

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO  
CURSO PSICOLOGIA

**NATÁLIA DE JESUS COSTA CANTANHEDE**

**SAÚDE DA MULHER NO PUERPÉRIO:** Fatores de risco e de proteção para a  
saúde mental

São Luís  
2025

**NATÁLIA DE JESUS COSTA CANTANHEDE**

**SAÚDE DA MULHER NO PUERPÉRIO:** Fatores de risco e de proteção para a  
saúde mental

Monografia apresentada ao Curso de  
Psicologia do Centro Universitário Unidade  
de Ensino Superior Dom Bosco como  
requisito parcial para obtenção do grau de  
Bacharel em Psicologia.  
Orientador: Prof<sup>a</sup>. Me. Thaísa Drielle  
Louzeiro Privado.

São Luís

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Centro Universitário – UNDB / Biblioteca

Cantanhede, Natália de Jesus Costa

Saúde da mulher no puerpério: fatores de risco e de proteção para saúde mental. / Natália de Jesus Costa Cantanhede. \_\_ São Luís, 2025.

51 f.

Orientador: Profa. Ma. Thaísa Drielle Louzeiro Privado.  
Monografia (Graduação em Psicologia) - Curso de Psicologia –  
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco –  
UNDB, 2025.

Saúde mental. 2. Maternidade. 3. Sofrimento psíquico. 4.  
Suporte social. 5. Enfrentamento pós-parto. I. Título.

CDU 159.913:618.6-055.2

**NATÁLIA DE JESUS COSTA CANTANHEDE**

**SAÚDE DA MULHER NO PUERPÉRIO:** Fatores de risco e de proteção para a saúde mental.

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Aprovada em: 20/06/2025.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof. Me. Thaísa Drielle Louzeiro Privado (Orientadora)**

Mestre em Psicologia

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

---

**Prof. Me. Lidiane Verônica Collares da Silva**

Mestre em Psicologia

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

---

**Psic. Musa da Silva Pereira**

Psicóloga Clínica

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

Dedico este trabalho a todas as mulheres que, ao viverem o puerpério, sentiram o peso invisível das emoções, das transformações e das dúvidas que esse momento traz.

## AGRADECIMENTOS

A jornada acadêmica é feita de muitos passos — alguns firmes, outros incertos — mas nenhum deles foi solitário. Muitas pessoas contribuíram, de diferentes formas, para que esse percurso fosse possível. Algumas estavam presentes desde o início, outras chegaram ao longo do caminho, mas todos se fizeram importantes nessa jornada. Agradecer é um gesto de reconhecimento, carinho e valorização. Por isso, quero mencionar algumas pessoas que fizeram a diferença e caminharam comigo durante toda a minha trajetória acadêmica.

Agradeço, primeiramente, a Deus — por ser minha força quando faltam certezas, meu refúgio nos momentos de aflição e a luz que me guiou quando tudo parecia incerto. Foi Ele quem sustentou meus passos nos dias de cansaço, renovou minha esperança diante dos desafios e me lembrou, com delicadeza, que eu era capaz de seguir em frente. Cada conquista vivida até aqui carrega, em sua essência, a presença divina que nunca me abandonou.

Quero externar meus agradecimentos aos meus familiares, minha mãe Maria José Carvalho minha maior fonte de apoio, inspiração e incentivo, que me ajudou sempre que pôde e esteve comigo em todos os momentos. Meu marido Roberto Alves que esteve comigo desde o início dessa trajetória, que suportou comigo altos e baixos, me ajudou mesmo que de forma discreta e nunca largou minha mão em meios aos obstáculos. Ao meu filho Matheus Guilherme Cantanhede que suportou minha ausência, mas nunca deixou de sorrir quando eu chegava em casa, foi um parceiro em diversas ocasiões. Ao meu padrasto Ronaldo Costa, tia Flor de Lys Carvalho, tio Genivaldo Costa, avó Maria Bernadete Monteiro que sempre torceram por mim e nunca disseram “*não*” quando eu precisei de algo, sou muito grata por tê-los em minha vida.

Quero deixar meus agradecimentos pelas amigas que a vida universitária me proporcionou, Raphaelly Silva, Thaynara Garcia, Larissa Mello, Paula Muniz, Zaira Ramos, vocês foram abrigo nos dias difíceis e alegria nos dias bons. Obrigada por partilharem angústias, lanches e risadas comigo, mas também sonhos, medos, conquistas e inseguranças. Passamos por muitos obstáculos juntas, sempre o sorriso, companheirismo e apoio esteve presente entre nós. Em especial dedico a minha gratidão a Edilene Félix que me acolheu e estendeu as mãos em um momento muito

difícil em minha vida, me ensinou e incentivou em muitos aprendizados que tenho atualmente, sou grata por tê-la conhecido e por sermos parceiras de profissão.

Dedico toda a minha gratidão às amigas que a vida me apresentou de forma inesperada, em meio a essa jornada desafiadora, por meio de um hobby — que acabou nos unindo de maneira profunda e verdadeira. Jess Lana, Rafaella Barros, Tayanne Vitorino, Jucyara Silva, Lana Sampaio, Bruna Bevilacqua, Thamyres Paiva, Laura Gomes e Gleicy Kellen Pinheiro: vocês são mais do que amigas, são irmãs que a vida me permitiu escolher para levar no coração por toda a vida.

