães dá para negociar, quando colocar o filho na escola... Com as outras, não: elas vão ter que pôr o nenê na creche rápido”.

Compreendemos que ele diferencia os dois grupos no que se refere ao preparo da mulher para a maternidade. No primeiro grupo, ele julga, as mulheres estão despreparadas para serem mães; o filho não é o único propósito de suas vidas – mesmo se muitíssimo importante, pode haver também sua carreira, seu casamento, seu lazer etc. Isso pode trazer mais conflitos a essa mulher, que, quando tem um filho, precisa não apenas forjar um espaço psíquico para sua chegada, mas também aprender a fazer papinha, trocar fraldas e realizar todas as atividades envolvidas com o cuidado do bebê – aprender, enfim, a ser mãe, no contato com ele, pois isso não está dado. Mas será que podemos entender que no outro grupo de mães isso está dado, e elas estão de fato mais preparadas? Sabemos da importância de levar em conta os aspectos sociais em questão; no entanto, o social não caminha sem os aspectos psíquicos intrínsecos a cada um.

Quando percebe que a paciente está demandando ainda mais a sua atenção, e quando os casos se prolongam, o pediatra a encaminha a um processo psicoterapêutico. Refere-se à sua clínica como sendo composta de pessoas mais elaboradas, que buscam algo pois já perceberam que precisam de ajuda.

Notamos em Pedro alguma dificuldade de fazer uma distinção mais evidente entre o que considera depressão pós-parto e o baby-blues. Entendemos que a separação que faz está ligada ao grau de depressão pós-parto: ou grave, com ideação suicida, ou mais leve.

O entrevistado debruça-se intensamente sobre a questão da formação pediátrica na atualidade, com a qual se mostra seriamente preocupado. “Não tem mais o pediatra que serve como uma pessoa que acolhe. A formação inteirinha é usada para a patologia. Eu fui treinado para ser assim, o meu professor de pediatria

era assim... Não eram medicamentos, a dieta; era a atitude dele que importava. (...) Eu estou preocupado com a formação pediátrica, porque ninguém sabe bem como fazer, como trabalhar isso. A medicina enfatiza a doença; muita gente acha que isso que eu faço é galinhagem... Você tem que fazer uma formação meio em zigue-zague.”

Pedro acentua a questão da formação desde o começo do encontro, quando nos conta com detalhes como se deu a escolha por sua área de atuação. É então que se afirma preocupado com a formação na pediatria, e recorda a postura profissional de seu professor, que o treinou. Ao levantar essas questões, fornecemos subsídios preciosos para pensarmos sobre a importância da formação e seus fundamentos.

Escutando-o, pudemos inferir a essencial importância da figura de seus professores para sua forma de pensar o paciente e a relação mãe-bebê e atuar no contexto do trabalho clínico. Pedro não foi o único profissional que nos indicou a relação determinante entre o pediatra e sua “linhagem universitária”: mesmo que o profissional tenha se formado há muitos anos, parece manter-se arraigado – tal como acontece com as primeiras identificações, no caso dos bebês – a uma vigorosa transferência que, supomos, se instalou, na época de aluno de medicina, com uma forma de saber e uma postura profissional capazes de favorecer um espaço de busca para a compreensão de alguns fenômenos. Pedro foi mais um dos médicos entrevistados que se beneficiou, incorporando-os em sua prática, dos conhecimentos advindos da psicanálise.

Interessante encontro, que só pôde se mostrar realmente claro e rico depois de alguma reflexão. Sua figura tem um aspecto de enigma, tal como sua forma de

falar – não o que diz, que nos pareceu extremamente familiar, mas seu jeito. Fala como um menino? Um pouco esquisito, curiosa impressão... No início da conversa, ele aparentava estar preocupado em fazer uma teoria do seu modo de atender a mãe e o bebê, a fim de dar-se a compreender; depois, portava-se como se dialogasse com um parceiro. A impressão que tivemos é que ele precisou “esticar” a entrevista para contar-nos sobre sua real preocupação com a formação dos pediatras, na qual o acompanhamos – caminhamos na mesma direção.

Clara – acolhimento e generosidade: substâncias do encontro

Clara é médica há mais de quinze anos; trabalha em consultório particular e numa unidade básica de saúde. Declara uma frequência de aproximadamente 10% de mães deprimidas em sua experiência clínica.

Sua preocupação com a depressão pós-parto partiu de uma vivência particular de uma pessoa, que desenvolveu um gravíssimo transtorno. Ela acredita que a família é sempre a última a saber: “todo mundo pode perceber, mas não ter consciência do que realmente poderia ser... Tem uma fase que a gente sabe que é normal. Todo mundo sabe disso. Nos primeiros dez dias, todo mundo fala ‘está sensível, frágil’, todo mundo entende socialmente e compreende. Mas a gente não sabe identificar como isso vai indo”.

O impacto dessa experiência fez com que Clara buscasse literatura referente ao tema e operasse, principalmente, uma mudança em seu olhar, pondo-se muito mais atenta e cuidadosa na relação com as mães de seus pacientes. Clara é veemente ao relatar que as mulheres não contam sobre possíveis episódios

depressivos que tiveram antes do parto, e que, geralmente, não se queixam de nenhum distúrbio ou incômodo no período puerperal, dificultando o diagnóstico médico. Apesar de não se queixarem espontaneamente, as mulheres demonstram que algo não caminha bem.

Para a médica, a ressonância de tal vivência pessoal fez com que desenvolvesse uma espécie de “lupa” para alguns fenômenos em sua experiência profissional, levando-a a uma mudança de postura, que, embora mais ativa diante das mães e das famílias, parece ser extremamente respeitosa.

Costuma escutar muito as mães, e abre espaço para que chorem; mas, quando os choros se tornam intensos – o que ela denomina “desabamentos” –, pergunta-lhes: “você está tendo pensamento triste, você está desanimada para cuidar do seu nenê, sem força, o seu bebê te incomoda?...”.

“Tem mães que são extremamente apaixonadas pelos seus filhos, sorriem muito; elas podem estar cansadas, mas tem uma coisa do vigor, da revitalização que o filho te traz, mesmo que você esteja com olheiras, mas traz. E tem outras que você fala uma frase assim: mãe, é melhor que você não atenda o telefone, não receba visita, estou achando você cansada, e, se você está cansada, você não consegue ter leite, precisa dormir. Ela fala que não consegue dormir. Você precisa dormir na hora que seu filho vai dormir, deitar, ponha as pernas para cima, leia uma revista, faça uma coisa bem fútil para a sua cabeça, uma coisa gostosa, ponha uma coisa na TV que te distraia, mude seus pensamentos... Quando a gente é mãe, a gente fica muito assim... A gente, como pediatra, faz o papel de cuidar da mãe.”

Clara aborda o imenso prazer que um encontro com o filho pode proporcionar, apesar de todo o investimento necessário, da demanda que um bebê traz à mãe ao

nascer e, eventualmente, nos casos da depressão materna, do impedimento de sentir prazer com aquele que gerou.

“Eu acho que a gente só vê os casos graves; quando a depressão é muito grave, dura mais tempo, dura mais anos... Se arrasta, mesmo sob tratamento. Eu acho que a gente fica muito tempo em dúvida, se perguntando se isso é normal ou não – esses pensamentos normais que todo mundo pode ter de tristeza, negação ou de alguma coisa assim.”

Ao falar sobre a preponderância do diagnóstico dos casos graves, temos a impressão de que apenas é possível ver o transtorno através do contraste – tal como acontece quando se colocam lado-a-lado duas cores, uma bem mais forte do que a outra, e uma “sobressai” à outra. Apesar da sensibilidade da médica, ela aponta reiteradamente para a dificuldade que o diagnóstico pressupõe.

Sobre os sinais norteadores na mãe, indicadores da possibilidade de estar passando por um estado de depressão pós-parto, Clara cita o choro, as reclamações, a sensibilidade exagerada e a apatia. Sobre outros sinais, queixas maternas sobre o bebê e na relação entre eles, comenta:

“Não é só a criança que fica doente toda hora, ou a criança que não ganha peso. Uma mãe que fala assim: ‘ele não dorme’, ou ‘ele não gosta de tomar banho’, ou ‘ele não gosta de tirar a roupa’; você pensa assim: é difícil um bebê que não gosta de tirar a roupa, é difícil um bebê que não gosta de tomar banho... Tem uma coisa da mãe. É difícil um nenê que não gosta de comer, que engasga muito. Não tem patologia, como ele engasga?, como que essa mãe dá comida e como é esse vínculo?, como é esse olhar?...”

A impressão que nos passa é a de que percorre um certo “caminho”, o qual vai do discurso materno a respeito do bebê, andando paralelamente a seus conhecimentos dos bebês em geral, até sua observação de um bebê específico, junto de e em relação a uma determinada mãe, num dado momento.

A respeito de sua preocupação com a depressão materna, a pediatra realça o âmbito de crise que o período puerperal pode representar:

“É uma fase muito normal de aparecerem coisas novas, mudanças, aflições, angústias. Aquela história de questionar o papel do pai, o papel da mãe, com todos seus sonhos, entrar em contato com suas histórias de vida, com tudo isso, o motivo é que tem muito mais depressão pós-parto do que a gente vê. E eu, como trabalho nessa área e tive experiência perto de mim, não consigo não olhar. Acredito que a gente vê muito pouco. A gente identifica pouco.”

