

## OS IMPACTOS PSICOLÓGICOS EM MULHERES COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO: um olhar psicanalítico

Victoria Yamaguti Schainberg (IC) e Bruna Praxedes Yamamoto de Freitas (Orientadora)

**Apoio: PIVIC Mackenzie**

### RESUMO

Sabe-se que a gravidez traz em si uma série de transformações na vida da mulher, tanto de ordem física, quanto psicológica. O puerpério é uma continuação dessas transformações, pois implica em novas mudanças fisiológicas, corporais e em modificações da dinâmica familiar e do relacionamento conjugal. Assim, este é um período que envolve uma necessidade de reajuste da mulher a todas essas mudanças, o que pode sobrecarregá-la emocionalmente e provocar intenso sofrimento psíquico. Tendo em vista a saúde mental das mulheres no pós-parto, o presente trabalho propôs-se a compreender os impactos psicológicos nas mulheres com depressão pós-parto (DPP) sob uma perspectiva psicanalítica. Como metodologia de pesquisa, foi adotada a pesquisa bibliográfica com revisão da literatura e uma Pesquisa de Opinião, através da plataforma online, Forms, cujo público-alvo foram 10 mães que tem ou tiveram DPP, com o intuito de complementar o referencial teórico. O estudo revelou uma alta prevalência da DPP na população brasileira e mostrou que a doença é multifatorial. Além disso, constatou-se que os impactos psicológicos nas mulheres ainda são pouco estudados e que há uma carência de instrumentos específicos para a realidade brasileira para diagnosticar a DPP. Pode-se concluir que embora a experiência de cada mulher seja muito singular e subjetiva, todas são atravessadas por questões históricas e socioculturais.

**Palavras-chave:** Depressão Pós-Parto. Impactos Psicológicos. Psicanálise.

### ABSTRACT

It is known that pregnancy brings about a number of transformations in a woman's life, both physically and psychologically. The postpartum period is a continuation of these transformations, as it implies new physiological, bodily changes and modifications in the family dynamics and marital relationship. Thus, this is a period that involves a need for the woman to readjust to all these changes, which can emotionally overwhelm her and cause intense psychological suffering. Taking into account the mental health of women in the postpartum period, this work aimed to understand the psychological impacts on women with postpartum depression (PPD) from a psychoanalytic perspective. As a research methodology, a bibliographical research with literature review and an opinion poll was adopted, through the

online platform, Forms, whose target audience were 10 mothers who have or had PPD, with the intention of complementing the theoretical framework. The study revealed a high prevalence of PPD in the Brazilian population and showed that the disease is multifactorial. In addition, it was found that the psychological impacts on women are still poorly studied and that there is a lack of specific instruments for the Brazilian reality to diagnose PPD. It can be concluded that although the experience of each woman is very singular and subjective, all are crossed by historical and socio-cultural issues.

**Keywords:** Post-Partum Depression. Psychological Impacts. Psychoanalysis

## **INTRODUÇÃO**

Sabe-se que a gravidez traz em si uma série de transformações na vida da mulher, tanto de ordem física, quanto psicológica. Segundo Maldonado (1997), situar a gravidez como crise ou transição não quer dizer que o período crítico termine com o parto, na realidade, grande parte das mudanças maturacionais ocorrem após o parto e, portanto, o puerpério deve ser considerado como a continuação da situação de transformação, pois implica em novas mudanças fisiológicas, em consolidação da relação pais-filho e em grandes modificações da rotina e do relacionamento familiar. O puerpério, então, envolve uma necessidade de reajuste da mulher a todas essas mudanças, o que pode sobrecarregá-la emocionalmente e provocar intenso sofrimento psíquico. Assim, tendo em vista a saúde mental das mulheres no pós-parto, o presente trabalho propõe-se a responder a seguinte questão: Quais os impactos psicológicos nas mulheres com depressão pós-parto?

Os estudos sobre depressão pós-parto (DPP) assumem grande relevância ao promoverem a conscientização de mães com DPP, gestantes e mulheres de uma forma geral, viabilizando a identificação precoce dos sintomas e a busca por auxílio profissional. Da mesma forma, é essencial que essas informações alcancem e conscientizem também as famílias dessas mulheres, uma vez que, como ressalta Maldonado (1997), o nascimento de um filho é uma experiência familiar, sendo necessário pensar não apenas em termos de “mulher grávida”, mas sim de “família grávida”.

As pesquisas dentro desse campo também são fundamentais para que os profissionais da saúde estejam preparados e capacitados para atuarem com as puérperas desde a prevenção da DPP até a efetiva intervenção e tratamento, não limitando-se à dimensão fisiológica dessa condição, mas desenvolvendo um olhar integral sobre a mulher que considere os aspectos emocionais e psicológicos deste período. Ademais, as discussões acerca da DPP colaboram para a desconstrução do tabu que paira sobre o tema. Essa pesquisa pretende contribuir com os estudos que investigam a depressão pós-parto, com olhar voltado especialmente aos fenômenos psicológicos em curso nas mulheres com essa condição.

## **MÉTODO**

Como metodologia de pesquisa, foi adotada a pesquisa bibliográfica com revisão da literatura. De acordo com Severino (2016), a pesquisa bibliográfica é aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc. Utiliza-se de dados ou de categorias teóricas já trabalhados por outros pesquisadores e devidamente registrados. Os textos tornam-se fontes dos temas

a serem pesquisados. O pesquisador trabalha a partir das contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos textos. Com isso, foram selecionados textos nas bases de dados Scielo, Lilacs, PubMed, Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e Google Acadêmico, com o emprego das seguintes palavras-chave: depressão pós-parto, maternidade, psicanálise, impacto psicológico.

Em relação aos critérios de seleção, foram incluídos artigos, teses, dissertações e monografias dos últimos 10 anos, bem como livros físicos de autores referências no tema da presente pesquisa. Foram excluídos artigos que não estavam em língua estrangeira do domínio do pesquisador; trabalhos que consideraram a depressão pós-parto sob outras abordagens que não a psicanalítica e estudos cujo enfoque foi exclusivamente a compreensão dos aspectos físicos e fisiológicos da depressão pós-parto.

