

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

Veronica Espadrezani Djurovic

As possíveis implicações da depressão pós-parto na psique do bebê

Considerações psicanalíticas

SÃO PAULO
2020

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

Veronica Espadrezani Djurovic

As possíveis implicações da depressão pós-parto na psique do bebê

Considerações psicanalíticas

Trabalho de conclusão de curso como
exigência parcial para a graduação do curso
de Psicologia sob orientação da Prof.^a Dr.^a
Flávia Arantes Hime

SÃO PAULO
2020

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Patrícia Espadrezani e Alexandre Djurovic, por terem acreditado em mim mais uma vez. Sem eles, não seria nada. Obrigada por terem me concedido essa oportunidade de graduação em Psicologia.

À minha orientadora, Flávia Hime, por aceitar conduzir o meu trabalho e por toda a paciência, disposição e acolhimento durante esse processo. Obrigada por me manter motivada na realização desta pesquisa.

Aos meus irmãos, Sophia Djurovic e Davi Djurovic, por fazerem minha vida melhor.

Aos meus avós, Vicente Espadrezani e Thereza Viviani, pelo apoio que sempre me deram durante toda a minha vida.

Aos meus tios, Eduardo Espadrezani e Leonardo Espadrezani, que foram fundamentais nessa trajetória.

Às minhas amigas de graduação, Larissa Palhares, Bruna Verago, Yngrid Galli, Vanessa Rodrigues e Stephanny Nascimento, que foram essenciais nessa jornada. Obrigada por terem partilhado esses cinco anos comigo, vocês com certeza fizeram esse caminho ser mais leve e prazeroso.

Às minhas amigas, Fernanda Caldevilla e Sabrina Cardoso, por estarem ao meu lado e por me fazerem acreditar que tinha força para finalizar este trabalho.

À minha melhor amiga, Beatriz Paiva, por ser minha irmã de alma e meu porto seguro.

Por fim, agradeço a Deus por ter me fortalecido ao ponto de superar as dificuldades e também por toda saúde que me deu, permitindo-me alcançar esta etapa tão importante da minha vida.

*Não sei...
se a vida é curta
ou longa demais para nós.
Mas sei que nada do que vivemos
tem sentido,
se não tocarmos o coração das pessoas.*

*Muitas vezes basta ser:
colo que acolhe,
braço que envolve,
palavra que conforta,
silêncio que respeita,
alegria que contagia,
lágrima que corre,
olhar que sacia,
amor que promove.*

*E isso não é coisa de outro mundo:
é o que dá sentido à vida.*

*É o que faz com que ela
não seja nem curta,
nem longa demais,
mas que seja intensa,
verdadeira e pura...
enquanto durar.*

Saber viver, Cora Coralina

Título: As possíveis implicações da depressão pós-parto na psique do bebê – considerações psicanalíticas.

Orientando: Veronica Espadrezani Djurovic

Orientador: Prof.^a Dr.^a Flávia Arantes Hime

Palavras-chave: Depressão pós-parto, Psicanálise, Psique, Relação mãe-bebê, Donald Woods Winnicott, Sigmund Freud.

RESUMO

O presente estudo consistiu em uma revisão bibliográfica acerca das implicações da depressão pós-parto na psique do bebê, guiada por autores psicanalistas. Teve como objetivo investigar e compreender as possíveis implicações que influenciam o desenvolvimento infantil. O trabalho realizou um levantamento de contribuições de Donald Woods Winnicott acerca da relação mãe-bebê, assim como contribuições de Sigmund Freud sobre luto e melancolia, buscando-se uma compreensão dos principais conceitos e aspectos para entendimento do assunto. Para transitar pelas concepções teóricas, utilizando-as para compreender situações vivenciais, foi utilizado como objeto de estudo o filme “O Estranho em Mim”. Através da análise, pudemos concluir que a relação da mãe com o seu bebê se apresentou de extrema importância no desenvolvimento psíquico infantil, podendo influenciá-lo por toda sua vida. A compreensão de que uma mulher com depressão pós-parto precisa de ajuda e atenção profissional é fundamental. O apoio familiar é indispensável para que a auxiliem no encaminhamento dos tratamentos adequados e para que assumam os cuidados do bebê durante o processo terapêutico da mãe.

Palavras-chave: Depressão pós-parto, Psicanálise, Psique, Relação mãe-bebê, Donald Woods Winnicott, Sigmund Freud.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. MÉTODO	14
3. A DEPRESSÃO E O PÓS-PARTO	15
4. LUTO E MELANCOLIA	19
5. A MÃE PARA WINNICOTT	22
5.1 A mãe suficientemente boa	22
5.2 As funções maternas	24
6. RESULTADOS	28
7. ANÁLISE E DISCUSSÃO	30
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	41

1. INTRODUÇÃO

Segundo Fernandes e Cotrin (2013, p. 16), a depressão pós-parto (DPP) é um grave problema de saúde materna, provocando alterações variadas, sendo elas emocionais e comportamentais. Após o parto, cerca de 10 a 15% das mulheres podem ser afetadas, demandando um tratamento apropriado, já que não se trata só do adoecimento materno, pois afeta diretamente o bebê. Sendo assim, as autoras afirmam que “a manifestação da depressão pós-parto se torna propícia pela inter-relação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos”.

O fato de 10 a 15% das mulheres estarem sujeitas a desenvolver a DPP me motivou a fazer a pesquisa, principalmente porque há pouco material bibliográfico publicado sobre o assunto. A depressão pós-parto é uma doença que acomete sofrimento e precisa ser um assunto mais presente na vida das pessoas.

Para Silva e Piccinini (2009, p. 6), existem três tipos de transtornos de humor nesta fase, que são definidos por sua intensidade, sendo eles: *baby blues*, psicose pós-parto e depressão pós-parto. Ainda segundo as autoras, ao citarem Schwengber e Piccinini (2004):

O quadro conhecido como *baby blues* ou melancolia do pós-parto é uma espécie de depressão leve, de caráter transitório, que é experienciada por cerca de 80% das mães, logo após o nascimento do bebê. A psicose pós-parto, por sua vez, é um transtorno bastante severo, caracterizado por sintomas psicóticos. Este quadro é bem menos frequente, atingindo entre uma e quatro mulheres a cada 1.000 partos. A depressão pós-parto estaria localizada, em termos de severidade, entre estes dois extremos.

Em uma pesquisa sobre as implicações da depressão pós-parto na psique do bebê, Freitas, Scarabel e Duque (2012, p. 260) sugerem que a mulher demanda ajustes em sua vida ao engravidar, mesmo que não se apresente comprometida com a sua gestação. Tais mudanças permanecem até o puerpério. Após o parto, a mãe passa pelo luto do seu corpo de grávida e do bebê que estava dentro deste corpo. Assim, precisa regular-se ao seu bebê real, que necessita de atenção e cuidado. Segundo as autoras:

Tais transformações em acomodar a condição de ser mãe e cuidar de seu bebê, com a responsabilidade em que isso implica, sofrendo novamente alteração nos níveis hormonais, além do estresse do parto, fazem com que cerca de 20 a 40% das mulheres apresentem alguma perturbação emocional ou disfunção cognitiva no período pós-parto (Kaplan, Sadock & Greeb, 2003).

Para Klaus *et al.* (2000) *apud* Fernandes e Cotrin (2013, p. 19):

A depressão associada ao nascimento de um bebê abrange um conjunto de sintomas que, geralmente, iniciam-se entre a quarta e a oitava semana após o parto. Tais sintomas incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, a sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas.

Além disso, é frequente, segundo Guedes-Silva *et al.* (2003), que sentimentos de culpa e auto depreciação estejam presentes nas mães com depressão pós-parto, já que se sentem incompetentes em relação às obrigações maternas. Sendo assim, não conseguem interpretar o choro da criança e sentem-se inúteis por não satisfazer seu próprio bebê.

Dias e Baseggio (2010, p. 3) citam Brum & Schermann, 2007:

Mães deprimidas demonstram uma tendência a apresentar menor capacidade de responder de forma continente e direta aos sinais da criança, estabelecendo um menor contato físico, se comparadas às mães não depressivas.

Rehbein (2014), em sua tese de pós-graduação sobre Feminilidade e Depressão Pós-Parto, ao falar de Freud (1933), sugere que a mãe atua em uma relação com o seu filho na qual ela o amamenta e se deixa amamentar por ele. Se, por algum motivo, a mãe não tem tal desempenho nesta relação, ela sofre e se desespera, sem saber o que fazer. Sendo assim, sente-se culpada e incapaz. As necessidades do bebê que são expressas, tanto pelo choro, quanto silenciosamente, fazem com que a mulher fique sensível e possa sentir raiva, tornando-se agressiva. Devido a isso, manifestam-se desejos de bater ou arremessar o bebê, mas não chegam a ser concretizados.

Para Mendes, Viana e Bara (2014, p. 426):

As ausências da mãe são sentidas pela criança como uma falta, uma vez que mostram para a criança que a mãe possui outros interesses além dela, que existe um mundo fora dela. A presença do pai e/ou a ausência da mãe são fundamentais na constituição do sujeito como um ser desejante, um ser da falta, que necessita do outro para se constituir.

Mais uma vez, Rehbein (2014, p. 48) ao citar Boukobza (2002) declara que a presença do filho real se torna desagradável para a mãe, a partir do momento em que suas demandas e dificuldades são reais, já que, em oposto, o filho imaginário não lhe trazia problema algum. Sendo assim:

O bebê real requer o trabalho da maternagem, dos cuidados maternos e a ela caberá atendê-lo, suprimindo suas necessidades, desejando-o, chamando para a vida, com suas pulsões ativas e fálicas. Mas é impossível para a mãe deprimida mostrar-se fálica.

Isto lhe é insuportável. Uma criança que foi desejada pelos seus pais não necessariamente está livre dos problemas *post-partum*. A questão é por que esse filho foi desejado, ou seja, qual a função que ele cumpre nesse desejo e, sobretudo, para a mãe.

Em um trabalho sobre uma abordagem estrutural da depressão através de contribuições freudianas, Rocha (2008, p. 2) revela que Freud não estudou minuciosamente as variadas demonstrações clínicas da depressão, não tendo uma explicação precisa sobre o assunto. Sendo assim, complementa:

O fenômeno depressivo, na perspectiva psicanalítica freudiana, é o resultado de um processo psíquico de natureza tópica, dinâmica e econômica, cujos elementos variam de conformidade com a estrutura psíquica a que o fenômeno depressivo pertence.

Coser (2003) diz que é curioso que na teoria de Freud em si, não se fala especificamente da categoria depressão. Freud a retrata através de dois conceitos: um que alega que é uma queda da função psíquica, fazendo com que haja a insuficiência da libidinização; e o outro que declara que é uma condição de sofrimento psíquico, que é o conceito mais usado atualmente.

Segundo Siqueira (2007, p. 74), ao falar de Freud (1926[1925], p. 94):

A depressão é uma inibição generalizada, ou seja, “limitações das funções do eu, fugas – por precaução ou por empobrecimento de energia”. Podemos, portanto, associar a depressão à inibição, já que tanto a depressão quanto a inibição são gerados pelo eu – reações do eu.

Sendo assim, Rocha (2008) conclui que a Melancolia foi uma das formas clínicas da depressão que mais cativou Freud, tornando-a instrumento de um estudo metapsicológico fundamental.

