



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
BACHARELADO EM PSICOLOGIA

VANESSA DE ALENCAR NASCIMENTO DA SILVA

A MATERNIDADE E SUA REPERCUSSÃO ACERCA DOS ASPECTOS
PSICOLÓGICOS NA VIDA DAS MULHERES: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

João Pessoa

2020

VANESSA DE ALENCAR NASCIMENTO DA SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

A MATERNIDADE E SUA REPERCUSSÃO ACERCA DOS ASPECTOS
PSICOLÓGICOS NA VIDA DAS MULHERES: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Psicologia, sob orientação da
Professora Sandra Helena Campos Cardoso
Reis.

João Pessoa

2020

Sumário

Introdução	6
Maternidade como transição existencial	11
Aspectos psicológicos da gravidez.....	15
Crises da maternidade.....	18
Entendendo o que é uma crise.....	18
Crise subjetiva.....	19
Crise social e financeira	21
Crise conjugal.....	23
Crise: depressão pós-parto	26
Considerações finais.....	28
Referências.....	30

Resumo

O objetivo do presente trabalho foi compreender e desmistificar a maternidade mostrando através de uma revisão de literatura, a maternidade e suas repercussões acerca dos aspectos psicológicos, nesse momento de transição existencial na vida da mulher durante a gestação, assim como as crises enfrentadas nesse deslocamento do papel de filha e esposa para o de mãe, de ser o corpo grávido e para além disso, um corpo em transformações físicas, biológicas, psicossociais e psicológicas. Atualmente há estudos em quantidade considerável que buscam aprofundar o conhecimento acerca do tema proposto nesse trabalho, mas ainda existe muito a que ser estudado e pesquisado para uma melhoria de experiência emocional durante a maternidade. Foram reunidos artigos e autores diversos que contribuíram com o enriquecimento da temática com o critério de escolha dentro do espaço de tempo dos anos 2000-2015, as buscas foram feitas no BVS INDEX PSI, PEPSIC e Scielo, como precursora da área também há a contribuição da obra “Psicologia da Gravidez” da Psicóloga e Mestre Maria Tereza Maldonado onde aborda os aspectos psicológicos da maternidade de maneira relevante.

Palavras-chave: maternidade, aspectos psicológicos, gravidez, crise.

Abstract

The objective of this study was to understand and demystify motherhood by showing through a literature review, motherhood and its repercussions on psychological aspects, in this moment of existential transition in the life of women during pregnancy, as well as the crises faced in this displacement of role of daughter and wife to that of mother, of being the pregnant body and, in addition, a body undergoing physical, biological, psychosocial and psychological transformations. Currently there are studies in considerable quantity that seek to deepen the knowledge about the theme proposed in this work, but there is still a lot to be studied and researched for an improvement of emotional experience during motherhood. Several articles and authors were gathered that contributed to the enrichment of the theme with the criteria of choice within the time span of the years 2000-2015, searches were made in the VHL INDEX PSI, PEPSIC and Scielo, as a precursor of the area there is also the contribution from the work "Psychology of pregnancy" by Psychologist and Master Maria Tereza Maldonado where she addresses the psychological aspects of motherhood in a relevant way.

Keywords: maternity, psychological aspects, pregnancy, crisis.

A maternidade e sua repercussão acerca dos aspectos psicológicos na vida das mulheres: uma revisão bibliográfica

A gravidez é um evento singular e marcante na vida da mulher, provocando alterações psicológicas, hormonais e físicas que preparam o organismo materno para gerar o novo ser. São modificações complexas e individuais, que variam entre as mulheres e podem propiciar medos, dúvidas, angústias ou simplesmente a curiosidade de saber o que está acontecendo com seu corpo (Piccinini et al., 2008).

Araújo et al. (2012, p. 553) expõem que o período gestacional demanda novos modos de equilíbrio diante das mudanças decorrentes desta fase. As autoras afirmam que estas mudanças estão relacionadas aos ritmos metabólicos e hormonais, e também ao processo de integração de uma nova imagem corporal.

Compreendido isto, vale salientar a importância da desconstrução do mito que culturalmente perdura sobre o fenômeno da maternidade (e é importante tomar consciência para desmistificar a maternidade) propagando uma grande tendência em romantizar este momento por se tratar do nascimento de um novo ser, a euforia da descoberta dos que rodeiam a gestante se volta inteiramente à existência do bebê e as expectativas de sua chegada, encarado como um momento ímpar na vida da mulher, resultando numa violência velada com a não permissão de externar questionamentos bem como queixas por parte dessa mãe (não é consentido que questione ou sofra), mas que vibre junto e encare esta função como algo divino.

No contexto de uma nova gestação, a recepção da notícia deve ser observada na perspectiva da gestante, considerando o significado que este evento assume para ela e sua família, uma vez que é nesta fase que se inicia o desenvolvimento do vínculo afetivo com o novo ser (Rios & Vieira, 2007).

Maldonado (1997) advoga que a gravidez é um momento de diversas e reestruturações na vida da mulher e nos papéis que esta exerce. Durante esse período ela tem que passar da condição de só filha para a de também mãe e reviver experiências anteriores, além de ter de reajustar seu relacionamento conjugal, situação socioeconômica e suas atividades profissionais.

É importante considerar que os estados emocionais das mulheres durante a gestação sofrem alterações assim como toda parte biológica, seu psicológico está vivenciando mudanças e buscando reestruturação para este momento de transição.

De acordo com Simonetti (2003), “aspectos psicológicos” é o nome dado para as manifestações da subjetividade do ser humano diante de uma questão específica. Como os sentimentos, as falas, os desejos, os pensamentos, as fantasias, as lembranças, os comportamentos, as crenças, os conflitos, os sonhos, e estilo de vida. A vivência dos sentimentos pela gestante varia a cada trimestre.

No primeiro, surgem manifestações de ambivalência, como dúvidas sobre estar grávida ou não, além de sentimentos de alegria, apreensão, irrealidade e, em alguns casos, rejeição do bebê (Darvill et al., 2010).

Neste primeiro trimestre é o momento em que o bebê se conecta com a mãe e ele é sentido de maneira consciente em seu corpo, a percepção de um ser começa ser notada, não apenas pela confirmação da gravidez, mas por todas as mudanças e sensações causadas pela formação do feto no corpo gravido, desde os sintomas mais clássicos como, náuseas pela manhã, cansaço excessivo, alteração no tamanho e dores nos mamilos.

Este momento, é apenas o início das transformações que ocorrerão em seu corpo e está relacionada apenas a parte física, emocionalmente a mulher estará muito vulnerável, emotiva ao ponto de chorar sem entender as razões, este é um dos momentos de mais angústia, medo e incertezas, por se concretizar que de fato o filho é real e agora a grávida

exercerá o papel de mãe, a transição está iniciando-se ali, e como grandes mudanças trazendo prontamente conflitos. Diante de todas estas mudanças e revivências psíquicas, a experiência de gestar leva a uma exacerbação da sensibilidade da mulher, o que a torna também suscetível a vários distúrbios emocionais (Raphael-Leff, 2000).

O início e o desenvolvimento de uma gestação são percebidos como fenômenos complexos, embora não sejam caracterizados como um estado patológico. Durante esse estágio, ocorrem profundas alterações psicológicas, orgânicas e fisiológicas, repercutindo psíquica e socialmente na vida da mulher e de seus familiares, podendo inclusive ser considerado um episódio de crise no ciclo evolutivo de muitas mulheres (Costa et al., 2010).