Por fim, no decorrer do estudo optou-se por incluir no trabalho uma Pesquisa de Opinião com o objetivo de enriquecer a compreensão da dimensão psicológica da DPP. A pesquisa foi realizada por meio de um formulário na plataforma Google Forms e foi divulgada em grupos relacionados à área da saúde pelo *whats app*, *facebook* e *instagram*. O questionário teve como público alvo 10 mães que tem ou tiveram Depressão Pós-Parto (DPP). A pesquisa contou com 25 perguntas fechadas e 3 perguntas abertas.

## **DESENVOLVIMENTO DO ARGUMENTO**

### **Compreendendo a Depressão Pós-Parto**

Dentre os transtornos do puerpério, localiza-se a depressão pós-parto (DPP) como uma das mais comuns. No que diz respeito à prevalência da DPP, de acordo com o estudo *Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study*, realizado pela FioCruz (Theme Filha et al., 2011/2012) a DPP acomete mais de 25% das mães no Brasil.

A depressão materna é uma psicopatologia que advém no período puerperal, caracteriza-se por sintomas próprios à depressão maior e pode ocorrer entre o segundo e o décimo segundo mês após o nascimento do bebê (Catão, 2002; Stewart et al., 2004). A Classificação Estatística Internacional de Doenças CID-10 conceitua os sintomas da depressão pós-parto como transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério iniciando dentro de seis semanas após o parto. Entretanto, o Manual Diagnóstico e Estatístico

de Transtornos Mentais (DSM-V) considera que os transtornos do pós-parto apresentam seus sintomas dentro de quatro semanas após o parto. (Rodrigues; Carvalho & Buchli, 2022).

Para Santos Junior et al. (2009), entre os sintomas mais comuns estão: “desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, redução do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas” (p. 517). O desânimo vem com um humor depressivo, que faz a mulher deixar de realizar as atividades que lhe ofereciam prazer, perdendo o interesse por elas. Com relação às alterações do sono, pode haver insônias ou, pelo contrário, sono excessivo. Schwengber e Piccinini (2005) também falam de irritabilidade, choro frequente, sentimento 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. Iaconelli (2005), ainda cita sensação de incapacidade de lidar com o bebê e desinteresse por ele, chegando ao extremo de pensamento suicida e homicida em relação ao bebê.

O DSM-V não classifica a DPP como um diagnóstico, mas sim como um especificador de gravidade do Transtorno Depressivo Maior. Este é definido pela presença, por pelo menos duas semanas, de humor deprimido e/ou perda de interesse ou prazer associado a outros sintomas como alterações do peso e apetite, alterações do sono, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa, limitada capacidade de pensar, decidir e se concentrar, e pensamentos de morte e suicídio. Sendo que quando iniciado durante a gravidez ou até 4 semanas após o parto, denomina-se um episódio com início no periparto. O DSM-V ainda classifica estes episódios como associados ou não a características psicóticas e considera importante diferenciar este quadro do *delirium* no pós-parto. (APA, 2013)

Segundo o estudo de Silva e Donelli (2016), as pesquisas variaram bastante quanto ao tempo do pós-parto para diagnosticar a psicopatologia, sendo encontrado o período mínimo de oito dias e, em contrapartida, o máximo de sete anos. Isso vai ao encontro do que diz a literatura a respeito da incongruência referente ao critério utilizado na diagnose da depressão materna (Brum & Oliveira, 2022).

### **Fatores que podem contribuir para a depressão pós-parto**

Segundo Maldonado (1997), a depressão materna tende a se expressar mais intensamente quando a mãe sofre uma quebra de expectativa em relação ao filho e/ou à mudança que a vinda dele acaba provocando em sua vida. Desta experiência decorrem sentimentos de estresse, decepção, crença de incapacidade nos cuidados com o bebê e dificuldade para enfrentar essa situação.

Vários fatores aumentam a possibilidade de ter DPP, de acordo com a Psychological Association, os fatores de risco incluem mudanças nos níveis hormonais pós-parto, história prévia de depressão ou ansiedade, história familiar de depressão ou doença mental, estresse relacionadas ao cuidado infantil para o recém-nascido, maternidade pela primeira vez, estressores emocionais, dificuldades financeiras, falta de apoio social, e cuidados com o filho recém-nascido. Diferenças médicas, culturais e conjugais adicionais também foram identificadas como possíveis fatores de risco para DPP. (Rodrigues; Carvalho & Buchli, 2022).

Ainda segundo esse mesmo estudo, a depressão durante a gravidez não só tem resultados adversos para o bebê, mas as pesquisas também demonstram um risco aumentado de depressão no período pós-parto. A atitude de uma mulher e seu parceiro em relação à gravidez e ter filhos afeta o humor materno e pode predizer a DPP. Além disso, a idade materna e fatores obstétricos, como tipo de parto e diabetes gestacional, assim como, o parto prematuro antes de 37 semanas, estão associados a um aumento no risco da DPP. (Rodrigues; Carvalho & Buchli, 2022).

Outros estudos apontaram alguns fatores de risco que vêm sendo correlacionados com a depressão pós-parto, tais como sintomas depressivos antes ou durante a gestação, transtornos afetivos, infertilidade e presença de tensão pré-menstrual (TPM). Ainda, mulheres que apresentaram complicações gestacionais, primíparas, que tiveram parto cesárea, mães solas ou aquelas que perderam um filho, encontram-se mais vulneráveis diante da condição de depressão pós-parto. Outros fatores de risco são o nascimento de bebê com deficiência, desarmonia conjugal, ou vulnerabilidade social (Cordeiro & Sintra, 1998; Iaconelli, 2005)

A depressão pode ter abrangência entre mulheres com as mais diferentes classes sociais, cor e raça, todavia, as mais predispostas são aquelas com maior vulnerabilidade social de pobreza e com a escassez de apoio psicológico, ficando mais suscetíveis as primíparas de baixa renda (Moll et al., 2019).

Segundo os estudos de Silva e Donelli (2016), a depressão materna tem causa multifatorial, pode trazer implicações sérias para a saúde materno-infantil e, inclusive, paterna. Além disso, indicam que é possível que a mãe deprimida tenha dificuldades no exercício da função materna, o que se reflete na relação que ela estabelece com o seu bebê.