O apoio, o carinho e a energia positiva que recebi foram essenciais para que eu enfrentasse os desafios da vida acadêmica com mais tranquilidade e coragem. Saber que podia contar com vocês me deu forças para vencer, mesmo quando tudo parecia difícil demais. Obrigada por existirem, por estarem ao meu lado mesmo nos momentos mais silenciosos, e por me lembrarem, com gestos simples, que a amizade verdadeira é também uma forma de cuidado e cura.

Aos meus professores, Lidiane Verônica Collares, Maria Emília Miranda Alvares, Alice Parentes, Valéria Maria Lima Cardoso, Ilara Nogueira da Cruz, Gracielle dos Santos Santana, Lília Ferreira da Cruz que foram verdadeiros companheiros e guias ao longo de toda essa trajetória, deixo minha mais sincera e eterna gratidão. Cada um, à sua maneira, contribuiu profundamente para a minha formação não apenas acadêmica, mas também humana. Sou imensamente grata por terem compartilhado seus conhecimentos com tanto vigor, dedicação e excelência, por despertarem em mim o pensamento crítico, o olhar sensível e o compromisso ético com a Psicologia.

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Me. Thaísa Drielle Louzeiro Privado, minha profunda gratidão e respeito. Obrigada por ter caminhado ao meu lado nessa etapa tão importante na trajetória acadêmica, com seu olhar atento, suas contribuições precisas e sua dedicação, me ajudou a encontrar os caminhos certos para execução do meu trabalho.

Também sou grata às minhas pequenas, grandes fontes de inspiração e acolhimento: minha paixão pelos doramas (séries coreanas) e pelos grupos de K-pop, em especial BTS, Seventeen, Ateez, Stray Kids, Enhypen e TWS. Em muitos momentos, foram suas mensagens, músicas e histórias que me ofereceram ânimo, conforto e um motivo a mais para seguir em frente com o coração mais leve.

Por fim, agradeço a mim mesma — pela força, coragem, determinação e resiliência que me acompanharam até aqui. Concluir essa trajetória não foi nada fácil, e reconhecer o próprio esforço é também um ato de amor e respeito por tudo o que enfrentei.

Deixo registrada aqui minha eterna gratidão a todos os que foram citados acima. Cada um, à sua maneira, contribuiu de forma única e significativa para que essa jornada se tornasse possível.

“O puerpério é uma travessia delicada e transformadora.  
Que nenhuma mulher precise enfrentá-lo sem apoio, cuidado e acolhimento.”  
(Autoria própria)

## RESUMO

O puerpério é um período de intensas transformações físicas, emocionais e sociais que impactam diretamente a saúde mental da mulher. Apesar da sua relevância, o sofrimento psíquico vivido por puérperas ainda é frequentemente deslegitimado e romantizado, dificultando o reconhecimento de suas necessidades emocionais. Este trabalho teve como objetivo analisar os fatores biopsicossociais que influenciam a saúde mental no puerpério, identificar práticas de enfrentamento protetoras e discutir o papel das políticas públicas e do suporte profissional nesse contexto. Com abordagem qualitativa e natureza básica, a pesquisa foi desenvolvida por meio de revisão bibliográfica, de caráter descritivo, utilizando o método dedutivo para interpretar a produção científica nacional e internacional sobre o tema. Os resultados confirmaram as hipóteses de que o puerpério é marcado por vulnerabilidades específicas que, quando negligenciadas, podem levar ao adoecimento psíquico, como nos casos de baby blues, depressão pós-parto e ansiedade. Destacaram-se como fatores de proteção o apoio familiar e social, o acompanhamento psicológico e o fortalecimento da autonomia materna. Conclui-se que a validação das vivências emocionais no pós-parto, aliada à implementação de políticas públicas efetivas, é fundamental para garantir o cuidado integral à mulher. A construção deste trabalho enfrentou desafios relacionados à escassez de estudos interseccionais e à invisibilização do sofrimento materno, apontando para a necessidade de pesquisas futuras que abordem a diversidade das experiências no puerpério.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Maternidade. Sofrimento psíquico. Suporte social. Enfrentamento pós-parto.

## ABSTRACT

The postpartum period is a period of intense physical, emotional, and social transformations that directly impact women's mental health. Despite its relevance, the psychological distress experienced by postpartum women is still often delegitimized and romanticized, making it difficult to recognize their emotional needs. This study aimed to analyze the biopsychosocial factors that influence mental health in the postpartum period, identify protective coping practices, and discuss the role of public policies and professional support in this context. With a qualitative approach and descriptive-explanatory nature, the research was developed through a literature review, using the deductive method to interpret national and international scientific production on the subject. The results confirmed the hypotheses that the postpartum period is marked by specific vulnerabilities that, when neglected, can lead to psychological illness, such as in cases of baby blues, postpartum depression, and anxiety. The protective factors highlighted were family and social support, psychological counseling, and strengthening of maternal autonomy. It is concluded that the validation of emotional experiences in the postpartum period, combined with the implementation of effective public policies, is essential to guarantee comprehensive care for women. The construction of this work faced challenges related to the scarcity of intersectional studies and the invisibility of maternal suffering, pointing to the need for future research that addresses the diversity of experiences in the postpartum period.