Clara toca na especificidade da depressão materna; remete-se também, continuamente, à forma pela qual foi implacavelmente tocada pelo tema.

Em relação aos tempos atuais e ao desencadeamento da depressão materna, Clara contribui de forma apaixonante: “no mundo moderno da gente, a gente tem muita dificuldade de se curvar para a vida. Eu acho que, quando você tem um filho, você se curva... Você olha para seus filhos, olha para você, entra em contato com seu ventre, sua mãe, sua avó, sua história. Não tem como, e as pessoas estão com horror de se curvar. O mundo não pode... Você tem que ficar ereta, linda, maravilhosa... Tem que ir de desencontro ao curvar. Eu acho que a tendência é aumentarem os casos de depressão, porque as pessoas estão muito isoladas, as pessoas não estão aceitando que suas famílias venham cuidar delas, as mulheres

não conseguem achar que elas precisam. Eu não posso precisar de minha mãe. Eu sou uma mulher independente, trabalhadora, eu estudei... É um monte de coisa...”.

Parece lançar um novo argumento para a hipótese de que o incremento da depressão seja reflexo do mundo atual, mencionando essa tentativa das mulheres (dos humanos) de se defenderem do pungente desamparo, negando-o de alguma maneira, mas, de outra, precipitando-se a ele.

Clara destaca a função de um olhar mais cuidadoso do profissional, que visa não só integrar o paciente, levando em conta os aspectos físicos e emocionais, como a um favorecimento da integração da família, chamando os pais, avós e outros parentes a participarem do momento da consulta. Atribui essa postura não a uma iniciativa exclusivamente sua, mas ao grupo a que está vinculada, enfatizando que é esse um dos fatores que faz com que pertença a ele.

A respeito dos sinais indicativos que podem aparecer no bebê, a médica comenta os seguintes: não ganhar peso, ficar mais doente, apresentar choro excessivo ou dificuldade para dormir. Reitera o papel da mãe que fala “ele não gosta de algo”, como, por exemplo, quando a alimentação é introduzida. Relata que, ao dar comida para o bebê, a mãe tem que olhar no olho do filho, preparar o momento “com açúcar e com afeto”; percebe várias vezes, no entanto, que a mãe se “enrosca em alguma questão, na alimentação sólida, depende muito de sua criatividade, disponibilidade, da descoberta do paladar, do quanto é lúdico, do quanto é legal. Quanto à mamadeira, todo mundo pode dar. Uma mãe que não pára para comer – e a gente vê isso, mãe que fuma muito, bebe muito café, que é agitada... –, ao parar para comer, pode ter entrado em contato com alguma coisa muito difícil nesse momento”.

Sobre a amamentação, considera-a um momento privilegiado para olhar com mais atenção a mãe e o bebê, principalmente caso ela perceba que, nesse aspecto, há algo que não caminha de uma forma fluida.

Ao explicar como diferencia a depressão materna do baby-blues, Clara indica-nos que é através do tempo e da intensidade. Quando acompanha uma criança que não está ganhando peso, pede para a díade voltar várias vezes no primeiro mês; esses repetidos encontros com a mãe lhe dão um parâmetro da intensidade da angústia, das aflições e do choro da mãe.

Diz que apenas pensa nas duas manifestações clínicas descritas de forma separada em função de nosso questionamento. Na verdade, vê uma continuidade entre as duas: nos primeiros dez dias, não pergunta sobre o estado da mãe, pois acredita, que nesse momento, a mãe tenha que processar um excessivo volume de informações sobre o bebê. Ao acompanhá-la nas outras consultas, observa-lhe a situação global e pode concluir que alguns pontos chamam sua atenção, os quais passa a investigar de forma mais próxima.

Essa assertiva nos faz supor como pode ser difícil estabelecer clinicamente esse “ponto de corte” entre as duas manifestações, onde termina uma e começa a outra. Faz-nos lembrar uma outra afirmação sua, na qual relatava uma falta de nitidez quando há uma continuidade do estado de sensibilidade inicial – “a gente não sabe identificar como isso vai indo...”.

Clara discute com a família o estado materno, fazendo-o vir à tona para que tanto a mãe como a família possam reconhecer o que está acontecendo. Caso acolham esse estado, indica-lhes que pensem sobre o assunto e sugere uma nova

conversa, até perceber o momento de encaminhar a família para uma intervenção precoce na relação pais-bebê.

A pediatra demonstra ter uma sensibilidade capaz de acompanhar, com seu cuidadoso olhar, os movimentos maternos mais particulares em relação ao bebê. Traz em seu discurso sua maneira de perceber o mundo. Seu olhar profissional mescla-se íntima e consistentemente à sua forma de ser.

Clara se ofereceu ao encontro conosco de maneira acolhedora e extremamente generosa – “curvou-se” ao encontro. Sentimos um profundo bem-estar com a acolhida, e, ao final, ficou-nos a impressão de termos reencontrado uma antiga conhecida, a qual nos pediu para darmos notícia sobre o término do estudo.

13. Discussão geral

Tendo analisado cada entrevista individualmente tentaremos discutir aspectos comuns surgidos nessas reflexões, pretendemos formular hipóteses sobre como o tema depressão puerperal é significado, acolhido e trabalhado por estes profissionais; a que elementos dirigem sua escuta, qual a participação da formação pediátrica inicial e de que forma a psicologia e psicanálise podem colaborar para auxiliar neste processo de compreensão das questões relativas aos impactos da depressão puerperal na relação mãe-bebê e para o psiquismo incipiente do bebê.

O primeiro aspecto que destacaremos relaciona-se a como acolherem nossa solicitação de entrevista surpreendeu-nos, de maneira geral, o primeiro contato com os profissionais entrevistados. Em alguns casos, a acolhida foi extremamente agradável; não só se mostravam prontos a auxiliar no presente estudo, como ainda salientavam a importância da atenção aos aspectos relacionados à depressão materna no período puerperal. Outros profissionais enfatizaram a necessidade de um intercâmbio entre duas áreas distintas mas vizinhas, o saber relativo à pediatria e o saber oriundo da psicologia e da psicanálise.

É digna de nota a recusa de alguns profissionais, seja em função de dificuldades ou impossibilidades no agendamento de um horário para que a entrevista transcorresse, seja na desistência posterior ao próprio agendamento. Chamou nossa atenção o fato de que alguns profissionais sugeriram a procura de médicos ginecologistas, supostamente mais habilitados para fazer parte dessa pesquisa. No contato por telefone, um dos pediatras incluídos em nosso estudo frisou o fato de que era pediatra, como se houvesse um erro na nossa procura por ele. Todas essas peculiaridades no contato com os profissionais podem ser

pensadas para contribuir no valor intrínseco do estudo. De qualquer forma, esses encontros (e mesmo a falta deles) foram extremamente frutíferos, e geraram um campo fértil de experiência e reflexão.

O fato de alguns pediatras estranharem o convite para falarem sobre suas experiências a respeito do tema intrigou-nos sobremaneira. A essa inquietação, fizemos uma tentativa de dar um contorno, levantando algumas hipóteses formuladas a partir do que vivenciamos nessas situações e refletidas dentro do contexto maior do estudo.

Alguns comentários de pessoas ligadas a esses profissionais, de suas secretárias ou até mesmo deles próprios deixavam uma impressão singular: era como se eles não tivessem nada a ver com o assunto em questão, e havia até a sugestão de uma certa inadequação nossa ao pedirmos seu depoimento. Após vários contatos malogrados, a secretária de um dos profissionais procurados nos informou que lhe havia passado o recado em todas as ocasiões que telefonamos, e nos confidenciou que, em uma de nossas últimas tentativas, ele a perguntou o que será que queríamos dele.

A frase citada – o que será que queríamos dele? – lançou-nos a uma tentativa de entender o seu sentido. Ela parece apontar para uma impossibilidade de o pediatra saber, “por seus próprios ouvidos”, a resposta, sugerindo uma determinada resistência ao encontro com um não-saber, e sendo mascarada, portanto, por sua inacessibilidade ao contato. Esse não-saber se relaciona provavelmente ao tema pelo qual o convidamos a falar, pois, se ele sentisse ter-lhe um livre acesso, não nos parece fazer sentido que temesse o contato.

Um outro profissional a que telefonamos pediu, depois, o adiamento da entrevista, pois estava assoberbado com seus deveres clínicos e acadêmicos.

Solicitou que ligássemos novamente em outra data, não muito distante – o que fizemos mais de uma vez, sempre sem sucesso. Perguntamos a sua secretária lhe havia passado o recado, e ela disse que sim. Pensamos: será a recusa ao contato apenas fruto de suas atividades profissionais, da correria de um profissional tarimbado em sua área de atuação? Haveria alguma ligação com o tema? Estaria vinculada à impossibilidade de refletir sobre sua prática clínica em relação ao tema proposto? Ele não teria nada a dizer? Não sabemos as respostas a esses questionamentos, mas tivemos a impressão de que ele apenas concordou em nos conceder a entrevista para não ser rude com a mãe de um paciente seu, que o indicara para fazer parte deste estudo.