Conforme o estudo de Corrêa e Serralha (2015), cujo objetivo era investigar a influência das vivências em relação à maternidade que as mulheres tiveram com suas próprias mães no desencadeamento da depressão pós-parto, os resultados trouxeram fortes indícios de que os modelos vivenciados e internalizados pelas participantes tiveram influência no desencadeamento e agravamento da depressão que as acometeu após o parto. Foi evidenciado que as mães das participantes exerceram grande influência sobre suas filhas.

Como conclui o trabalho, considerando os modelos sociais de mulher transmitidos de geração a geração, a identidade feminina é construída com uma grande influência da herança histórica e dos contextos sociais e culturais que são atravessados ao longo do tempo.

De acordo com Felice (2006, apud Corrêa e Serralha, 2015), a maneira de exercer a maternidade, ao ser influenciada pelo psiquismo da mãe e pelos seus objetos internos, ou seja, pelo seu mundo mental, principalmente pela sua figura materna internalizada, se constitui de atitudes e sentimentos que se repetem, proporcionando uma continuidade das vivências maternas. Assim, como demonstraram os resultados do estudo de Corrêa e Serralha (2015), entende-se que a relação com a própria mãe tende a influenciar na maternidade, já que essa relação é essencial na constituição do psiquismo.

Nesse mesmo sentido, no trabalho de Rehbein (2014) a depressão pós-parto foi ilustrada a partir da questão problemática do se tornar mãe na dimensão da relação mãe-filha, situando-se na transmissão da maternidade. Assim, ser mãe está vinculado à relação com sua própria mãe e à capacidade desta relação endossar uma identidade à filha. A filha deixa o seu estado de ser filha e torna-se mãe.

Moraes (2010), afirma que na depressão materna, a criança é muitas vezes percebida como exaurindo a mãe, retirando coisas da mãe. Ao exercer a função materna, a mulher sente-se incompetente para cuidar e fornecer o que a criança precisa, já que não pode dar o que ela própria nunca recebeu quando era bebê. A DPP evidencia uma falta originária, uma sensação de não ter forças para as exigências da maternidade, pois o luto pelos seus próprios desejos de amor não está elaborado, devido à precoces dificuldades na relação com a própria mãe.

As mulheres que desenvolvem DPP, provavelmente não conseguiram investir e assumir uma imagem reunificada de si mesmas. O parto acaba abalando ainda mais essas mulheres carentes, senão em alguns casos psicóticas, da sua identidade despedaçada. A simples presença do bebê, que está ali pronto para receber a dedicação e os cuidados maternos, será visto como um elemento perturbador, pois parece lhe exigir um investimento libidinal do qual ela não consegue. (Rehbein, 2014).

Outro fator de risco, diretamente ligado ao suporte familiar já mencionado, é o abandono da figura paterna da criança. Quando uma mãe é abandonada pelo parceiro, durante a gravidez ou no nascimento do bebê, ocorre que, ao tornar-se mãe, a sua identidade de mulher desejável para o homem escolhido foi excluída. A imagem narcísica erotizada que ela tem dela na relação com seu parceiro desaba, responsabilizando o filho por isso, senão rejeitando-o. (Rehbein, 2014).

## Discussão dos resultados

Para agregar a compreensão dos impactos psicológicos nas mulheres com DPP, este estudo realizou uma pesquisa de opinião, através da plataforma online, Forms, na qual participaram 10 mulheres. As respectivas idades das voluntárias que responderam a pesquisa são: 23, 31 (2), 37, 38, 41, 48, 52, 53 e 64 anos. Em relação à escolaridade, 9 mulheres possuem ensino superior completo. No que diz respeito ao estado civil, 6 são casadas, 3 são solteiras e 1 divorciada. Apenas uma resposta indicou quantidade igual a 3 filhos, sendo que as outras mulheres têm 1 ou 2 filhos e 5 das participantes (50%), o(s) filho(s) tem 12 ou mais anos de idade. Dentre as participantes, 6 moram com 2 ou 3 pessoas e 8 possuem renda familiar superior a 5 salários mínimos. Com relação à religião, metade das mulheres respondeu ser católica, a outra metade dividiu-se entre espírita, umbandista e sem religião.

No que tange às expectativas com relação à maternidade, a totalidade das respostas indica expectativa de satisfação com a maternidade, sendo que 7 mulheres indicaram uma expectativa de que a maternidade fosse muito satisfatória. Apenas 1 mulher respondeu que a maternidade foi como esperava e 3 participantes responderam que não foi nada como esperavam. A DPP ocorreu na primeira gestação de 8 das mulheres. Para 6 participantes a gestação foi planejada e desejada para 8. A principal reação relatada ao receber a notícia da gravidez foi de felicidade, seguida, na mesma proporção, por sentimento de desespero e medo.

Metade das mulheres não receberam um diagnóstico oficial de DPP, as que chegaram a receber um diagnóstico, este veio por meio do obstetra ou psiquiatra. Vale ressaltar que a bibliografia revisada indicou pouca variabilidade de ferramentas específicas para a coleta de dados sobre a DPP, o que possivelmente dificulta o seu diagnóstico. Poquiviqui (2021), acena para a necessidade de elaboração de instrumentos de coleta de dados sobre a DPP, bem como para o desenvolvimento de ferramentas específicas que considerem as características e as especificidades da população e da cultura brasileiras para se dispor de dados mais ecológicos e condizentes com a realidade do país. Com relação à recepção do diagnóstico, foi relatado sentimento de *choque* e alívio. Os sinais e sintomas presentes foram: melancolia pós-parto (60%), tristeza extrema (40%), oscilações de humor (60%), choro incontrolável (60%), insônia ou aumento do sono (70%), perda de apetite ou comer em excesso (305%), irritabilidade e raiva (60%), cefaleia e dores no corpo (20%), fadiga extrema (50%), preocupações irrealistas sobre o lactente ou desinteresse (60%), sensação de ser incapaz de cuidar do lactente ou de não ser adequada no papel de mãe (50%), medo de machucar o lactente (40%), culpa em relação aos próprios sentimentos (70%), ideação suicida (10%) e



ansiedade ou ataques de pânico (40%). Em relação à reação dos familiares, surgiram o apoio total da família, descrença (como se fosse apenas cansaço), preocupação e medo e ainda mulheres que omitiram o quadro da família.