Clara (2009, p. 9), em um estudo sobre a melancolia na antiguidade até a modernidade, afirma que os sintomas da melancolia envolvem “empobrecimento e inibição psíquica, desinteresse pelo mundo externo, desânimo penoso, perda da capacidade de amar e sentimentos de baixa autoestima”.

Siqueira (2007, p. 72), esclarece:

Verificamos que tanto o luto quanto a melancolia, na maioria das vezes, são “reações” diante de uma perda significativa, que pode ser de um ideal ou mesmo de uma “abstração”, como afirmava Freud. Se o luto implica um trabalho de elaboração (Traüerarbeit) frente a uma perda significativa, não sendo, em princípio, patológico, na melancolia não há a possibilidade de simbolizar a perda, tratando-se de uma perda de natureza mais ideal.

Mendes, Viana e Bara (2014, p. 425) diferenciam o luto da melancolia. Segundo elas, no luto o sujeito sofre pela perda do seu objeto de amor. Como é uma perda real, o

enlutado não se sente disposto para nada. Porém, espera-se que a pessoa que sofreu a perda real retire todo investimento libidinal colocado no objeto ausente, e isso demanda tempo e energia. Já na melancolia, pode-se observar o conjunto das mesmas características do luto, porém, há uma negação da realidade externa e a pessoa se apossa do objeto através de uma psicose alucinatória de desejo. Assim, “a melancolia pode ser uma reação à perda de um objeto amado, mas pode ser também uma reação a uma perda idealizada, na qual o objeto de amor não morreu, mas foi perdido enquanto objeto de amor”.

Segundo Clara (2009, p. 9):

Na Psicanálise, a ideia de quantidade, excesso ou escassez, permanece como motor propulsor da melancolia. Entretanto, uma quantidade de energia psíquica (libido ou pulsão sexual) diante da perda de um objeto ideal amado servirá à fabricação de um funcionamento patológico no aparelho psíquico. É a partir da teoria econômica da hemorragia interna e do esvaziamento do eu que Freud analisa a problemática do sofrimento melancólico e constrói sua hipótese sobre o desinvestimento objetual que é produzido pela ferida aberta no interior do aparelho psíquico após a perda de um objeto.

Para Silva e Lemgruber (2017), teóricos psicanalíticos afirmam que durante a primeira infância, a personalidade da criança é desenvolvida e estabelecida. Portanto, é extremamente importante a interação mãe-bebê logo após o nascimento, para que, assim, o aparelho psíquico da criança tenha uma formação saudável.

Segundo Azevedo e Moreira (2012, p. 65), o estudo em relação ao psiquismo fetal é algo atual. Sendo assim, citam Quayle (2011):

O estudo do feto e o de sua psique foi marcado ao longo do tempo por diferentes abordagens e teorias, incluindo ideias supersticiosas, expectativas e preconceitos do imaginário social acerca da grávida e de seu bebê, influenciando discussões morais, religiosas e legais.

Rocha (2008, p. 4) ressalta que Freud fez uma comparação da estrutura psíquica com a de um corpo químico cristalizado. O que dá forma e caracteriza os cristais são suas linhas e traços, que não podem ser vistos. Só ficam visíveis quando o cristal se quebra, e este se quebra segundo suas linhas, que o configura e lhe dá estrutura. Sendo assim, o mesmo ocorre com a estrutura psíquica: aqueles que possuem alguma psicopatologia tiveram suas estruturas quebradas e divididas. A psique, para Freud, é formada também por linhas da história do indivíduo. Dado isso, explica:

De modo semelhante ao que acontece no cristal, essas linhas também não são visíveis a olho nu, pois só se manifestam quando vivências traumáticas especiais desestruturam a personalidade psíquica. As linhas da estruturação psíquica são aquelas que se

relacionam com os processos de constituição e formação do Eu, bem como com o processo do desenvolvimento da libido e das relações do Eu com os objetos, tanto do mundo exterior quanto do mundo interior, mediante as quais a subjetividade humana se constitui. Por causa dessa relação com os objetos exteriores, é decisiva a influência do meio-ambiente e da cultura na formação da subjetividade.

De acordo com Zenidarci (2010), é através do cordão umbilical que há a comunicação mãe-bebê, tanto física, quanto emocional. Os primeiros contatos externos se dão a partir das reações emocionais maternas, isto é, em relação ao que ela vivencia e sente. Desse modo, uma mãe que está sofrendo uma tensão emocional tem a propensão de apresentar alterações hormonais que, ao ultrapassar a barreira placentária, alteram o equilíbrio psicofisiológico do feto. Assim, afetam o estado emocional do feto, deixando marcas no psiquismo, que influenciarão na formação psicoemocional do bebê.

Souza-Dias (1996, p. 116) *apud* Azevedo e Moreira (2012, p. 68):

As investigações feitas através das observações ultrassonográficas mostram-nos que fator de importante interferência na vida fetal é o stress da gestante, poderoso estímulo desencadeante de sofrimento fetal. A sua intensidade e a sua duração, se crônico ou agudo, são fatores que marcam profundamente o feto e o predis põem a angústias já na vida pré-natal e que podem reaparecer na vida pós-natal.

Santos e Serralha (2015, p. 8), em um estudo sobre a repercussão da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil, citam Loreto (2008):

Pode haver maior influência dos acontecimentos pré-natais na saúde física e emocional do feto do que de fatores genéticos. Os estados afetivos da mãe, seus sentimentos e emoções se comunicam com o feto através da ação dos neuro-hormônios. A pesquisadora mostrou em seus estudos que emoções positivas da mãe produzem no feto respostas como aumento da frequência cardíaca e, do mesmo modo, emoções negativas como temor, angústia e depressão produzem perturbações emocionais e alterações fisiológicas. Mães que vivem em constante estresse produzem maior quantidade de cortisol, que altera o cérebro tornando-o vulnerável a processos que destroem neurônios.

Mais uma vez, Azevedo e Moreira (2012) ressaltam que o feto começa a desenvolver sua personalidade na vida pré-natal, que continuarão em desenvolvimento até depois do nascimento. Destacam que a psicanálise clínica tem evidenciado traumas relacionados tanto ao período pré-natal, quanto ao nascimento. Tais traumas são a base para o desenvolvimento de psicopatologias futuras. Assim, concluem que a criança não é apenas um feto que, ao passar do tempo, se tornará um bebê, mas sim, um ser existente desde a sua primeira semana de vida. Já no útero, esse ser existente tem momentos que

envolvem sensações e aprendizados. Assim, “seu mundo interno começa a se constituir ainda intra-útero e o mundo externo terá grande influência no seu psiquismo na vida pós-natal”.

Para Mendes, Viana e Bara (2014), é preciso que alguém cumpra a função materna, já que o bebê nasce sem condições de garantir, sozinho, o básico para sobreviver. É fundamental que haja alguém que garanta o conforto e a segurança do bebê, proporcionando-o os primeiros cuidados para, assim, conseguir desenvolver o seu eu.

Freitas, Scarabel e Duque (2012) dizem, também, que é necessário que haja alguém para fornecer os subsídios físicos ao bebê, sendo responsável de garantir os primeiros cuidados básicos, sendo eles: nutrição, higienização, proteção, aquecimento. Ressaltam que é a classe de reações exibidas pela mãe que garante os componentes necessários para o bom desenvolvimento infantil.

Santos e Serralha (2015, p. 9) citam a pesquisa de Mendes, Loureiro e Crippa (2008), que correlacionou depressão materna e saúde mental de crianças em idade escolar:

Foram encontradas evidências de que crianças de mães deprimidas apresentam mais problemas de comportamento, maior risco para transtornos mentais em comparação a crianças filhas de mães normais, estilo de regulação emocional passivo, dificuldade em distrair sua atenção, presença de psicopatologias como ansiedade e comportamentos disruptivos, prejuízos para o autoconceito como atribuições negativas a respeito de si mesmas e dificuldades no desempenho social.

OBJETIVO E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A partir dos dados apresentados, este trabalho tem como objetivo investigar e compreender as possíveis implicações da depressão pós-parto na psique do bebê, que influenciam o desenvolvimento da criança, através de contribuições de autores psicanalistas. Como profissional de saúde, reforço a importância de um estudo acerca de tal patologia que traz sofrimento, tanto para a mãe, quanto para o bebê, para que possam ser planejadas intervenções psicológicas no âmbito da promoção de saúde, prevenção primária e psicoterapia. Além disso, as informações obtidas poderão ser úteis a outros profissionais que atuam no âmbito do desenvolvimento infantil, da relação mãe-filho, das questões relativas à feminilidade e às relações familiares.

No que tange a relevância pessoal, o trabalho também visa conhecer a relação mãe-bebê através da visão de Donald Woods Winnicott e a concepção da melancolia

para Sigmund Freud, buscando-se aprofundar a compreensão dos principais conceitos e aspectos para entendimento do tema.

2. MÉTODO

O presente estudo consiste em uma revisão bibliográfica baseada nas contribuições de alguns autores psicanalistas, como Sigmund Freud e Donald Woods Winnicott, que estudaram a depressão e a díade mãe-bebê, através de sua complexidade. Assim, o método utilizado se apresenta como fundamental para compreensão dos temas que foram levantados anteriormente.

Através da revisão bibliográfica guiada pelo olhar psicanalítico, o trabalho realizará um levantamento de contribuições de Sigmund Freud em *Luto e Melancolia*; e Donald Woods Winnicott acerca da relação mãe-bebê, através do conceito da mãe suficientemente boa e suas funções maternas, aspecto importante em sua teoria.

Em *Luto e Melancolia* apresentaremos considerações sobre a essência da melancolia, comparando-a com as emoções e sentimentos presentes no luto normal, discutindo suas manifestações psicogênicas. Já quanto à relação mãe-bebê, evidenciaremos possíveis implicações na psique do bebê, já que, para Winnicott, o início dos problemas psicológicos se encontra no vínculo entre o recém-nascido e a mãe.

O objetivo do presente estudo, sendo assim, é a busca por uma maior compreensão dos aspectos abordados. Para transitar pelas concepções teóricas, utilizando-as para compreender situações vivenciais, será utilizado como objeto de estudo o filme “O Estranho em Mim” (*Das Fremde in Mir*). Dirigido pela alemã Emily Atef, este filme foi produzido em 2008 e retrata a realidade das mulheres que sofrem de depressão pós-parto. O filme ilustra bem a relação mãe-bebê, envolvendo aspectos que possivelmente influenciam no desenvolvimento da criança. Assim sendo, os conceitos receberão enfoque no decorrer da pesquisa, sendo trabalhados nos próximos capítulos.

3. A DEPRESSÃO E O PÓS-PARTO

Para Santos (2001) *apud* Arrais e Araujo (2017, p. 829), os estudos sobre Depressão Pós-Parto (DPP) foram incluídos na literatura em 1968, por Pitt, que certificava que tal síndrome é uma variável mais serena da depressão fisiológica. Também afirmava que a DPP era constantemente vista em jovens mulheres e que, nas últimas décadas, têm sido investigada em vários países, sendo eles a Grã-Bretanha, os Estados Unidos e, o mais atual, Japão. Sendo assim, atestam:

A DPP vem recebendo atenção por parte dos pesquisadores e profissionais envolvidos com saúde mental, culminando na criação, em 1982, da *Marcé Society*, entidade internacional que tem como meta estimular a pesquisa e a comunicação no campo dos distúrbios mentais do puerpério. No Brasil, a importância do assunto começou a ser reconhecida na década de 1990, com a abertura do primeiro ambulatório para tratamento de distúrbios mentais puerperais, no Hospital das Clínicas, em São Paulo. (Santos, 2001).

