

## A “LOUCURA MATERNA” NO PÓS-PARTO : VIA DE CONSTITUIÇÃO DO CAMPO MATERNO.

**FERNANDA LEAL**

Psicóloga e Psicanalista. Doutora e Mestre em Família na Sociedade Contemporânea (UCSal). Especialista em Psicologia Perinatal (Gerar – SP). Clínica Matern.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3500579878356909>

Correio eletrônico: [fernandaleal@matern.com.br](mailto:fernandaleal@matern.com.br)

### RESUMO

O presente trabalho, derivado de pesquisa doutoral, se realiza em torno da análise de um caso clínico freudiano, “Um caso de cura pelo hipnotismo” (1996 [1892-93]) e seus desdobramentos no debate com o conceito de “preocupação materna” primária do psicanalista inglês D. Winnicott e a noção de baby blues a partir de autores da psicologia perinatal. A partir do método psicanalítico combinado à pesquisa documental de base bibliográfica, partimos do fenômeno frequentemente observado no puerpério, a saber, a manifestação de sintomas psicopatológicos nas mulheres no período do pós-parto. Defendemos, como hipótese, que esses sintomas, constituem, no nosso debate, a expressão de uma realidade que se estabelece no conflito entre a ideologia da super mãe (sustentada pela concepção da maternidade como algo natural no ser mulher) e o desejo feminino para além da prole e da maternidade. A análise do material bibliográfico é realizada em dois percursos. O primeiro – começando pelo caso clínico freudiano – se inscreve numa perspectiva clínica que busca uma compreensão psicodinâmica e metapsicológica a partir da definição do aparelho psíquico em Freud, considerando o conceito de recalque e o mecanismo psíquico da histeria. O segundo, compreende a cultura e as normas sociais que a constitui; expõe a concepção freudiana do social e de como este incide sobre o sujeito, partindo do texto “Moral sexual ‘civilizada’ e doença nervosa moderna” (FREUD, 1908); reflete sobre o ideal da maternidade contemporâneo como elemento da cultura vigente nas normas das sociedades ocidentais, e, por fim, destaca o lugar da “loucura” materna, uma “loucura normal”, fazendo referência ao termo utilizado por D. Winnicott (2000[1956]), face às exigências do mundo pós-moderno.

**Palavras-Chave:** maternidade contemporânea. pós-parto. mãe ideal. baby blues. psicanálise.

### MATERNAL “MADNESS” IN THE POSTPARTUM: THE WAY TO CONSTITUTE THE MATERNITY

#### ABSTRACT

The present work, derived from a doctoral research, intend to reflect about an analysis of a freudian clinical case, “A case of successful Treatment by hypnotism” (1996 [1892-93]) and its debate with the concept of “primary maternal concern” (1956) of the english psychoanalyst D. Winnicott and the notion of baby blues from authors of perinatal psychology. Basing in the

psychoanalytic method combined with bibliographic-based documentary research, we start from the frequently observed manifestation of psychopathological symptoms in women in the postpartum period. We believe that these symptoms constitute in our debate the expression of a reality that is established in the conflict between the ideology of the super mother (sustained by the conception of motherhood as something natural in being a woman) and female desire beyond the children and motherhood. The analysis of the bibliographic material is realized in two parts. The first part - beginning with Freudian case - is related to a psychodynamic and metapsychological approach to the psychism theory of Freud, considering the concept of repression and the psychic mechanism of hysteria. The second part approaches Freud's conception of the social and how this concept is treated by Freud in the study of hysteria. Besides that, we intend to analyse how this concept reflects on the ideal of contemporary motherhood as an element of the culture prevailing in the norms of Western societies, and finally how it highlights the place of maternal "madness", a "normal madness", referring to the term used by D. Winnicott (2000 [1956]), considering the demands of the postmodern world.

**Key Words:** contemporary maternity. Postpartum. ideal mother. baby blues. psychoanalysis.

---

## APRESENTAÇÃO

O problema central sobre o qual debate o nosso trabalho, objeto da pesquisa doutoral “Entre a mulher e a mãe: reflexões sobre a vulnerabilidade psíquica das mulheres no pós-parto” (LEAL<sup>1</sup>, 2017), se refere ao quadro psiquiátrico puerperal conhecido por baby blues. Terreno no qual se inscreve a experiência materna, o estado puerperal que evidencia-se no baby blues corresponde a equações psíquicas fundamentais ao surgimento do campo materno diante do mito da maternidade contemporânea.

Apesar de Freud anunciar por volta dos anos 1930, que o maior desejo feminino é ter um bebê, que culminou na premissa disseminada nas sociedades psicanalíticas (ANDRÉ, 1998; ZAFIROPOULOS, 2010) de que, para Sigmund Freud, a mulher alcança sua feminilidade e se realiza como mulher quando por fim se torna mãe, em textos anteriores, no entanto, Freud descortina antes uma realidade de ambivalência, que coloca em cheque a famosa tese que equivale a maternidade à natureza feminina.