**Keywords:** Mental health. Maternity. Psychological suffering. Social support. Postpartum coping.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UNDB	Unidade de Ensino Superior Dom Bosco
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2 DIMENSÕES HISTÓRICAS, SOCIAIS E POLÍTICAS DA MATERNIDADE</b>	<b>16</b>
2.1 A história da maternidade no Brasil	16
2.2 Características do puerpério e da gestação	20
2.3 Políticas públicas e de cuidado com a mãe e o bebê	22
<b>3 FATORES DE RISCO RELACIONADOS AO SOFRIMENTO PSÍQUICO NO PERÍODO PUERPERAL</b>	<b>26</b>
3.1 Fatores emocionais e psicossociais	26
3.2 Condições clínicas e psicológicas preexistentes e/ou decorrentes da gestação	28
3.3 Vulnerabilidades socioeconômicas e contextuais	30
<b>4 PRÁTICAS DE ENFRENTAMENTO PROTETORAS DA SAÚDE MENTAL NO PUERPÉRIO</b>	<b>32</b>
4.1 Apoio social e familiar	32
4.2 Suporte psicológico especializado	34
4.3 Fortalecimento da autonomia e autocuidado materno	35
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	<b>38</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>44</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O puerpério, também chamado de período pós-parto, pode ser uma fase intensa e transformadora na vida de uma mulher. É um processo de transição que compreende diversas alterações físicas, hormonais, emocionais e sociais, que demandam adaptações significativas tanto no corpo quanto na rotina e nas relações interpessoais.

Embora culturalmente romantizado, esse período pode ser permeado por angústias, inseguranças e sentimentos ambivalentes, tornando-se um momento de vulnerabilidade para a saúde mental da puérpera (Camacho *et al.*, 2006). De acordo com o Ministério da Saúde (2005), o puerpério é um estado de alteração emocional no qual a mulher está especialmente sensível, condição que pode ser fundamental para o vínculo com o recém-nascido, que também requer atenção e cuidado.

O puerpério pode ser atravessado por uma série de desafios físicos e emocionais, a depender do contexto individual e social de cada mulher. Questões como a privação de sono, o cansaço físico, a pressão para corresponder às expectativas sociais e familiares em torno da maternidade, além de sentimentos de insegurança quanto à própria capacidade de cuidar do bebê, podem surgir. Em algumas situações, esses fatores são intensificados pela ausência ou fragilidade de uma rede de apoio, o que pode contribuir para uma vivência emocionalmente mais sobrecarregada. Tais fatores, combinados às intensas alterações hormonais, podem impactar negativamente o bem-estar psicológico da mulher. Ainda que o sofrimento psíquico no pós-parto seja cada vez mais reconhecido, o tema ainda é pouco debatido no contexto social e, muitas vezes, negligenciado nos serviços de saúde (Moura; Fernandes; Apolinário, 2011).

O processo de transição para a maternidade envolve mudanças profundas na identidade da mulher, exigindo o desenvolvimento de novos papéis e competências, o que pode gerar sentimento de frustração e solidão. Quando não há um suporte adequado, tanto familiar quanto profissional, a mulher torna-se mais suscetível ao adoecimento psíquico, incluindo quadros de depressão pós-parto, ansiedade e até psicose puerperal. Nesse contexto, o acompanhamento psicológico assume papel central, não apenas no tratamento dos transtornos, mas também na promoção da saúde mental, no fortalecimento do vínculo materno-infantil e na valorização da escuta acolhedora e empática (Silva, 2024).

Diante dessa realidade, este estudo se propõe a investigar: quais são os principais fatores de risco e proteção para a saúde mental da mulher no período puerperal? A partir dessa questão, formulam-se duas hipóteses iniciais: 1) é possível que a articulação entre fatores emocionais, hormonais e sociais influencie de forma significativa a maneira como cada mulher vivencia o puerpério, impactando diretamente sua saúde mental.; e 2) durante o puerpério, a mulher encontra-se em maior vulnerabilidade mais suscetível ao sofrimento psíquico e até mesmo ao desenvolvimento de transtornos mentais.

Assim, o presente estudo tem como objetivo geral investigar quais são os principais fatores de risco e proteção para a saúde mental da mulher no período puerperal. Como objetivos específicos, propõe-se: a) Identificar os fatores biopsicossociais que influenciam o bem-estar psíquico da mulher no puerpério; b) Descrever os fatores de risco relacionados ao sofrimento psíquico neste período; c) Apresentar os fatores de proteção que contribuem para a promoção da saúde mental da mulher puérpera; e d) Explorar quais são as intervenções psicológicas para enfrentamento do sofrimento psíquico no período puerperal.

A pesquisa é de natureza básica, com abordagem qualitativa de caráter descritivo, será realizada por meio de revisão bibliográfica, considerando publicações científicas, livros, dissertações e outras fontes acadêmicas pertinentes ao tema. O método qualitativo permitirá a análise das dimensões subjetivas que atravessam o puerpério, enquanto a pesquisa bibliográfica fornecerá embasamento teórico atualizado sobre os aspectos biopsicossociais envolvidos nesse período. As buscas foram feitas principalmente em bases como o Google Acadêmico e repositórios institucionais, como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO (Scientific Electronic Library Online), PubMed, PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia) e o Repositório Institucional da CAPES, priorizando materiais publicados nos últimos 20 anos, em português e inglês.

A escolha do tema se justifica pela necessidade de ampliar o olhar sobre a saúde mental materna, especialmente no período puerperal, que ainda é cercado por tabus e idealizações. Compreender os fatores que agravam ou aliviam o sofrimento psíquico da mulher após o parto é fundamental para promover um cuidado integral e humanizado, além de colaborar para a formação de profissionais mais sensíveis às demandas emocionais desse período.