Segundo Gonçalves e Machado (2008) *apud* Tolentino, Maximino e Souto (2016), a depressão existe desde a antiguidade, sendo caracterizada por sentimentos negativos que, por serem muito intensos e persistentes, acabavam por incapacitar a pessoa no seu dia a dia. Hipócrates, em 400 a.C., sendo o “pai da medicina”, dizia que essa perturbação se chamava “melancolia”.

Novamente, Tolentino, Maximino e Souto (2016, p. 60) citam Solomon (2002):

Etimologicamente, a expressão depressão deriva da palavra melancolia que vem do grego *melano chole*, significando bÍlis negra. O termo depressão foi inicialmente utilizado no idioma inglês para descrever o desânimo, a falta de entusiasmo e predisposição para a realização de atividades em geral por algumas pessoas em 1660, e entrou para o uso comum em meados do século XIX.

Para Campos e Rodrigues (2015), a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012) confirma que há 350 milhões de pessoas no mundo com sintomas relacionados à depressão. Sendo assim, é considerado um fenômeno multicultural que perturba torno de 5% da população mundial, no qual o Brasil se encontra no primeiro lugar no ranking de predomínio da doença em países em desenvolvimento (WHO, 2012). Segundo o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2013), a depressão é entendida como um Transtorno de Humor e, no manual da Classificação Internacional das Doenças (CID-10, 1993), é classificada de acordo com a intensidade e predomínio dos sintomas, para, assim, poder mensurar a profundidade da doença.

Atualmente, segundo Gonçalves e Machado (2008) *apud* Tolentino, Maximino e Souto (2016, p. 60):

A depressão é definida como uma doença de caráter psiquiátrico, crônica e recorrente, que desencadeia alteração do humor caracterizada por uma tristeza profunda, sem fim, associada a sentimentos de dor, amargura, desencanto, desesperança, baixa autoestima e culpa, assim como, a distúrbios do sono e do apetite. A depressão tem duração de meses ou anos, podendo vir a atingir pessoas de ambos os sexos, em todas as faixas etárias, sendo que o risco de o homem sofrer a doença é de 11% e da mulher pode chegar a 18%.

Para Coutinho e Saraiva (2008) *apud* Félix *et al* (2013, p. 422), a depressão tem maior incidência em mulheres. Dentre os tipos de depressão, os mais identificados em pessoas do sexo feminino são a depressão puerperal ou depressão pós-parto. O Ministério da Saúde levantou, há cerca de 10 anos, uma epidemiologia de brasileiras que estavam grávidas e sofriam da doença. Através disso, foi confirmada uma prevalência de 10 a 15% de mulheres que possuíam o transtorno. Sendo assim, afirmam:

Atualmente, observa-se uma incidência de Depressão Pós-Parto de 10 a 42% em puérperas do Brasil e do mundo inteiro. Apesar dessa incidência, a avaliação de depressão no período puerperal é difícil devido à imprecisão no diagnóstico.

Para Camacho *et al* (2006) *apud* Sena e Mendes (2014), a DPP pode se manifestar no período de até 12 meses após o parto, tendo as mesmas características da depressão na população geral, como baixa autoestima, humor deprimido, perda de interesse ou prazer pelas coisas e diminuição da concentração. Fora isso, essa fase é constantemente definida por alterações hormonais e mudanças no caráter social, na organização familiar e na identidade feminina. A maioria dos estudos sobre o assunto indica que, no Brasil, algumas prevalências descobertas foram 13,4% em Brasília, 37,1% em São Paulo e 19,1% em Pelotas.

Arrais e Araujo (2017) ao citarem Thaeme Filha *et al* (2016), indicam que, em média, 25% das mães, no período de 6 a 18 meses após o nascimento do filho, manifestam sintomas de depressão. Já a prevalência global é de 26,3% mais elevada que a destacada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para países de baixa renda, que é de 19,8%. Em contrapartida, é mais alta que os 13,4% achados por Santos (2001) em uma amostra de puérperas de nível socioeconômico elevado.

Para Baptista (2006) *apud* Freitas (2018, p.106):

Os sintomas depressivos durante a gravidez aparecem como uma consequência da combinação de diferentes fatores. Primeiro, as flutuações hormonais que ocorrem durante a gravidez e pós-parto podem alterar a concentração de diferentes substâncias encontradas no cérebro (neurotransmissores) que são responsáveis pelo controle, entre outras coisas, das emoções (BAPTISTA; BAPTISTA, 2006).

Greinert e Milani (2015), afirmam que um estudo realizado por Moraes *et al.* (2006), que tinha como objetivo avaliar a prevalência e os motivos relacionados à DPP, indicou que as mães com menor escolaridade e nível socioeconômico mais baixo revelaram maior prevalência da doença. Kerber, Falceto e Fernandes (2011) também verificaram a associação entre DPP e baixa renda familiar, concordando com os achados de Moraes *et al.* (2006).

Campos e Rodrigues (2015, p. 484) ao falarem sobre Figueira, Diniz, & Silva - Filho (2011) indicam fatores com a maior prevalência relacionados à depressão na população feminina, sendo eles:

Fatores psicossociais (historicamente ligados à maior vulnerabilidade social e dependência financeira; multiplicidade de papéis; problemas conjugais e familiares); história de distúrbios emocionais, como stress e ansiedade, pré-existentes; alterações hormonais (relação entre a diminuição do estrogênio e o desenvolvimento de depressão, característicos das fases pré-menstrual e pós-parto); Genética e a Resiliência. A depressão é considerada uma das doenças que mais gera gastos na saúde da mulher e afastamentos do trabalho (Figueira, Diniz, & Silva- Filho, 2011).

Greinert e Milani (2015) evidenciam um estudo de Rodrigues e Schiavo (2011), o qual visou descrever e comparar as fases do estresse de mulheres grávidas pela primeira vez, no terceiro trimestre de gestação, e no pós-parto, correlacionando-as à ocorrência de DPP. Foi indicado que 78% das participantes da pesquisa apresentaram sinais de estresse no terceiro mês da gestação, enquanto 63% apresentaram no pós-parto. Através desses dados, concluiu-se que existe uma relação entre o estresse vivenciado pela mãe e a DPP.

Tolentino, Maximino e Souto (2016) afirmam que no Brasil, a última publicação com base populacional sobre DPP foi divulgada em 2006, em Pelotas – RS, com 410 mulheres. Tal estudo evidenciou uma prevalência de 19,1%, enquanto em uma publicação anterior, feita em São Paulo – SP, em 2005, destacou uma prevalência de 37,1% com uma amostra de 70 puérperas.

Mais uma vez, Greinert e Milani (2015, p. 29) comentam um estudo de Sousa, Prado e Piccinini (2011) que teve como objetivo investigar as representações acerca da maternidade no contexto da DPP. Assim, verificaram que é necessário que a mulher reorganize sua identidade a partir das transformações que ocorreram a partir da gravidez, já que agora ela é responsável pela formação de um novo ser, tornando-se mãe. Assim,

Com este estudo, os autores concluíram que a DPP estaria ligada às representações negativas sobre a maternidade, como: sentir-se incapaz para o cuidado com o bebê e de não compreender as necessidades dele. Agora essas mães devem conciliar antigos e

novos papéis de sua vida, o antes e o depois da gestação, pois são responsáveis pela criação e formação de um novo ser (Greinert e Milani, 2015, p. 29).

Arrais e Araujo (2017, p. 830) indicam fatores de proteção – condições que podem contribuir para o indivíduo enfrentar determinados eventos de riscos – em relação à DPP. Segundo vários autores, tais fatores são: “o apoio de outra mulher, detecção precoce da depressão, suporte social, boa relação conjugal e suporte emocional do companheiro, estabilidade socioeconômica, sistema de apoio familiar, intervenção multidisciplinar, logo que os sintomas sejam detectados e o pré-natal psicológico” (Arrais et al., 2014; Arrais et al., 2015; Bortoletti, 2007; Santos, 2014; Sousa, Prado, & Piccinini, 2011).

4. LUTO E MELANCOLIA

Este capítulo abordará as ideias de Sigmund Freud no texto *Luto e Melancolia*, que apresenta considerações sobre a essência da melancolia, comparando-a com as emoções e sentimentos presentes no luto normal, discutindo suas manifestações psicogênicas.

Bouteiller (2017, p. 37) reitera que Freud, em *Luto e Melancolia*, afirma que a estrutura psíquica do homem se dá a partir da relação com a falta. Sendo assim, pontua:

O objeto faltante, além de impedir o sujeito de viver a homeostase e a tranquilidade que dela resultaria, instaura um desejo: o desejo de obter a satisfação por meio da aliança, da conquista desse objeto que lhe é, portanto, exterior.

Para Mendes, Viana e Bara (2014), o psicanalista Freud (1895/1996c) afirma que o afeto correspondente à melancolia é o luto, sendo ele a vontade de resgatar algo que desapareceu. Sendo assim, essa perda é pulsional e faz com que, para o melancólico, abra-se uma ferida no interior do aparelho psíquico.

Carvalho (2018, p. 76) alega que Freud ([1917] 1974) retrata as principais divergências entre o luto e a melancolia. Porém, também relata a simetria entre os dois:

Descreve a melancolia em seus aspectos de semelhança com o luto, que envolve o desânimo, a perda de interesse pelo mundo externo, a incapacidade de amar e a inibição de qualquer atividade. No entanto, ressalta que a perturbação da autoestima é um aspecto característico somente do quadro melancólico.

Além disso, Carvalho (2018, p. 76) também aponta que Freud ([1917] 1974) informa que, tanto a melancolia, quanto o luto, podem se construir perante a perda de um objeto amado. Mas, há uma diferença: na melancolia, o objeto não precisa ter necessariamente morrido, mas sim se perdido enquanto objeto de amor.

Para Freud: “O luto é, em geral, a reação à perda de uma pessoa amada, ou à perda de abstrações colocadas em seu lugar, tais como pátria, liberdade, um ideal, etc” (Freud, 1917[1915]/2006, p. 103).

Aguiar e Zoring (2016, p. 274) dizem que, segundo Freud, o trabalho de luto exitoso se dá através do reconhecimento da perda. É só mediante isso que o sujeito se conscientiza de que o objeto amado não existe mais e, assim, toda sua energia libidinal precisará ser retirada das ligações com o objeto perdido. Esse processo é demorado, já que provoca uma grande oposição, que só conseguirá ser superada aos poucos. Por fim, acrescentam:

Freud pontua que cada uma das lembranças e expectativas isoladas, através das quais a libido está vinculada ao objeto, deverá ser

evocada e hipercatexizada, e o desligamento da libido se realizará em relação a cada uma delas. Quando o trabalho de luto se conclui, o ego ficará novamente livre para novos investimentos.