Em outras situações, o contato da pesquisadora não foi possível nem ao menos com a secretária do profissional. Em algumas oportunidades, pedíamos à pessoa conhecida do médico que fizesse uma ligação inicial, para, posteriormente, com sua permissão, ligarmos, e contarmos brevemente a respeito do estudo, e só então marcarmos um horário para o encontro. Na verdade, em alguns momentos, os pediatras sugeriram a procura por colegas de uma outra especialidade, como referido.

Refletindo sobre esses percalços com alguns profissionais, demos conta da dificuldade de integrar essas duas áreas do conhecimento, a psicologia e a pediatria, áreas que, a nosso ver, teriam muito a conversar.

Vejamos, então, o que as conversas realizadas permitiram pensar sobre essa articulação.

Um grupo de profissionais – também bastante atarefados e influentes em sua área – mostrou-se muito solícito para o agendamento das entrevistas.

Em um primeiro momento do estudo, sentimos esses profissionais, de uma maneira geral, intensamente envolvidos com o assunto proposto e claramente dispostos ao consentimento da entrevista, no transcorrer da qual demonstraram possuir um olhar bastante apurado para as manifestações da depressão materna. Ao mesmo tempo, sentíamos que os encontros eram muito agradáveis e, de certa forma, familiares, pois havíamos tido a oportunidade de encontrar na literatura várias questões que os médicos nos colocaram, ou partilhávamos de uma compreensão semelhante; além disso, em outros pontos, deram uma contribuição singular à discussão e ao desenvolvimento do tema. Por outro lado, percebíamos que as idéias, as posturas e a forma de ver o mundo desses pediatras não podia ser considerada representativa de um universo maior de profissionais. O que nos fez procurar outros profissionais, vindos de grupos distintos, para evitar um viés na pesquisa, levando a resultados não fidedignos. Dividimos a amostra, para fins didáticos e facilitadores, em dois grupos distintos. Um grupo compreende aqueles pediatras a quem denominamos “parceiros”, e o outro, os que chamamos de “observadores carentes”. Sabemos que todo agrupamento tende a reduzir um pouco a individualidade de seus participantes; mas, de maneira a facilitar a exposição, optamos por essa forma de apresentação, para ao longo desta tentarmos demarcar semelhanças e diferenças.

Sobre a escolha dos entrevistados, nos casos em que recorremos a indicações de pessoas conhecidas, um dos pontos de destaque foi o fato de que, indagadas sobre o pediatra de seus filhos, davam exclusivamente referências muito favoráveis, quase “apaixonadas”, sobre eles. Pensamos ser essa peculiaridade um dado de grande valor, pois pode indicar uma prerrogativa da relação entre pais e

pediatra, a qual foi comprovada através dos achados e de nossas reflexões a partir dos encontros.

Como dissemos na apresentação deste estudo, acreditávamos no papel central que o pediatra assume no contato contínuo com o bebê e a mãe nos primeiros tempos de vida, e isso nos fez pensar na importância desse profissional na detecção de casos de mães deprimidas no período puerperal, também destacada pela literatura (CRESPIN, 2004; CABASSÚ, 1999; BRUM, 2006), que aponta a função fundamental dos médicos na detecção de sinais para uma prevenção dos distúrbios relacionais precoces. Uma vez que a intervenção mais precoce possível pode ser capaz de minorar ou até mesmo interromper uma evolução problemática, prevenindo ou minimizando o dano e o profundo sofrimento que acometem tanto a mãe quanto o bebê e podem repercutir ao longo de toda a vida, o pediatra se torna um importante auxiliar.

Ao longo dos encontros, encontramos um paradoxo: são esses profissionais os responsáveis pelo diagnóstico, mas não têm, em nenhum momento de suas formações universitárias, uma atenção dada ao transtorno, suas reverberações e a importância do diagnóstico. Alguns pediatras do grupo dos “parceiros” atribuíram sua aproximação ao tema por uma necessidade absoluta demandada pelo trabalho clínico; outros tomaram contato com ele via experiências em suas vidas particulares, seja por uma vivência pessoal, advinda do estado de fragilidade da depressão considerada “normal” – do baby-blues (SZEJER E STEWART, 1997), seja por experiências de pessoas próximas, as quais desenvolveram estados considerados graves. Os fatos referidos fizeram com que os profissionais passassem a dar uma atenção mais cuidadosa ao tema no exercício de sua profissão.

De acordo com os depoimentos, parece-nos alarmante a questão da formação pediátrica, que aparentemente não fornece instrumentos para a detecção dessa patologia e a compreensão de seus possíveis impactos para o bebê e sua mãe. Alguns médicos explicitaram que a detecção desses quadros exige uma postura de atenção e sensibilidade às manifestações da díade e ao que julgam ser suas alterações. A maior parte deles indicou que a depressão não aparece no discurso materno como uma queixa espontânea, o que faz com que os profissionais mais sensíveis saiam à busca de estabelecer pontos norteadores ou sinais que julgam fundamentais no diagnóstico. Essa constatação nos sugeriu que eles precisam estar também, de certa forma, conectados sensivelmente às mães e seus bebês, tal como a mãe “saudável” se põe após dar à luz um filho.

Encontramos, em nossa amostra, sujeitos do grupo dos “parceiros” que se mostram intimamente atentos ao estado materno, ao bebê, e profundamente às relações entre ambos, preocupando-se não só com os aspectos físicos mas também com as manifestações emocionais e suas relações recíprocas. A implicação de uma escuta e um olhar cuidadosos, com a consideração do mundo psíquico, torna-os capazes de perscrutar sinais indicativos para além do choro e do que parece ser mais evidente a “olho nu”. Em alguns casos, os pediatras conseguem captar a qualidade dos cuidados dispensados ao bebê e as sutilezas referentes às diferentes formas de apresentação que a depressão puerperal pode assumir. Alguns enfatizaram o caráter preocupante de uma das formas da depressão, citada como manifestação ansiosa, na qual a mãe oferece os cuidados ao bebê, mas de maneira mecânica, desprovida de prazer, e sem a presença de uma captação mais fina dos sinais do recém-nascido, mostrando uma determinada desconexão com ele (GREEN, 1988; MAZET E STOLERU, 1990; KREISLER, 1999; GOLSE, 2003). Essa

característica nos fez pensar na ausência ou num prejuízo da sensibilidade, característica da preocupação materna primária (WINNICOTT, 1956). Essa forma de manifestação da depressão preocupa seriamente os profissionais que a descreveram porque seu diagnóstico fica dificultado e mascarado por esses cuidados automatizados. Esses achados da pesquisa foram anteriormente destacados no levantamento bibliográfico realizado acerca do tema, dentre cujos autores destacamos Green (1988), que, com o conhecido “complexo da mãe morta”, introduziu o tema das ressonâncias da “presença ausente” e de uma presença física e concreta da mãe que está psiquicamente ausente para seu filho. Outros autores alertam para a característica fugidia dessa manifestação, destacando-se a contribuição da psicossomática ao descrever a depressão essencial (MARTY, 1968 apud KREISLER, 1999), que consideramos de importância fundamental.

A questão envolvida no diagnóstico é bastante complexa, e contempla uma série de elementos que, a todo momento, carecem de diferenciação. Helena, pediatra do grupo “parceiros”, apontou para isso, dizendo existir uma linha tênue entre a sensibilidade normal característica do baby-blues e o estado de depressão propriamente dito. Sofia distinguiu com o mesmo termo a depressão materna com característica ansiosa e o estado normal da mãe, uma vez que os cuidados, nesta, não são extintos. Clara ainda alerta para uma dificuldade de todos, incluindo a família, em discernir um prolongamento do estado frágil da mulher de um outro quadro. Isso nos leva a pensar na importância de se estabelecer um “ponto de corte” entre os dois estados, favorecendo uma melhora na detecção de distúrbios mais sérios.

Uma contribuição de Sofia e Rafael despertou-nos um grande interesse, uma vez que não foi significativa na literatura pesquisada, e abre um leque maior de

preocupações. Lembram que o baby-blues pode ser um estado gerador de sofrimento e angústia à mulher por causa de uma idealização da maternidade em nossa cultura, que não permite à mãe manifestar sentimentos ambivalentes em relação ao nascimento – fator que, sabemos, pode atuar como um dos determinantes para estados depressivos. Sofia alerta-nos que percebe em sua experiência clínica que o baby-blues pode ter uma duração maior do que alguns dias, como descrito na literatura (SZEJER e STEWART, 1997), o que levaria possivelmente a uma maior dificuldade diagnóstica, pois o tempo e a intensidade são os parâmetros usados pelos profissionais para diferenciar os dois estados.