Os sentimentos, emoções e sensações frequentes foram: raiva (20%), medo (80%), cansaço (80%), culpa (70%), sobrecarga (70%), sensação de perda (30%) e sensação de estar sendo avaliada/julgada (30%). Com relação à rede de apoio, 7 das mulheres (70%) apontaram o(a) companheiro(a) como a principal rede de apoio, a família aparece em segundo lugar e por último, os amigos. Acerca da relação com a própria mãe, 60% das mulheres sinalizaram que é (era) positiva.

Por fim, os impactos e/ou mudanças percebidas no pós-parto foram: autoimagem prejudicada (40%), conflitos conjugais (40%), crise de identidade (40%), sobrecarga emocional (100%), mudanças na rotina familiar (50%), pouco tempo para si mesma (90%), retraimento social (40%), alterações corporais (20%) e “medo aterrorizante de algo acontecer” (10%). Sobre a perspectiva do que é ser mãe, envolve, segundo as respostas: *doação extrema, amor, proteção, benção e responsabilidade*. Além disso, aparece como uma *tarefa complexa, exaustiva* e também como uma experiência que perturba a própria identidade.

Maldonado (1997), aponta como um dos fatores de risco para o desenvolvimento da DPP, as atitudes do marido em relação à mulher grávida, que contribuem imensamente para sua aceitação ou rejeição da gravidez e para a maneira como vai vivenciar uma série de outras modificações como, por exemplo, as alterações do esquema corporal. Esse dado vai de encontro com o resultado da pesquisa que apontou os conflitos conjugais como um dos impactos mais sentidos no pós-parto. Assim, a presença paterna de qualidade exerce um papel muito importante no bem-estar materno, como pontua Winnicott (1982):

Vejamos se sou capaz de destrinçar as diversas maneiras em que o pai é valioso. A primeira coisa que quero dizer é que o pai é preciso em casa para ajudar a mãe a sentir-se bem em seu corpo e feliz em seu espírito (...). A segunda coisa, como eu disse, é o pai ser necessário para dar à mãe apoio moral, ser um esteio para a sua autoridade, um ser humano que sustenta a lei e a ordem que a mãe implanta na vida da criança. Ele não precisa estar presente todo o tempo para cumprir essa missão, mas tem de aparecer com bastante frequência (p. 128-129).

Assim, a atenção dividida do(a) parceiro(a) com a chegada do bebê, as mudanças no corpo alterando sua autoimagem, as flutuações hormonais (elementos que também foram apontados pela pesquisa), a maneira como é vista e tratada pelos familiares e pela sociedade a partir do momento que se torna mãe, podem trazer uma série de impactos psicológicos para as mulheres neste período, como intenso sentimento de desrealização e frustração. Pode acontecer também que uma situação inicialmente vivida como transição venha a transformar-se numa crise quando há uma quebra muito violenta da expectativa, seja por um acidente

inesperado, seja porque a realidade revela-se muito diferente das fantasias construídas sobre ela (Maldonado, 1997).

Nesse sentido, a pesquisa corrobora a ocorrência do choque entre expectativa e realidade diante da maternidade. Antes do nascimento, a mulher imagina como será o seu bebê e a sua relação com ele. Este bebê imaginado é construído pelo seu desejo, por suas fantasias e expectativas e está profundamente vinculado ao narcisismo. É esperado, portanto, que as mulheres geralmente imaginem que seu bebê será bonito, saudável, alegre, bom, em resumo, perfeito (Julien, 2013). Como já mencionado, a totalidade das respostas indicaram expectativa de satisfação com a maternidade, sendo que 7 participantes indicaram uma expectativa de que a maternidade fosse muito satisfatória. Apenas 1 mulher respondeu que a maternidade foi como esperava e 3 participantes responderam que não foi nada como esperava. Desse modo, as pressões sociais e as expectativas sobre como deve ser a experiência da maternidade levam as mulheres a criarem um cenário mental idealizado que se choca fortemente com a realidade podendo incitar nelas uma crise de identidade.

Segundo Aguiar, Silveira e Dourado (2011, apud Halasi, 2018), esse bebê que agora surge, na realidade não corresponde exatamente àquele inconscientemente esperado. Ele surge longe de uma relação de completude, pois o bebê real não corresponde ao bebê imaginário. Com esse abalo na fantasia da mulher quanto à maternidade, surge uma angústia que não possui palavras que possa definir, caracteriza-se como uma perda de algo que lhe foi retirado das suas entranhas, uma perda da anterior função de mulher, subvertendo-se para uma função de mãe e a perda do filho do inconsciente.

Bastien (1997, apud Rehbein, 2014), retoma os pontos principais que envolvem o ser mãe destacados pela autora, são eles o gozo fálico e a ilusão da completude. Segundo o autor, a maternidade idealizada ou esperada dá a mulher a ilusão que um filho preencheria a sua falta e que a maternidade lhe daria uma identidade, um traço. A força da ilusão, da imagem de si grávida, uma imagem fálica da mulher, demonstra a crença no sentimento da suposta completude, e também de uma identidade.

Zalberg (2003, apud Rehbein, 2014), complementa que o problema da depressão pós-parto está relacionado, com o fato de a criança ser considerada um objeto de gozo na fantasia materna. A grávida considerava-se plena com sua barriga enorme. Ao parir e perder a barriga, defronta-se com o esvaziamento desse gozo.

A cultura, bem como as questões de gênero que a acompanham também colaboram para os impactos psicológicos nas mulheres, uma vez que a localizam em posições e papéis sociais pré-estabelecidos e fixos que cobram dela, entre outras atitudes, uma feminilidade e um desejo inato pela maternidade. Junto com esta feminilidade, muitas vezes está associado

o instinto maternal, como algo inerente a toda e qualquer mulher, já que aprendemos desde cedo modos de exercer a maternagem, assim, tornando-se uma aptidão do feminino. (Lauxen & Quadrado, 2018).

A concepção de maternidade como algo natural e sagrado que supõe o sacrifício da mulher a qualquer custo pelo filho, permeia especialmente as sociedades de base judaico-cristã, e é interessante observar que a pesquisa apontou que metade das mulheres são católicas, isto é, estão atravessadas psiquicamente por tais preceitos. Sobre a perspectiva do que é ser mãe, envolve, segundo as respostas: *doação extrema, amor, proteção, responsabilidade e bênção*, ou seja, aparece aqui o caráter religioso influenciando diretamente a percepção da mulher sobre a maternidade. Pode-se pensar que, nesse sentido, a cultura na qual a mulher está inserida fomenta ainda mais a autocobrança e a culpa na experiência da maternidade.