Mendes, Viana e Bara (2014, p. 425) comunicam que a perda no luto pode ser nomeada, sendo esta uma das principais diferenças em relação à melancolia:

No luto, trata-se de uma perda consciente, ao passo que na melancolia, trata-se de uma perda inconsciente, portanto não simbolizada. Interessa-nos investigar o que impede a elaboração da perda na melancolia, uma vez que Freud (1917[1915]/2006) ressalta que existe uma predisposição patológica para o desenvolvimento da melancolia (Freud, 1917[1915]/2006, p. 103).

Carvalho (2018, p. 76) pontua: “[...] O melancólico exhibe ainda uma outra coisa que está ausente no luto [...], um empobrecimento do Eu em grande escala. No luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio Eu” (Freud, [1917] 1974, p. 278).

De acordo com Bouteiller (2017, p. 37), o estágio do luto se dá através do tempo em que o indivíduo sofre pela perda objetal, descontente pelo rompimento da relação. Assim, a sua libido é reinvestida para si mesmo. O tempo do luto, então, sucede-se para que o sujeito recupere sua aptidão de investir, novamente, sua energia psíquica, ou melhor, libido, em outros objetos. Já na melancolia, a patologia não é especificamente relacionada à perda objetal real. Sendo assim, especifica:

Poderíamos considerar que a hipótese de Freud nesse texto é a seguinte: o objeto perdido da melancolia não é exterior ao sujeito, como no luto normal, não patológico, mas está do lado da instância egoica. Nessa colagem do eu ao objeto, o único destino da pulsão é o furo deixado pela queda desse eu melancólico.

Conforme Mendes, Viana e Bara (2014, p. 426), o recurso essencial para a predisposição da melancolia é que a libido esteja fixada no estágio narcísico. Sendo assim, o sujeito, ao encontrar-se com a perda, sendo ela real ou ideal, retrocede à fase do seu desenvolvimento em que ocorreu uma ferida narcísica. Isso faz com que o melancólico paralise e não consiga realizar o processo do luto, já que a libido é retraída para o eu. Assim, o indivíduo se identifica com o objeto perdido. Além disso, dizem que Freud (1917[1915]/2006) criou um conjunto das psiconeuroses narcísicas para explicar melhor a melancolia. Portanto, a melancolia é classificada como uma neurose narcísica, na qual há um confronto entre o eu e o superego, podendo assumir diversas formas de interpretação clínica. Sendo assim, concluem:

Ao tentar diferenciar a neurose da psicose, Freud (1924[1923]/1996d) pontua: “Podemos provisoriamente presumir que tem de haver também doenças que se baseiam em um conflito entre o ego e o superego. A análise nos dá o direito de supor que a

melancolia é um exemplo típico desse grupo, e reservaríamos o nome de 'psiconeuroses narcísicas' para distúrbios desse tipo" (pp. 169-170).

Nobre (2015, p. 13) menciona que Freud exhibe a especificidade narcísica presente na melancolia ao mencionar a incapacidade de amar, a redução da autoestima que, por sua vez, constitui variadas consequências e, por fim, uma expectativa delirante de punição. Sendo assim, citam:

O paciente representa seu ego para nós como sendo desprovido de valor, incapaz de qualquer realização e moralmente desprezível; ele se repreende e se envilece, esperando ser expulso e punido. Degrada-se perante todos, e sente comiseração por seus próprios parentes por estarem ligados a uma pessoa tão desprezível (Freud, 1917/1996b, pp. 251-252).

Sendo assim, Nobre (2015, p. 13) continua seu pensamento dizendo que, através desses julgamentos dirigidos ao próprio ego, a percepção da realidade do melancólico propende a percorrer a lógica narcísica de que ele é responsável por todos os problemas e danos ao seu redor, sendo merecedor apenas do fracasso e da punição. Mais uma vez, cita Freud para explicitar a necessidade de punição no sujeito melancólico:

Atribuimos a função da consciência ao superego e reconhecemos a consciência de culpa como expressão de uma tensão entre o ego e o superego. O ego reage com sentimentos de ansiedade (ansiedade de consciência) à percepção de que não esteve à altura das exigências feitas por seu ideal, ou superego. O que desejamos saber é como o superego veio a desempenhar esse papel exigente e por que o ego, no caso de uma diferença com o seu ideal, deve ter medo (Freud, 1924/1996f, p. 184).

Mais uma vez, Carvalho (2018, p. 80) declara que Freud ([1917] 1974), ao final de *Luto e Melancolia*, esclarece que as causas da melancolia possuem maior abrangência do que às associadas ao luto, e isso se dá ao enfrentamento que existe de uma ambivalência. No luto, há a perda real do objeto, que pode ser gerada pela morte. Já na melancolia, há lutas isoladas em volta do objeto, que são interpretadas pelo amor e o ódio: "[...] um procura separar a libido do objeto, o outro defender essa posição da libido contra o assédio. A localização dessas lutas isoladas só pode ser atribuída ao sistema inconsciente" (Freud, [1917] 1974, p. 290).

5. A MÃE PARA WINNICOTT

Neste capítulo serão apresentadas as ideias de Donald Winnicott sobre a relação mãe-bebê, visando os conceitos da mãe suficientemente boa e as funções maternas.

5.1 A mãe suficientemente boa

Para Godoy (2019), o bebê é completamente dependente e necessita que sua mãe esteja dedicada unicamente a ele. Sendo assim, a mãe desenvolve o estado de *preocupação materna primária* que, por sua vez, é voltado exclusivamente às necessidades do bebê. Aos poucos, esse estado vai sendo regredido pela mãe. Tal condição materna ocorre ao longo da gravidez e vai se intensificando gradualmente até algumas semanas após o puerpério.

Borsa (2006, p. 316) explica que o estado de preocupação materna primária é um estado psíquico que uma mãe saudável alcança, tornando-a disposta a propiciar um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento do bebê. Sendo assim, conclui:

A mãe que desenvolve esse estado fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida. Essa preocupação única e a abertura para o bebê que se cria dentro da mãe são cruciais no processo de vínculo (Winnicott, 1998, 2000, 2001).

Iungano e Tosta (2009, p. 103) reiteram que é necessário que o estado de preocupação materna primária seja regredido algumas semanas após o parto, para que, através do estabelecimento do vínculo, se tenha o rompimento da relação fusional e, também, que o desenvolvimento da mãe e do bebê ocorram independentemente. Segundo Winnicott (1956/2000), as mães precisam ser saudáveis para entrar e sair desse estado. Porém, é normal que algumas mães não atinjam o estado de preocupação materna primária, pois não conseguem se desvincular de sua identidade habitual. Desse modo, pontuam:

Frequentemente, a genitora que não pôde, por qualquer razão, entrar no estado de profunda identificação com o bebê, encontra dificuldades, ao longo do desenvolvimento da criança, para adequar-se às suas necessidades (Winnicott, 1956/2000). O contrário também pode acontecer, ou seja, a puérpera se *perder* neste estado, permanecendo nele por muito mais tempo após o parto, podendo chegar a casos patológicos. Em ambas as possibilidades, é válido afirmar que o bebê não teve maternagem *suficientemente boa*.

Borsa (2006, p. 315) reforça que, para Winnicott (1998; 2001), o bebê só vai dar início ao processo de desenvolvimento pessoal e real através da presença de uma mãe suficientemente boa. Sendo assim, explica:

A mãe suficientemente boa é flexível o suficiente para poder acompanhar o filho em suas necessidades, as quais oscilam e evoluem no percurso para a maturidade e a autonomia. A mãe suficientemente boa possui sensibilidade peculiar que a leva a poder sentir como se estivesse no lugar do bebê; é por esta via que ela responde às suas necessidades que são inicialmente corporais e posteriormente, necessidades do ego.

Godoy (2019, p. 52) afirma que a mãe suficientemente boa assegura que a condição de vida do bebê tenha poucas perturbações por reações à intrusão do ambiente: “São as reações à intrusão e não a intrusão em si mesma (a falha materna) que interrompem o continuar a ser do bebê, provocando uma ameaça de aniquilação”.

Mais uma vez, Borsa (2006, p. 315) discorre que a mãe pode falhar em atender às satisfações do bebê, mas pode, também, conseguir com que o seu filho não se sinta desamparado, sustentando suas necessidades egóicas. Assim, quando a relação mãe-bebê flui, o ego do bebê é desenvolvido em todos seus aspectos, mas quando essa relação é escassa, há resultados negativos para a criança. Sendo assim, afirma: “O bebê bem cuidado rapidamente estabelece-se como pessoa, ao passo que o bebê que recebe apoio egóico inadequado ou patológico, tende a apresentar padrões de comportamento caracterizados por inquietude, estranhamento, apatia, inibição e complacência (Winnicott, 1998, 2000, 2001)”.

Para Mendes, Viana e Bara (2014, p. 425), o eu se estabelece através da relação com outro. Sendo assim, os primeiros contatos da mãe com o bebê são de extrema importância, já que permitem a erogeneização do seu corpo. Se houver falhas na função materna, fazendo com que a mãe apresente uma escassez no cuidado do bebê, isso pode desencadear um desenvolvimento insatisfatório da sua personalidade. Desse modo, comentam:

De acordo com Winnicott (1958/1983), se a mãe é suficientemente boa, se ela consegue propiciar ao bebê o suporte necessário às suas necessidades básicas, às vivências relacionadas ao período de dependência absoluta, o bebê consegue passar dessa fase para a dependência relativa, na qual consegue vivenciar as ausências da mãe de uma forma criativa. O bebê pode encontrar nos objetos que lhe são familiares, que Winnicott denomina transicionais, traços ou marcas da imagem materna, que lhe possibilitam vivenciar a ausência da mãe de forma menos traumática.

Silva (2016, p. 38) reitera que, segundo Winnicott, existem dois tipos de identificação na relação mãe-bebê após o nascimento: “a identificação da mãe com seu

filho e o estado de identificação do filho com a mãe. A mãe introduz na situação uma capacidade amadurecida, ao passo que a criança se encontra nesse estado porque é assim que as coisas começam” (Winnicott, 1965/1982, p. 21). Portanto, o bebê no seu desenvolvimento intrauterino é visto pela mãe como um objeto interno e a mãe, por sua vez, imagina esse objeto, idealizando-o. Mas, por vezes, tal objeto interno pode simbolizar um ser estranho dentro do corpo da mãe, fazendo com que seja considerado um invasor ou até mesmo um parasita.

Godoy (2019, p. 54) comenta:

Winnicott (1947/2000) aborda a necessidade de a mãe poder odiar seu bebê, mas de entender os motivos que a levam a isso, para que tal ódio não transborde no seu comportamento. De acordo com o autor, a mãe que não odeia, ou mais precisamente, não se permite odiar, não autoriza a criança a odiar e, conseqüentemente, esta não pode acreditar que é também amada.

Dito isso, Godoy (2019, p. 55) certifica que Winnicott, em seu texto de 1947, *O ódio na contratransferência* apontou inúmeros porquês da mãe odiar o seu bebê, tanto antes, quanto depois do nascimento. A autora, portanto, destaca alguns:

O bebê não é uma concepção mental sua. [...]

O bebê é um perigo para o seu corpo durante a gestação e o parto.

O bebê interfere com a sua vida privada, é um obstáculo para a sua ocupação anterior. [...]

Ele é impiedoso, trata-a como lixo, uma serva sem pagamento, uma escrava. [...]

Ele tenta machucá-la, volta e meia a morde, e tudo por amor. [...]