O próprio baby blues traz em si um enigma: Por que uma experiência reconhecida como a mais realizadora na vida de uma mulher, a saber, o nascimento do filho, é tantas vezes vivida a partir de certa tristeza materna? Por que encontramos esse estado de vulnerabilidade

psíquica, e até mesmo uma patologia psíquica, justamente num momento em que acreditamos ser de plena realização e felicidade?

Essas interrogações direcionam o nosso trabalho em torno da análise de um caso clínico freudiano, *Um caso de cura pelo hipnotismo* (1996 [1892-93]) e seus desdobramentos a partir do debate com o conceito de *preocupação materna primária* (1956) do psicanalista inglês D. Winnicott e a noção de baby blues a partir de autores da psicologia perinatal, entre eles, a psicanalista francesa Dominique Guyomard, a psiquiatra francesa Monique Bydlowski, a psiquiatra infantil Nathalie Presme, a psiquiatra e psicanalista francesa Myriam Szejer e a psicanalista brasileira Vera Iaconelli.

A análise do caso clínico e seus desdobramentos se realiza a partir do método psicanalítico combinado à pesquisa documental de base bibliográfica. A investigação psicanalítica orienta-se a partir do método indutivo (MEZAN, 2002), que parte do fenômeno frequentemente observado no puerpério, a saber, a manifestação de sintomas psicopatológicos nas mulheres no período do pós-parto. Defendemos, como hipótese, que os sintomas que frequentemente acometem a mãe no nesse período, constitui, no nosso debate, a expressão de uma realidade que se estabelece no conflito entre a ideologia da super mãe (sustentada pela concepção da maternidade como algo natural no ser mulher) e o desejo feminino para além da prole e da maternidade.

Para tanto, propomos a análise do material bibliográfico em dois percursos. O primeiro – começando pelo caso clínico freudiano – se inscreve numa perspectiva clínica que busca uma compreensão psicodinâmica e metapsicológica a partir da definição do aparelho psíquico em Freud, considerando o conceito de recalque e o mecanismo psíquico da histeria. O segundo, compreende a cultura e as normas sociais que a constitui; expõe a concepção freudiana do social e de como este incide sobre o sujeito, partindo do texto *Moral sexual ‘civilizada’ e doença nervosa moderna* (FREUD, 1908); reflete sobre o ideal da maternidade contemporâneo como elemento da cultura vigente nas normas das sociedades ocidentais, e, por fim, destaca o lugar da “loucura” materna, uma “loucura normal”, fazendo referência ao termo utilizado por D. Winnicott (2000[1956]), face às exigências do mundo pós-moderno.

Iniciemos, então, pelo caso clínico.

## **O CASO CLÍNICO DE FREUD: O VIÉS DA CLÍNICA PSICODINÂMICA E METAPSICOLÓGICA**

Em *Um caso de cura pelo hipnotismo*, a vulnerabilidade psíquica pós-natal se manifesta a partir de sintomas que inviabilizam uma mãe de aleitar seu próprio filho. A jovem mãe, entre vinte e trinta anos de idade, que nunca manifestara nenhum sintoma ou comportamentos que pudessem ser interpretados como neuróticos, no período do pós-parto se vê apresentando sintomas histéricos.

Ao chegar a época do nascimento do primeiro filho de seu casamento (que era um casamento feliz), a paciente pretendia amamentar o bebê. [...] Entretanto, embora sua constituição física parecesse favorável, ela não conseguia amamentar satisfatoriamente a criança. Havia pouca produção de leite, surgiam dores quando o bebê era posto para mamar, a mãe perdeu o apetite e se mostrava alarmantemente sem vontade de se alimentar, tendo noites agitadas e insones (FREUD, 1996 [1892-93], p. 160).

A mãe acabou suspendendo suas tentativas vãs de aleitar o bebê, resultando na remissão completa dos sintomas. Com o nascimento do segundo filho, os esforços da mãe para amamentar a criança foram novamente mal sucedidos, provocando sintomas ainda mais graves. “A paciente vomitava todo o alimento ingerido, ficava inquieta quando ele era trazido até sua cama e era completamente incapaz de dormir” (FREUD, 1996 [1892-93], p. 160). Além desses sintomas, Freud destaca a irritação da mãe pela incapacidade de amamentar o bebê.

Nesse momento, Freud realiza um tratamento através da hipnose, que surte efeito na segunda tentativa. O mesmo aconteceu um ano mais tarde, com a chegada do terceiro filho. Os mesmos sintomas reapareceram e Freud voltou a se ocupar da paciente, obtendo êxito depois de submeter a paciente à segunda tentativa pela hipnose.