Supomos que as falhas encontradas no diagnóstico materno, algumas ancoradas na literatura e citadas por alguns integrantes do grupo denominado “parceiros”, podem ser compreendidas a partir de três vértices básicos. O primeiro decorre de uma característica particular do distúrbio: ele toma diversas formas ao se manifestar, variando de estados mais introspectivos – cujos representantes máximos são a tristeza, o desânimo, o choro e a incapacidade de sentir prazer com os cuidados oferecidos ao filho (BLEICHMAR, H., 1983) – a uma forma ansiosa, na qual a mãe parece desconectada da relação com o bebê. O segundo fator importante é assumido pela falta de queixas espontâneas da mãe que possam aludir a sintomas depressivos, o que torna premente ao profissional investigar com atenção os sinais trazidos pelo estado materno, pelo bebê e pela relação – intuir que algo não caminha bem com a díade exige, como dissemos, uma capacidade de observação acurada e, além disso, destacamos, devidamente treinada. O terceiro eixo pode ser designado pelas falhas dessa qualidade observadora, que pensamos serem, de modo geral, significativas no grupo dos “observadores carentes”.

Sucintamente, as falhas gerais encontradas nos profissionais desse último grupo sugerem sua dificuldade para diagnosticar o fenômeno, e são exemplificadas por uma escuta pouco sensível e impossibilitada de considerar o aspecto psíquico da experiência mãe-bebê, refletindo-se numa incapacidade de entender as filigranas da relação primordial, de cuja importância podem assumir uma forma emblemática as noções de desamparo, proposta por Freud (1930/1980), e unidade mãe-bebê, preconizada por Winnicott (1960/2000). Os pediatras desse grupo parecem não contar com um conhecimento elucidativo sobre as competências do bebê e sobre como ele pode responder à interação com o outro. Acreditamos que, levando esses elementos em consideração, os pediatras poderiam dispor de mais instrumentos para aprimorar sua capacidade de ancorar um desenvolvimento saudável da criança. O estado materno sensível e frágil, característico do período puerperal, nomeado de preocupação materna primária por Winnicott (1956/2000), não pode ser identificado por esse grupo de médicos: eles se referem apenas a um fator de inexperiência em cuidar de um recém-nascido. Falas como essa nos levam a crer que tais profissionais não consideram a utilidade dessa capacidade de identificação da mãe com seu bebê como um recurso para enfrentar essa inexperiência, e não acolhem as angústias maternas – talvez, pelo contrário, as inundem com preceitos técnicos que, por vezes, inibem a comunicação mais íntima da díade. Não contam, tampouco, com o saber relativo à fragilidade psíquica no pós-parto e a como ela se manifesta através do estado denominado baby-blues (SZEJER e STEWART, 1997). O sintoma que mais mencionaram foi o choro: não percebem as outras manifestações que a depressão pode tomar e, dessa forma, sua capacidade diagnóstica fica bastante prejudicada.

Dentro desse grupo, Jamile e Mauro acentuam em suas falas manifestas o importante caráter que a “conversa com as pacientes” assume em suas experiências clínicas. Contudo, ao refletirmos sobre como elas se dão, parecem carentes de significados próprios de uma conversa entre dois participantes: as orientações são dadas na forma de “verdades absolutas”, ou “regras inquestionáveis”. Eles parecem destituídos de uma verdadeira escuta, na qual até mesmo as orientações podem ser transmitidas de maneira continente.

Supomos que Renata, uma das integrantes desse mesmo grupo, encara sua tarefa profissional com um rigor disciplinar que a impossibilita de se portar íntegra e verdadeiramente presente no contato com seus pacientes – que dirá de observar os detalhes intrínsecos da relação mãe-filho. Essa entrevista foi preciosa, por reiterar o valor que determinados encontros com os temas da psicologia podem assumir para os profissionais da pediatria. Renata, ao manifestar sua intenção de continuar o diálogo, pôde mostrar de alguma forma que foi “tocada” pela interação, entrando em contato com elementos que faltavam em sua clínica e apontando para a possibilidade de uma transformação de sua rígida postura.

Nesse grupo, o relato de Amanda nos alertou para um ponto intrigante: a manifestação severa da patologia, que pode ser observada, apenas a partir de sinais “gritantes”. Percebemos que, quanto mais grave se apresenta o quadro, mais claramente se pode perceber, tamanho o impacto sentido pelos profissionais.

Outra questão trazida, dessa vez por uma pessoa do grupo de “parceiros”. Beatriz acredita na nitidez que a depressão pós-parto pode ter, o que muito nos surpreendeu, uma vez que todos os achados na literatura e nos depoimentos colhidos destacam como uma espécie de característica decisiva da depressão

puerperal a de ser fugidia, não clara, e nem facilmente detectável. Alguns autores qualificam seu caráter de “mascarado”, disfarçado por outras manifestações, tais como os sofrimentos somáticos, e pela astenia, uma certa fragilidade orgânica (KREISLER, 1999; GOLSE, 2003), bem como pelo aspecto desconectado que a mãe assume ao cuidar do bebê, sugerindo cuidados mecânicos (GREEN, 1988; MAZET E STOLERU, 1990; KREISLER, 1999; GOLSE, 2003), o que aponta para a caracterização da depressão essencial (MARTY, P., 1968, apud KREISLER, 1999). Adicionada a esses dados, intrigou-nos profundamente a assertiva da pediatra, pois, apesar de falar manifestamente da nitidez do estado, ela relatou ter atendido apenas três casos durante quase trinta anos de profissão, sendo que em grande parte dessa experiência atende uma demanda imensa em uma UBS. Não nos parece clara a razão de tal paradoxo.

No decorrer do trabalho – principalmente depois de ter encontrado pediatras desprovidos de recursos para fazer as sensíveis diferenciações entre os estados e, sobretudo, de instrumentos pertinentes ao uso de uma escuta e de um olhar voltados à dupla em relação, pressupondo e levando em conta os aspectos psíquicos apropriados –, pensamos em quão desamparados podem estar, ainda mais, os integrantes do par mãe-bebê. Alguns estudos e muitos pediatras “parceiros” também salientam que o apoio de um terceiro pode ser essencial para barrar, de certo modo, o avanço e os efeitos da depressão materna; sabemos que essa figura pode ser representada pelo pai, oferecendo cuidados substitutos ao bebê e possibilitando o amparo à mãe. A família extensa pode ser também considerada de grande valia, auxiliando na oferta de cuidados à mãe e ao bebê. Outro fator que merece nota é a possibilidade de a família disparar o alerta quando percebe que algo não vai bem com a puérpera. Esse terceiro pode vir a ser – e, em nossa

opinião, deveria ser – a figura privilegiada do profissional que atende a mãe e o bebê no início da vida.

Todos esses fatores levam-nos a discutir a importância da formação pediátrica, a base que deveria ser responsável por fornecer instrumentos e transmitir elementos norteadores para o aprendizado sobre a depressão materna no período puerperal, seus efeitos no desenvolvimento da relação mãe-bebê e seu impacto nos alicerces constitutivos do psiquismo infantil.

Contrariamente ao que consideramos essencial na formação do pediatra, vimos que a unanimidade dos profissionais abordados referiram que a discussão do tema e o treinamento para conhecê-lo por intermédio da prática não fazem parte do campo da formação pediátrica, com exceção de duas médicas, preceptoras de residentes, que dizem testemunhar uma ligeira mudança na formação atual. Inferimos tratar-se de resultado de suas posições e posturas clínicas diferenciadas, numa universidade e num grupo específicos, que têm como prerrogativa o aspecto mais integral da formação médica.

Diante dessa questão, há que destacar o papel preponderante que os conhecimentos da psicanálise poderiam desempenhar na compreensão mais abrangente não só da especificidade dessa patologia, mas de seu espectro maior, levando em conta a especial relação que um bebê tem com sua mãe ao nascer e que esta, por sua vez, tem com ele, ao dispor de seu mundo psíquico como matéria-prima para abastecer o filho com os cuidados dispensados tanto no nível físico quanto no psíquico.

Constatamos a marcante contribuição operada pela psicanálise em relação a alguns pediatras de nossa amostra, possibilitando-lhes abarcar em sua atitude

clínica uma qualidade diferenciada de fenômenos, a partir da integração de pontos privilegiados pela teoria e pelas práticas analíticas a seus conhecimentos em pediatria. Grande parte dos médicos que se mostraram mais sensíveis ao contato com a mãe e o bebê, valorizando o aspecto primordial dessa relação, se beneficiaram, em algum momento de suas vidas, dos subsídios ofertados pela psicanálise, seja por um processo pessoal analítico, seja por uma formação complementar com uma certa profundidade e continuidade, seja na realização de um curso especificamente voltado a pediatras ou, ainda, de estudos mais solitários acerca da disciplina, com intuito de utilização em sua prática médica.

Essas constatações provam que a psicanálise pode ser decisiva para uma formação criteriosa de profissionais que lidam constantemente em suas clínicas com sinais e manifestações de distúrbios, como é o caso da depressão pós-parto, a fim de olhar os fenômenos humanos encerrados em seus consultórios com um olhar mais refinado e ofertar muitas vezes uma possibilidade de intervenção capaz de mudar o traçado que os sujeitos vão tomar. Parece necessário citar a função de acolhimento que o pediatra pode assumir, habilitando-se a barrar, com sua atenção sensível, algumas manifestações; no entanto, em casos nos quais a inserção da vida psíquica dos pais se faz de modo a comprometer intensamente suas funções, resta ao profissional um alcance limitado a eles, sendo necessário o encaminhamento a outro profissional mais especializado. Entendemos, assim, que é de grande valia a Psicanálise capacitar os pediatras e outros profissionais envolvidos com o atendimento materno e do bebê.