No segundo trimestre a mulher começa a incorporar a gravidez por meio dos movimentos fetais, refletindo certa estabilidade emocional, pois ela começa a sentir o feto como realidade completa dentro de si (Ferrari et al., 2007). É neste momento onde o feto começa de desenvolver melhor e mais rápido, criando formas, crescendo, e tornando a barriga mais visível. Os sintomas iniciais em alguns casos podem se tornar mais amenos, mas agora há a necessidade de se adaptar a novas roupas que se adequem melhor ao corpo, o bebê estará se movendo e novas sensações boas e desagradáveis surgem com este segundo trimestre. Logo terá um significativo aumento de peso, pois o bebê estará crescendo e ganhando peso também, começando identificar sons e ouvir a voz da mãe, se aproxima o momento de fechar o ciclo do segundo trimestre.

A percepção das gestantes sobre as modificações provenientes da gravidez está direcionada ao aumento de peso, das mamas e do abdome, sendo que estas modificações são destacadas de forma distinta por cada mulher, de acordo com o período gestacional em que se encontram, sendo o segundo e terceiro ressaltados como períodos em que ocorrem as mais significativas modificações corporais (Costa et al., 2010). A maneira como a mulher lida com essa transicional, agora focando na sua estrutura psicológica, influenciará fortemente essa

fase de desenvolvimento em sua vida tanto quanto em sua relação com a criança, podendo ser uma experiência emocionalmente positiva ou negativa. Assim, a gravidez pode tanto desencadear uma crise emocional para as gestantes como inaugurar um potencial de adaptação e resolução de conflitos até então desconhecido (Aragão, 2006).

A maneira como a mulher lida com todas estas mudanças do período gestacional deverá influenciar fortemente a relação futura com a criança (Maldonado, 1997).

No terceiro trimestre o nível de ansiedade tende a aumentar com a aproximação do parto (Rodrigues & Siqueira, 2008) e a mudança de rotina que vai acontecer com a chegada do bebê, os cuidados com o recém-nascido (Bergamaschi & Praça, 2008) e suas relações sociais (Rapoport & Piccinini, 2006).

A mulher, nesse período, se encontra exposta a maiores riscos de surgimento de transtornos mentais em comparação a outras fases da vida. Isso ocorre porque na fase puerperal as defesas tanto físicas quanto psicossociais da mãe estão direcionadas à proteção e vulnerabilidade do bebê (Zanotti et al., 2003, *apud* Silva & Botti, 2005).

Os sentimentos de ansiedade, expectativa, realizações, projeções, marcam a experiência do nascimento do bebê. O puerpério é uma fase marcada pela instabilidade emocional e vulnerabilidade feminina. Mesmo com o ritmo acelerado das mudanças na fase puerperal, surgem diversas exigências culturais, sociais, familiares e pessoais em relação à mulher, no que diz respeito ao desempenho adequado das funções maternas, ou seja, mesmo vivenciando um período de fragilidade, cabe à mulher a satisfação e o reconhecimento holístico das necessidades e demandas do bebê (Rocha, 1999, *apud* Silva & Botti, 2005).

A gravidez é momento complexo e singular na vida da mulher, o trabalho que demonstra o atravessamento dessa fase na vida da mulher evidencia o quão delicado pode ser, desde todos os aspectos biológicos, como psicossociais, aspectos estes que inferem positivamente ou negativamente nos aspectos psicológicos, então a maneira como a

maternidade é vivenciada pela gestante e a família terão total influencia a como este momento poderá impactar essa experiência. Pensar isto é incluir desde de todos os momentos dessa transição como modificações funcionais, hormonais, ao que demanda recursos psicológicos para lidar e a consciência de possíveis crises, ajustes, privações.

A ansiedade (bem como o estresse) tende a aumentar conforme aproxima-se o momento do parto, a primeira gravidez ou não. Para Simas et al. (2013), primigestas e multigestas são igualmente ansiosas, entretanto, apresentam ansiedade por diferentes motivos: as primigestas se angustiam mais pela inexperiência na tarefa de ser mãe enquanto que as multigestas são mais ambivalentes com a gravidez não planejada. Por outro lado, para Lopes et al. (2012), é um mito acreditar que a experiência da maternidade com o primogênito facilitaria a relação com o segundo filho. Segundo os autores, as multigestas, especialmente aquelas que estão em situação de vulnerabilidade econômica e têm que assumir inúmeros encargos, vivem uma violência social silenciada, onde não há espaço para erros, raiva e tristeza, o que pode justificar altos índices de ansiedade.

Com o final da gestação a grávida vivencia um período de tristeza associado à perda do estatuto de grávida. Este estatuto pressupõe a vivência de um conjunto de particularidades que modificaram por completo a sua posição perante a sociedade, perante a sua rede social e perante si própria (Canavarro, 2006). Nesta última fase é importante mencionar que os sentimentos advindos e crises não se resumem apenas ao fato da gravidez em si, mas agora também a exercer o papel da maternagem e desvincular o bebê de seu corpo, tanto quanto ultrapassar o momento do parto que é tido considerado por sua dor e ao que possa acontecer durante. A vivência intensa destes sentimentos define as expectativas sobre o parto.

Deste modo, a grávida tenderá a uma percepção do enfrentamento como sendo um acontecimento difícil; algo que será doloroso; em que a mulher não terá confiança e controle

bem como terá medo de possíveis consequências negativas para si como para o bebê (e.g. Figueiredo et al., 2002; Hofberg & Brockington, 2000; Pacheco et al., 2005).

Nesse sentido, a gestação é um marco significativo do desenvolvimento da mulher, um fato importante da vida de todos os envolvidos que pode reavivar lembranças e experiências passadas (Klaus et al., 2000).

Maternidade como transição existencial

Moreira (2009) e alguns autores anteriores entendem a maternidade como uma construção enraizada simbolicamente, variando segundo diferentes contextos históricos, sociais, econômicos e políticos. Partem, portanto, da ideia de que, historicamente, o valor dado à maternidade, à relação mãe-criança e ao amor materno nem sempre foi o mesmo, de modo que as variações que as concepções e atitudes relacionadas à maternagem apresentam, são produzidas por uma série de discursos e práticas sociais.

Ao longo dos anos essa relação entre mãe e filho foi passando por mudanças de acordo com o contexto, antes a criança não sendo vista como parte tão importante na constituição da família, sendo amamentadas cuidadas por amas, por um longo período de tempo pois, de acordo com Moreira (2009, p. 16), “o sentimento de amor materno não existia nessa época como uma referência à afetividade”.

Porém, desde a Grécia antiga historicamente falando, os homens eram preparados para guerra e as mulheres para a procriação. A singularidade era sacrificada em prol do ideal social. Também na Roma Antiga, a menina geralmente permanecia no lar, sendo educada moralmente, de forma distinta da dos meninos, contraposta à severidade de castigos corporais que eles recebiam (Levin, 2001).

A maternidade percebida e vista como uma construção histórica mostra que nunca houve uma preocupação real com os indivíduos mulher e criança que não fosse norteadas por interesses políticos ou econômicos, o que desde então já objetivava essa relação com

propósitos para além do ideal. Encontram-se outros exemplos da divisão dos papéis masculinos e femininos ao longo da história do pensamento ocidental, opondo natureza e cultura, geralmente sendo a mulher da ordem do natural – dos afetos, cuidados, sentidos. A desvalorização social, política e econômica do feminino “emprestou” características da mulher enquanto ser inacabado, incompleto, dependente, incapaz da razão (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [CNECV], 2001).