Freud classificou a histeria da paciente como uma “histeria de ocasião”. A histeria de ocasião decorre de uma causa fortuita, que no caso apresentado trata-se do estado de excitação da paciente antes do parto ou a exaustão depois do parto.

Ele reforça a crença de que o “primeiro parto é o maior choque a que está sujeito o organismo feminino e, em consequência dele, uma mulher geralmente produz alguns sintomas neuróticos, que podem estar latentes em sua disposição” (FREUD, 1996 [1892-93], p. 165). E continua, destacando que “parece provável que o caso dessa paciente seja um caso típico, e ele esclarece toda uma série de outros casos nos quais a amamentação no seio, ou alguma função semelhante, é impedida por influências neuróticas” (Id., p. 165).

A tese de que a exaustão do parto e pós-parto, assim como da disposição latente, são as causas de sintomas que se manifestam no puerpério, atrapalhando, por vezes, os cuidados maternos, é frequente ao longo desse artigo. No entanto, Freud ressalta que a teoria da causa

pela exaustão é parcial, pois o que está exausto de fato “são os elementos do sistema nervoso [...]”; as ideias inibidas e suprimidas, não estão exaustas e, por conseguinte, predominam no momento da disposição para a histeria” (Id., p. 168). Está aí, de forma resumida, portanto, a descrição do mecanismo psíquico da histeria em geral: “São os grupos de ideias recalçadas – laboriosamente recalçadas – que entram em ação nesses casos, pela operação de uma espécie de contravontade, quando a pessoa cai vítima de exaustão histérica” (FREUD, 1996 [1892-93], p. 168).

Para Freud, a ideia recalçada seria não conseguir amamentar. Os motivos pelos quais essa ideia foi recalçada é o que nos conduzirá não apenas ao conceito de recalque, que desenvolvemos a seguir, mas também às questões teóricas sobre a concepção do social/cultural em Freud, destaque do próximo capítulo.

## O PSIQUISMO FREUDIANO E O RECALQUE

Freud definia, por volta de 1896, na carta 52 enviada a Fliess, o mecanismo psíquico como formado por um processo de estratificação. Assim, ele compreendia o funcionamento do psiquismo a partir de 5 processos: percepção, indicação da percepção, inconsciência, pré-consciência e consciência.

A percepção seria a primeira apreensão da realidade, de um dado evento, por exemplo, porém não deixa registro de memória no psiquismo. A indicação da percepção é que deixará registrado o evento ocorrido. A indicação da percepção seria a representação do evento. A inconsciência – posteriormente constitui o conceito de inconsciente – é o segundo registro e não tem acesso à consciência. A pré-consciência é a terceira transcrição. Aqui ficam as representações passíveis de acessar a consciência. E, finalmente, a consciência, nível onde o sujeito toma conhecimento do acontecido.

As representações percebidas tornam-se conscientes de acordo com algumas regras estabelecidas pelo ego. O ego compreende a totalidade do sistema nervoso, interferindo, por conseguinte, em todos os estratos do mecanismo psíquico. É ele quem determina o que vai e o que não vai acessar a consciência. Ele funciona como uma espécie de represa, de baliza, de balança psíquica pela qual as representações que chegam ao sistema psíquico passam por uma avaliação para determinar seu caminho final. Ele é o juiz: aquilo que causa dor ou desprazer não ganha acesso livre à consciência, enquanto que aquilo que provoca a satisfação, o prazer, pode tornar-se consciente para o sujeito.

Essas camadas do psiquismo demonstram os processos psíquicos pelos quais um dado evento, uma dada realidade, uma experiência pessoal, são apreendidos pelo sujeito, e de que forma elas podem interferir na vida psíquica do mesmo, chegando ou não à consciência. Pois, antes de chegar ao consciente, as experiências vividas passam necessariamente pela inconsciência deixando aí um registro, uma marca. Esse registro é disposto de acordo com outros elementos, de forma associativa, relacionando-se com eles. O registro quando chega à pré-consciência, passa por uma espécie de avaliação promovida pelo ego, que vai determinar seu destino. Quando o registro é inibido pelo ego, permanecendo no inconsciente, nos deparamos então com o recalque.

O conceito de recalque<sup>2</sup> tem na obra de Freud um lugar de extrema importância. Seu papel é o de inibir o desprazer. Ou seja, quando um representante que chega à pré-consciência causa desprazer, esse representante sofrerá o recalque, que em outras palavras, significa que ele não será traduzido para a consciência. Permanecerá, portanto, recalcado. Nas palavras de Freud (FREUD, 1996 [1896], p. 283):

Uma falha na tradução – isto é o que se conhece clinicamente como “recalcamento”. Seu motivo é sempre a produção de desprazer que seria gerada por uma tradução; é como se esse desprazer provocasse um distúrbio do pensamento que não permitisse o trabalho de tradução.