Pensamos ser de capital importância introduzir um aspecto que julgamos um complicador para um intercâmbio entre a psicanálise e as outras áreas do conhecimento: sua característica de se encapsular em certos “guetos”, dificultando o

trânsito maior entre as diferentes disciplinas, que poderia promover grande avanço e uma contribuição efetiva para a vida de todos. Esse ponto foi lembrado na entrevista que Sofia nos concedeu: ao nos agradecer pelo encontro, falou sobre o valor da troca ocorrida, mencionando a necessidade de esses intercâmbios acontecerem mais continuamente.

Outro aspecto interessante que marca algumas das falas é a questão de como são feitas, inúmeras vezes, as escolhas profissionais. Pedro indica que sua opção pela homeopatia foi pautada por uma questão transferencial, levantando a reflexão sobre um elemento que marca nossas escolhas profissionais – a relação transferencial com nossos mestres. O aprender apenas pode se dar quando, somada aos conteúdos ensinados, se estabelece uma relação frutífera com aquele que ensina. Assim, o aprender está vinculado a uma transmissão de conhecimentos, somada à figura ou à pessoa de quem ensina, ou melhor, de quem se oferece para ser alvo de uma transferência; não só com o saber, mas através das características imaginárias de quem o transmite, para quem os recebe.

Assim, julgamos essencial, na formação também dos pediatras, a importância da figura de seus professores, para estimular sua forma de pensar sobre o paciente ou sobre a relação mãe-bebê e seu modo de atuar no contexto do trabalho clínico. Pedro não foi o único profissional que nos indicou a relação privilegiada entre o pediatra e sua “linhagem universitária”: mesmo quando formados há muitos anos, parecem manter-se arraigados – tal como ocorre com as primeiras identificações, no caso dos bebês –; isso se deve, supomos, a uma vigorosa transferência instalada, na época de aluno de medicina, como uma forma de saber e uma postura profissional, as quais devem favorecer um espaço de busca para a compreensão de alguns fenômenos.

Vários dos entrevistados indicaram a necessidade de um vínculo privilegiado entre o pediatra e a família, o que nos sugere ser a base da confiança que os pais, e particularmente a mãe, precisam desenvolver com a pessoa do médico, que cuida de seu filho. O cuidado dispensado pelo pediatra não se dedica apenas ao corpo da criança: ao longo das entrevistas, ficaram claras as outras atribuições que o pediatra pode vir a ter. Alguns deles sugeriram que suas “presenças”, sentidas como verdadeiras e sensíveis no contato com o outro, são capazes de promover um bom vínculo, oferecendo-se, em algumas situações, como modelo de cuidador a ser seguido pela mãe que se encontra no início do exercício de sua maternidade, ou mesmo por aquela que já tem filhos mas está, novamente, desamparada no contato com seu bebê. Ao portar-se com sensibilidade aos aspectos do mundo psíquico e atribuir o devido valor à relação mãe-bebê, o profissional tende a ser mais continente às angústias da mãe, ofertando-lhe um suporte em sua relação com o bebê, indicando-lhe um cuidado prestimoso e bastante útil no decorrer do período vulnerável em que se encontra.

A capacidade de levar em conta que o ambiente é fundamento tanto da existência física quanto de seu correlato psíquico, contribuição freudiana aprofundada por Winnicott e Bion, conforme discutido no segundo capítulo, faz com que o médico não dê apenas orientações ou informações vazias – tais como observamos repetidamente em outros pediatras, muitas vezes através de fórmulas prontas, regras a serem seguidas, desprovidas de uma qualidade asseguradora e continente, capaz de fornecer amparo. Supomos que o contato munido por essas qualidades, oferecido pelo médico à mãe, fornece uma sustentação, um certo holding – variação daquele que ela mesma pode ser capaz de oferecer ao filho, caso tenha oportunidade de desenvolver com sucesso o estado de preocupação materna

primária, que Winnicott caracterizou como uma sensibilidade materna exacerbada, fruto do mecanismo de regressão, iniciado durante a gravidez, que a torna capaz de se identificar com seu bebê, entrando numa sintonia fina com ele e habilitando-se a oferecer o que ele necessita no momento adequado.

A possibilidade parcial ou a impossibilidade de a mãe entrar nesse estado sensível é perceptível a partir de uma certa desconexão entre a mãe e o bebê, a qual pode ser atribuída à presença da depressão materna. Observamos esse fator a partir de alguns depoimentos de profissionais durante a pesquisa: um deles aponta como um dos principais indícios a ocasião em que a mãe não consegue identificar os sinais que o filho lhe dá. Isso pode ser considerado, como algo comum a todas as mães, tal o caráter de estrangeiro que o filho assume logo após seu nascimento; depois de algum tempo de convivência, ele deixa de ter esse estatuto, dada a conexão íntima entre os dois, proporcionada pela mãe em condições psíquicas adequadas.

Os pediatras mais continentais, de um modo geral, mostram-se mais aptos à detecção de sinais da presença de depressão materna: fazem uma hipótese, um caminho possível para encontrar esses sinais. Ao depararem com algo que lhes chama a atenção, muitos deles fazem acompanhamentos mais freqüentes da dupla, até chegarem à conclusão. Caso a resposta seja afirmativa, seus procedimentos são diversos, incluindo desde a prescrição de medicamentos antidepressivos, no caso de médicos alopatas, e de medicamentos homeopáticos, até o encaminhamento a profissionais, psicólogos ou psiquiatras – estes últimos são procurados, geralmente, quando os sintomas percebidos são muito graves, sobretudo casos que envolvem ideias suicidas.

Helena e Pedro discutem o fato de que todo bebê será afetado pela depressão materna de maneira inexorável. Helena percebe que o bebê pode reagir relativamente bem quando o pai ou a família extensa apóia a mãe nos cuidados, oferecendo elementos indispensáveis para que o bebê possa seguir o rumo de seu desenvolvimento. Esta afirmação está apoiada na literatura relativa ao tema, a partir de Golse (2003): não podemos atribuir à possibilidade de o bebê se deprimir como efeito direto da depressão de sua mãe, uma vez que se deve considerar a causa como algo multifatorial, citando o mesmo exemplo observado por Helena. Pedro oferece um olhar diferente à essa questão: ao falar sobre a apatia do bebê, não liga diretamente esse comportamento ao possível desenvolvimento de uma depressão; para ele, alguns podem ficar menos ativos, enquanto outros “colocam a boca no mundo”. Assim, entendemos que, tal como encontrado na literatura, as manifestações do bebê diante do estado materno depressivo são diversas: abarcam desde a possível depressão até uma vigorosa reação, com os recursos com que conta nesse momento, de modo a fazer com que sua mãe retome o contato, servindo-lhe como alento (WINNICOTT, 1948/2000; GREEN, 1988; STERN, 1997; BOUKOBZA, 2000; ATEM, 2003; LANOUZIERE apud GOLSE, 2003).

Um outro ponto chave que alguns médicos levantaram, principalmente aqueles que atendem via convênios ou trabalham nos serviços de saúde pública, foi a dificuldade de encaminhamento especializado para psicólogos e psiquiatras em casos que haja necessidade de uma avaliação e um tratamento por parte desses profissionais. Essa questão torna-se responsável por um grande impacto no contexto maior da saúde da população em geral, pois nada adianta uma melhor detecção de distúrbios precoces no vínculo mãe-bebê, nem tampouco um

diagnóstico mais apurado a respeito da depressão materna, se não houver um tratamento eficaz desses estados.

Concordamos com uma pediatra do grupo “parceiros” que menciona a importância do desenvolvimento de políticas públicas de saúde voltadas à criação de uma rede de proteção maior, oferecida à gestante e à puérpera, com o intuito de promover um cuidado mais integral e contundente, para amparar a mulher na delicada tarefa de esperar, ter e cuidar de um filho, dado o caráter de grande vulto que esses processos encerram para a saúde global, tanto do pequeno ser, quanto de sua mãe.

Notamos que algumas palavras se repetiram insistentemente ao longo dos encontros. Destacamos como mais representativas a *inexperiência* e o *despreparo*. Alguns profissionais acreditam que as mães de hoje estão *despreparadas* para ter um filho. Para muitos, essa é a etiologia da depressão puerperal na atualidade. Alguns pensam que isso se faz presente em virtude do menor número de filhos que as mulheres estão tendo, não proporcionando na infância, experiências nas quais aprenderiam a “tarefa materna de cuidar”. Outros acreditam que a mulher tem estado muito sobrecarregada, muito exigida pelas várias funções assumidas e, principalmente, porque o trabalho se tornou uma tarefa mais valorizada, na qual a mulher se sente mais impelida a concentrar seus intensos investimentos, deixando de lado a maternidade. Uma pediatra salientou o aspecto marcadamente narcísico da sociedade atual – as mães “não se curvam à vida”, contrapondo-se ao que a maternidade exigiria, justamente a capacidade materna de investir seu próprio narcisismo no filho, fazendo transvasá-lo ele, tal como descreve Silvia Bleichmar. (1994). As mães reagiriam ao *despreparo para a maternidade* por sua face mais aparente, a da *inexperiência*, agindo de maneira tal como as caracteriza uma frase

popular muito usada em relação às mães de primeiro filho – “marinheiras de primeira viagem”, que tem, em muitas oportunidades, um acentuado valor pejorativo.