No estudo conduzido por Lauxen e Quadrado (2018) utilizando o Facebook como ferramenta de análise cultural, em relação aos significados da maternidade, primeiramente aparece a maternidade como benção divina, fortemente associada ao campo religioso. Assim, temos uma idealização religiosa da maternidade, sendo a mulher cobrada por exercer o papel de mãe que cuida acima de qualquer circunstância, afinal, ela recebeu um “presente de Deus”, ao gerar um/a filho/a. O ideal cristão do exercício da maternidade compreende que as mães devem sacrificar suas vidas e desejos pelo bem-estar das/os filhas/os, uma atitude que acaba sendo naturalmente esperada pela sociedade. (Lauxen & Quadrado, 2018).

A presente pesquisa mostrou que em 20% dos casos a gestação não foi desejada. Esse dado, ainda que inferior à porcentagem de mulheres que desejaram a gravidez, é importante para se pensar a condição psíquica das mulheres mães que não desejaram a função da maternidade e, no entanto, precisam exercê-la. Vale refletir sobre o isolamento emocional que essas mulheres vivenciam ao não poderem falar abertamente sobre isso com o risco de serem assiduamente julgadas, o que pode levá-las a esconder até mesmo do(a) parceiro(a) e da família o seu real estado psíquico e emocional. Em resposta à pergunta “Como as pessoas a sua volta reagiram às mudanças que você vivenciou (ou ao diagnóstico de DPP)”, três mulheres responderam que “*ninguém percebeu*” e/ou guardaram para si mesmas e não informaram os familiares. Esse dado evidencia o tabu que circunda a DPP, como se essa condição fosse equivalente a ser uma mãe incapaz ou não merecedora de exercer a maternidade. É válido diferenciar que uma gestação não desejada, não necessariamente culmina em um quadro de DPP e, da mesma forma, mulheres que tiveram gestações desejadas e planejadas ainda assim podem desenvolver DPP, dado o caráter multifatorial da doença.

De todo modo, é muito relevante naturalizar não somente o fato de uma mulher possivelmente não querer tornar-se mãe, mas também dos seus outros desejos, muitas vezes encobertos e desincentivados. Segundo Braga, Miranda e Correio (2018), apesar de Freud colocar o amor materno, a mulher-mãe, como ideal para se conquistar a feminilidade, na contemporaneidade, isso não mais se sustenta. O desejo não cessa, ele se movimenta constantemente em direção a outros objetos. A maternidade então aparece como uma das possibilidades de investimento para as mulheres, e não como destino natural. Assim, ainda segundo o estudo mencionado, pôde-se compreender que os desdobramentos do desejo constituem um processo singular, dessa forma, o paradigma que agregou a feminilidade à maternidade hoje não é mais suficiente para definir as mulheres. Segundo Braga, Miranda e Correio (2018) as mulheres só poderão ser pensadas uma a uma:

(...) falar sobre a mulher é percorrer um longo caminho, abarrotado de indagações e enigmas, quase sempre, indecifráveis, uma vez que o que quer uma mulher, desde Freud, passando por Lacan e até a atualidade, é uma resposta em construção - construção essa que envolve o singular do desejo de cada uma, na contramão de um saber universal que as nomeie e/ou defina (Braga; Miranda & Correio, 2018, p. 537).

Embora a experiência de cada mulher seja única e singular, é comum que o parto seja vivenciado como uma perda. Para a mãe, a separação mãe-bebê após o parto é vivida como uma perda do próprio eu. Para a mãe deprimida, a criança enquanto objeto de gozo não se sustenta na fantasia materna, ao parir e se sentir esvaziada de sua plenitude, perde o gozo. Ao parir, não é somente o bebê que cai de seu corpo, mas a puérpera que cai de sua posição desse lugar de gozo, de sua fantasia de se fazer objeto de gozo do Outro. Rehbein (2014) relata que:

A imagem que a mulher tem de si após o parto não condiz mais com o que ela projetava como Ideal de Eu (Boukobza, 2000), e muito menos se sustenta como Eu Ideal. Porque o bebê que ela ganhou, que deu à luz, que veio supostamente para completá-la, remete-a diretamente ao que ela perdeu. E o que ela perdeu? Ela mesma. E isso a deprime. A presença do bebê, pela sua constância e pelo que implica e demanda de uma mãe, torna-se, além de inoportuna, perturbadora pelo mal-estar narcísico que proporciona. Consequentemente, vem à tona o ódio ao produto gerado. Isso pode bem ser ilustrado e escutado de algumas mães, que dizem ser tomadas de vontade de se livrarem do bebê, da vontade de matá-lo, de sumir com ele, e isso é claramente a expressão do ódio (pelo produto gerado!) (p.47).

Halasi (2018) considera que em muitos casos de depressão pós-parto, a sensação de perda é dupla: perde-se um ideal de identidade, a maternidade romântica e abençoada, mas perde-se também a noção de si, pois na tentativa de alcançar o ideal o Eu se anula. Esse aspecto é bem elucidado na fala de uma das participantes sobre a maternidade: "*Tudo e nada, pois sinto que minha identidade de mulher, esposa, profissional se foi e estou em fase de elaboração de um novo 'Eu' contemplando a mãe agora.*"

Pode-se pensar que a maternidade quando permeada pela culpa e pelo que deveria

ser, acaba por carregar em si o dualismo: o corpo que precisa descansar e se recuperar de todo o processo hormonal da gestação e do puerpério é também aquele que precisa se dedicar e abraçar cada momento com o bebê (Halasi, 2018). A autora considera que o momento após o parto é um momento de nascimento e morte. Se por um lado uma criança ganha uma vida e contorno próprio, por outro a mulher passa a ser mãe e a ter que exercer o papel de um ego complementar para que o contorno do bebê se faça de maneira satisfatória. A culpa se instala desde a menor sensação de tristeza ou inadequação da mulher/mãe diante da maternidade. Na pesquisa, o cansaço, a sobrecarga e a culpa em relação aos próprios sentimentos despontaram como elementos mais frequentes. A maternidade da alegria, do primeiro olhar, do primeiro sorriso, do primeiro balbucio e engatinhar é também acompanhada da primeira noite mal ou não dormida, do primeiro dente, das cólicas, da sensação de solidão e de alienação do mundo. Muitas vezes, a mulher lida com uma ambivalência presente, mas que não pode ser dita, afinal ela tornou-se mãe (Halasi, 2018).