Após a percepção de como seria viável para o estado o cuidado com a infância, e a imagem da mulher dedicada aos filhos e ao lar, surge em posição antagônica a posicionamentos anteriores o discurso a respeito da maternidade, agora sendo divinizada e a mulher posta na condição de mãe como representação social influente e impecável, exercendo o papel de amor incondicional.

De acordo com Tagiba (2011), viu-se surgir no cenário sócio cultural e econômico, a partir do fim do século XVIII, uma nova imagem de mãe, cujos traços não cessaram de se acentuar durante os dois séculos seguintes e existem até hoje. Segundo o autor (2011, p. 438) há de se considerar que “desde essa época, estaria instituída, a imagem de mãe idealizada, bem como a dos bebês, vistos de maneira agradável e deliciosa”. O fato é que a maternidade desde sua construção história até a atualidade migrou de um extremo ao outro, como anteriormente os autores trazem a percepção de épocas passadas em que havia um sentido diferente para a maternidade, em que o conceito de criança não era tido como nos dias de hoje, banalizadas e vistas como pequenos adultos, totalmente escassas de afetividade, mais adiante sobre influência de discursos políticos e econômicos inicia-se um novo tempo onde os pais e mais necessariamente a mãe é convocada para um novo olhar de cuidado e afetividade da maternidade a maternagem, e então surge um novo momento, agora a mulher seria a responsável por cuidar e suprir as necessidades do bebê.

Dada esta breve construção histórica da maternidade para uma melhor compreensão percebesse que este conceito se encontra articulado com a história, mudando conforme os contextos sociais e culturais de cada momento, adentrando na maternidade como transição existencial na vida da mulher ela como foco, trazendo a valorização que lhe foi tirada em outros tempos e como seu corpo foi ignorado, não apenas socialmente como em toda sua funcionalidade e instâncias, mas como sua saúde mental era violada.

Numa perspectiva desenvolvimental, assume-se que as pessoas vivenciam numerosos períodos de transição e de mudanças biológicas e sociais, ao longo do ciclo vital (Canavaro, 2001; Meireles & Costa, 2003).

O período de gravidez e de transição para a maternidade constituem momentos do ciclo de vida da mulher que esta vivencia como períodos de crise (Canavaro, 2001; Hernandez & Hutz, 2008; Leitão, 1998; Rato, 1998), isto é, como processos evolutivos irreversíveis, de passagem de um estágio de desenvolvimento para outro, com implicações na sua identidade e autoconceito, nos seus valores, nos seus comportamentos e relacionamentos interpessoais (Hernandez & Hutz, 2008; Maldonado, 2002; Meireles & Costa, 2003; Oliveira, 2002).

A gravidez embora ocorra no corpo da mulher, abarcando inúmero conflitos e crises ao decorrer de todo este processo, não se trata apenas de um corpo gravido, a transição traz uma certa vulnerabilidade desde as transformações mais difíceis que ocorrem além do corpo, mas na vida da mulher, o fenômeno da gestação que é um processo biológico natural influencia diretamente em todo contexto que está inserido a gestante. As privações vivenciadas não se limitam apenas ao corpo como também não só ao momento, algumas são provisórias e outras vão permanecer, o estilo de vida ao papel que esta terá de exercer. Para as mães de primeira viagem a transição do papel de mulher e filha, que agora assumem o de

mãe, para as que já são mães um novo desafio pois nenhuma gravidez é igual a anterior, todas designam uma nova experiência.

As múltiplas transformações e consequentes adaptações que acompanham a mulher neste momento do seu ciclo de vida tem merecido muita reflexão. Não são apenas os cuidados físicos que devem ser assegurados, mas também os cuidados psicológicos que vigiam a adaptação da mulher à sua nova condição corporal. A Organização Mundial da Saúde (OMS) promulgou, em 1985, uma série de recomendações, referindo que é fundamental para prestar uma atenção perinatal adequada, ter em conta, no processo de gravidez não apenas aos fatores físicos, mas também aos fatores sociais, emocionais e psicológicos da mulher grávida neste período (Fernandez & Cabaco, 2004).

Desde a descoberta da gravidez a mulher inicia um processo de transição em sua vida, existe um divisor de águas ao descobrir a espera de um bebê, planos e projetos que agora precisam se adequar a este momento e chegada desse novo ser, a mulher que é o corpo grávido vivencia a maior parte das mudanças pois ao contrário de sua rede de apoio (quando se tem uma rede de apoio) não será apenas situações que irão mudar, mas seu corpo, o reflexo de suas escolhas, sua mente, sua perspectiva de vida e de futuro, vida social, profissional, e até mesmo conjugal. A transição desse momento com base no relato de muitas mulheres se torna mais fácil quando há uma rede de apoio participativa nesse processo, é importante ressaltar que quando há uma mulher grávida em uma família é preciso considerar que a família está grávida e que não apenas a mulher, tudo deverá ser reajustado como para que mãe e bebê sejam cuidados e atendidos da melhor forma possível.

Os tipos de ajuda fornecidos são diversificados, abrangendo o suporte material e financeiro, o auxílio nas tarefas domésticas e de cuidado com os filhos, as orientações e informações e o oferecimento de apoio emocional (Dessen & Braz, 2000).

Esse suporte é fundamental para os cuidados pré e pós-natais recebidos pela mãe, além de possibilitar a diminuição de ocorrências de eventos estressantes (Barnett & Hyde, 2001; Salmela-Aro et al., 2000).

Aspectos psicológicos da gravidez

Segundo Fernandez e Cabaco (2004), do ponto de vista emocional, quando uma mulher confirma a sua gravidez, produzem-se duas reações: satisfação/aceitação, se a gravidez foi desejada, ou surpresa, se não foi programada. A reação de surpresa é constituída por um padrão de resposta funcional de luta-fuga que provoca dois tipos de emoções: emoções positivas (felicidade, satisfação, alegria, etc.), como resultado da “resposta de luta”, o que sugere uma aceitação da gravidez e a consequente preparação do organismo para a sua recepção e análise, ou emoções negativas (ansiedade, medo, desespero, hostilidade, negação, etc.), como resultado da resposta de fuga.

Este é um fator primordial, compreender se a gravidez foi planejada ou não, para a partir daí ter um norte das manifestações emocionais que estão por vir, a concepção de uma gravidez e a forma pela qual e como aconteceu influencia diretamente a forma de como a mulher vai lidar com essa gestação. Independente disto é preciso considerar as mudanças hormonais e os sentimentos que são reforçados quando se está grávida, os aspectos psicológicos podem variar em suas formas de manifestações em cada mulher, mas não é atípico que ocorra tais sentimentos neste momento.

As transformações físicas, emocionais e sociais acarretadas pela gestação têm especial impacto na vida da mulher, e a maneira como ela vivência essa experiência é importante para a própria percepção da gravidez e da maternidade (Piccinini et al., 2008).

Em geral, as gestantes ficam mais regredidas emocionalmente e parece existir em todas elas um sentimento de ambivalência em relação ao desejo de ter um filho: por um lado

desejam e aceitam a gravidez, e por outro, rejeitam o filho por sentir medo do parto, da incapacidade de criar o filho e por outros motivos inconscientes (Milbradt, 2008).

Alguns estudos mostram a prevalência do adoecimento psicológico durante o processo da gravidez. Os dados a nível internacional indicam que cerca de 18,4% das mulheres sofrem de depressão durante a gravidez e 19,2% das mulheres têm depressão durante os três meses após o parto (Gaynes et al., 2005).

A depressão gestacional é pouco explorada pelo fato da dificuldade de se separar a sintomatologia depressiva de sintomas que estão presentes no período gestacional. Outros teóricos atentam que 10% das gestantes atendem ao critério de depressão nesse período, o que indica necessidade de uma maior atenção ao diagnóstico e tratamento deste transtorno na gestação (Baptista et al., 2006).