Porém, esse conteúdo que não passa pela tradução por causar desprazer, pode, por outro lado, continuar atuante no sujeito, promovendo, desta forma, os sintomas histéricos. Para Freud o representante que sofre o recalque se encontra antes associado a um afeto, formando uma ideia. A ideia, portanto, corresponde ao representante mais afeto. Quando então se opera o recalque diante do representante, este é retirado para a inconsciência e o afeto fica livre atuante no sujeito.

Em *Um caso de cura pelo hipnotismo*, por exemplo, são as ideias inibidas e rechaçadas, como, por exemplo, não conseguir amamentar, que se impõem num primeiro plano. O representante desprazeroso fica recalcado, e o afeto se manifesta no sujeito através dos sintomas<sup>3</sup>.

Dois grupos de ideias entram em conflito, amamentar e não amamentar. Por causa da exaustão a que fica exposta a mulher no parto e no pós-parto, é justamente esse conjunto de

---

<sup>2</sup> Eventualmente traduzido igualmente ora por repressão, ora por defesa.

<sup>3</sup> Refiro-me sempre à ideia recalcada, mas o que é recalcado de fato é o representante associado a essa ideia. A ideia deixa de existir como uma unidade que une representação + afeto, e portanto, metodologicamente é possível referir-me à ideia como recalcada e não necessariamente ao representante.

ideia, a recalcada, que vem à tona de forma camuflada – pois o ego não permitiu que ela surgisse na consciência – através de manifestações sintomáticas que a representam, como dores, falta de apetite, aversão à comida, pouca produção de leite. Em outros termos, os sintomas histéricos representam, portanto, traduções alteradas dos registros iniciais que chegam ao inconsciente.

Através dessas contribuições, podemos afirmar que Freud constatava uma vulnerabilidade nas mulheres durante esse período perinatal. Vulnerabilidade que, em Freud, deve-se à exaustão do trabalho de parto – às causas ocasionais – e às exigências do pós-parto que agem sobre o recalque de maneira a enfraquecê-lo. Tratando-se do presente caso, por que a ideia de não conseguir amamentar que ganha força na crise histérica é considerada causadora de desprazer e, por conseguinte, sofre o recalque? É a partir das questões teóricas sobre a concepção do social/cultural em Freud que esses questionamentos podem ser problematizados.

## O VIÉS DA CULTURA E DAS NORMAS SOCIAIS

Considerando o que já foi dito sobre o ego e o recalque, a ideia de não conseguir amamentar foi recalcada porque não passou no teste de realidade realizado pelo ego da recente mãe. Teste de realidade que mede o prazer e o desprazer das ideias que chegam à inconsciência. Teste de realidade que utiliza como baliza um sistema de valor que em Freud é apresentado a partir do conceito de “moral sexual civilizada” (FREUD, 1996 [1908]).

A moral sexual civilizada corresponde a nada menos do que às normas que a civilização<sup>4</sup> impõe ao sujeito humano, e que estão relacionadas ao aumento das doenças nervosas, segundo o próprio Freud nos alerta no trecho destacado:

Refiro-me ao aumento, imputável a essa moral, da doença nervosa moderna, isto é, da doença nervosa que se difunde rapidamente na sociedade contemporânea. Ocasionalmente, um desses pacientes nervosos chamará, ele próprio, a atenção do médico para o papel que o antagonismo existente entre a sua constituição e as exigências da civilização desempenhou na gênese de sua enfermidade, dizendo: ‘Em nossa família todos tornamo-nos neuróticos porque queríamos ser melhores do que, com nossa origem, somos capazes de

---

<sup>4</sup> Farei uso do termo civilização e cultura seguindo a orientação descrita pelo Editor, e por vezes utilizarei também o termo “social” num sentido semelhante. Segundo o Editor: “O antigo problema da palavra alemã ‘Kultur’ por ‘cultura’ ou por ‘civilização’ foi resolvido aqui pela escolha ora de um termo ora de outro. Na verdade os tradutores foram auxiliados por essa observação de Freud no terceiro parágrafo de *O futuro de uma Ilusão*: ‘desprezo ter que distinguir entre cultura e civilização’” (Nota do Editor inglês, 1996 [1908], p. 168).

ser' [...] Os próprios neurologistas asseveram enfaticamente que existe uma relação entre a 'alta incidência da doença nervosa' e a moderna vida civilizada (FREUD, 1996 [1908], p. 170).

Destarte, como se espera de toda mãe que se preze, a norma é toda mãe se deleitar com a ideia de amamentar o fruto de tão intenso amor, e, portanto, considerando essa ideia como uma “regra” criada pela nossa cultura, qualquer mãe deve se sentir angustiada diante da ideia de não conseguir fazê-lo, chegando muitas vezes a apresentar uma doença nervosa, como, no caso apresentado, a doença histérica.