No início o bebê dita a lei, é preciso protegê-lo de coincidências, a vida deve fluir no ritmo dele, e tudo isso exige da mãe um contínuo e detalhado estudo. [...] (WINNICOTT, 1947/2000, p. 285-6)

Por fim, Borsa (2006) conclui que a mãe e o ambiente têm de ser suficientemente bons para que o bebê tenha um desenvolvimento emocional saudável. Mas, se houver falhas na relação mãe-bebê, na qual a mãe não seja suficientemente boa, o bebê pode apresentar um comprometimento na constituição de sua subjetividade.

5.2 As funções maternas

Andrade, Baccelli e Benincasa (2017) reiteram que a mãe suficientemente boa é apta para proceder devidamente três funções maternas, sendo consideradas essenciais na díade mãe-bebê: o *holding*, o *handling* e a apresentação de objeto.

Holding

Começando com o *holding*, Godoy (2019, p. 59) desenvolve que tal conceito abrange todos os cuidados necessários ao bebê no início da vida, sendo eles cuidados físicos e psicológicos. Através da identificação com o bebê, a mãe disponibiliza uma sustentação essencial baseada no seu manejo e nos cuidados físicos relacionados ao seu conforto e satisfação. Portanto, complementam:

Dessa forma protege-o de agressões fisiológicas (nesse início fisiologia e psicologia ainda não se diferenciaram), levando em conta sua sensibilidade cutânea, auditiva e visual, e sua sensibilidade à queda. Inclui toda a rotina de cuidados do dia a dia e segue todas as mudanças advindas do crescimento e do desenvolvimento do bebê, tanto físicas quanto psicológicas (WINNICOTT, 1960/1983).

Iugano e Tosta (2009, p. 104) apresentam que o *holding*, que na tradução significa *segurar* ou *sustentar*, representa todos os cuidados que a mãe terá com o seu bebê. Diz respeito à segurança, que é fundamental para que o bebê possa desenvolver-se e construir sua imagem como pessoa, com seu ego estruturado. As autoras citam Winnicott (1988/2006): “No início (...) é o ato físico de segurar a estrutura física do bebê que vai resultar em circunstâncias satisfatórias ou desfavoráveis em termos psicológicos (p. 54)”.

Para Medeiros e Aiello-Vaisberg (2014, p. 52), o *holding* proporciona ao bebê uma segurança física e um acolhimento psicológico, isto é, o bebê está sustentado para que o seu desenvolvimento possa ocorrer adequadamente. Os autores trazem que Winnicott associa o *holding* com a noção de ilusão, continuidade de ser e integração:

A sustentação física e psicológica do bebê, alcançada pela devoção sensível da mãe suficientemente boa que atende as necessidades da criança através de sua presença viva, confiável e pontual teria como consequências naturais as experiências de ilusão, continuidade de ser e o desenrolar de movimentos integrativos.

Monteiro (2003, p. 31) revela que um *holding* falho causa malefícios ao bebê: “(...) mudanças repetidas de técnicas de maternagem, falta de apoio para a cabeça, ruídos altos, etc., provoca sensação de despedaçamento, de estar caindo num poço sem fundo e de desconfiança na realidade externa (Winnicott, 2001; Valler, 1990)”. Sendo assim, a autora conclui:

Quando as coisas não vão bem, o bebê percebe os resultados dessas falhas do cuidado materno. O resultado de cada falha é que a “continuidade do ser” é interrompida por reações às consequências desta falha, do que resulta o enfraquecimento do ego (Winnicott, 1960).

Handling

Para Iugano e Tosta (2009, p. 104), *handling* significa *manipulação* ou *manejo*. Tal função condiz com o cuidado corporal do bebê, que está ligado à alimentação, limpeza,

troca de fraldas, entre outros. Desse modo, as autoras citam Tosta (2001): “Um manejo suficientemente bom é aquele que atende às necessidades físicas do bebê, mas tratando-o como pessoa inteira (p. 30)”.

Godoy (2019, p. 61) afirma que é mediante o *handling* que a mãe ajuda o bebê na tradução dos sentimentos e sensações. Além disso, também contribui no desenvolvimento psicossomático do bebê, possibilitando que a psique tenha uma plenitude, uma totalidade, e fazendo com que o bebê tenha a sensação de se sentir real. Com isso, citam Abram (2000) para complementar:

O manejo da mãe, também através dos cuidados diários, vai possibilitar que o bebê comece a perceber seu funcionamento corporal, desenvolva o tônus muscular e a coordenação, culminando na sensação de existir dentro do próprio corpo. “O bebê passa a sentir, como uma consequência do toque amoroso, que seu corpo constitui-se nele mesmo (o bebê) e/ou que seu sentimento de *self* centra-se no interior do seu próprio corpo” (ABRAM, 2000, p. 138).

Monteiro (2003, p. 32) menciona que Winnicott realizou um trabalho com crianças fisicamente doentes e percebeu que, frequentemente, a falta de contato corporal resulta em problemas psicológicos. Sendo assim, a criança acaba tendo dificuldades para reconhecer e aceitar suas limitações físicas como reais. Em vista disso, a autora complementa:

As distorções do ego originam-se de distorções da atitude daqueles que cuidam da criança. Uma mãe com um bebê constantemente apresenta e reapresenta o corpo e a psique do bebê um ao outro, e observa-se prontamente que esta tarefa é fácil, porém, importante, torna-se difícil se o bebê tem uma anormalidade que faz a mãe sentir-se culpada, envergonhada, assustada, excitada ou desesperançosa. Em tais circunstâncias, ela pode fazer o melhor que possa, e não mais (Winnicott, 1970 *apud* Davis e Wallbridge, 1982:117).

Por fim, Godoy (2019, p. 61) conclui que, conforme o bebê vai sendo sustentado, ele começa a se organizar para o fortalecimento psicossomático e, assim: “Vai adquirindo e ampliando a capacidade de se responsabilizar por seus impulsos e de fazer reparações, além de absorver as frustrações inerentes às experiências excitadas, pois, em um bebê mais amadurecido, a frustração pode ser sentida e assimilada quando apresentada num grau suportável”.

Apresentação de objeto

Esta terceira função materna, segundo Iugano e Tosta (2009), está relacionada com a ideia de transicionalidade. A mãe é responsável por apresentar o mundo à criança e a criança ao mundo, protegendo-a durante esse processo de transição.

Godoy (2019, p. 63) relata a importância da amamentação nessa fase da terceira função materna:

Através do processo de amamentação a mãe apresenta ao seu bebê um pedacinho do mundo, de maneira bastante simplificada, e é essencialmente tarefa sua proteger seu bebê de quaisquer complicações com que ele ainda não está apto a lidar. É com base na monotonia inicial dos processos de amamentação e outros cuidados que a mãe poderá, aos poucos, ir apresentando a riqueza do mundo ao seu bebê de maneira produtiva.

Winnicott (2000) *apud* Andrade, Baccelli e Benincasa (2017, p. 3): “A apresentação de objeto envolve a entrega ao bebê do objeto desejado, fazendo com que ele acredite que o mundo pode conter o que precisa e deseja”.

Mais uma vez, Godoy (2019, p. 62) informa que a partir do encontro com o seio, o bebê começa a experienciar a ilusão, tendo o primeiro sentido de realidade. Comenta que, ao criar o seio, o bebê cria a si mesmo.

Winnicott (1945/2000, p. 227):

O encontro do bebê com o seio possibilita dessa forma 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”.

Monteiro (2003, p. 33) discorre que, nesta função, a mãe se mostra substituível, fazendo com que o bebê tenha que criar e ir ao encontro de novos objetos, que serão propícios ao desenvolvimento da criança. A autora também comenta: “Esta fase, também chamada de realização (por tornar real o impulso criativo da criança), inclui não só o início das relações interpessoais, mas também a introdução de todo o mundo da realidade compartilhada para o bebê” (Winnicott, 2001).

Godoy (2019, p. 63) afirma que é a partir da apresentação de objeto que o bebê adquire a capacidade de manter relacionamentos futuros com objetos e pessoas do mundo externo e compartilhado. Dito isso, comenta:

O senso de realidade não será adquirido através da insistência da mãe quanto à natureza externa das coisas e do mundo, mas sim por sua adaptação inicial quase perfeita que permite a seu filho a ilusão de ter criado os objetos e sua posterior e gradual desadaptação às necessidades dele em um momento em que ele já possui recursos para lidar com essa mudança.

Por fim, Iugano e Tosta (2009) concluem que a mãe suficientemente boa, que cumpre adequadamente todas essas funções descritas acima, proporciona ao bebê uma totalidade, isto é, a capacidade de se perceber como um ser completo, único e real.

6. RESULTADOS

Como foi dito no método deste trabalho, será realizada uma análise do filme “O Estranho em Mim” (Das Fremde in Mir). Dirigido pela alemã Emily Atef, este filme foi produzido em 2008 e retrata a realidade das mulheres que sofrem de depressão pós-parto.

O filme mostra a rotina de Rebecca (Susanne Wolff) e Julian (Johann von Bülow), um casal que está esperando ansiosamente pela chegada de seu primeiro filho. Rebecca tem uma floricultura e tudo parece estar bem, até o nascimento do bebê, Lukas, que nasce perfeitamente saudável. Após isso, Rebecca começa a ter sentimentos conflitantes em relação ao filho e à sua nova vida.

Rebecca, cada vez mais, mostra sua falta de habilidade em relação aos cuidados maternos. O bebê, Lukas, não consegue mamar pela falta de leite da mãe, chora muito e Rebecca não sabe o que fazer. Começa a ver o filho como um estranho e não consegue sentir aquele amor incondicional materno. Assim, começa a se afundar em um mar de sensações ruins, que causam frustrações e desespero. Rebecca começa a sentir que perdeu sua identidade como mulher para tornar-se apenas mãe.

Contudo, isso a faz ter questionamentos de como conciliar isso tudo, de como não ser apenas mãe e de como se adaptar a nova realidade. Rebecca não consegue achar as respostas e isso a atormenta.

No filme, esse comportamento de Rebecca coloca Lukas em risco. A mãe acaba tornando-se um perigo para seu próprio filho: ela o esquece na rua, lisonjeia com a ideia de deixá-lo no fundo da banheira. Também se torna incapaz de assumir seus sentimentos em relação à criança. Ela também começa a vivenciar sentimentos de repulsa e aversão ao marido, que acaba voltando-se contra a esposa. A mãe de Rebecca, que mora no Canadá, viaja até a Alemanha para ajudá-la durante esse momento difícil e crítico.

Com isso, Rebecca conclui que é uma ameaça à criança e, após sofrer um ataque nervoso, é internada. Durante a internação e acompanhamento terapêutico, ela começa, aos poucos, a desejar o toque, o cheiro e o sorriso de Lukas.

A primeira metade da trama aborda a relação conflituosa de Rebecca e Lukas, retratando cenas relacionadas à depressão pós-parto. A segunda metade da trama aborda o processo de cura para tal enfermidade: é possível ver que a mãe existente dentro de Rebecca vai, aos poucos, se despertando.

Desse modo, ressalto que será analisada apenas a primeira parte da trama, que compreende a relação mãe-bebê durante a depressão pós-parto. O processo da cura é

de extrema importância, mas na revisão da literatura não houve a intenção de abarcar essa fase do processo de construção da relação mãe-filho, e sim de verificar as possíveis implicações que a doença pode causar no desenvolvimento da criança.