A depressão é um dos transtornos mais comuns na gravidez, que tem como características o humor deprimido, instabilidade emocional, lentidão para responder estímulos, entre outros, por ser um momento de vulnerabilidade a mulher está mais exposta a sofrer perturbações emocionais, assim como incidências de transtornos psíquicos. Uma ampla variedade de emoções e experimentações de sentimentos ambivalentes, principalmente mulheres que sofreram algum tipo de abuso ou que tiveram depressão pós-parto em outra gestação anterior, e nessa fase precisam do apoio da família.

Alguns dos sintomas mais comuns nesse período inicial, são o aumento do apetite e da sensibilidade nas áreas do olfato, paladar e audição e também emocional, sendo essa última caracterizada por oscilações de humor manifestadas na maioria das vezes por maior irritabilidade e vulnerabilidade a estímulos externos e ao choro e/ou riso fáceis (Maldonado, 2000).

As tensões e temores que resultam em ansiedade são parte dos sintomas dessa fase, os pensamentos de antecipação sobre as dores do parto, os receios se o bebê nascerá saudável e

se tudo ocorrerá bem. Preocupação, ansiedade e medo são comuns durante a gravidez, mas podem ter repercussões adversas ao nível das complicações obstétricas (e.g. Rondo et al., 2003).

De uma forma geral, a experiência de parto é percebida pela maioria das mulheres como sendo difícil (Figueiredo et al., 2002).

Os aspectos psicológicos da gravidez são resultados de toda transformação que está ocorrendo no corpo, sejam seus níveis hormonais, alterações endócrinas, alterações cardiorrespiratórias, dermatológicas, digestórias, urinárias, musculoesqueléticas, e até mesmo cognitiva. Mediante tantas mudanças é impossível que corpo e mente assimilem sem que aconteça a crise que se dá no desequilíbrio para poder ajustar toda transformação que o corpo gravido terá de lidar. É importante ressaltar que o histórico de vida e saúde anteriores a gravidez deve ser considerado para a forma de como esta irá lidar com essa fase de desenvolvimento e transição em sua vida.

Os hormônios femininos, durante a gravidez, sofrem um aumento em sua concentração, modificando o corpo da mulher para proporcionar o crescimento adequado do bebê, o que pode trazer mudanças orgânicas e comportamentais significativas para a mulher, inclusive o desencadeamento ou a exacerbação de sintomatologia depressiva, podendo apresentar sintomas como ansiedade, baixa concentração, irritabilidade, mudança no apetite, insônia, hipersônia e perda de energia (Baptista et al., 2005, pp. 155-156).

Como indica Zugaib (2008), o gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, como a intensidade das alterações psicológicas relacionada a fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da própria personalidade da gestante.

As alterações fisiológicas ocorridas durante a gravidez sejam elas sutis ou marcantes, estão entre as mais acentuadas que o corpo humano pode sofrer, gerando medos, dúvidas,

angústias, fantasias ou simplesmente curiosidade em relação às transformações ocorridas no corpo (Costa et al., 2010)

A gravidez aparece, atualmente, como um acontecimento deveras marcante na vida de uma mulher, constituindo, simultaneamente um desafio e uma ameaça para a sua estrutura psicológica, uma vez que se trata de um período específico na vida de uma mulher, no qual a mulher vai ter de se redefinir e adaptar assumindo novos papéis e novas responsabilidades, assim o seu desenvolvimento enquanto mulher (Canavarro, 2001).

Crises da Maternidade

Entendendo o que é uma crise

A expressão “crise” provém da palavra grega *krisis*, que significa “decisão” e deriva do verbo *krino*, que quer dizer “eu decido, separo, julgo” (Moreno et al., 2003; Sánchez & Amor, 2005). “Crise”, ainda pode ser definida como um estado de desequilíbrio emocional do qual uma pessoa que se vê incapaz de sair com os recursos de afrontamento que habitualmente costuma empregar em situações que a afetam emocionalmente (Parada, 2004).

Vivenciar uma crise é uma experiência normal de vida, que reflete oscilações do indivíduo na tentativa de buscar um equilíbrio entre si mesmo e o seu entorno. Quando este equilíbrio é rompido, está instaurada a crise, que é uma manifestação violenta e repentina de ruptura de equilíbrio. Essa alteração no equilíbrio, gerada por um fracasso na resolução de problemas que o indivíduo costuma utilizar, causa sentimentos de desorganização, desesperança, tristeza, confusão e pânico (Wainrib & Bloch, 2000).

O estado de crise é limitado no tempo, quase sempre se manifestando por um evento desencadeador, e sua resolução final depende de fatores como a gravidade do evento e dos recursos pessoais e sociais da pessoa afetada (Moreno et al., 2003).

Quando a resolução da crise se dá de forma adaptativa, surgem três oportunidades: a de dominar a situação atual, a de elaborar conflitos passados e a de apreender estratégias para o futuro (Parada, 2004).

A elaboração do conceito de crise possibilita olhar para a maternidade a partir dessa perspectiva, a mulher durante e pós gestação enfrenta diversos desafios, não apenas para exercer o papel de mãe, mas agora para continuar além de mãe sendo mulher, esposa profissional, abrangendo tudo quanto almeja fazer não se atendo apenas a chegada do bebê.

Um desafio complexo que precisará de reajustes sociais, emocionais, profissionais, parentais, uma demanda que exigirá um grande esforço e desgaste físico e emocional.

Estés (2004) considera que a mulher moderna é um “borrão de atividade”, a ela são delegadas diversas funções, seja no espaço privado ou público, impondo-a certas exigências a fim de operá-las de maneira satisfatória para os envolvidos. Estas imposições caracterizam um comportamento que a autora denomina como “ser tudo para todos”.

Crise Subjetiva

Segundo Leontiev (1978), subjetividade refere-se ao processo pelo qual algo se torna constitutivo e pertencente no indivíduo; ocorrendo de tal forma que esse pertencimento se torna único, singular.

O indivíduo é considerado único exatamente por sua subjetividade que é sua perspectiva de mundo, suas experiências, a forma como lida com cada coisa que pode ser comum a outros, mas que não deixa de ser única e pertencente a ele.

A mulher em seu período de transição na maternidade, descobre sua multifuncionalidade e todos os papéis que terá de desempenhar, não tendo somente que lidar com suas próprias angústias e receios, ainda atender as expectativas da família e de outros que tensionam que ela certamente exercerá com maestria seu papel de mãe, este já se trata de um momento de reestruturações, onde muito de si mesma é posto em questão, e para que tais

estruturações ocorram certamente enfrentará algumas crises até que sua vida em todos os âmbitos sejam reajustadas, esse enfrentamento será influenciado para além das angústias presentes, mas pela história de vida da gestante, a partir de suas referências de maternidade, assim segundo Zornig (2010) além da subjetividade do “tornar-se mãe” decorrer da história individual, ela é caracterizada por um ideal de um modelo de família nuclear tradicional, assim resgatando fantasias, lembranças da própria infância e do tipo de cuidado parental ofertado durante sua vida.

Anteriormente ao desempenho da função materna propriamente dito, a mulher elabora para si uma representação a partir de referências de maternidade visualizadas no decorrer da vida, seja através da sua própria mãe ou de outras mulheres, sendo essa construção transmitida transgeracionalmente (Arteiro & Passos, 2016).