Do ponto de vista acadêmico e profissional, a abordagem da saúde mental no puerpério contribui para o avanço das discussões na área da Psicologia, especialmente no campo da saúde da mulher e da atuação clínica e preventiva. Diante do crescimento de estudos que revelam altos índices de sofrimento psíquico no pós-parto, torna-se fundamental que psicólogos e futuros profissionais estejam preparados para acolher e intervir de forma ética, empática e embasada cientificamente. Além disso, a pesquisa também se alinha aos princípios de uma atuação humanizada e voltada à promoção de direitos, reforçando o papel do psicólogo como agente de transformação social e cuidado em saúde mental.

Em nível pessoal, este trabalho nasce da vivência concreta da maternidade e da experiência do puerpério. Tendo passado por esse processo, pude vivenciar os desafios emocionais que o período impõe, mesmo quando há uma rede de apoio. Essa vivência despertou em mim a urgência de falar sobre um tema muitas vezes silenciado e invisibilizado, mas que impacta profundamente a saúde mental de inúmeras mulheres. Assim, a elaboração desta pesquisa representa não apenas um compromisso ético com o cuidado e a escuta das mulheres, mas também um movimento de ressignificação da minha própria trajetória enquanto mãe e futura psicóloga.

A estrutura do trabalho está dividida em seis capítulos, sendo o primeiro esta introdução. O segundo capítulo aborda os principais aspectos biopsicossociais do puerpério e suas implicações para a saúde mental da mulher. No terceiro capítulo, são discutidos os fatores de risco mais recorrentes e os principais transtornos mentais relacionados ao período pós-parto. O quarto capítulo é dedicado à análise dos fatores de proteção e às estratégias de enfrentamento, com foco nas intervenções psicológicas voltadas ao cuidado da mulher puérpera. O quinto capítulo apresenta os resultados e discussões da pesquisa, promovendo uma análise crítica sobre a deslegitimação do sofrimento materno, o uso da expressão “baby blues” e os limites das políticas de suporte à saúde mental nesse período. Por fim, a conclusão apresenta as considerações finais da pesquisa, suas contribuições e possíveis caminhos para estudos futuros.

## 2 DIMENSÕES HISTÓRICAS, SOCIAIS E POLÍTICAS DA MATERNIDADE

A experiência da maternidade não pode ser compreendida de forma homogênea. Ela é atravessada por múltiplos fatores sociais, históricos e culturais que impactam diretamente a forma como cada mulher vivencia a gestação, o parto e o puerpério (Boukobza, 2002 *apud* Piccinini *et al.*, 2008). Neste capítulo, propõe-se uma reflexão contextualizada sobre a maternidade no Brasil, com ênfase nas interseccionalidades que compõem esse fenômeno.

Inicialmente, será traçado um panorama histórico da maternidade no país, destacando como classe, raça e gênero moldam as diferentes experiências maternas e aprofundam desigualdades. Em seguida, são discutidas as principais características da gestação e do puerpério, com foco nos aspectos físicos, emocionais e sociais que envolvem esse período. Por fim, será apresentado um levantamento das principais políticas públicas voltadas ao cuidado da mulher e do bebê, buscando compreender seus avanços, limitações e impactos na realidade das mulheres, especialmente daquelas que se encontram em contextos de maior vulnerabilidade.

### 2.1 A história da maternidade no Brasil

A história da maternidade no Brasil é atravessada por múltiplos vetores de desigualdade, como classe social, raça, gênero e territorialidade. Esses marcadores influenciam diretamente não apenas o acesso das mulheres a direitos reprodutivos, mas também moldam as experiências subjetivas da maternidade. No contexto brasileiro, a figura materna foi historicamente construída a partir de valores coloniais e patriarcais, que impuseram à mulher o papel exclusivo de cuidadora e reprodutora. Essa construção foi sendo atualizada ao longo do tempo, sendo atravessada pelas diferentes condições sociais às quais as mulheres estavam submetidas (Moura; Araújo, 2004).

No Brasil, assim como na Europa, o desenvolvimento da organização e dos sentimentos presentes na família moderna, incluindo aqueles relacionados à maternidade e aos cuidados maternos, foi marcado pelas intensas modificações ocorridas pela ascensão burguesa no final do século XVIII, embora aqui revestidas de características específicas à condição de país-colônia que se vê subitamente elevado à sede do governo português (Moura; Araújo, 2004, p. 48).

Moura e Araújo (2004) apontam que, historicamente, mulheres brancas de classes médias e altas tiveram acesso a recursos médicos, apoio familiar e possibilidades de escolha quanto à maternidade. Já as mulheres negras vivenciam a

maternidade a partir de um lugar histórico de resistência. Desde o período escravocrata, suas experiências foram desumanizadas e suas relações familiares sistematicamente violadas. Mulheres escravizadas eram forçadas a ter filhos que seriam posteriormente explorados como mão de obra, ao mesmo tempo em que, muitas vezes, eram privadas de exercer a maternidade com seus próprios filhos, sendo obrigadas a amamentar e cuidar das crianças das famílias brancas.

[...] As mulheres pobres, livres ou libertas, nacionais ou estrangeiras, brancas, negras ou mestiças, necessitavam trabalhar para garantir o seu sustento e de sua família. Já as escravizadas tinham o seu universo social profundamente marcado por sua condição jurídica associada ao trabalho compulsório (Carula, 2024, p. 4).