7. ANÁLISE E DISCUSSÃO

Através da análise do filme, observa-se que o comportamento de Rebecca muda após o nascimento de Lukas. Como Fernandes e Cotrin (2013) afirmaram, a depressão pós-parto acomete cerca de 10 a 15% das mulheres após o parto, provocando alterações emocionais e comportamentais.

A primeira cena que chama atenção em relação à díade mãe-bebê é a do nascimento de Lukas. Assim que ele nasce, a médica o coloca sobre o ventre de Rebecca e ela, por sua vez, não consegue tocá-lo. A mãe não esboça um sorriso ou emoção, apenas demonstra um olhar vazio e angustiado, juntamente com a impossibilidade de fazer com que suas mãos cheguem ao corpo do bebê. Em relação a isso, lembremos o que Freitas, Scarabel e Duque (2012) disseram: após o parto, a mãe passa pelo luto do seu corpo gravídico e do bebê que estava dentro deste corpo.

Com isso, podemos introduzir a melancolia existente na personagem Rebecca. Como Carvalho (2018) reiterou, a melancolia e o luto podem se construir a partir da perda de um objeto amado, tendo como diferença que na melancolia, o objeto não precisa ter necessariamente morrido, mas sim se perdido enquanto objeto de amor. A melancolia de Rebecca inicia-se pela perda do seu bebê imaginário, que deixou de existir com o nascimento de Lukas, o bebê real. Desse modo, ela tem dificuldades em aceitá-lo, já que, como dito por Rehbein (2014), a presença do filho real torna-se desagradável para a mãe a partir do momento em que suas demandas e dificuldades são reais, pois o filho imaginário, em oposto, não lhe trazia problema algum. Essa perda sentida por Rebecca mostra-se inconsciente e não simbolizada, podendo ser identificada como melancolia, assim como é dito por Mendes, Viana e Bara (2014).

A contribuição de Rehbein (2014) fica evidenciada em uma das cenas mais marcantes, na qual Rebecca vai com Lukas para sua floricultura. Ela o deixa em cima de uma mesa, na cadeirinha, enquanto organiza alguns buquês. Nisso, Lukas fica olhando para a mãe e seus olhares se cruzam. Rebecca mostra-se incomodada e toma uma atitude um tanto quanto agressiva - vira a cadeirinha – fazendo com que Lukas fique de costas para ela. Tal movimento parece não ter sido bem sucedido, porque Rebecca ainda fica inquieta na presença da criança e, assim, após alguns segundos, pega Lukas e o leva para outro cômodo, deixando-o lá. Rehbein (2014) ainda acrescenta que o bebê real necessita dos cuidados maternos e a mãe, por sua vez, tem que atendê-lo, suprindo suas necessidades – pulsões ativas e fálicas. Mas, para a mãe deprimida, isto é insuportável,

ao ponto da presença do filho real ser desagradável. Isso justifica o comportamento de Rebecca, pois, para ela, é martirizante ficar no mesmo recinto que Lukas.

Durante o decorrer do filme, conseguimos perceber todas as dificuldades que Rebecca encontra em relação a sua maternagem. Podemos relacionar isso com o fato dela não ter conseguido entrar em um estado profundo de identificação com Lukas. Assim como alegado por Winnicot (1956/2000), algumas mães não conseguem se desprender de sua identidade habitual e não alcançam o estado de preocupação materna primária. Assim, não conseguem se adequar às necessidades do bebê.

Logo após o nascimento de Lukas, ainda no hospital, Rebecca tenta amamentá-lo, mas não consegue por ele chorar muito. A enfermeira aconselha que ela converse com o bebê e ela mostra-se resistente:

Enfermeira: Converse com ele!

Rebecca: (...)

Enfermeira: Vamos tentar mais tarde. Não quer mamar. Vou dar glicose para que não perca peso.

Em outra cena, já em casa, Rebecca, mais uma vez, não consegue dar de mamar. Ela tem pouco leite e Lukas chora muito. Em ambas as cenas – no hospital e em casa – Rebecca mostra-se extremamente frustrada por não conseguir alimentar seu filho. Assim, Lukas apenas é alimentado através da mamadeira. Como Godoy (2019) havia relatado, a amamentação é essencial para a terceira função materna - a apresentação de objeto – pois é através desse processo que a mãe apresenta ao bebê um pedaço do mundo. É a partir do encontro com o seio que o bebê começa a experienciar a ilusão e ter o primeiro sentido de realidade.

Como Lukas não entra em contato com o seio materno, podemos pensar em possíveis implicações em seu desenvolvimento futuro. Como a apresentação de objeto está relacionada com o primeiro sentido de realidade, pode ser que Lukas apresente um bloqueio na capacidade de sentir-se real. Além disso, também podemos pensar que ele teria uma dificuldade em se relacionar, já que é a partir da apresentação de objeto que o bebê adquire a capacidade de manter relacionamentos futuros com objetos e pessoas do mundo externo e compartilhado. Vale ressaltar que muitas mães não conseguem amamentar os filhos através do seio e isso não significa que os bebês podem vir a ter implicações em seu desenvolvimento. A mãe que oferece a mamadeira de um modo amoroso, acolhendo e dando segurança ao bebê, não causará problemas à criança. No

caso de Rebecca, a amamentação através da mamadeira é falha porque mesmo assim ela não consegue proporcionar um amparo e um bem-estar a Lukas.

Como foi apresentado por Monteiro (2003), a mãe se mostra substituível na apresentação de objeto, fazendo com que o bebê tenha que criar e ir ao encontro de novos objetos. Sendo assim, Lukas pode vir a ter sua criatividade prejudicada, já que não experienciou a criação de novos objetos. Também há a possibilidade de Lukas ser uma criança insegura e dependente da mãe. É importante salientar que essa experiência negativa pode ser minimizada ou anulada pelo pai ou outro cuidador substituto. Mendes, Viana e Bara (2014) reforçam a ideia que é preciso que alguém cumpra a função materna para conseguir garantir o conforto e a segurança do bebê, proporcionando-o os primeiros cuidados. No filme, Julian tem um papel importante, ele consegue suprir a falta de Rebecca enquanto ela está internada, fornecendo os subsídios físicos básicos e necessários ao bebê, assegurando que Lukas receba proteção, nutrição, acolhimento e higienização enquanto Rebecca vivencia o processo de cura.

Uma das cenas mais impactantes é a que Rebecca esquece Lukas na rua. Ela simplesmente pega o ônibus e deixa seu filho na calçada, no carrinho. Rebecca só percebe que o esqueceu após alguns pontos e grita para o motorista parar. Sai correndo para o local em que deixou Lukas que, neste momento, já está rodeado de pessoas. Quando Rebecca se aproxima, as pessoas perguntam se ela é a mãe da criança e ela afirma que sim, empurrando o carrinho. Um homem se coloca na frente dela e diz que chamou a polícia, que ela terá que esperar a autoridade chegar para que possa levar o bebê.

Com essa cena, podemos introduzir a noção do holding que, como dito por Godoy (2019), representa todos os cuidados necessários ao bebê no início da vida, sendo eles cuidados físicos e psicológicos. Outro aspecto importante desta função materna é a segurança que a mãe transmite e garante ao seu filho, assim como foi descrito por Iugano e Tosta (2009). A segurança é fundamental para que o bebê possa se desenvolver, ter seu ego estruturado e construir sua imagem como pessoa.

Outra cena que chama a atenção é o jeito como Rebecca faz Lukas ninar. Ela o segura como se ele fosse um peso, sem demonstrar nenhum carinho e afeto. O holding também significa sustentação. Como foi mencionado por Godoy (2019), é através da identificação com o bebê que a mãe disponibiliza uma sustentação essencial baseada no seu manejo e nos cuidados físicos relacionados ao seu conforto e satisfação. Como dissemos anteriormente, Rebecca não consegue se identificar com Lukas. Assim, não consegue desempenhar uma sustentação adequada, tratando-o como um peso, um fardo.

Podemos afirmar que Rebecca, como mãe, falhou miseravelmente nesta função. Deixou Lukas completamente vulnerável e suscetível a qualquer tipo de agressão física e psicológica. Um holding falho, assim como descrito por Monteiro (2003), causa malefícios ao bebê, como desconfiança na realidade externa e a interrupção da continuidade do ser. Isso pode levar ao enfraquecimento do ego. A falta da segurança física e todas essas falhas podem fazer com que Lukas seja uma criança insegura e que tenha dificuldades na construção da sua imagem pessoal, além de ter um ego frágil.

Outra cena que podemos relacionar com a falha de Rebecca em relação ao holding é quando Rebecca está dando banho em Lukas e, ao colocá-lo na banheira, o afunda. Ela o deixa embaixo d'água por longos segundos e flerta com a ideia de afogá-lo, mas, no final da cena, ela o tira da água. Rehbein (2014) sugere que quando a mãe não tem um desempenho satisfatório na relação com seu filho, ela sofre e se desespera, sem saber o que fazer. Sendo assim, sente-se culpada e incapaz. Isso explicaria o porquê de Rebecca fugir após esse acontecimento, que, depois, levou-a à internação e início do tratamento para a depressão pós-parto.

O comportamento de Rebecca em flertar com a ideia de afogar Lukas também pode ser relacionado com o que Rehbein (2014) enunciou, de que as necessidades do bebê, expressas pelo choro ou silenciosamente, fazem com que a mãe fique sensível e possa sentir raiva, tornando-se agressiva. Assim, manifestam-se desejos de bater ou arremessar o bebê, mas não chegam a ser concretizados. Também é pertinente validar a necessidade que a mãe tem, segundo Winnicott (1947/2000), de poder odiar seu bebê, mas de entender os motivos que a levam a isso, para que tal ódio não transborde no seu comportamento.

No caso de Rebecca, a raiva por Lukas era tanta, que ela iniciou a concretização do desejo de afogá-lo, mas depois desistiu. Podemos afirmar, então, que Rebecca, mais uma vez, colocou a segurança de Lukas em risco.

Dando continuidade à análise das funções maternas, como dissemos anteriormente, Rebecca falha em tocar seu filho. Ela não consegue encostar nele, tem muita dificuldade. Podemos relacionar isso ao handling, que como pronunciaram as autoras Iugano e Tosta (2009), significa manipulação ou manejo. Essa função visa fornecer o cuidado corporal ao bebê, atendendo a todas as necessidades físicas da criança.

Sendo assim, como é assegurada por Godoy (2019), esta função materna está relacionada aos cuidados diários da mãe, que possibilita ao bebê a percepção do seu

funcionamento corporal, além de ajudá-lo na tradução dos sentimentos e sensações. Também é importante para o desenvolvimento psicossomático da criança.

Como Rebecca falha também nesta função, conseguimos pensar em algumas implicações que Lukas pode ter ao longo de seu desenvolvimento. Monteiro (2003) afirma que a falta de contato corporal resulta em problemas psicológicos, além de a criança poder ter dificuldades para reconhecer e aceitar suas limitações físicas.

Com as contribuições de Mendes, Viana e Bara (2014), sabemos que o eu se estabelece através da relação com outro. Sendo assim, os primeiros contatos da mãe com o bebê são de extrema importância, já que permitem a erogeneização do seu corpo. Se houver falhas na função materna, fazendo com que a mãe apresente uma escassez no cuidado do bebê, isso pode desencadear um desenvolvimento insatisfatório da sua personalidade. É possível, assim, que Lukas não tenha um desenvolvimento psicossomático satisfatório, podendo vir a ter problemas psicológicos e dificuldades para reconhecer e aceitar suas limitações físicas.