Após a imersão neste mundo de representações mentais, fantasias, temores, afeto e significados, o chamado “instinto maternal” é questionado de todas as partes pela idealização da “boa mãe” (Lobo, 2008).

Com base nas colocações dos autores, levando em consideração a definição da subjetividade, e do momento da gestação é possível elaborar vários pensamentos a respeito da fase da maternidade na vida da mulher e essa crise subjetiva, na vida de mulheres que sofreram algum tipo de violência no seu passado, ou que tiveram uma infância difícil, que cresceram em um lar disfuncional ou desestruturados, ou passaram por algum tipo de abandono. Para estas talvez não possível elaborar uma referência que possibilite um sentimento saudável, suas fantasias podem estar deturpadas, para estas o medo de fracassar ou de não ser uma boa mãe a crise subjetiva possa acontecer desde o momento em que a concepção do bebê em seu ventre.

Durante a gravidez o que fora construído apenas em um plano mental passa a se tornar concreto. Este é o momento que a mulher passa por reajustes intrapsíquicos, 17

construções de novas tarefas libidinais e confrontos com conflitos não resolvidos do passado, o que gera uma demanda que deve ser acompanhada por profissionais especializados para uma reestruturação emocional no momento (Lobo 2008).

Os mitos sobre a beleza da maternidade são em parte desconstruídos a partir do conhecimento dos conflitos vivenciados nessa fase tão marcante na vida da mulher, onde a realidade é trazida de maneira extremamente racional, pondo de lado toda emoção e buscando a fundo através dos estudos científicos os que se distanciam cada vez mais do idealismo de gerar um filho.

Crise social e financeira

Atualmente é possível ver as mulheres nos diversos espaços, atuando com muita excelência em seus cargos como profissionais, conquista merecida e alcançada com muita luta por mulheres que lhes antecederam.

Foi no século XIX que surgiram os primeiros movimentos feministas e algumas transformações sociais começaram a ocorrer, apareciam às primeiras críticas ao modelo “essencialista” da diferença sexual, à dominação masculina e ao lugar que a mulher ocupava. Contudo, foi com o término da Segunda Guerra Mundial, quando a mulher entrou progressivamente no mercado de trabalho em decorrência do crescimento econômico do pós-guerra que a relação da mulher com a sociedade começou a se modificar (Arán, 2003).

Agora a concepção também pode ser uma escolha, e para as que escolhem ser mãe, não se limitam apenas a esta função como se fosse única utilidade, a mulher agora tem uma vida social que não se resume a o que estava atrelado ao seu cônjuge como em outros tempos, e nisto reside um dos maiores conflitos, adequar a jornada de trabalho e criar seu filho.

Muitas mulheres enfrentam essa crise e uma culpabilidade, por ter de colocar seus filhos em creches ou para que outros parentes cuidem para que esta possa trabalhar e suprir as

necessidades da criança, estando ausente dos primeiros momentos da vida do bebê, essa é uma realidade de mulheres casadas e muito mais dolorosa para mães solteiras.

Fonseca (2006), fala que as mães de baixa renda costumam utilizar o subterfúgio da circulação de crianças para dar uma melhor condição para seus filhos, seja porque trabalham ou por não terem condições de criá-los. Para esta autora, circulação de crianças significa cuidar ou “criar” crianças, função que pode ser executada por parentes (avó, tia, irmãos, etc.) ou vizinhas, amigas, enquanto as mães de classes mais altas, apesar de utilizarem muitas vezes a ajuda de parentes, não experienciam com esta mesma conotação de transferir os cuidados dados à criança, para outra família.

Muitas vezes a mãe biológica abre mão da criação de seu filho por inúmeros fatores, que vão desde o social e econômico (falta de condições financeiras, perda de emprego), à desestruturação familiar (gravidez na adolescência, separação, violência), com isso a representação social da maternidade passa a ser outra. Neste sentido, a representação social acerca da maternidade pode se modificar e variar em decorrência da época e do contexto no qual está sendo vivenciada (Trindade & Enumo, 2002).

Em suma todas as mulheres atravessam o conflito dos seus papéis sociais que serão atingidos ao passar a ser mãe, mas as que mais sentiram essa crise são as que além do papel social vivem com uma renda abaixo da média que precisam sustentar seus filhos, muitas vivenciam esse conflito ao adentrar na licença maternidade por medo de saber até onde haverá seguridade do seu emprego, a jornada de trabalho se torna mais difícil por estar ali e saber que sua criança está em uma creche ou em outras mãos, sem escolha estas se submetem a empregos que exigem muito de si, e em contrapartida do amor materno que lhe motiva estar ali, sente culpa por não poder acompanhar de perto seu rebento, muitas adoecem emocionalmente por viver esse conflito diariamente.

Entre essas, o que independe da realidade social também estão as que não tem uma rede de apoio e que seus parceiros entendem que a criança seja uma tarefa da mãe, como cuidadora integral assemelhando a séculos passados, limitam suas parceiras pelo pensamento arcaico de que esta deve estar ali como esposa e mãe somente.

Com essa ambivalência entre os cuidados da casa e a dedicação à vida profissional, a mulher sente não estar atuando bem em nenhuma das áreas, pois compara-se ao marido, que se mantém empenhado a atingir seus objetivos na carreira, e, por outro lado, compara-se à sua própria mãe, que dedicou-se inteiramente ao papel de mãe e esposa (Walsh, 2002).

As tarefas do cuidado com o filho, como alimentação, educação, cuidados domésticos, é uma representação social que a muito vem sendo posta sobre a mulher como único indivíduo responsável.

Constantemente se instaura a culpa, por estar negligenciando os cuidados dos filhos e da casa. Devido a isso, a mulher se sente desamparada por esta sociedade que a impulsiona para o mercado de trabalho, mas ao mesmo tempo lhe cobra dedicação exclusiva para com seus filhos (Vinhas, 2008).

Iaconelli (2013) discute sobre o tema, chegando à conclusão que as expectativas com relação ao papel materno sofrem modificações de acordo com a cultura. Em outras palavras, tais transformações sofrem os efeitos dos paradigmas atrelados ao lugar do feminino nas diferentes organizações sociais.

Crise conjugal

A transição da vida conjugal para a parentalidade requer um consenso entre o casal e exige satisfação conjugal por parte daqueles que desejam tornar-se pais (Silva, 2009).

Dessa forma, o subsistema conjugal deve adaptar-se para lidar com essa nova demanda, buscando preservar o apoio entre o casal, no intuito de prover suporte um ao outro frente às exigências da vida. Entretanto, em razão de todas as demais reestruturações que

precisam ser realizadas nesse período, a intimidade do casal pode deixar de ser o foco central para as famílias (Simonelli et al., 2016).

O casamento ou duas pessoas que decidiram viver juntas nada mais é que a união voluntária entre duas pessoas, tudo que decorre disso deve ser dialogado entre as partes, e os filhos vem exatamente para essa construção de família, há quem adote, acontece a gravidez não planejada, assim como a que foi esperada, independente da maneira, é uma fase de novas adaptações e o casal precisa se apoiar, levando em consideração que para a mulher a maternidade traz muitas privações, seja do sono, do descanso, da vida social que costumava levar. Com isso o nível de estresse se eleva, e essa necessita de uma rede de apoio, a contribuição dos parentes é muito importante o que inclui o pai da criança, auxiliando e compreendendo sua parceira, a vida conjugal estará em transição em todos os sentidos e agora é chegado um novo membro, e ambos precisam estar em acordo dos reajustes que terão de ser feitos para que possam lidar com essa fase da melhor maneira.