Desse modo, o ego funciona como um teste da realidade social e cultural do sujeito em questão. Assim, os registros desprazerosos são aqueles que entram em conflito com o que o social considera desejável, aceitável e normativo. Tudo o que foge à regra está, portanto, condenado à inibição imposta pelo ego.

O que quer dizer isso? Que existe um conjunto de ideias recalçadas – ou seja, que não são acessadas pela consciência por serem opostas àquilo que se considera o esperado e aceito socialmente – que ganha força diante da exaustão a que ficam expostas as mães no parto e pós-parto, e acabam por se expressarem mesmo contra a vontade do sujeito.

A problematização que nos interessa, no entanto, é justamente os motivos pelos quais essa ideia poderia existir. Pois, segundo Freud, não seria o bebê o objetivo do mais intenso desejo feminino? Esse receio recalçado, não seria antes a representação de um desejo inconsciente? Uma ideia que se impõe no pensamento da jovem em contraste com o que se espera dela como mãe, e que por isso mesmo é que deve permanecer silenciada? Ou seja, uma ideia que representa um conflito?

Em outras palavras, o que sugerimos com essas indagações é que a ideia recalçada nada mais é do que a representação de um desejo que não pode se manifestar, pois o social jamais aceitaria sequer a possibilidade de sua existência. Não queremos dizer com isso que todas as mulheres que não conseguem amamentar não o fazem porque não desejam amamentar. Muito menos não pretendemos nos filiar à luta anti ou pró-amamentação. A simples ideia de não amamentar, que utilizamos aqui como exemplo, pode representar um desejo outro que se encontra em ambivalência aos deveres maternos, pois a mulher, mesmo quando põe no mundo um filho, quando se torna mãe, ela não deixa de ser mulher. Existem desejos inconscientes que são contrários às demandas que o ideal materno estabelece e que as mães acabam manifestando essa contradição interna a partir de sintomas variados que poderiam ser interpretados como uma revolta contra a norma vigente, contra esse ideal, marcado nas sociedades contemporâneas pelo sacrifício em nome do filho e a abnegação da mulher.



Desta forma, o caso clínico que Freud apresenta em seu artigo nos coloca diante do seguinte questionamento: se é necessário reprimir ideias divergentes daquelas que a maternidade propõe, não seria mais prudente considerar, portanto, que a maternidade contemporânea exige antes uma espécie de acordo entre o que se deseja enquanto mulher e o que se espera enquanto mãe? É exatamente essa conciliação – ou tentativa de conciliação – que se apresenta como pano de fundo no estado puerperal e que ganha sua expressão psicológica no quadro de baby blues, e como tentaremos demonstrar a seguir, parece mais definidor de um estado psicológico próprio às mães no pós-parto, do que o surgimento de uma doença psiquiátrica.

## O BLUES PÓS-NATAL

Por muito tempo o conceito de *baby blues* permaneceu sob o domínio exclusivo das “parteiras que o denominavam ‘disforia’ ou síndrome do terceiro dia<sup>5</sup>” (BYDLOWSKI, 2010b, p. 196). Isento de conotação patológica, o blues<sup>6</sup> acabou por se tornar interesse dos pesquisadores em perinatalidade, provavelmente por ser observado em uma quantidade substancial de mulheres e certamente por seus sintomas não corresponderem ao ideal de que o nascimento do filho é o momento de maior realização da mulher.

Fenômeno que poderia ser considerado universal dado à sua incidência de 50 a 80% dos casos, o *blues* ora é mencionado como transtorno, o que lhe confere uma carga patológica; ora reportado como estado de sensibilidade ou de alteração de humor não patológico. É nessa dicotomia entre normal e anormal que o baby blues pode se inscrever. Um transtorno psíquico, ainda que não patológico, o *blues* puerperal é considerado a mais leve e a mais

---

<sup>5</sup> “Les accoucheurs l’ont appelée “dysphorie” ou syndrome du troisième jour...” (Tradução livre da pesquisadora).

<sup>6</sup> “O termo *blues* em inglês é sinônimo de triste. Esse termo nos reenvia às canções melódicas e nostálgicas da África perdida. Pode-se dizer que o **blues** nasceu da nostalgia dos escravos negros, das saudades de sua terra natal e da liberdade, dos valores perdidos, do próprio trabalho forçado nos campos de algodão, tabaco e milho da região do rio Mississipi. Esta expressão tem o sentido de ‘melancolia’, o que traduz o sentimento dos negros desde o momento em que desembarcaram no solo norte-americano, em agosto de 1619”. (Fonte: <<http://www.infoescola.com/musica/blues/>>. Acessado dia 04/08/2016).

frequente das alterações psiquiátricas do puerpério<sup>7</sup>, que surge “nos dez primeiros dias depois do parto, com um pico entre o 3º e o 5º dia<sup>8</sup>” (PRESME, 2012, p. 185).