Nas cenas referentes à amamentação, Lukas chora bastante. Durante o filme, o bebê chora constantemente e fica nítido que Rebecca não sabe o que fazer, não sabe como contornar a situação. Como foi declarado por Dias e Baseggio (2010), as mães deprimidas demonstram uma tendência a apresentar menor capacidade a responder de forma continente e direta aos sinais da criança, estabelecendo um menor contato físico.

Isso fica claro na cena em que Rebecca está na floricultura com Lukas e ele começa a chorar. Ela não faz nada para acalmá-lo, apenas dá alguns “tapinhas” no carrinho e logo fica impaciente. O bebê continua chorando e Rebecca mostra-se frustrada: começa a chorar também. Os dois ficam chorando. Até que Rebecca liga para sua cunhada, Elise, ir até o local. Ela vai e, ao chegar, pega Lukas no colo que, automaticamente, para de chorar.

Com essa cena, podemos ver o quanto Rebecca se sente frustrada e incapaz de atender às necessidades do filho. Ela não consegue proporcionar um conforto a ele, sente-se insegura em acalmá-lo, em pegá-lo, em tocá-lo. Isso reafirma o que Guedes-Silva *et al* (2003) trouxeram que as mães com depressão pós-parto não conseguem interpretar o choro da criança e se sentem inúteis por não satisfazer seu próprio bebê. Podemos evidenciar isso em uma conversa em que Rebecca tem com a doula, que a está auxiliando no processo de tratamento da depressão pós-parto:

Doula: Você não o vê a algum tempo?

Rebecca: Um quatro semanas.

Doula: Ele deve ter mudado.

Rebecca: O que devo fazer? Não sei se sou capaz.

Essa sensação de incapacidade pode estar relacionada à falta de autoestima presente no sujeito melancólico. Como Nobre (2015) trouxe, a especificidade narcísica da melancolia tem como característica um rebaixamento da autoestima. Junto disso, tem a incapacidade de amar, o que fica nítido na relação de Rebecca e Lukas: ela não consegue sentir afeição e carinho por ele. Conseguimos notar isso em uma das sessões com o terapeuta:

Rebecca: Todos gostavam do seu cheiro. Eu não sentia nada. Ele não sentia nada. Eu queria ir embora. Pensava que o meu leite estava envenenado. Na verdade, Lukas não o queria.

Terapeuta: Ele sentiu seu nervosismo.

Rebecca: Não desejo pensar no Lukas.

Guedes-Silva *et al* (2003) também esclareceram que é frequente que sentimentos de culpa e auto depreciação estejam presentes nas mães com depressão pós-parto, já que se sentem incompetentes em relação às obrigações maternas. Essa culpa e essa sensação de incompetência ficam evidentes em uma das sessões que Rebecca tem com seu terapeuta, na qual Rebecca se sente culpada por ter sentido vontade de afogar Lukas na banheira. Fica nítido o desamparo e o arrependimento que ela sente, além do medo de ser punida, não podendo voltar a ver seu filho.

Rebecca: Eles não confiam em mim por que... Eles têm medo de mim.

Terapeuta: Quem?

Rebecca: Julian e Elise.

Terapeuta: E você?

Rebecca: Eu não sei. Eles podem ter razão. Isso porque eles não sabem... Se eles soubessem que...

Terapeuta: Se eles soubessem o que? Fale, simplesmente.

Rebecca: Não posso.

Terapeuta: Por quê?

Rebecca: Me dirão que não devo voltar a ver o Lukas.

Terapeuta: Porque supõe que não.

Rebecca: Como você sabe?

Terapeuta: Eu sei.

Rebecca: Antes de fugir, dei um banho em Lukas. Eu tinha... Eu pensei... “E se eu deixá-lo cair?”

Terapeuta: Mas você não o deixou cair.

Rebecca: Eu queria.

Terapeuta: Você não fez.

Rebecca: Eu queria!!!

Terapeuta: Você não fez. No entanto, estava em um estado grave. Em vez disso, você fugiu, porque queria proteger Lukas.

O sujeito melancólico também tem como característica uma expectativa delirante de punição. Isso fica nítido neste diálogo entre Rebecca e seu terapeuta, no qual Rebecca acredita que será punida por seu marido e por sua cunhada. Podemos perceber que ela já se pune, culpando-se por tudo aquilo que colocou a integridade física e psicológica de Lukas em risco. Freud (1917/1996b), explica que o paciente representa seu ego como sendo desprovido de valor, incapaz de qualquer realização e moralmente desprezível; ele se repreende e se envilece, esperando ser expulso e punido. Degrada-se perante todos, e sente comiseração por seus próprios parentes por estarem ligados a uma pessoa tão desprezível. Isso explicaria o porquê de Rebecca se culpar e pensar que será punida por Julian e Elise: o melancólico se sente responsável por todos os problemas e danos ao seu redor, sendo merecedor apenas do fracasso e da punição.

Podemos notar, também, que Rebecca, além de retirar todo o seu investimento libidinal do filho, também retira do marido. Essa retirada pode estar ligada à melancolia, já que, assim como introduzido por Mendes, Viana e Bara (2014), o sujeito, ao encontrar-se com a perda, sendo ela real ou ideal, retrocede à fase do seu desenvolvimento em que ocorreu uma ferida narcísica. Sendo assim, a libido é retraída para o próprio eu.

Contudo, isso faz com que o melancólico paralise e não consiga realizar o processo de luto. De acordo com Bouteiller (2017), o estágio do luto se dá através do tempo em que o indivíduo sofre pela perda objetal, descontente pelo rompimento da relação. Assim, a sua libido é reinvestida em si mesmo. O tempo do luto, então, sucede-se para que o sujeito recupere sua aptidão de investir, novamente, sua energia psíquica, ou melhor, libido, em outros objetos. Enquanto Rebecca está passando por esse processo, ela não consegue investir sua energia psíquica em outros objetos.

Isso fica evidenciado na cena em que Julian chega do trabalho e Rebecca já está deitada na cama, mas ainda acordada. Quando ele entra no quarto, ela finge que está dormindo. Ele tira a roupa, deita na cama e começa a acariciá-la. Começa a beijar seu pescoço e Rebecca fala: “Não quero.” Julian diz que não vai fazer nada, mas continua os carinhos. Rebecca, irritada, diz: “Me deixe!”. Julian respira fundo e vai dormir.

A rejeição por Julian fica evidente em outras cenas. Quando Rebecca está internada na primeira clínica, ele vai visitá-la e ela fica deitada na cama, sem olhar para ele. Quando vai para a outra clínica, ele também vai visitá-la e, ao entrar no quarto, Rebecca se esconde atrás da porta para ele não a encontrar.

Há uma cena em que o marido está conversando com Rebecca na cozinha e ela não o responde. Ele continua falando e ela, por sua vez, sai do ambiente e fecha a porta. Julian vai atrás dela e reclama, mas ela permanece quieta e sem olhar para ele.

Julian: Isso não é justo.

Rebecca: (...)

Julian: Nós decidimos juntos, porque me ignora como... Rebecca! Não é o suficiente, não aguento mais seus olhares de reprovação. Controle-se um pouco.

Há também outro diálogo que ilustra a aversão pelo marido:

Julian: Tenho a impressão de que me reprova por tudo.

Rebecca: A você?

Julian: Vamos, Rebecca. Não quer mais me ver, se não fosse Lukas, não teria voltado.

Em relação aos sintomas presentes na depressão pós-parto descritos por Fernandes e Cotrin (2013), os mais recorrentes são a irritabilidade, o choro frequente, desinteresse sexual, falta de motivação e sentimentos de desamparo. Podemos observá-los em Rebecca. Como dito acima, ela já não tem mais vontade sexual com Julian. Além disso, mostra-se sempre irritada com o marido e o filho. Ela também chora bastante e se sente desamparada e desmotivada.

Como Godoy (2019) afirmou, a mãe suficientemente boa assegura que a condição de vida do bebê tenha poucas perturbações por reações à intrusão do ambiente. A mãe precisa cumprir adequadamente todas as funções maternas – holding, handling, apresentação de objeto – para proporcionar à criança uma totalidade, isto é, a capacidade de se perceber como um ser completo, único e real. Já que Rebecca falhou em todas as funções, ela não é considerada uma mãe suficientemente boa, podendo causar possíveis implicações na psique de Lukas. Como foi dito por Borsa (2006), se há falhas na relação

mãe-bebê, na qual a mãe não seja suficientemente boa, o bebê pode apresentar um comprometimento na constituição de sua subjetividade.

Vale comentarmos aqui as contribuições de Santos e Serralha com a pesquisa de Mendes, Loureiro e Crippa (2008), que correlacionou depressão materna e saúde mental de crianças em idade escolar. Com ela, podemos pensar, também, em mais algumas implicações no desenvolvimento de Lukas. Na pesquisa, há evidências de que crianças com mães deprimidas apresentam mais problemas de comportamento, maior risco para transtornos mentais em comparação a crianças filhas de mães normais, estilo de regulação emocional passivo, dificuldade em distrair sua atenção, presença de psicopatologias como ansiedade e comportamentos disruptivos, prejuízos para o autoconceito como atribuições negativas a respeito de si mesmas e dificuldades no desempenho social.

Além disso, Silva e Lemgruber (2017) asseguram que durante a primeira infância, a personalidade da criança é desenvolvida e estabelecida. Portanto, é extremamente importante a interação mãe-bebê logo após o nascimento, para que, assim, o aparelho psíquico da criança tenha uma formação saudável.

É importante destacarmos que autores como Freud e Winnicott construíram suas teorias em uma época em que a mãe tinha como funções apenas a relacional: mãe de, esposa de, filha de, etc. A carga de responsabilidades sobre a mãe era demasiada e quaisquer dificuldades dos filhos eram atribuídas a elas, consideradas incompetentes no exercício de suas funções, o que gerava culpa, insatisfações, baixa auto-estima, sentimento de inadequação e, muitas vezes, depressão. Winnicott foi criticado pelas mulheres por culpabilizá-las e por ensiná-las, de certa forma, a como ser mãe. É válido pensarmos em quais condições essas mulheres, naquele contexto, puderam ser mães suficientes. No filme, é possível identificarmos que a diretora faz uma crítica exatamente às expectativas do papel materno na sociedade e como a mulher é obrigada a se dividir em múltiplas funções em casa e no trabalho. Hoje, consideramos que, além da relação diádica com a mãe, a criança está inserida em uma rede de relações, das proximais às distais. Assim, a relação de causa-efeito entre dificuldades na maternagem e problemas de desenvolvimento infantil deve ser relativizada em um olhar contextual e para a complexidade.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Eu agora - que desfecho!

Já nem penso mais em ti...

Mas será que nunca deixo

De lembrar que te esqueci?

Do amoroso esquecimento, Mário Quintana

O presente estudo buscou investigar e compreender as possíveis implicações da depressão pós-parto na psique do bebê, que influenciam o desenvolvimento infantil. Através da revisão bibliográfica guiada pelo olhar psicanalítico, o trabalho realizou um levantamento de contribuições de Sigmund Freud em *Luto e Melancolia*; e Donald Woods Winnicott acerca da relação mãe-bebê, por meio do conceito da mãe suficientemente boa e suas funções maternas, aspecto importante em sua teoria.