Benhaim (2006, 2007, apud Iaconelli, 2020) tem insistido na questão da ambivalência do amor materno como fator próprio de sua constituição, sem a qual essa relação se tornaria patológica, isto é, uma ambivalência estrutural:

A hipótese da necessidade da ambivalência materna tem importância de um ponto de vista estrutural, isto é, como algo que necessariamente estrutura o amor materno, temperado pelo ódio, para autorizar a criança a se separar daquilo que a faz viver, mas que a levaria à morte se disto não se separasse (p.39).

Os principais sinais e sintomas apresentados no pós-parto pelas participantes da pesquisa se refere à irritabilidade e raiva, no entanto, é curioso constatar que na pergunta sobre os sentimentos, emoções e sensações mais frequentes nesse período, não tenha aparecido a raiva. Pode-se pensar que admitir esse sentimento em relação ao próprio filho seja mais um dos elementos proibidos para as mulheres, das quais espera-se sempre uma postura amável, doce e maternal, sendo absolutamente disruptivo pensar em uma mulher com ódio do próprio filho. Halasi (2018), lembra que a ambivalência é um grande peso para a pessoa que o vivencia, ela traz em si, como o próprio nome já diz, sentimentos contraditórios que apesar de conflituosos carregam a mesma carga e pressão para sua realização.

Conforme Iaconelli (2020), algumas falas em psicanálise por vezes se confundem com a própria ideologia da boa mãe, devotada e natural, reinante desde meados do século XVIII no imaginário moderno. Apesar do cuidado de Donald Winnicott, ao inserir em seus textos várias ressalvas objetivando alertar para o permanente risco de idealização da maternidade e de suposição de recurso natural, a banalização de suas ideias não deixa de ser problemática. De forma sintomática, o termo mãe suficientemente boa reaparece exaustivamente sem que suas condições de surgimento sejam igualmente consideradas. Assim, um conjunto de

atitudes esperadas da mãe suficientemente boa operam no imaginário coletivo e qualquer comportamento dissonante não é permitido, o que, como já mencionado, fomenta sentimentos de inadequação e culpa na mulher.

Halasi (2018), diferencia os conceitos de culpa e vergonha e assevera que a mulher é inundada por ambos os sentimentos. Isto é, sente culpa pela impossibilidade de atingir um ideal de perfeição culturalmente internalizado e vergonha de ver no outro uma espécie de decepção pela atitude tomada, como se estivesse o tempo todo tendo o seu comportamento vigiado por este outro. A somatória desses dois sentimentos mina a confiança da mulher, pouco a pouco, qualquer atitude pode ser vivida por meio dessa lente, da sensação de estar sendo avaliada. Tal sensação pode ser reforçada inclusive pela atitude dos profissionais de saúde, como aponta Iaconelli (2020, p. 64) ao afirmar que o profissional tende a ser uma figura que desautoriza as mães, intromete-se de forma desastrosa e mesmo violenta nessa relação ainda incipiente. A autora nos lembra que:

O conhecimento dessa mulher não está dado pela natureza, é fruto de aprendizagem, não de aprendizagem formal que o especialista oferece à mãe ao ensinar-lhe a segurar o bebê, mas das experiências sociais, que o sujeito vai vivendo ao longo de toda sua vida. Tais experiências partem de uma concepção cultural antecedente à mulher sobre o que é um bebê e o que é uma mãe, partem do bebê que ela mesma foi um dia, das experiências nas quais pôde conviver com bebês e observar os cuidados que lhe eram reservados e, por fim, da necessidade de construir uma identidade própria diante desses diferentes marcos identificatórios, sejam conscientes ou não (Iaconelli, 2020, p. 64).

A intromissão violenta na relação mãe-bebê, apontada por Iaconelli, não se restringe aos profissionais da área da saúde. A sociedade como um todo vigia e controla o corpo feminino e a mulher é submetida constantemente a um estado de pressão psicológica:

Se o corpo da mulher já é socialmente regulado, vemos o corpo grávido carregar de forma ainda mais intensa esse poder regulador, se apresentando, muitas vezes, como um “corpo coletivo”, que passa pela legislação e intervenção de todo mundo nesse momento de gerar. Nesse contexto, os limites da idoneidade corpórea – respeito ao corpo no espaço – são ultrapassados a todo momento, onde a “barriga” vira um corpo passível de ser tocado sem autorização prévia, assim como na problematização e julgamento das ações maternas. A questão do assédio, tão discutida no âmbito feminista, toma uma outra proporção nesse contexto, onde esse corpo é tocado e vigiado por todos – conhecidos ou não (Cronemberger, 2019, p. 55).

A pesquisa apontou que 50% das mulheres afirmaram não se sentirem capazes de cuidar do lactente e 40% delas vivenciaram o medo de machucá-lo. Esses dados apontam para uma profunda insegurança dessas mulheres em relação à capacidade de desempenharem o papel de mães, o que pode estar associado a esse controle social constante. Sobre a mulher, recai um olhar vigilante que o tempo todo analisa, julga e pune o seu comportamento, seja com intromissões não solicitadas, intervenções desautorizantes,

comentários e comparações que minam sua confiança. Assim, é de se esperar que as mulheres se sintam inadequadas e despreparadas para assumirem a função materna.