Caracteriza-se por um quadro de hipersensibilidade, geralmente acompanhado de crises de choro, irritabilidade e ansiedade. Além desses sintomas, pode-se identificar outros sinais como alteração do humor, tendência ao esquecimento e confusão; dores de cabeça, um sentimento de indiferença com relação ao bebê; insegurança, tristeza, baixa autoestima, e outros. Apesar de serem comuns e normais, esses sintomas promovem uma quantidade considerável de sofrimento para a mulher (PRESME, 2012).

Semelhante ao estado encontrado na preocupação materna primária, descrita por Winnicott, o *blues* puerperal é fundamental para a vinculação da mãe à criança. Winnicott, inclusive, utiliza o termo “preocupação materna primária” (2000 [1956]) para descrever um estado psicológico especial da mãe no pós-parto.

Gradualmente, esse estado passa a ser o de uma sensibilidade exacerbada durante e principalmente ao final da gravidez. Sua duração é de algumas semanas após o nascimento do bebê [...]. Essa condição organizada (que seria uma doença no caso de não existir uma gravidez) poderia ser comparada a um estado de retraimento ou de dissociação, ou a uma fuga, ou mesmo a um distúrbio num nível mais profundo, como por exemplo, um episódio esquizoide, onde um determinado aspecto da personalidade toma o poder temporariamente (2000 [1956], p. 401).

Não se pode negligenciar o termo utilizado “quase uma doença” para delinear o estado puerperal, e muito menos, o fato de Winnicott considerar essa ‘doença normal’ necessária ao desempenho dos cuidados com o bebê, ou seja, à maternagem das primeiras semanas pós-natal. O próprio Winnicott justifica: “Introduzo aqui a palavra ‘doença’ porque a mulher deve ter saúde suficiente tanto para desenvolver esse estado tanto quanto para recuperar-se dele à medida que o bebê a libera” (2000 [1956], p. 401).

Equivalemos, então, o baby blues ao estado descrito por Winnicott, interpretando-o como momento de elaboração das mudanças que ocorrem dentro e fora do corpo da mulher, e, logicamente, os processos psicológicos que acompanham esse momento, que compreende o

---

<sup>7</sup> São considerados alterações ou transtornos psiquiátricos associados ao puerpério a *disforia puerperal*, conhecida também por *baby blues*, *maternity blues* ou *postpartum blues*, a depressão pós-parto, a psicose puerperal e os transtornos ansiosos – dentre eles, o transtorno de ansiedade generalizada, a fobia social, o transtorno obsessivo-compulsivo, o transtorno de pânico e o transtorno de estresse pós-traumático (CANTILINO *et al.*, 2010).

<sup>8</sup> “Dans les dix premiers jours suivant la naissance, avec un pic entre le 3<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> jour...” (Tradução livre da pesquisadora).

“[...] sinal de trabalho psíquico que convoca o registro do maternal, lugar de encontro e de criação do vínculo mãe-bebê<sup>9</sup>” (GUYOMARD, 2008, p. 117). Segundo Bydlowski (2010a):

... o ‘blues’ seria, sobretudo, a tradução emocional de um tipo de desnudação psíquica permitindo à mãe entrar em sintonia com seu recém-nascido. Nesse período pós-natal, ‘o cristal do Eu maternal’ está em parte desorganizado. O ‘blues’ seria então a exacerbação dessa ‘preparação do espírito maternal para compreender os sinais de seu filho’, e esse fato explicaria sua universalidade<sup>10</sup> (p. 136).

Não se trata, portanto, de um processo psicológico que resultaria das alterações hormonais. Sobre isso, Myriam Szejer, apresenta duas observações que colaboram para eliminar de vez a hipótese hormonal, mães de prematuros e mães adotivas. Constata Szejer:

Quando uma mulher dá a luz a um bebê prematuro, o qual fica hospitalizado por várias semanas em uma incubadora, ela não faz um baby blues nos primeiros dias que se seguem ao parto. Obviamente, ela fica deprimida e triste por não ter o bebê ao seu lado e, quando é possível, visita-o regularmente. Mas ela não experimenta essa depressão específica, nem os sentimentos de incapacidade e de falta de confiança em si, que caracterizam a depressão puerperal. E, contudo, como todas as mulheres que acabaram de passar por um parto, ela padece da famosa alteração hormonal que foi responsabilizada. E é mais surpreendente ainda observar esse fenômeno nas mulheres que adotam um filho. Nesse caso, não há hormônios em jogo, (...), visto que essa mulher não esteve grávida. Ora, dois ou três dias após a chegada do bebê em sua casa, muitas vezes, as mulheres atravessam estados depressivos, mais ou menos marcantes, como sempre, com os mesmos sintomas: choro, tristeza, falta de confiança em si, sentimento de que nunca serão capazes de serem boas mães, etc. (SZEJER, 2002, p. 203).