As experiências de maternidade de mulheres negras e indígenas no Brasil foram historicamente atravessadas por processos de subjugação, controle e, quando possível, resistência. No período escravocrata, as mulheres negras tiveram suas vivências maternas sistematicamente desumanizadas, sendo forçadas à reprodução e, frequentemente, ainda hoje são afastadas dos próprios filhos para atender às demandas das famílias brancas. Esse contexto expõe uma maternidade marcada pela violência e pela negação da autonomia, mas também por estratégias de enfrentamento e preservação da vida e da cultura, ainda que limitadas pelas estruturas opressoras (Gonzalez, 2020).

De forma semelhante, as mulheres indígenas foram alvo de um projeto colonial que buscava apagar suas práticas culturais e impor valores eurocêntricos. Seus corpos, suas formas de gestar e cuidar foram e ainda são alvo de controle e deslegitimação. A maternidade indígena é frequentemente desrespeitada, seja pela expropriação dos territórios, seja pela imposição de modelos de saúde reprodutiva alheios às suas cosmovisões. No entanto, mesmo diante dessas violências, muitas comunidades mantiveram formas próprias de cuidar, transmitir saberes e resistir à colonização, por meio de práticas de coletividade, oralidade e proteção mútua (Oliveira, 2017; Brasil, 2018).

Carula (2024) afirma que durante o período escravocrata brasileiro, vigorava o princípio do *partus sequitur ventrem* – que em tradução livre pode significar “A prole segue o ventre”, segundo o qual os filhos das mulheres escravizadas herdavam automaticamente a condição de suas mães. Esse mecanismo jurídico, comum em diversas sociedades escravistas, assegurava aos senhores de engenho e outros proprietários a continuidade da força de trabalho escrava. Com a extinção do

tráfico transatlântico de pessoas escravizadas em 1850, esse papel reprodutivo das mulheres negras escravizadas ganhou ainda mais importância. A reprodução biológica passou a ser vista como um recurso essencial para manter e expandir a mão de obra cativa, dado que não era mais possível suprir essa demanda com a importação de cativos.

Quando as mães conquistavam sua liberdade, a preocupação com seus filhos que ainda continuavam no jugo da escravidão era constante. A vulnerabilidade dos menores; os possíveis maus tratos; a venda para locais distantes, que dificultariam a obtenção de notícias; e a luta para adquirirem meios para comprar a alforria de seus pequenos são apenas algumas das apreensões (Carula, 2024, p. 8).

A promulgação da Lei do Ventre Livre (Lei nº 2.040, de 28 de setembro de 1871) representou uma mudança formal no sistema escravista brasileiro ao declarar livres todos os filhos de mulheres escravizadas nascidos a partir daquela data. No entanto, essa suposta liberdade era extremamente limitada: as crianças continuavam sob a tutela dos senhores de suas mães até os oito anos de idade e, após esse período, podiam ser entregues ao Estado mediante indenização ou mantidas sob a guarda dos senhores até completarem 21 anos (Brasil, 1871). Na prática, a lei não rompeu com os mecanismos de controle e exploração, pois a infância negra permaneceu subordinada ao poder dos senhores. As mulheres escravizadas, por sua vez, continuaram sendo forçadas a gerar e cuidar de filhos que seriam, de diferentes formas, apropriados pelo sistema escravista, o que evidencia como a maternidade negra era profundamente marcada pela violência, pelo apagamento e pela instrumentalização (Anabuki; Cardoso, 2023).

Mesmo após o fim formal da escravidão com a promulgação da Lei nº 3.353, de 13 de maio de 1888, conhecida como Lei Áurea, as mulheres negras e suas experiências maternas continuaram à margem das garantias sociais e jurídicas no Brasil. A abolição não foi acompanhada de políticas públicas efetivas de inclusão ou reparação, o que manteve essas mulheres em condições de extrema vulnerabilidade social, econômica e simbólica (Brasil, 1888). Durante grande parte do século XX, a maternidade no país foi tratada dentro de uma lógica higienista e assistencialista, com foco na redução da mortalidade infantil e materna, sem, no entanto, considerar as desigualdades estruturais que atravessavam as diferentes experiências maternas. O cuidado com a mulher e com a criança era frequentemente restrito a intervenções pontuais no campo da saúde, desvinculadas de uma perspectiva de direitos ou de justiça social (Moura; Araújo, 2004).

Com a promulgação da Constituição de 1988, a maternidade passou a ser reconhecida como um direito social e uma responsabilidade compartilhada entre o Estado e a sociedade. Essa nova perspectiva permitiu a criação de políticas públicas voltadas à proteção da gestante, à parturiente e da puérpera. Um marco relevante foi a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, que reconhece o direito da criança à convivência familiar e comunitária, além de assegurar direitos relacionados à saúde materno-infantil (Brasil, 1990).

Nos anos 2000, a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) e da Rede Cegonha (2011) fortaleceram a assistência humanizada ao parto e ao nascimento, buscando garantir o direito das mulheres a um cuidado seguro, respeitoso e baseado em evidências científicas (Brasil, 2004; 2011). Em 2005, a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005) passa a assegurar o direito da gestante a ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, reforçando o princípio da dignidade e da autonomia da mulher (Brasil, 2005).