Como já apontado, a questão com a identidade apareceu na pesquisa como um dos principais impactos percebidos pelas mulheres no pós-parto, muito vinculado a essa necessidade de construir uma identidade própria diante de todas as mudanças advindas da gestação e do nascimento do bebê. Juntamente com a crise de identidade, aparecem também a sobrecarga emocional e o pouco tempo para si mesma. Esse aspecto fica evidente no depoimento de uma das voluntárias: *“(...) é muito exaustivo se manter forte o tempo todo. É difícil para a mulher saber equilibrar a sua vida profissional, pessoal e conciliar com as responsabilidades de criação. É difícil lidar com as mudanças hormonais e ainda tentar se manter forte. Acredito que o amor maternal vem com essa carga de responsabilidades e que cada dia é um desafio diferente para você conseguir ultrapassar.”* A fala da entrevistada elucida as múltiplas facetas que hoje são exigidas das mulheres. Iaconelli (2020), reitera que a maternidade nunca se revelou tão contraditória quanto na atualidade:

Idealizada na Pós-Modernidade, a maternidade concorre diretamente com outras aspirações, das quais as mulheres não querem ou não podem se furtar. O que parece ser, à primeira vista, a possibilidade de operar diferentes escolhas, acaba por revelar um imperativo de não perder nada. A valorização social se dá para as mulheres que conseguem ser, ao mesmo tempo, boas profissionais, boas mães, mantendo-se jovens. Não se pode perder nada, portanto não se pode de fato escolher[...]. A mesma mulher que deve amamentar exclusivamente no seio até os seis meses (leia-se: ser uma boa mãe), deve retornar ao trabalho em quatro meses (boa profissional) e, ao mesmo tempo, espera-se que perca o peso acumulado na gestação (ser uma mulher boa!?). As idealizações, como sabemos, se prestam a negar a ambivalência, que não tardará a aparecer em outras cenas (p.132).

Por fim, retomando algumas respostas que apareceram no questionário sobre o que é ser mãe: *“Ser mãe é uma caixinha de surpresas, nunca sei o que esperar, cada dia é um novo dia, cada dia um desafio e um aprendizado”* e *“Depois do tratamento ser mãe é maravilhoso, vejo o quanto a maternidade é transformadora, nada fácil, mas se precisasse passaria tudo outra vez para ter meu filho”*, é válido refletir sobre o caráter transformador da maternidade que, por vezes, é idealizado na sociedade, sem considerar que essa transformação na vida da mulher também pode conter aspectos negativos, no qual ela perde espaço para dar espaço ao bebê e suas necessidades emocionais e até físicas são negligenciadas temporariamente, mas não sem um custo psicológico. Halasi (2018), considerando esse aspecto, reflete sobre o depoimento da atriz Carol Castro sobre o seu parto humanizado, no qual enfatiza o seu renascimento pessoal na condição de mãe, deixando de ser filha para assumir um novo papel:

Será que é preciso deixar de ser quem se é? como afirma a atriz. Provavelmente por um tempo sim, é preciso entrar na loucura inicial, saudável à mãe e ao bebê, como Winnicott (2000) já apontou. E é provavelmente no passar desse tempo que muitas se perdem, pois se o deixar ir é difícil, o voltar a ser com um novo papel em mãos também o é (Halasi, 2018, p.55).

A autora enfatiza a intensidade das mudanças às quais as mulheres são submetidas ainda na gravidez, quando a maternidade já começa a ser vivenciada e pontua que o parto não é um evento puramente fisiológico, ele transforma uma mulher ao lhe acrescentar o papel psíquico e social de ser mãe. Ali onde um bebê se instala, um casal passa a ser família, uma filha precisa deixar de sê-lo para o advir da maternidade, é preciso abrir espaços. Espaços físicos, psíquicos e geográficos (Halasi, 2018).

Como verificado no presente trabalho, a Depressão Pós-Parto (DPP) é multifatorial, contemplando aspectos hereditários, histórico-culturais e socioeconômicos. Segundo Moraes (2010), cada mulher acometida de DPP viverá a maternidade e se relacionará com o bebê de uma forma individual e única, de acordo com suas lembranças, sua história, seu tipo de personalidade e as projeções de ambivalência, fragilidade do próprio ego, rigidez de seu superego e rigor de seu ideal de ego. Embora cada experiência seja singular, é fato que a doença produz impactos psicológicos significativos nas mulheres que a atravessam.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com o propósito de investigar tais impactos, sob a perspectiva psicanalítica, este trabalho apoiou-se em estudos anteriores sobre a temática que levaram em consideração questões de gênero, cultura e lugar social da mulher na atualidade. Para dialogar com o referencial teórico, foi realizada uma Pesquisa de Opinião cujas respostas e depoimentos contribuíram para os objetivos deste estudo.

Ademais, notou-se uma carência de estudos que abordassem especificamente as questões psicológicas envolvidas na DPP. Grande parte dos estudos já realizados sobre DPP voltam-se aos impactos no desenvolvimento da criança e não se aprofundam nos impactos psicológicos na mãe, indicando que há bastante espaço para novos estudos se aprofundarem neste campo. Nesse sentido, os estudos sobre DPP assumem grande relevância ao promoverem a conscientização de mães com DPP, gestantes e mulheres de uma forma geral, viabilizando a identificação precoce dos sintomas e a busca por auxílio profissional. Da mesma forma, é essencial que essas informações alcancem e conscientizem também as famílias dessas mulheres.

As pesquisas dentro desse campo também são fundamentais para que os profissionais da saúde estejam preparados e capacitados para atuarem com as puérperas desde a prevenção da DPP até a efetiva intervenção e tratamento, não limitando-se à dimensão fisiológica dessa condição, mas desenvolvendo um olhar integral sobre a mulher que considere os aspectos emocionais e psicológicos deste período. Além disso, as discussões acerca da DPP colaboram para a desconstrução do tabu que paira sobre o tema. Como



descreve Iaconelli (2005), existe um tabu cultural em relação à gestação e depressão, como se a mulher precisasse estar sempre radiante pelo nascimento do bebê, e assim, fosse culpada por estar deprimida. Nesse estado de culpa e vergonha, as mulheres deixam de procurar ajuda e de receber o tratamento do qual necessitam, o que as mantém em intenso sofrimento psíquico, comprometendo, inclusive, a construção do vínculo afetivo com o bebê.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (5. ed.)**. Porto Alegre: Artmed. 2013.

BASTIEN, Danielle. **Le plaisir et les mères: féminité et maternité**. Paris: Imago Auzas Editeurs. 1997

BRAGA, Rafaela Castro; et al. Para além da maternidade: as configurações do desejo na mulher contemporânea. **Pretextos - Revista Da Graduação Em Psicologia Da PUC Minas**, vol. 3, no. 6, pp. 523–540. 2018. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15994/13638>. Acesso em: 17 mai. 2022.