A construção da identidade conjugal envolve disposição, diálogo e compreensão e se torna mais complexa com a chegada dos filhos, pois esta provoca profundas transformações físicas, psicológicas e sociais na vida dos pais, embora também lhes propicie muita gratificação (Barbiero & Baumkarten, 2015).

A crise conjugal pode ser resultado de vários fatores, desde a falta de apoio do parceiro durante a gestação e a transição de parentalidade, quanto a mudança e a paciência que se faz necessária a vida sexual após o parto onde a mulher tende a se voltar inteiramente as necessidades do bebê. Assim como pode haver certa insatisfação do cônjuge por não entender alguns comportamentos que são desencadeados por uma depressão que na maioria das vezes acontece ainda na gestação e é diagnosticada como depressão pós parto e que não sabendo lidar com essa situação em que a mulher está vulnerável e com humor deprimido

acaba evitando conflitos que precisam ser resolvidos ou ao contrário disso extrapolam limites criando atritos.

Tem sido destacado por diversos autores que a depressão pós-parto pode afetar a comunicação do casal em relação aos comportamentos necessários à resolução de conflitos, bem como à expressão de sentimentos em si (Cummings et al., 2005; Frizzo, 2008; Frizzo et al., 2010; Linares & Campo, 2000).

Segundo Linares e Campo (2000), estratégias como o evitamento de conflito parecem ser bastante comuns em casais com a esposa deprimida, justamente em função do receio de término da relação.

O fato de os parceiros proporcionarem apoio instrumental e emocional a essas mulheres permite que elas se sintam mais seguras com a maternidade, o que melhora o seu bem-estar (Montgomery et al., 2009). Inclusive, o apoio do parceiro parece suscitar uma melhora importante nos sintomas depressivos das mulheres (Misri et al., 2000).

Nesse sentido, Beck (2001) destacou a importância da qualidade e ajustamento conjugal para o alívio da depressão materna.

Dessen e Braz (2000) afirmam que, para as mulheres, o principal suporte esperado é do marido ou companheiro e, em seguida, da sua própria mãe. Outros vêm depois.

Mas fica evidente o quanto a relação pode ser para a mulher um ponto de equilíbrio no momento da maternidade, a forma que se relacionam previamente influenciará muito no apoio dispensado por parte do companheiro, a compreensão e a necessidade afetiva são requisitos para lidar com essa fase, embora estudos comprovem que os homens tem uma maneira mais prática nas resoluções para lidar com a depressão pós parto, é importante a presença e apoio para sua parceira que partilha uma vida, escolhas e um filho com ele.

As crises conjugais podem ocorrer por diversos fatores, por se tratar de um desafio, mas numa revisão teórica realizada por Mayor e Piccinini (2005), os autores apontaram que,

quanto mais o casal puder escutar um ao outro, respeitar e aceitar o ponto de vista do outro, mais probabilidades tem de encontrar uma solução para seus conflitos que satisfaça a ambos.

Crise: depressão pós Parto

Depressão pós-parto (DPP) é definida na quinta versão do Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-V) como um episódio de depressão maior que ocorre nas primeiras quatro semanas pós-parto (American Psychiatric Association, 2014).

Os sintomas de DPP incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, alterações alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações e queixas psicossomáticas. Uma mãe com depressão pós-parto pode apresentar também sintomas como cefaleia, dores nas costas, erupções vaginais e dor abdominal, sem causa orgânicas aparente (Klaus et al., 2000).

Em linhas gerais, a sintomatologia depressiva não difere daquele presente nos episódios não relacionados com o parto e incluem instabilidade de humor e preocupações com o bem-estar do bebê, cuja intensidade pode variar de exagerada a francamente delirante (APA, 2000).

A maioria dos estudos refere que a DPP atinge de 10% a 15% das mulheres (Beck, 2001; Chandran et al., 2002; Hanna et al., 2004; Righetti et al., 2003) e nos Estados Unidos, está presente em pelo menos 10% a 20% das mulheres nos seis primeiros meses após o parto, elevando-se esta taxa para 25% ou mais em mulheres com história de depressão pós-parto anterior (Clay & Seehusen, 2004).

A gravidez em si já fragiliza mulher naturalmente, por seu humor flutuante, pela influência de seus hormônios e alterações biológicas, existem diversos fatores que contribuem e acarretam a mulher emocionalmente. A depressão pode advir de muitas causas, mas para uma grávida existem causas que podem ser vistas previamente.

Reading e Reynolds (2001) relacionaram os riscos para a depressão materna em três categorias: a primeira refere-se à qualidade dos relacionamentos interpessoais da mãe, particularmente com seu parceiro; a segunda relaciona-se a gravidez e ao parto e a ocorrência de eventos de vida estressantes; e a terceira refere-se a adversidades socioeconômicas.

Primeiramente o meio onde a mulher está inserida tem total influência no desenvolvimento dessa gestação, suas relações parentais e sociais são muito importantes nesse momento e não apenas como apoio, mas que a mulher disponha de um ambiente tranquilo e menos estressante possível, que suas relações interpessoais também, quer seja no seu ambiente de trabalho ou pessoas que estejam inseridos no seu cotidiano contribuam com uma relação saudável. A relação principal onde necessita ser mais acolhida é com seu parceiro que pode ser um ponto de apoio primordial para a grávida, passando segurança e contribuindo com os desafios que a gestação e a fase pós parto irão trazer, que resultará em mudanças e abdições que outrora faziam parte da rotina do casal, mas que mediante o nascimento do bebê precisaram serem relocadas.

Primar pela tranquilidade e segurança da mulher quanto a esse processo desde a gestação ao pós parto é essencial, para não apenas uma experiência emocional satisfatória, mas pela saúde tanto da mãe quanto do bebê. No que diz respeito as adversidades econômicas, esse é um fator o qual não se há muito controle principalmente se a família tem uma renda baixa, mas infelizmente é um ponto que fará parte do quadro de preocupações que pode classificar-se como fator estressante para a mãe.

O parto pode não ser uma experiência muito positiva, tendo em consideração que este também preocupa as mulheres, por medo da dor, a tensão do que possa ocorrer durante o processo.

É um momento frequentemente temido devido ao desconhecimento do que pode vir a ocorrer. A possibilidade de sentir dor e o medo decorrente disso também são aspectos

proeminentes e influentes nas expectativas relacionadas ao parto (Almeida et al., 2012; Haddad & Cecatti, 2011).

As crises que a mulher tem de enfrentar vem de diversas direções e causadas por muitos fatores, como uma ramificação, a depressão pós parto pode resultar de outras crises enfrentadas durante as gestação ou antes mesmo, com experiências de vida que deixaram marcas negativas, assim como o histórico de vida da mulher, uma gestação complicada ou indesejada, baixa renda, psicopatologias anteriores a gravidez, o fato é que diante a depressão pós parto muitas outras crises podem advir, como a conjugal e outras tantas.

É importante que a mulher tenha o apoio do parceiro quando esta ocorra, de sua família e de profissionais de saúde habilitados para tratar com responsabilidade nesse processo de enfrentamento.

A ocasião de nascimento do bebê, embora culturalmente associado a sentimentos positivos, é um período em que a mulher passa por muitos momentos de stress, constructo correlato à depressão (Prenoveau et al., 2013).

Considerações Finais

Este trabalho teve como objetivo a partir de uma revisão bibliográfica observar como a maternidade repercute na vida da mulher, delineando todos os seus aspectos reais a fim de fazer compreendido o corpo grávido e todos os desafios e sofrimento que atravessa nessa fase de transição existencial.