Alguns pediatras referem-se à *inexperiência* como se fosse um sinônimo do estado caracterizado por baby-blues (SZEJER e STEWART, 1997). Um deles cita a *inexperiência* como se fosse obrigatório a toda mulher saber, logo após dar à luz, o que deve proporcionar ao bebê e como fazê-lo. Essa fala parece traduzir o aspecto claramente idealizado que se atribui à maternidade em nossa cultura, em que se toma como verdade que a mulher precisa estar *preparada* para a maternidade, ou melhor, *pronta* para ter um filho e, no momento seguinte, saber cuidar, oferecer exatamente o que ele está demandando, não se podendo revelar o lado mais oculto que o *despreparo* e a *inexperiência* mascaram.

O depoimento de Sofia ressalta a importância que assumem às mães, normalmente, as reverberações do baby-blues – entre as quais cita a angústia, que acomete a mãe ao se ver despreparada para lidar com os sentimentos ambíguos desencadeados pela vinda do bebê.

A insegurança e o despreparo não nos parecem apenas reflexos da falta de experiência em ofertar ao filho cuidados operacionais, como trocar, saber porque o bebê chora, oferecer alimento, acalmá-lo, ou, depois, aprender a fazer papinha, como foi comentado por um pediatra. Pensamos que o despreparo está ligado à vivência da mãe ao lidar com os intensos sentimentos, marcadamente ambivalentes, conflitantes no momento em que são *afortunadas* com o nascimento do bebê. Esses sentimentos não são facilmente aceitos pela puérpera e por seu entorno, pois não cabem em uma cultura como a nossa, que dá à maternidade um valor idealizado. Pudemos ter contato com esses aspectos, também, através da literatura, a partir de

Freud (1905/1980), propondo que a chegada da mulher à feminilidade poderá se dar apenas pela maternidade. Vimos também, com o estudo de Badinter(1985), a força tomada pela idealização da maternidade com a naturalização do amor materno; e, com as contribuições férteis de Parker (1997), o caráter da ambivalência materna.

Essencial destacar que o chamado *despreparo* materno está intimamente vinculado ao fato de que, ao tornar-se mãe, a mulher precisa lidar abruptamente com uma intensa carga emocional, advinda de sentimentos ambivalentes e ambíguos em relação ao fruto de seu ventre, tendo que abrigar toda essa gama de sentimentos num momento caracterizado por um estado hipersensibilizado, em função do que Bydlowski (1997, apud MISSIONIER, 2004; ARAGÃO, 2007) nomeou de *transparência psíquica* – um acesso facilitado aos conteúdos do inconsciente, tornados mais vívidos e, de certa forma, mais disponíveis, por um afrouxamento da repressão.

Compreendemos que a mulher terá que se defrontar, a partir da gestação, com um *estrangeiro*, um *estranho* personificado na figura de seu filho; mas que também terá de dar conta de um estrangeiro em si mesma, ao tomar contato com aspectos próprios a que ela mesma não possuía acesso, tão forte é a barreira sempre erguida no inconsciente de todos nós.

Percebemos um retorno à nossa questão inicial de como o nascimento de um filho pode propiciar na mulher, um possível desenvolvimento psíquico, justamente, não só pela ênfase dada, do ponto de vista freudiano, sobre uma certa equivalência entre a feminilidade e a maternidade, nem só pelo vértice kleiniano que acentua o valor da maternidade como uma possibilidade de reparação, tomando um sentido de “recriar o mundo todo” mas, principalmente pelo afastamento que a menina deve

tomar, de seu primeiro objeto de amor, através da descoberta do feminino da mãe, que neste momento por não ter outra saída, identifica-se à ela. Para Aragão (2007) o pai é somente introduzido à cena, no momento que a mãe mostra seu feminino, a partir do laço com ele, esse fato terá para menina um sentido de forte rejeição, fazendo com que renuncie a seu primeiro objeto de amor, sendo alvo da repressão.

Na verdade, com a experiência da gravidez e do puerpério, revela-se à mulher a dolorosa renúncia à mãe dos primeiros cuidados, laço fortemente arraigado que teve de ser deixado, mas continuava sempre à espreita, envolto em um véu. Com a experiência da maternidade, há uma recusa do luto do primeiro objeto de amor da menina, fazendo emergir a ambivalência presente nessa primeira relação, fazendo a mulher conviver, novamente, com sentimentos profundamente amorosos, como também intensamente hostis. Por decorrência dessa trama, percebemos como o período que envolve o gestar e o cuidar, nos primeiros tempos de vida, geralmente é um momento extremamente delicado para quem tem um filho.

14. Considerações finais

Todas as mulheres nesse momento da vida tomam contato e vivenciam algo de caráter peculiar, encontram-se em uma espécie de mescla de sensações e impressões, contando com uma maior porosidade para conteúdos e lembranças, que usualmente estão inacessíveis a todos. Vimos que, se essa característica pode vir a ter um valor imensurável, favorecendo a mãe entrar em uma sintonia fina com o bebê, levando-a gradativamente a transformá-lo de estranho à familiar, fornecendo-lhe “alimento psíquico” através do vínculo que vai tecendo junto com ele. Por outro lado, essa mesma permeabilidade, e com a presença do bebê da realidade, a mãe estará mais susceptível a ter que viver na própria carne vários lutos seja do bebê imaginário, seja do bebê imaginário com status de ego ideal, seja da sua condição de filha, seja da sua situação de mãe de um único filho, (caso ela já tenha um) como principalmente acreditamos, que a mulher, nesse período resgata intensamente sua relação com a mãe das origens, com a mãe como primeiro objeto de amor, pontuada pelos encontros e desencontros pertinentes a essa vinculação, acompanhada de intensas angústias de caráter ambivalente.

Com o estudo pudemos tomar contato mais amplo com que pode favorecer o desenvolvimento psíquico à mulher, uma vez que, o puerpério facilita a emergência de conteúdos psíquicos inconscientes, facilitados pela presença da “transparência psíquica” os quais a mulher pode tomar contato e junto de seu filho, na experiência da maternagem, elaborar conflitos que não tenham sido suficientemente elaborados, como também traz em seu bojo, o sofrimento de forma mais vívida, decorrente do luto que a menina experimentou ao ter que renunciar ao seu primeiro objeto de amor, a mãe.

Considerando nossa compreensão dessa fase sensível da mulher, julgamos ser primordial dar uma maior atenção à mãe e seu bebê no período puerperal. Os pediatras mostraram ser elementos fundamentais para oferecer parte desse amparo necessário, mesmo em mães que desenvolvem um estado depressão “normal” – de *baby-blues*, poder vir a contar, se necessário com uma ajuda especializada.

Percebemos que os encontros puderam ser um espaço de reflexão de suas práticas, em alguns casos serviram de meio aos pediatras entrarem em contato com determinados elementos que não tinham acesso.

Julgamos ser uma proposta promissora, os possíveis encontros futuros da psicanálise com a pediatria, propiciando uma retroalimentação das duas disciplinas trazendo benefícios a todos os envolvidos.

Para finalizarmos essa etapa do percurso, propomos compreender alguns significados que a palavra *encontro* encerra: ato de encontrar-se, choque e confluência de rios.

Apreendemos certa vez, sobre a capacidade dos *encontros* produzirem atrito, com isso produziram calor. Acreditamos, tal como a confluência dos rios, o valor inestimável dos *encontros* com o tema da dissertação e com os pediatras.