Szejer é direta e conclui: “é o bebê, a sua presença, que provoca o *baby blues*” (2002, p. 203-204). Mas por que a presença do bebê e o baby blues que o acompanha mostra-se revestido desse humor depressivo? Como sinaliza Iaconelli, certamente que “a tarefa de uma mãe de bebê é monótona, desgastante e sem recompensas ou reconhecimento do bebê, a curto prazo. O bebê é impiedoso em suas necessidades e é difícil que a mãe possa atender-lhe se estiver num estado de agitação maníaca, por exemplo” (IACONELLI, 2005, p. 4).

O humor depressivo ajuda nesse sentido, sem dúvidas, pois em função dele a mãe se encontra num estado afetivo que favorece a adaptação às novas demandas. Para que isso

<sup>9</sup> “[...] signe le travail psychique qui convoque le registre du maternal, lieu de rencontre et de création du lien mère-enfant” (Tradução livre da pesquisadora).

<sup>10</sup> “Mais le blues serait surtout la tradition émotionnelle d’une sorte de dénudation psychique permettant à la mère de se mettre en phase avec son nouveau-né. En cette période postnatale, “le cristal du Moi maternal” serait en partir désorganisé. Le blues serait alors l’exacerbation de cette “préparation de l’esprit maternal à saisir les indices en provenance de son enfant”, et ce fait expliquerait son universalité” (Tradução livre da pesquisadora).

ocorra “a mãe tem que baixar muito suas expectativas com relação à sua própria privacidade e à agitação do mundo externo” (IACONELLI, 2005, p. 4).

O que está em questão na contribuição desses autores é o que nos leva a crer que na contemporaneidade a maternidade se cumpre ao preço de certo adoecimento psicológico – a loucura normal. Pois mesmo não sendo considerado uma patologia, mas sim uma necessidade, como bem indica Dominique Guyomard (2008), o *baby blues*, comporta-se como um estado alterado de consciência, característico dos transtornos psíquicos em geral.

Assim, podemos afirmar a partir dos autores em destaque, que é sob o efeito da loucura normal – o *baby blues* – que podemos ver surgir o que denominamos mãe no mundo contemporâneo. Esse enunciado põe em questão todas as crenças romanceadas sobre a maternidade, toda a ideologia da maternidade como momento de plena realização na vida da mulher e intrínseco à sua natureza feminina. Coloca em cheque a ideia de que por ser mulher o sujeito feminino já carrega em si todo o saber sobre o ser mãe, e tudo o que é necessário para cuidar, criar e educar um filho.

A maternidade não se trata de um espetáculo, como vem sendo apresentada pelos meios de comunicação e mídias sociais em geral, sobretudo, nas revistas sobre as celebridades, nos igs (Instagram) de mães blogueiras, cultuadas como divindades da vida cotidiana em família. A maternidade é o encontro com o desconhecido. Um desconhecido que vive em cada mulher, em cada homem, em cada sujeito humano, que faz parte da história de cada um. É o reviver lembranças que nem sabia existir. A maternidade é se deparar, em muitos aspectos, com o outro que não é nada daquilo que se previa, um desconhecido que vem para transformar a vida da mulher do lado do avesso.

O *baby blues* com o qual nos deparamos no puerpério já indica que a maternidade não corresponde a espetáculo algum. Ele revela, entre outras coisas, que um tempo é necessário para o surgimento da identidade nova. E isso se estende à segunda, terceira, e tantas outras gestações. Pois ao se tornar mãe, uma mulher precisa reconhecer-se mãe de cada criança que põe no mundo.

A maternidade não é universal. Cada mulher realizará sua maternidade de acordo com a sua própria história, com os recursos subjetivos e sociais que possui, dentro de um ambiente pessoal e social que é específico a cada gravidez e de acordo com o modo de ser de cada mulher e cada criança. Nesse contexto, certamente que há mulheres que não alcançam essa realização, pois o ser mãe não depende só do sexo biológico, mas de inúmeras variáveis que muitas vezes escapam a seu controle.

Enfim, o baby blues refere-se mais exatamente ao tempo necessário de surgimento do vínculo entre mãe e bebê que funda a identidade materna – é o reconhecer-se mãe daquela criança que pode ou não se realizar durante esse “hiato perinatal” que representa o pós-parto. Algumas mulheres vivenciam isso de forma mais intensa, com um humor mais deprimido, em outras quase não se reconhece a tristeza, por ser mais branda e menos frequente.