Ainda assim, as desigualdades históricas persistem. Mulheres negras seguem enfrentando barreiras significativas no acesso a serviços de saúde de qualidade, sendo mais vulneráveis à violência obstétrica, à falta de acolhimento adequado e à negligência institucional (Costa, 2012). Ao mesmo tempo, a medicalização do parto e os interesses econômicos no setor da saúde também impactam negativamente a experiência da maternidade, especialmente para mulheres de classe média e alta. Isso se deve ao fato de que, nesses grupos, é mais comum o acesso ao setor privado, onde partos são frequentemente conduzidos segundo a lógica do mercado — priorizando cesáreas agendadas e intervenções desnecessárias, muitas vezes em função de conveniência médica e institucional. Esse modelo reduz a autonomia da mulher, transforma o parto em um procedimento técnico e, com isso, pode comprometer o vínculo inicial com o bebê, aumentar sentimentos de frustração e contribuir para o sofrimento psíquico no puerpério (Rago, 1998).

De acordo com Moura e Silva (2024) mesmo no cenário contemporâneo, as desigualdades persistem. O acesso aos serviços de saúde, à informação de qualidade, ao planejamento familiar e ao suporte no pós-parto ainda é profundamente desigual. Mulheres negras, periféricas e em situação de vulnerabilidade enfrentam índices mais elevados de mortalidade materna, partos violentos e ausência de acompanhamento psicológico no puerpério. Essas condições não apenas expõem a

precariedade das políticas públicas como também evidenciam a urgência de uma abordagem interseccional na análise da maternidade (Assis, 2018).

Este trabalho opta por aprofundar a análise da experiência materna de mulheres negras, considerando que este grupo social está situado na intersecção de múltiplas opressões. Compreender como se dá a vivência do puerpério nesse contexto implica olhar criticamente para a estrutura racista e sexista da sociedade brasileira, assim como para os atravessamentos emocionais e simbólicos que esse grupo experimenta durante e após a gestação.

## **2.2 Características do puerpério e da gestação**

A gestação é um processo fisiológico complexo, que provoca mudanças profundas no corpo e na psique da mulher. Trata-se de um período de intensa transformação biopsicossocial, que exige adaptações hormonais, físicas, emocionais e sociais (Brasil, 2005). Durante a gravidez, o corpo feminino se prepara para o desenvolvimento fetal e o parto, ao passo que a mulher vivencia uma reorganização identitária, social e afetiva. Essas transformações não são homogêneas, variam de acordo com condições de saúde, histórico de vida, contexto familiar, social e de acesso à saúde.

Entre as principais alterações físicas da gestação estão o aumento do volume abdominal, alterações circulatórias, ganho de peso, mudanças hormonais e sintomas como náuseas, sonolência e cansaço. Já do ponto de vista psicológico, é comum a ocorrência de sentimentos ambíguos, oscilação de humor, medos e inseguranças frente à nova fase. Estudos demonstram que, embora seja socialmente idealizada como um momento de plenitude, a gravidez pode também despertar angústias e conflitos, especialmente em mulheres com histórico de vulnerabilidade psicossocial (Brasil, 2013; Who<sup>1</sup>, 2022).

O puerpério, por sua vez, é o período pós-parto em que o corpo da mulher passa por processos de recuperação e readaptação após o nascimento do bebê. É também conhecido como “quarentena”, abrangendo, em média, as seis a oito semanas seguintes ao parto. Entretanto, muitas mudanças emocionais e psicológicas associadas ao puerpério podem se estender por mais tempo, especialmente quando

---

<sup>1</sup> Em português significa Organização Mundial da Saúde.

há falta de rede de apoio ou quando a mulher vivencia quadros como depressão pós-parto (OMS, 2022; Gonçalves, 2005).

Durante o puerpério, a mulher enfrenta o desafio de cuidar de um recém-nascido ao mesmo tempo em que precisa se recuperar fisicamente e lidar com uma intensa oscilação emocional. Os níveis hormonais caem abruptamente após o parto, o que pode contribuir para o aparecimento de sintomas depressivos e ansiosos. Ainda que sentimentos como tristeza, irritabilidade e cansaço sejam comuns nos primeiros dias (conhecidos como "baby blues"), a persistência desses sintomas pode indicar um transtorno de humor mais sério, como a depressão pós-parto, que acomete de 10% a 20% das mulheres, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (Who, 2022).

No campo emocional, a gestante pode apresentar episódios de ansiedade e medo relacionados ao parto, à maternidade e à própria capacidade de cuidar do bebê. É um período de grande sensibilidade, em que o suporte emocional é essencial para favorecer o vínculo com o feto e preparar a mulher para o novo papel social (Leal *et al.*, 2020).

O puerpério, por sua vez, apresenta manifestações particulares, como a involução uterina (processo de retorno do útero ao seu tamanho pré-gravidez), a descida do leite (lactogênese) e o surgimento do lóquio – secreção vaginal semelhante à menstruação. Além disso, é um momento de reorganização da rotina e dos papéis familiares, o que pode gerar sobrecarga física e mental (Brasil, 2010). Muitas puérperas enfrentam desafios como privação de sono, insegurança no cuidado com o recém-nascido, dificuldades na amamentação e sensação de isolamento social. A falta de rede de apoio e a idealização da maternidade podem intensificar sentimentos de culpa, exaustão e frustração, contribuindo para o sofrimento psíquico (Who, 2022; Fiorati *et al.*, 2018).