Referências bibliográficas

- ABRAM, Jan. *A linguagem de Winnicott – dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- ALONSO, Silvia Leonor; FUKS, Maria Pablo. *Histeria, depressão e masoquismo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- AMARAL, Joana Gomes Paula Domingues. *Os destinos da tristeza na contemporaneidade – uma discussão sobre depressão e melancolia*. Dissertação (Mestrado) – PUC-RJ, Rio de Janeiro, 2006.
- ARAGÃO, Regina Orth. *A construção do espaço psíquico materno e seus efeitos sobre o psiquismo nascente do bebê*. Dissertação (Mestrado) – Programa de Estudos Pós-Graduandos em Psicologia Clínica, Núcleo de Psicanálise, Laboratório de Psicopatologia Fundamental, PUC-SP, São Paulo, 2007.
- ATEM, Lou Muniz. “Aspectos psicológicos da clínica com bebês: a função ativa na constituição psíquica precoce em casos de depressão materna”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, ano VI, n. 3, set. 2003.
- AULAGNIER, Piera. *A violência da interpretação. Do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago, 1979.
- AXELROD, Ruth; VIVES, Juan. “Apego y depresión post partum”. In: POLANCO, Nohemi Reyes de (comp.), *Observación de bebés*. México: Asociación Psicoanalítica Mexicana / Plaza y Valdés, 2000.
- BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BERLINCK, Manoel Tosta; FÉDIDA, Pierre. “A clínica da depressão: questões atuais”. In: *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000.
- BION, Wilfred Ruprecht. *Uma teoria sobre o pensar* (1967). In: *Estudos psicanalíticos revisados*. Rio de Janeiro: Imago, 1994.
- BIRMAN, Joel. *Cartografias do feminino*. São Paulo: 34, 1999.
- BLEGER, José. *Temas de Psicologia – entrevistas e grupos*. São Paulo: Martins Fontes, 1985.
- BLEICHMAR, Hugo. *Depressão. Um estudo psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.
- BLEICHMAR, Silvia. *A fundação do inconsciente – destino de pulsão, destino do sujeito*. Trad. Kênia Ballvé Behr. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.
- BRAZELTON, T. Berry. *Ouvindo uma criança*. Trad. Wilson Roberto Vaccari. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

- _____. *Bebês e mães*. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Campus, 1981.
- BRAZELTON, T. Berry; CRAMER, Bertrand G. *As primeiras relações*. Trad. Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- BOUKOBZA, Claude. "Como um naufrago sobre um rochedo: a depressão materna do pós-parto". *Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba*, n. 4, 2000.
- _____. "O desamparo parental perante a chegada do bebê". In: BERNARDINO, Leda Mariza Fischer; ROHENKOHL, Cláudia Mascarenhas Fernandes (orgs.), *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- BOWLBY, John. *Cuidados maternos e saúde mental*. Trad. Vera Lúcia Baptista de Souza e Irene Rizzini. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- _____. *Uma base segura – aplicações clínicas da teoria do apego*. Trad. Sonia Monteiro de Barros. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- BRUM, Evanisa Helena Maio de. "A depressão materna e suas vicissitudes". *Psychê*, São Paulo, vol. 10, n. 19, dez. 2006.
- CABASSU, Graziela. "A clínica precoce – história de uma colaboração psicanalista/pediatra". In: GILLE, Marluce Leitel (org.), *Boi da cara preta. Crianças no hospital*. Trad. Helena Lemos. Salvador: EDUFBA / Ágalma, 2003.
- CAMACHO, Renata Seiorilli et al. "Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério". *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, vol. 33, n. 2, 2006.
- CAMAROTTI, Maria do Carmo. "Maternidade: mitos e desejos". In: BERNARDINO, Leda Mariza Fischer; ROHENKOHL, Cláudia Mascarenhas Fernandes (orgs.), *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- CORREA, Olga B. Ruiz. "Eclosão dos vínculos genealógicos e transmissão psíquica". In: *Os avatares da transmissão psíquica geracional*. São Paulo: Escuta, 2000.
- CUNHA, Iole. "A revolução dos bebês: aspectos de como as emoções esculpem o cérebro e geram comportamentos no período pré e perinatal". *Psicanalítica – Revista da SPRJ*, Rio de Janeiro, vol. II, n. 1, 2001.
- CRESPIN, Graciela. *A clínica precoce: o nascimento do humano*. Trad. Claudia M. Fernandes, M^a. Auxiliadora Fernandes, M^a. do Carmo Camarotti e Regina Orth Aragão. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Coleção 1^a Infância.
- DEBRAY, Rosine. *Bebês – mães em revolta*. Trad. Leda Mariza Vieira Fischer. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- DE FELICE, Eliana Marcello. *A psicodinâmica do puerpério*. São Paulo: Vetos, 2000.
- _____. *A maternidade e a relação mãe-filho: um estudo longitudinal*. Tese (Doutorado) – Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

DELOUYA, Daniel. *Depressão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

_____. *Depressão, estação psique: refúgio, espera, encontro*. São Paulo: Escuta / Fapesp, 2002.

DEUTSCH, Helene. *La psicología de la mujer*. Parte II: Maternidad. Trad. Felipe Jimenez de Asua. Buenos Aires: Losada, 1951.

FELICIANO, Denise de Sousa et al. "Método Canguru como resgate do vínculo da mãe com o bebê prematuro". In: GUELLER, Adela Stoppel de e DITTIMAR, Maria do Carmo Vidigal Meyer (orgs.), *Psicanálise com crianças na contemporaneidade: extensões da clínica*. Goiânia: Dimensão, 2007.

FONSECA, Vera Regina J.R.M. "Considerações sobre a Psicanálise nos transtornos autísticos". (Texto originalmente publicado com o título "Em torno a si mesmo"). *Revista Mente e Cérebro*, fev. 2007.

_____. "Transtornos autísticos. A Psicanálise e suas interfaces". Trabalho apresentado em Reunião Científica da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, 12 abr. 2007.

FREUD, Sigmund. "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade" (1905). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas (ESB)*, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. "Formulações sobre os dois Princípios do Funcionamento Mental" (1911). In: *ESB*, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. "Sobre o Narcisismo: uma introdução" (1914). In: *ESB*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. "Luto e melancolia" (1917). In: *ESB*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. "Inibições, sintoma e angústia" (1926). In: *ESB*, vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. *O mal-estar na civilização* (1930). In: *ESB*, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. "Sexualidade feminina" (1931). In: *ESB*, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FRIZZO, Giana Bitencourt; PICCININI, César Augusto. "Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos". *Psicologia em Estudo*, Maringá, vol. 10, n. 1, pp. 47-55, jan./abr. 2005.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. "Pesquisa do tipo teórico". In: *Psicanálise e Universidade – Núcleo de Pesquisa em Psicanálise – Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP*, n. 1, fev. 1994 (Atas do Primeiro Encontro de Pesquisa Acadêmica em Psicanálise, realizado em nov. 1991).

GIANLUPI, Andréa Gabriela Ferrari. *Tornar-se mãe: a maternidade da gestação ao primeiro ano de vida do bebê*. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, UFRGS, Porto Alegre, 2003.

- GOLSE, Bernard. "Será que existe para a criança uma ligação entre depressão e hospitalização?" In: GILLE, Marluce Leitgel (org.), *Boi da cara preta. Crianças no hospital*. Trad. Helena Lemos. Salvador: EDUFBA / Ágalma, 2003.
- _____. "Sobre a psicoterapia pais-bebê: narratividade, filiação e transmissão". Dirigida por Claudia Mascarenhas Fernandes Rohenkohl. Trad. Inês Catão, Maria Auxiliadora Fernandes, Júlia Castilho, Regina Aragão. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. Coleção 1ª Infância.
- GREEN, André. "A mãe morta". In: *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1988.
- GUIGNARD, Florence. "Materno ou feminino? A 'rocha da origem' como guardião do tabu do incesto com a mãe". Conferência realizada em ago. 1999 na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. (Texto original: "Maternel ou féminin? L'ê 'roc d'origine' comme gardien du tabou de l'inceste avec la mère". In: *Cles pour lê féminin*. Paris: PUF, 1999. Coll. Débats de psychanalyse.) Trad. Marilda Pedriera e rev. Nilde J. Parada Franch.
- HERMANN, Fábio. "Problemas na orientação de teses de psicanálise". In: *Psicanálise e Universidade – Núcleo de Pesquisa em Psicanálise – Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP*, n. 1, fev. 1994 (Atas do Primeiro Encontro de Pesquisa Acadêmica em Psicanálise, realizado em nov. 1991).
- HILFERDING, Margarete; PINHEIRO, Teresa; VIANNA, Helena Besserman. *As bases do amor materno*. São Paulo: Escuta, 1999.
- KLAUS, Marshall; KLAUS, Phyllis. *O surpreendente recém-nascido*. Trad. Maria Cristina Goulart Monteiro. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- KLEIN, Melanie. "Os efeitos das situações arcaicas sobre o desenvolvimento sexual da menina" (1932). In: *A psicanálise da criança*.
- _____. "Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental" (1958). In: Melanie Klein – Inveja e gratidão e outros trabalhos. (1946 – 1963) Trad. Elias Mallet da Rocha Barros, Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- KLEIN, Melanie et al. "Sobre a teoria da ansiedade e da culpa" (1948). In: *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.
- KREISLER, Leon. *A nova criança da desordem psicossomática*. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- LANDIM, Regina. "Depressão: uma leitura psicanalítica". In: *Cadernos de Psicanálise – SPCRJ*, vol. 20, n. 23, 2004.
- LANGER, Marie. *Maternidade e sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, J.B. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- LARTIGUE, Teresa. "Dinámica inconsciente de la depresión perinatal". In: KOLTENIVK, M.; CASILLAS, J.; DE LA PARRA, J. (comps.); *El inconsciente*