BRUM, Evanisa Helena Maio de; OLIVEIRA, Débora Silva de. Depressão pós-parto: divergências conceituais. **Revista Saúde Mental em Foco do CESUCA**, 1(1), 1-23. 2012. Disponível em: <https://ojs.cesuca.edu.br/index.php/saudementalemfoco/article/view/17>. Acesso em: 05 jul. 2022.

CATÃO, Inês. **A Tristeza das mães e seu risco para o bebê**. In: Novos Olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos. Maria Elena Girade Corrêa; Paulo Sérgio França; Laurista Filho. (Org.). Brasília: L.G.E. Editora Ltda., 2002.

CORDEIRO, Olga.; SINTRA, Teresa. Distúrbios mentais maternos do pós-parto: dar à luz e... ficar às escuras. **Saúde Infantil**, v. 20, n. 1, p. 29-41. 1998. Disponível em: <https://saudeinfantil.asic.pt/images/download-arquivo/1998%20-%201%20-%20Abril%20-%2020/rsi-1998-abril.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2022

CORREA, Fernanda Pavão; SERRALHA, Conceição Aparecida. A depressão pós-parto e a figura materna: uma análise retrospectiva e contextual. **Acta Colombiana de Psicología**, 18(1), 113-123. 2015. DOI: <https://doi.org/10.14718/ACP.2015.18.1.11>. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552015000100011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552015000100011&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 17 mai. 2022.

CRONEMBERGER, Lorena Ferreira. **Ser mãe é padecer no paraíso? O Dispositivo da Maternidade nas Narrativas da Depressão Pós-Parto**. 2019. Tese (Mestrado em Sociologia). Universidade Federal da Paraíba. 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/18126/1/LorenaFerreiraCronembergerDissert.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2022.

HALASI, Fabiana de Souza. **A mulher brasileira contemporânea e a maternidade da culpa**. 2018. Tese (Mestrado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2018. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/21668/2/Fabiana%20de%20Souza%20Halasi.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2023.

IACONELLI, Vera. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. **Revista Pediatria Moderna**, julho-agosto, v.41, n.4, 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1927.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2022.

IACONELLI, Vera. **Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna**. 2.ed. São Paulo. Zagodoni. 2020.

JULIEN, Maria Claudia Gomes. **Depressão pós-parto: um olhar psicanalítico**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado em Psicologia Clínica) - PUC-SP, [S. I.], 2013. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/15318/1/Maria%20Claudia%20Gomes%20Julien.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2022.

LAUXEN, Jéssica; QUADRADO, Raquel Pereira. Maternidade sem romantismos: alguns olhares sobre as maternidades e os sujeitos-mãe na contemporaneidade. **RELACult - Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade**, [S. I.], v. 4, 2018. DOI: <https://doi.org/10.23899/relacult.v4i0.775>. Disponível em: <https://periodicos.claec.org/index.php/relacult/article/view/775/426>. Acesso em: 02 jul. 2022.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. São Paulo: Saraiva. 1997

MOLL, Marciana Fernandes; et al. Rastreado a depressão pós-parto em mulheres jovens. **Revista de Enfermagem UFPE online**, 13(5), 1338-1344. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239181/32252>. Acesso em: 17 mai. 2022.

MORAES, Maria Helena Cruz de. **A Clínica da Maternidade: Os Significados Psicológicos da Depressão Pós-Parto**. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina. 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/94550/287190.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 mai. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª Revisão (CID-10)**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 1995.

POQUIVIQUI, Susamari Candido. **Depressão Pós-Parto em Mulheres Brasileiras: Uma Revisão Sistemática da Literatura**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia). Universidade Federal de São Carlos. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/14388/MONOGRAFIA%20SUSAMARI%20VERSA%cc%83O%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 ago. 2022.

REHBEIN, Mauro Pioli. **Feminilidade e Depressão Pós-Parto**. 2014. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade de Brasília. 2014. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/17736>. Acesso em: 22 jul. 2022.

RODRIGUES, Ana Lucia Pereira dos Santos; CARVALHO, Ana Louise Vian de; BUCHLI, Gabriela. Indicadores de Depressão Pós-Parto no Brasil: Uma Revisão Bibliográfica. **Revista Saúde Multidisciplinar**. 2022 abr, 11(1): 34-40. DOI: <https://doi.org/10.53740/rsm.v11i1.354>. Disponível em: <http://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/354>. Acesso em: 10 jun. 2022.

THEME FILHA, Mariza Miranda; AYERS, Susan; NOGUEIRA DA GAMA, Silvana Granado; LEAL, Maria do Carmo. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in

Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. **J Affect Disord.** 2016;194:159-167. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032715306789>. Acesso em: 10 mai. 2022.

SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araujo; GUALDA, Dulce Maia Rosa. Depressão pós-parto: um problema latente. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** 30(3), 516-524. 2009. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/7b255c77-5928-46cd-a383-93ba0116bd0c/GUALDA,%20D%20M%20R%20doc%2020.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2022.

SCHWENBERGER, Daniela Delias de Sousa; PICCININI, Cesar Augusto. A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. **Estudos de Psicologia,** 22(2), 143-156. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2005000200004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/cm6qjBSmJBfSFSYpWMbqgTw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mai. 2022.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico.** [s.l.] São Paulo: Cortez Editora, 2016.

SILVA, Heloisa; DONELLI, Tagma. Depressão e maternidade à luz da psicanálise: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia Clínica,** Rio de Janeiro, n.28, p.83-103, 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652016000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652016000100005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 03 ago. 2022.

STEWART, Donna E; ROBERTSON, Emma; DENNIS, Cindy-Lee; GRACE, Sherry. An evidence-based approach to post-partum depression. **World Psychiatry,** [s. l.], v. 3, ed. nº 2, p. 97-98, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414677/pdf/wpa020097.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2022.

WINNICOTT, Donald Woods. **A Criança e o Seu Mundo.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

**Contatos:** [victoria.s.yamaguti@gmail.com](mailto:victoria.s.yamaguti@gmail.com) e [brunapraxedes.freitas@mackenzie.br](mailto:brunapraxedes.freitas@mackenzie.br)