Foram enfatizados os aspectos psicológicos que é importante diante a descoberta da gravidez, durante e pós-parto, fatores biológicos, sociais e parentais. Ficou evidente o quanto não se trata de um momento tão romântico quanto o meio social vincula essa imagem e ideia, mas o quanto a maternidade fragiliza, adocece, dificulta e desafia a mulher causando crises em sua vida e exigindo novas reestruturações.

A maternidade desde a sua construção histórica exige muito da mulher, mediante tantos estudos e meios de compreensão, esse conhecimento deveria gerar experiências mais saudáveis e humanizadas com base na realidade do que realmente é estar nesse processo, essa nunca será uma empreitada fácil, mas o quanto menos idealizada e romantizada poderá se aproximar de melhorias, estas que são refletidas na saúde da mãe e bebê que é totalmente afetado por toda maneira que a mulher perpassar este período, até a violência social e psicológica que estas enfrentam, tendo seus sentimentos reprimidos por uma onda de expectativas e euforia onde é silenciado todo incômodo, angústias, dores, dúvidas e preocupações.

Sendo este o momento em que necessita de uma rede de apoio, de ser acolhida não apenas como um corpo que transporta um bebê, mas como ser humano em fase de desenvolvimento, onde seu corpo, sua mente, sua identidade, sua subjetividade estão todos em um processo de reajustes e transformações, levando em consideração que para mulheres de baixa renda ou mãe solo as crises advindas desse período perpassa aquelas que tem uma certa estabilidade, pois estas enfrentam problemas econômicos, dependem de políticas públicas durante toda gestação e nem sempre dispõem de uma rede de apoio parental.

As demandas necessárias são incontáveis, estas sim se aproxima do real sentido da maternidade, o olhar apurado e com base fundamentada dos autores permite uma melhor compreensão do qual indispensável tem sido estudos voltados para estas repercussões que a maternidade traz a vida da mulher, desde um senso crítico para que este processo seja melhor compreendido pelo os que circundam a gestante, até os profissionais de saúde a gestores de políticas públicas. Tendo consciência de que isso não se trata de criar especificamente uma redoma de proteção, mas de apoio a esta transição emocional, física, parental, social e profissional, e todos esses âmbitos são convocados a repensar como contribuir para que o sofrimento da mulher seja amenizado e que aja menos adoecimento nesse processo.

A junção de uma rede de apoio, pode tornar as repercussões negativas mais amenas, ressaltando que esta é uma demanda de ordem micro e macro, como Saúde Pública, Políticas públicas, Psicossocial, Trabalhista e governamental de forma mais clara, como também o papel dos que estão próximos acolhendo, apoiando, e ajudando a transformar e ressignificar as dificuldades para atravessar essa fase da maneira mais humana possível.

Referências

- Almeida, N. A. M., Medeiros, M., & Souza, M. R. (2012). Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(4), 819-827. <http://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400012/>
- Alves, A. M., Gonçalves, C. D. S. F., Martins, M. A., Silva, S. T. D., Auwerter, T. C., & Zagonel, I. P. S. (2007). A enfermagem e puérperas primigestas: desvendando o processo de transição ao papel materno. *Cogitare Enfermagem*, 12(4), 416-427.
- American Psychiatry Association. (2000). Diagnostic and statistical of mental manual disorders. Fourth edition. Text revision. Washington-DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatry Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5. 5th.ed. American Psychiatric Association.
- Aragão, R. (2006). De mãe para filha: a transmissão da maternidade. In R. Melgaço (Org.), *Ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde e educação*. Casa do Psicólogo.
- ARAN, Márcia. Os destinos da diferença sexual na cultura contemporânea. *Rev. Estud. Fem.* [online]. 2003, vol.11, n.2, pp.399-422. ISSN 1806-9584. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2003000200004>.
- Araújo, N. M., Salim, N. R., Gualda, D. M. R., & Silva, L. C. F. P. (2012). Corpo e sexualidade na gravidez. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 552-558.
- Ariès, P. (1986). *História social da criança e da família*. Guanabara.

- Arteiro, I. L., & Passos, M.C. (2016). A intervenção na cena analítica: entre o bebê imaginário e o bebê real. In: XIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental e VII Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, *Anais*, João Pessoa.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Nova Fronteira.
- Badinter, E. (2011). *O conflito: a mulher e a mãe*. Record.
- Baptista, A. S. D., & Baptista, M. N. (2005). Avaliação de depressão em gestantes de alto-risco em um grupo de acompanhamento. *Interação em Psicologia*, 9(1), 155-163.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psico*, 7(1), 39-48.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000100006&lng=pt&nrm=iso
- Barbiero, E. B., & Baumgarten, S. T. (2015). Somos pais, e agora? A história de nós dois depois dos filhos. *Pensando Famílias*, 19(1), 32-45.
- Barnett, R. C., & Hyde, J. S. (2001). Women, men, work, and family: an expansionist theory. *American Psychologist*, 56(10), 781-796.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50, 275-285.
- Bergamaschi, S. F. F., & Praça, N. S. (2008). Vivência da puérpera-adolescente no cuidado do recém-nascido no domicílio. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42, 454-460.
- Bibring, G., Dwyer, T., Huntington, D., & Valenstein, A. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 9-44.
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (2.^a ed.). Quarteto.

- Canavarro, M. (2006). Gravidez e maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e maternidade* (pp. 17-49). Quarteto.
- Chandran, M., Tharyan, P., Muliyl, J., & Abraham, S. (2002). Post-partum depression in a cohort of women from rural area of Tamil Nadu, India: Incidence and risk factors. *British Journal of Psychiatry, 181*, 499-504.
- Clay, E. C., & Seehusen, D. A. (2004). A review of postpartum depression for the Primary Care Physician. *Southern Medical Journal, 97*(2), 157-161.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Presidência do Conselho de Ministros (2001). *As condições do exercício da maternidade e da paternidade na sociedade portuguesa* – Relatório e Parecer 36. Lisboa. <http://www.cnecev.gov.pt>.
- Costa, E. S., Pinon, G. M. B., Costa, T. S., Santos, R. C. D. A., Nóbrega, A. R., Sousa, L. B. D. (2010). Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. *Rev. Rene. Fortaleza, 11*(2), 86-93.
- Cummings, M. E., Keller, P. S., & Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*, 479-489.
- Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery, 26*(3), 357-366.
- Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento dos filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 16*(3), 221-231.
- Estés, C. P. (2004). Mulheres que correm com lobos: mitos e histórias do arquétipo da mulher selvagem (Trad. Barcellos, W). Rocco.