A construção da relação mãe-bebê inicia-se ao longo da gestação e já é influenciada pela interação instituída nesse período. A depressão pós-parto provoca alterações variadas, sendo elas emocionais e comportamentais. Após o parto, cerca de 10 a 15% das mulheres podem ser afetadas, demandando um tratamento apropriado, já que não se trata só do adoecimento materno, pois afeta diretamente o bebê.

Através das contribuições de Freud, apresentamos considerações sobre a essência da melancolia, comparando-a com as emoções e sentimentos presentes no luto normal, e discutindo suas manifestações psicogênicas. Conseguimos verificar que a patologia da depressão pós-parto se aproxima aos sintomas presentes na melancolia.

Com as ideias de Winnicott sobre a relação mãe bebê, conseguimos evidenciar possíveis implicações na psique da criança. Para o autor, o início dos problemas psicológicos se encontra no vínculo entre o recém-nascido e a mãe. A mãe só conseguirá proporcionar um desenvolvimento saudável e satisfatório ao seu filho se for suficientemente boa, isto é, cumprindo adequadamente todas as funções maternas – *holding*, *handling* e apresentação de objeto. Caso contrário, a criança pode vir a ter implicações em seu desenvolvimento.

O filme “O Estranho em Mim” possibilitou que transitássemos pelas concepções teóricas, utilizando-as para compreender situações vivenciais de quem sofre com a depressão pós-parto. A trama ilustra a relação mãe-bebê e envolve aspectos que possivelmente influenciam no desenvolvimento da criança. Através da análise, pudemos

concluir que a relação da mãe com o seu bebê se apresentou de extrema importância no desenvolvimento psíquico infantil, podendo influenciá-lo por toda sua vida.

É válido ressaltar que a depressão pós-parto é uma doença que traz sofrimento psíquico tanto para a mãe, quanto para o bebê. Desse modo, reforço a importância de estudos sobre o assunto, derivados da minha pesquisa, para que possam ser planejadas intervenções psicológicas no âmbito da promoção de saúde, prevenção primária e psicoterapia. Também podemos pensar em pesquisas que englobem o desenvolvimento infantil, a relação mãe-filho, as questões relativas à feminilidade, o apoio e as relações familiares.

É necessário compreendermos que uma mulher com depressão pós-parto precisa de ajuda e atenção profissional. O apoio familiar é indispensável para que a auxiliem no encaminhamento dos tratamentos adequados e para que assumam os cuidados do bebê durante o processo terapêutico da mãe.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Helena Carneiro; ZORNIG, Sílvia. Luto fetal: a interrupção de uma promessa. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 264-281, maio/ago. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282016000200001> Acesso em: 26 abr. 2020.

ANDRADE, Cristiano de Jesus; BACCELLI, Marcela Silva; BENINCASA, Miria. O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise winnicottiana. **Vínculo – Revista do Nesme**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1-13, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180624902017000100004> Acesso em: 01 junho 2020.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 18, n. 3, p. 828-845, dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000300016> Acesso em: 20 abr. 2019.

AZEVEDO, Elisa Cardoso; MOREIRA, Mariana Calesso. Psiquismo fetal: um olhar psicanalítico. **Diaphora: Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, v. 12, n. 2, p. 64 – 69, ago./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/73>> Acesso em: 05 maio 2019.

BORSA, Juliane Callegaro. Considerações acerca da relação mãe-bebê da gestação ao puerpério. **Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade**, Porto Alegre, n. 2, p. 310-321, abr./mai./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.revistacontemporanea.org.br/revistacontemporaneaanterior/site/wpcontent/artigos/artigo89.pdf>> Acesso em: 30 maio 2020.

BOUTEILLER, Benoît Le. Luto e melancolia – variações com o texto de Freud. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 39, n. 73, p. 35 – 44, jun. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010273952017000100004> Acesso em: 30 abr. 2020.

CAMPOS, Bárbara Camila de; RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim. Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida. **Psico**, Porto Alegre, v. 46, n.4, p. 483-492, dez. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712015000400009> Acesso em: 20 abr. 2019

CARVALHO, Kátia Leite de. Esboço de um quadro melancólico a teoria de Freud e na literatura de Dostoiévski. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 40, n. 76, p. 75 – 82, jul./dez. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010273952018000200000> Acesso em: 07 maio 2020.

CLARA, Carlos José da Silva Santa. Melancolia: da Antiguidade à Modernidade. Uma breve análise histórica. **Mental**, Barbacena, v. 7, n. 13, p. 1 – 11, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v7n13/v7n13a07.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2019

COSER, Orlando. Melancolia e depressão na psicanálise. In: COSER, Orlando. **Depressão: clínica, crítica e ética**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Cap. 4, p. 105 - 122. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/6gsm7>> Acesso em: 04 maio 2019.

DIAS, Marta Priscila Schneider; BASEGGIO, Denice Bortolin. A depressão materna e suas implicações no desenvolvimento infantil. VII Mostra de Iniciação Científica IMED. p. 1 – 7, 2014. Disponível em: <https://www.imed.edu.br/Uploads/micimed2014_submission_157.pdf> Acesso em: 06 jun. 2019.

FÉLIX, Tamires Alexandre *et al.* Atuação da enfermagem frente à depressão pós-parto nas consultas de puericultura. **Enfermería Global**, v. 12, n. 1, p. 420 – 435, dez. 2012. Disponível em: <<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/151801/144201>> Acesso em 24 abr. 2019.

FERNANDES, Francielle Caroline; COTRIN, Jane Teresinha Domingues. Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. **Revista Panorâmica On-Line**. Mato Grosso, v. 14, p. 15–34, jul. 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/Dell/Downloads/454-1383-1-PB.pdf>> Acesso em: 06 jun. 2019.

FREITAS, Dionatan Medeiros Sousa. Depressão Gestacional: Fatores de Risco. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. ano 03, ed. 08, v. 2, p. 102-125, ago. 2018. Disponível em: <<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/depressaogestacional#Referencias>> Acesso em: 12 set. 2019.

FREITAS, Laura Villares de; SCARABEL, Camila Alessandra; DUQUE, Bárbara Harumi. As implicações da depressão pós-parto na psique do bebê: Considerações da Psicologia Analítica. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 30, n. 69, p. 253-263, abr.- jun. 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/Dell/Downloads/23281-41081-1-SM.pdf>> Acesso em: 10 maio 2019.

FREUD, Sigmund (2006). Luto e Melancolia. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. (v. 2, p. 99-122). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917[1915]).

GODOY, Ana Carolina Segalla. **Da mãe ao materno: do trabalho de construção do espaço psíquico e da capacidade para experiências de intimidade**. 2019. 188 f. Dissertação (Mestrado) - Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019. Cap. 2. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/22256>> Acesso em: 04 abr. 2020.

GREINERT, Bruna Rafaela Milhorini; MILANI, Rute Grossi. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 26 - 36, 2015, abr. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872015000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 set. 2020.

GUEDES-SILVA, Damiana *et al.* Depressão pós-parto: prevenção e consequências. **Revista Mal-estar e Subjetividade**. v. 3, n. 2, p. 439 – 450, set. 2003. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151861482003000200010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 jun. 2019.

IUNGANO, Elisa Motta; TOSTA, Rosa Maria. A realização da função materna em casos de adoecimento da criança. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia: TEORIAS, PESQUISAS E ESTUDOS DE CASOS**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 100-119, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X2009000100009> Acesso em: 26 maio 2020.

MEDEIROS, Clarissa; AIELLO-VAISBERG, Tania Maria José. Reflexões sobre holding e sustentação como gestos psicoterapêuticos. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 49-62, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010356652014000200004&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 01 jun. 2020.

MENDES, Elizaine Domingues; VIANA, Terezinha de Camargo; BARA, Olivier. Melancolia e Depressão: um estudo psicanalítico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 423 – 431, out./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722014000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 08 abr. 2019.

MONTEIRO, Mayla Cosmo. **Um coração para dois: a relação mãe-bebê cardiopata**. 2003. 99 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003. Cap. 3. Disponível em: <<https://www.maxwell.vrac.pucRio.br/colecao.php?strSecao=resultado&nrSeq=4350@1&msg=28#>> Acesso em: 02 jun. 2020.

NOBRE, Thalita Lacerda. A questão do narcisismo na melancolia. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 9-16, abr. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S235907692015000100002> Acesso em: 14 abr. 2020.

REHBEIN, Mauro Pioli. **Feminilidade e depressão pós-parto**. 2014. 233 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/17736>> Acesso em: 04 maio 2019.

ROCHA, Zeferino. Para uma abordagem estrutural da depressão: contribuições freudianas. **Psyche (São Paulo)**, v. 12, n. 23, 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141511382008000200001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 jun. 2019.

SANTOS, Luísa Parreira; SERRALHA, Conceição Aparecida. Repercussões da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 43, p. 5-26, jan.- jun. 2015. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/0a96/93e2afe33f56b9d84f74fabfbedf7272c6dc.pdf>> Acesso em: 24 mar. 2019.

SENA, Daniela Meireles de; MENDES, Daniella Ribeiro G. Depressão pós-parto – uma abordagem sobre os fatores relacionados. **Revista Mineira de Enfermagem**. n. 23, v. 15, p. 24 – 26, 2015. Disponível em: <<https://www.senaaires.com.br/wpcontent/uploads/2017/05/DEPRESS%C3%83O-P%C3%93S-PARTO-%E2%80%93-UMA-ABORDAGEM-SOBRE-OS-FATORES-RELACIONADOS.pdf>> Acesso em: 13 out. 2019.

SILVA, Milena da Rosa; PICCININI, Cesar Augusto. Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 14, n. 1, p. 5-12, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2009000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 maio 2019

SILVA, Sergio Gomes da. Do feto ao bebê: Winnicott e as primeiras relações materno-infantis. **Psicologia Clínica: SEÇÃO TEMÁTICA**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 29-54, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010356652016000200003> Acesso em: 30 maio 2020.

SILVA, Vanessa Gomes da; LEMGRUBER, Karla Priscilla. A relação mãe-bebê na psicanálise: um breve estudo teórico. **Revista Psicologia e Saúde em Debate**. v. 3, n. 2, p. 90 – 102, dez. 2017. Disponível em: <www.psicodebate.dpgpsifpm.com.br > article > download > Acesso em: 23 abr. 2019

SIQUEIRA, Érica de Sá Earp. A depressão e o desejo na psicanálise. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jun. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812007000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 set. 2020.

TOLENTINO, Eraldo da Costa; MAXIMINO, Danielle Aurília Ferreira Macêdo; SOUTO, Cláudia Germana Virgínio de. Depressão pós-parto: conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas. **Revista Ciência Saúde Nova Esperança**, p. 59 - 66, 2016. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/6.-Depress%C3%A3o-p%C3%B3s-parto_PRONTO.pdf> Acesso em: 05 maio 2019.

WINNICOTT, D. W. (1945). “Desenvolvimento emocional primitivo”. In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, pp.218-232.

ZENIDARCI, Anderson. Psicoembriologia: um desafio precoce. **Revista Psique: Ciência & Vida**, n. 60, p. 44 - 53, 2010.