É importante compreender o puerpério como uma fase que vai além do aspecto clínico: trata-se de um período em que o suporte emocional, familiar e profissional é fundamental para o bem-estar da mãe e da criança. A negligência ao cuidado da saúde mental nesse contexto pode comprometer o vínculo mãe-bebê, a qualidade do cuidado oferecido ao recém-nascido e o equilíbrio emocional da puérpera, tornando essencial o acompanhamento psicológico sempre que necessário (Brasil, 2010).

### **2.3 Políticas públicas e de cuidado com a mãe e o bebê**

A trajetória das políticas públicas voltadas ao cuidado com a mãe e o bebê no Brasil tem suas raízes entre os séculos XIX e XX, período em que o corpo da mulher passou a ser cada vez mais medicalizado e vinculado à função reprodutiva. Especialmente a partir da segunda metade do século XIX, com o fortalecimento do discurso biomédico e da medicina higienista, as mulheres começaram a ser vistas como responsáveis pela saúde de seus filhos e, por consequência, pela saúde pública. Esse olhar influenciou diretamente a organização da assistência estatal à saúde materna (Moura; Araújo, 2004).

Já no século XX, diante das preocupações com as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, foram criados os primeiros programas públicos de atenção à saúde materno-infantil, ainda fortemente pautados por uma lógica higienista, biologicista e centralizada na reprodução (Brasil, 2002).

Inicialmente, essas políticas tinham como foco principal a proteção da criança, considerando a mulher apenas meio para garantir a sobrevivência do recém-nascido. Esse modelo reforçava o papel social da mulher como cuidadora, mãe e responsável direta pelo bem-estar da família, relegando a segundo plano suas demandas subjetivas, emocionais e sociais (Brasil, 2004). Ainda nas décadas de 1930 e 1940, com a institucionalização da saúde pública no país, ações voltadas à puericultura<sup>2</sup>, aleitamento materno e vacinação começaram a se estruturar, embora limitadas a determinados segmentos sociais.

A partir da década de 1980, sob influência da Reforma Sanitária e dos movimentos feministas, houve um marco importante na formulação de políticas públicas mais amplas e críticas: a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984. Esse programa representou uma ruptura com a visão reducionista da mulher como exclusivamente mãe, incorporando o conceito de atenção integral à saúde da mulher em todas as fases da vida. O PAISM propunha ações preventivas, educativas e de atenção às necessidades específicas das mulheres, incluindo o planejamento reprodutivo, o combate às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), o acompanhamento do climatério e a prevenção de cânceres ginecológicos (Brasil, 2004).

---

<sup>2</sup> É o acompanhamento médico especializado e periódico da saúde e desenvolvimento de crianças e adolescentes, desde o nascimento até os 19 anos.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, consolidou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que garantiu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Dentro desse contexto, houve ampliação das políticas voltadas à mulher, com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Ainda nos anos 2000, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que aprofundou os princípios do PAISM e passou a reconhecer a diversidade das experiências femininas, contemplando grupos historicamente marginalizados, como mulheres negras, indígenas, privadas de liberdade, do campo e da floresta, bem como aquelas em situação de violência doméstica (Brasil, 2004).

No que se refere especificamente ao período perinatal, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 2004, e a Rede Cegonha, implementada em 2011, foram políticas públicas estruturadas para garantir uma assistência qualificada, segura e humanizada à mulher e ao bebê. A Rede Cegonha, por exemplo, propõe a reorganização do cuidado desde o planejamento reprodutivo, passando pelo pré-natal, parto, puerpério e cuidados com a criança até os dois primeiros anos de vida. Essa política busca assegurar um modelo de atenção centrado nos direitos sexuais e reprodutivos, fortalecendo o vínculo entre os serviços de saúde e as usuárias, com ênfase na escuta qualificada, acolhimento e autonomia da mulher (Brasil, 2011).

No mesmo sentido, a Lei 14.721/2023 representa um avanço significativo ao ampliar a atenção à saúde mental da mulher durante a gestação e o puerpério. Essa legislação estabelece que os hospitais e demais estabelecimentos de saúde devem desenvolver atividades permanentes de conscientização e acolhimento relacionadas à saúde mental materna. A inclusão explícita da saúde psíquica da gestante e da puérpera nas obrigações legais sinaliza um importante reconhecimento das vulnerabilidades emocionais que perpassam esse período. Ao colocar a saúde mental como parte integrante do cuidado perinatal, a lei contribui para a desnaturalização do sofrimento materno e amplia as possibilidades de intervenção precoce e suporte qualificado (Brasil, 2023).

Essa legislação reforça a necessidade de que as políticas públicas ultrapassem a perspectiva biologicista e contemplem a complexidade dos aspectos biopsicossociais que atravessam o ciclo gravídico-puerperal. Situações como o isolamento social, o esgotamento emocional, o medo, as expectativas não correspondidas e a ausência de uma rede de apoio são fatores que podem agravar

quadros de ansiedade, depressão pós-parto e transtornos relacionados à maternidade. A presença de políticas que promovam espaços de escuta e acolhimento emocional, desde o pré-natal até o puerpério, é fundamental para garantir o bem-estar integral da mulher (Bógus *et al.*, 2007).