- Fernandez, L. M., & Cabaço, A.S. (2004). Procesamiento del estrés en las gestantes: Implicaciones para la salud de la mujer y del niño intrauterino. *Familia*, 28, 9-24.
- Ferrari, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (2007). O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 305- 313.
- Figueiredo, B. Costa, R., & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 20(2), 203-217.
<https://doi.org/10.14417/ap.306>
- FONSECA, Claudia. Da circulação de crianças à adoção internacional: questões de pertencimento e posse. *Cad. Pagu* [online]. 2006, n.26, pp.11-43.
- Freitas, W. D., Coelho, E. D., & Silva, A. T. (2007). Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. *Caderno de Saúde Pública*, 23(1),137-145.
- Frizzo, G. B. (2008). *Contribuições da psicoterapia breve pais-bebê para a conjugalidade e para a parentalidade em contexto de depressão pós-parto*. Tese de doutorado não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Frizzo, G. B., Brys, I., Lopes, R. C. S., & Piccinini, C. A. (2010). Conjugalidade em contexto de depressão da esposa no final do primeiro ano de vida do bebê. *Aletheia*, 31, 66-81.
- Gaynes, B., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K., Swinson, T., Gartlehner, G., ... & Miller, W. (2005). Perinatal Depression: prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. *Evidence Report/Technology Assessment*, 119(5) e006-2.
- Haddad, S. E. M. T., & Cecatti, J. G. (2011). Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(5),252-262. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011000500008>

- Hanna, B., Jarman, H., & Savage, S. (2004). The clinical application of three screening tools for recognizing post-partum depression. *International Journal of Nursing Practice*, 10(2), 72-79.
- Hernandez, J. A. E. & Hutz, C. S. (2008). Gravidez do primeiro filho: papéis sexuais, ajustamento conjugal e emocional. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 24(2), 133-141.
<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n2/01>.
- Hofberg, K., & Brockington, I. (2000). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *British Journal of Psychiatry*, 176, 83-85.
<https://doi.org/10.1192/bjp.176.1.83>
- Iaconelli, V. (2013). *Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna*. Tese Doutorado. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2013.
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-07052013-102844/en.php>
- Klaus, M., & Kennel, J. (1992). *Pais/bebê: a formação do apego*. Artes Médicas.
- Klaus, M. H., Kennel, J. H., & Klaus, P. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Artes Médicas.
- Leontiev, A. N. (1978). *Actividad, consciencia y personalidad*. Ciencia del hombre.
- Levin, E. (2001) *A função e o funcionamento cênico do filho-criança. A função do filho*. Vozes.
- Linares, J. L., & Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada: los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Paidós.
- Lobo, S. (2008). As condições de surgimento da Mãe Suficientemente Boa. *Rev. bras. psicanál*, São Paulo, v. 42(4), 67-74
- Lopes, R. C. S., Vivian, A. G., Oliveira, D. S., Pereira, C. R. R., & Piccinini, C. A. (2012). Desafios para a maternidade decorrentes da gestação e do nascimento do segundo

- filho. In C. A. Piccinini & P. Alvarenga (Eds.), *Maternidade e paternidade: A parentalidade em diferentes contextos* (pp. 295-318). Casa do Psicólogo.
- Maldonado, M. T. P. (1997). *Psicologia da Gravidez*. Vozes.
- Maldonado, M. T. P. (2000). *Psicologia da gravidez* (15a ed.). São Paulo: Saraiva.
- Maldonado, M. T. P. (2002). *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério* (16.^a ed.). Saraiva.
- Mayor, I. M. B. (2004). *A qualidade do relacionamento conjugal no contexto da depressão materna*. Unpublished master's thesis. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Meireles, A., & Costa, M. E. (2003). *A vivência do corpo e a relação mãe-bebê na gravidez*.
- Milbradt, V. (2008). Afetividade e gravidez indesejada, os caminhos de vínculo mãe-filho. *Revista Pensamento Biocêntrico*, 9, 111-133.
- Misri, S., Kostaras, X., Fox, D., & Kostaras, D. (2000). The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 554- 558.
- Montgomery, P., Bailey, P., Purdon, S. J., Snelling, S. J., & Kauppi, C. (2009). Women with postpartum depression: "My husband" stories. *BMC Nursing*, 8(8).
<http://www.biomedcentral.com/1472-6955/8/8>
- MOREIRA, R. L. A. (2009). *Maternidades: os repertórios interpretativos utilizados para descrevê-las*. Tese de Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia.
- Moreno, R. R., Peñacoba, C. P., González-Gutiérrez, J. L., & Ardoy, J. C. (2003). *Intervención Psicológica en Situaciones de crisis y emergencias*. Dykinson.
- Oliveira, A. M. (2002). *O auto-conceito no doente psoriático adulto em internamento*. Tese de Mestrado em Toxicodependência e Patologias Psicossociais não publicada, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.

- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Pais, A. (2005). Antecipação da Experiência de Parto: Mudanças desenvolvimentais ao longo da Gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7, 7-41.
- Parada, E. (2004). Psicologia Comportamental Aplicada al Socorrismo Profesional. Primeros Auxilios Psicologicos. <http://members.fortunecity.es/esss1/Jornadas97ParadaE.htm>
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., De Nardi, T., & Lopes, R. S (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72.
- Prenoveau, J., Craske, M., Counsell, N., West, V., Davies, B., Cooper, P., & Stein, A. (2013). Postpartum GAD is a risk factor for postpartum MDD: the course and longitudinal relationships of postpartum GAD and MDD. *Depression and anxiety*, 30(6), 506-514.
- Raphael-Leff, J. (2000). Introduction: Technical issues in perinatal therapy. In J. Raphael-Leff (Ed.), *'Spilt milk' perinatal loss & breakdown* (pp. 7-16). Institute of Psychoanalysis.
- Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16(1), 85-96.
- Reading, R., & Reynolds, S. (2001). Debt, social disadvantage and maternal depression. *Social Science & Medicine*, 53, 441-453.
- Righetti, V. M., Bousquet, A., & Manzano, J. (2003). Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old-infant. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12(2), 75-83.
- Rios, C. T. F., & Vieira N. F. C. (2007). Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 477-486.
- Rodrigues, A.V., & Siqueira, A. A. F. (2008). Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 8(2), 179-186.

- Rondo, P. H., Ferreira, R. F., Nogueira, F., Ribeiro, M. C., Lobert, H., & Artes, R. (2003). Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57(2), 266-272.
- Sánchez, J. I. R. & Amor, J. L. M. (2005). *Intervención Psicológica en las Catástrofes*. Editorial Síntesis.
- Silva, E. T., & Botti, N. C. L. (2005) Depressão Puerperal: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(2), 231-238.
https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista7_2/pdf/REVISAO_01.pdf
- Silva, J. (2009). *Influência da satisfação conjugal na qualidade da relação mãe-bebê* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal). <http://hdl.handle.net/10400.12/3619>
- Simas, F. B., Souza, L. V., & Scorsolini-Comim, F. (2013). Significados da gravidez e da maternidade: Discursos de primíparas e múltiparas. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(1),19-34. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n1/02>.
- Simonelli, A., Parolin, M., Sacchi, C., De Palo, F., & Vieno, A. (2016). The role of father involvement and marital satisfaction in the development of family interactive abilities: A multilevel approach. *Frontiers in Psychology*, 7(1725).
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01725>
- Simonetti, A. (2003). *Manual de Psicologia Hospitalar*. Casa do Psicólogo.
- TAGIBA, Ana Paula. Projetos profissionais e/ou maternidade: críticas a um dilema/sofrimento feminino (ainda) contemporâneo. *Cad. Pagu, Campinas*, n. 37, p. 437- 444, Dec. 2011. Disponível em. Acesso em: 15 nov. 2020.
- Trindade, Z. A., & Enumo, S. R. F. (2002). Triste e incompleta: Uma visão feminina da mulher infértil. *Psicol. USP*, 13(2), 78-91.

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642002000200010&script=sci_abstract&tIng=pt

VINHAS, A. P. L. B. Direito ou dever: um estudo sobre as dimensões da maternidade.

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2008.

Wainrib, B. R. & Bloch, E. L. (2000). *Intervención en Crisis y Respuesta al Trauma: teoría y práctica*. Desclée de Brouwer.

Walsh, F. (2002). Casais saudáveis e casais disfuncionais: Qual a diferença? In M. Andolfi (Ed.), *A crise do casal - Uma perspectiva sistêmico-relacional* (pp. 13-28). Artmed.

Zornig, S. M. A. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo psicanalítico*, 42(2), 453-470, 2010.

Zugaib, M. et al. (2008). *Obstetrícia*. Manole.