## CONCLUSÃO

O conflito entre mãe e mulher é o que se vislumbra como pano de fundo dos sintomas do caso clínico de Freud, no entanto, esse conteúdo sequer foi mencionado como uma possibilidade. Com a afirmação de que o bebê é o objeto do mais intenso desejo feminino (FREUD, 1996[1933]), Freud parece conjugar o destino feminino a um fim biológico, o de ser mãe. Mas a fragilidade de sua teoria se manifesta de imediato no caso clínico analisado.

O que podemos destacar no presente trabalho é que Freud, apesar de preso a seus ideais paternalistas e patriarcais, acaba por denunciar que a mãe e a mulher estão longe de corresponder a uma unidade, e que a dicotomia/ambivalência que esse par representa se manifesta claramente no período do puerpério a partir de sintomas neuróticos e da vulnerabilidade psíquica que o caracteriza.

Dito de outro modo, antes de existir uma completude entre mãe e mulher, Freud acaba por descortinar uma fenda, que, por sua vez, caracteriza-se num conflito. *Um caso de cura pelo hipnotismo* é bastante esclarecedor nesse sentido, visto que ele não apenas demonstra que a maternidade não tem nada de natural, como, ao mesmo tempo, denuncia que a maternidade requer um acordo: a conciliação entre desejos distintos e inicialmente opostos.

Nesse contexto, o conflito é inevitável, principalmente se considerarmos o ideal da maternidade atual, sustentado por pesadas demandas que deixam as mães à beira da loucura. As demandas as quais nos referimos não dizem respeito aos cuidados que um bebê necessita para sobreviver. Mas à exigência externa ou interna (exigência que vem da própria mãe, pois toma como referencial a maternidade que conhece a partir dos moldes contemporâneos) de que esses cuidados devam ser desempenhados unicamente pela mãe, com destreza, perfeição e acompanhados de uma satisfação pessoal que se aproxima da realização plena.

Ou seja, há uma crença de que tudo deva ocorrer como se toda mãe, seguindo a premissa freudiana, tivesse como plano pessoal de vida unicamente a maternidade. As exigências que essas demandas representam se caracterizam mais como uma demanda emocional do que propriamente uma demanda prática. Espera-se de toda mãe que ela esteja

totalmente realizada com tudo aquilo que a maternidade lhe solicita. E nesse terreno, estamos muito longe da realidade, testemunham a clínica e as pesquisas nessa área.

A loucura normal, ou, como queiram, o baby blues, seria portanto, o caminho possível de realização da maternidade face às exigências de um ideal inalcançável. Um caminho alternativo àquele que afundaria a mulher numa patologia psíquica grave. E, portanto, um caminho fundamental para a mãe.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRÉ, Serge. *O que quer uma mulher?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

BYDLOWSKI, Monique. *Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité.* Paris: Odile Jacob, 2010a.

\_\_\_\_\_. *La dette de vie: Itinéraire psychanalytique de la maternité.* Paris: P.U.F., 2010b.

FREUD. Um caso de cura pelo hipnotismo (1892-93). In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996. p. 159-172, v. I.

\_\_\_\_\_. Carta 52 (1896). In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996. p. 281-287, v. I.

\_\_\_\_\_. Moral sexual 'civilizada' e doença nervosa moderna (1908). In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996. p. 169-190, v. IX.

\_\_\_\_\_. XXXIII: Feminilidade (1933). In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996. p. 113-134, v. XXI.

GUYOMARD, Dominique. La folie maternelle: un paradoxe? In: ANDRÉ, J. *La folie maternelle ordinaire.* Paris: P.U.F., 2006. p. 113-129.

IACONELLI, Vera. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Revista Pediatria Moderna.* Jul-Ago, v. 41, n. 4, 2005.

LEAL, Fernanda A.. *Entre a mulher e a mãe: reflexões sobre a vulnerabilidade psíquica das mulheres no pós-parto.* Salvador, 2017. 135p. Tese (Doutorado) – Universidade Católica do Salvador. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Doutorado em Família na Sociedade Contemporânea.

MEZAN, Renato. *Interfaces da Psicanálise.* Companhia das Letras, 2002. Edição E-book. Adquirido pela Livraria Saraiva em 08 set 2016.

PRESME, Nathalie. Psychopathologie psychanalytique de la parentalité en période périnatale: approche clinique d'une pédopsychiatre en maternité. In: MISSONNIER, S. *Manuel de Psychologie clinique de la périnatalité*. Paris: Elsevier Masson, 2012. p. 167-228.

SZEJER, Myriam. Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. In: FILHO, L. C.; CORRÊA, M. E. G.; FRANÇA, P.S. (orgs.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos*. Brasília: L.G.E., 2002. p. 188-204.

WINNICOTT, Donald. A preocupação materna primária (1956). In: WINNICOTT. *Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000. p. 399-405.

ZAFIROPOULOS, Markos. *La question féminine, de Freud à Lacan: La femme contre la mère*. Paris: P.U.F., 2010.