- freudiano. México: Editores de textos mexicanos, Asociación Psicoanalítica Mexicana, 2004.
- LEBOVICI, Serge. "Consulta terapéutica madre-lactante". *Niñez y adolescencia, Psicoanálisis*, Buenos Aires, 1993, XV, 1, 125, 1983.
- _____. *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Trad. Francisco Vidal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- LEBOVICI, Serge; SOLIS-PONTON, Letícia; BARRIGUETTE, José Armando. "A árvore da vida ou a empatia metaforizante, o enactment". In: SOLIS-PONTON, Letícia (org.), *Ser pai, ser mãe, parentalidade: um desafio para o 3º milênio. Uma homenagem internacional a Serge Lebovici*. Org. da trad. brasileira: Maria Cecília Pereira da Silva. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- MAGALHÃES, Pedro Vieira da Silva et al. "Questões clínicas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto". *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, vol. 33, n. 5, 2006.
- MALDONADO, Maria Tereza. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva, 2002.
- MARQUES, C. "Depressão materna e representações mentais. *Análise Psicológica*, 1 (XXI), 2003.
- MAZET, Phillipe; STOLERU, Serge. *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- MÉLEGA, Marisa Pelella. "Intervenções terapêuticas conjuntas pais-filhos – primeira parte". *Alter – Jornal de Estudos Psicodinâmicos*, Brasília, Grupo Estudos de Psicanálise de Brasília, vol. XVII, n. 2, 1998.
- _____. A contribuição de Esther Bick à clínica psicanalítica. *Psychê*, São Paulo, ano V, n. 7. 2001.
- _____. "Constituição versus ambiente: dialogo decisivo na formação e transformação psíquica". *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol. XXVII, n. 4, 1993.
- MENEZES, Luiz Carlos. "As depressões: a psicanálise em questão?" In: *Fundamentos de uma Clínica Freudiana*. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2001.
- MISSIONIER, Sylvian. "O início da parentalidade, tornar-se mãe, tornar-se pai. As interações dos pais e da criança antes do nascimento". In: SOLIS-PONTON, Letícia (org.), *Ser pai, ser mãe, parentalidade: um desafio para o 3º milênio. Uma homenagem internacional a Serge Lebovici*. Org. da trad. brasileira: Maria Cecília Pereira da Silva. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- MORAES, Ariadne Alvarenga de Rezende Engelberg. *A contribuição winnicottiana para a teoria e clínica da depressão*. Tese (Doutorado) – PUC-SP, São Paulo, 2005.
- MORAES, Inácia Gomes da Silva et al. "Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, vol. 40, n. 1, jan./fev. 2006. Acesso pelo Scielo Brasil em 2 out. 2007.

- MOVISON, James R. *DSM-IV Made Easy: The Clinician's Guide to Diagnosis*. New York: Guilford Press, 1995.
- OGDEN, Thomas H. "Rêverie e metáfora. Algumas reflexões sobre como eu trabalho como analista". *Boletim de Novidades da Livraria Pulsional – Revista de Psicanálise*, São Paulo, Pulsional, 1998. (Artigo originalmente publicado na *Int. J. Psychoan.*, 78, 1997, pp. 719-732.) Trad. Suzete Capobianco; rev. e notas Luis Cláudio Figueiredo.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-10. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. Trad. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: EDUSP, 1996.
- PAULO, Maria Salete Lopes Legname de. *Depressão e psicodiagnóstico interventivo: proposta de atendimento*. São Paulo: Vetor, 2005.
- PARKER, Rozsika. *A mãe dividida – a experiência da ambivalência na maternidade*. Rio de Janeiro: Record / Rosa dos Tempos, 1997.
- PEREIRA, Mário Eduardo Costa. *Contribuição à psicopatologia dos ataques de pânico*. São Paulo: Lemos, 1997.
- PINHEIRO, Teresa. "Reflexões sobre as bases do amor materno". In: HILFERDING, Marguete, et al. *As bases do amor materno*. Trad. Teresa Pinheiro. São Paulo: Escuta, 1991.
- RODRIGUES, Maria Josefina Sota Fuentes. O diagnóstico de depressão. *Psicologia USP*, São Paulo, IP-USP, vol. XI, n. 1, 2001.
- ROSOLATO, Ruy. "O eixo narcisista das depressões". In: BIRMAN, Joel; NICÉAS, Carlos Augusto (coords.), *O objeto na teoria e na prática psicanalítica*. Rio de Janeiro: Campus, 1984.
- SAFRA, Gilberto. "O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica". In: SILVA, Maria Emília Lino da (coord.), *Investigação e psicanálise*. Campinas: Papirus, 1993.
- SCHAEFFER, Jacqueline. "O percurso dos antagonismos entre feminino e maternal". In: SOLIS-PONTON, Letícia (org.), *Ser pai, ser mãe, parentalidade: um desafio para o 3º milênio. Uma homenagem internacional a Serge Lebovici*. Org. da trad. brasileira: Maria Cecília Pereira da Silva. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- SCHWENGBER, Daniela Delias de Souza; PICCININI, César Augusto. "A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê". *Estudos de Psicologia*, Campinas, vol.22, nº2, abr./jun. 2005, pp.143-156.
- SCHWENGBER, Daniela Delias de Souza et al. "A orientação interacional como alternativa pais-bebê no contexto da depressão materna: algumas reflexões iniciais". *Psico*, Porto Alegre, PUC-RS, vol. 34, n. 2, jul./dez. 2003, pp. 297-316.
- SEGAL, Hanna. *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago, 1971.

- SILVA, Maria Cecília Pereira da. *A herança psíquica na clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo / Fapesp, 2003.
- _____. *Prefácio à edição brasileira*. In: *Ser pai, ser mãe – parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. Org. Letícia Solis-Ponton e Organização da tradução brasileira: Maria Cecília Pereira da Silva. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- SILVA, Maria Emilia Lino da et al. “Pensar em Psicanálise”. In: *Investigação e Psicanálise*. Campinas: Papirus, 1993.
- SOIFER, Raquel. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- SOLIS-PONTON, Letícia. “A construção da parentalidade”. In: *Ser pai, ser mãe – parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. Org. Letícia Solis-Ponton e Organização da tradução brasileira: Maria Cecília Pereira da Silva. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- SOUZA, Audrey Setton Lopes de. “Dois vértices emocionais”. In: PINTO, Manuel da Costa (org.), *O livro de ouro da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2007.
- SPILLIUS, Elizabeth Bott (org./ed.). “Introdução” à terceira parte: Sobre o pensar. In: *Melanie Klein hoje: desenvolvimentos da teoria e da técnica*, vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- SPITZ, René. *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- STERN, Daniel. *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- STOLERU, Serge. “Estudos sobre as capacidades do bebê e as interações precoces”. In: LEBOVICI, Serge, *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Trad. Francisco Vidal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- SZEJER, Myriam; STEWART, Richard. *Nove meses na vida de uma mulher. Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- TROUVÉ, Jean-Noël. *Aspectos clínicos e práticos da prevenção do autismo*. Direção Graciela C. Crespín. Trad. Patrícia Cardoso de Mello e Claudia Mascarenhas Fernandes. São Paulo: Instituto da Família, 2007.
- WINNICOTT, Donald Woods. “Desenvolvimento emocional primitivo” (1945). In: *Da pediatria à psicanálise – obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____. “A reparação relativa à defesa organizada da mãe contra a depressão” (1948). In: *Da pediatria à psicanálise – obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____. “Psicose e cuidados maternos” (1952). In: *Da pediatria à psicanálise – obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____. “A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal” (1954). In: *Da pediatria à psicanálise – obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

- _____. “A preocupação materna primária” (1956). In: *Da pediatria à psicanálise – obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____. “A família afetada pela patologia depressiva” (1958). In: *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- _____. “Teoria do relacionamento paterno infantil” (1960). In: *O ambiente e os processos de maturação – estudos sobre o desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983.
- _____. “A integração do ego no desenvolvimento da criança” (1962). In: *O ambiente e os processos de maturação – estudos sobre o desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983.
- _____. “Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo” (1963). In: *O ambiente e os processos de maturação – estudos sobre o desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983.
- _____. “O valor da depressão” (1963). In: *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- _____. “A mãe dedicada comum” (1966). In: *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____. “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil” (1967). In: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- _____. “A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências” (1968). In: *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____. *A criança e seu mundo*. 6 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

Anexos

Anexo 01 - Entrevista com os Pediatras

1. Há quanto tempo você exerce a Medicina?E especificamente a Pediatria?
2. A questão da depressão pós-parto é um aspecto preocupante na sua clínica?O que motiva essa preocupação?
3. Quais são os sintomas maternos que fazem você ficar preocupado? Quais os mais preocupantes?
4. Com que frequência você tem encontrado mães com sintomas de depressão pós-parto?
5. Quais os procedimentos que você utiliza quando encontra uma mãe com depressão pós-parto?
6. Que parâmetros você usa para diferenciar uma depressão pós-parto de uma depressão normal após o nascimento do bebê (baby blues)?
7. O que caracteriza o baby blues?Que fatores você observa?
 8. Como você percebe que depressão interfere na relação mãe –bebê?

Anexo 02 - Autorização de Cessão de Direito de Uso

Autorização de Cessão de Direito de Uso

Eu, Dr(a). _____, CRM nº _____, RG nº _____, autorizo a utilização dos dados dessa entrevista, na dissertação de mestrado ou mesmo em futuras publicações em quaisquer veículos ou formatos de mídias, de autoria de Cristiane da Silva Geraldo Folino, CRP nº 06/38072-5, RG nº 18312724 – SP, aluna/pesquisadora do Programa de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – USP, número USP 522249, orientada pela Profa. Dra. Audrey Setton Lopes de Souza.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Assinatura