Nesse contexto, Santos e Nunes (2009) apontam que é importante destacar o papel das doulas e parteiras, cuja atuação tem sido reconhecida como fundamental na promoção de partos mais seguros e respeitosos. As doulas oferecem suporte físico e emocional durante o trabalho de parto, promovendo a redução do tempo de parto, a diminuição do uso de anestesia e de cesarianas desnecessárias, além de contribuírem para uma experiência mais positiva da mulher. Embora muitas políticas reconheçam esse papel, sua inserção nos serviços públicos de saúde ainda é limitada, sendo muitas vezes condicionada à estrutura hospitalar ou ao entendimento da equipe técnica.

Por sua vez, as parteiras desempenham um papel essencial em diversas comunidades brasileiras, especialmente naquelas com acesso limitado aos serviços de saúde. Em muitos contextos rurais, ribeirinhos, indígenas ou em periferias urbanas, elas são frequentemente o único suporte disponível para mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério. Seu trabalho vai além da condução do parto: envolve um acompanhamento contínuo e cuidadoso de todo o ciclo gestacional, prestando assistência integral às mães e aos recém-nascidos (Ministério da Saúde, 2023).

Em 2012, o Ministério da Saúde lançou o “Livro da parteira tradicional” com informações sobre saúde e cuidados relacionados à maternidade. Reconhecendo que as parteiras são fortemente ligadas aos saberes tradicionais, mantendo viva uma rede de conhecimentos passados de geração em geração, fundamentados nas experiências e nas práticas culturais de suas comunidades. Além de cuidadoras, elas atuam como lideranças locais, exercendo funções múltiplas que incluem a mediação de conflitos e a promoção da saúde. Sua presença representa uma resposta prática à ausência de políticas públicas eficazes em certas regiões, mas também constitui um símbolo de resistência e de preservação de saberes ancestrais (Ministério da Saúde, 2012).

Outro ponto relevante é a articulação entre políticas de saúde, assistência social e educação, considerando que o cuidado com a mãe e o bebê envolve fatores que ultrapassam os muros da unidade de saúde. O acesso à creche, o direito à licença maternidade, o suporte psicológico, o combate à pobreza e à violência doméstica são

elementos que compõem uma rede de proteção social fundamental para o bem-estar da mãe-bebê. Nesse sentido, políticas públicas intersetoriais são indispensáveis para garantir um puerpério mais saudável e acolhedor (Bógus *et al.*, 2007).

A mãe que não tem disponibilidade para cuidar do seu filho, por falta de renda ou por trabalhar fora de casa, transfere os cuidados tomados com a criança pequena, com relação à saúde e à educação, para os profissionais da creche. Portanto, o papel da creche é fundamental para amenizar as situações de insegurança alimentar e promover o desenvolvimento infantil (Bógus *et al.*, 2007, p. 501).

Conforme destacam os autores supracitados, a construção de uma política de cuidado à maternidade deve se basear na escuta das mulheres e no reconhecimento da pluralidade de suas vivências. Cada gestação e cada puerpério são atravessados por experiências únicas, e políticas públicas eficazes devem ser capazes de respeitar essas especificidades. O desafio, portanto, é combinar os avanços institucionais já alcançados com uma atenção verdadeiramente centrada na mulher — que a reconheça não apenas como mãe, mas como sujeito pleno de direitos.

### **3 FATORES DE RISCO RELACIONADOS AO SOFRIMENTO PSÍQUICO NO PERÍODO PUERPERAL**

A vivência do puerpério, embora muitas vezes idealizada socialmente como uma etapa plena e gratificante, pode ser atravessada por vulnerabilidades que afetam diretamente o bem-estar psíquico da mulher (Saraiva; Coutinho, 2009). Longe de representar uma experiência homogênea, o pós-parto revela-se um momento singular e sensível, influenciado por diversas condições que variam de acordo com as particularidades de cada contexto (Piccinini *et al.*, 2008).

Fatores de risco são elementos ou circunstâncias que aumentam a probabilidade de um indivíduo desenvolver algum tipo de adoecimento psíquico ou de vivenciar dificuldades emocionais significativas. No contexto do puerpério, esses fatores podem estar relacionados a aspectos individuais, como histórico prévio de transtornos mentais; contextuais, como ausência de rede de apoio; ou institucionais, como falhas no atendimento à saúde da mulher durante a gestação e o pós-parto (Saraiva; Coutinho, 2009).

Neste capítulo, serão examinados os principais fatores de risco que podem contribuir para o sofrimento psíquico durante o puerpério, com base em estudos recentes e evidências científicas. A abordagem será dividida em três eixos principais: inicialmente, serão exploradas variáveis emocionais e psicossociais que podem comprometer a estabilidade emocional da puérpera; em seguida, serão discutidas situações clínicas e aspectos relacionados ao parto e ao pós-parto que impactam esse período; por fim, serão analisadas questões estruturais e socioculturais que podem agravar a vulnerabilidade das mulheres, especialmente em contextos de desigualdade social, racial e econômica.

#### **3.1 Fatores emocionais e psicossociais**

A chegada de um filho pode desencadear sentimentos ambíguos na mulher, como alegria e orgulho, mas também insegurança, angústia, frustração e medo. Essas emoções não devem ser patologizadas automaticamente, pois fazem parte da adaptação a um novo papel social. No entanto, quando a intensidade ou duração desses sentimentos excede o esperado, pode surgir um quadro de sofrimento psíquico que exige atenção especializada (Grillo *et al.*, 2024).

A ocorrência de emoções ambíguas na mulher durante a chegada de um filho, como alegria, insegurança, angústia e medo, é amplamente reconhecida pela literatura como parte do processo natural de adaptação à maternidade (Santos *et al.*, 2025). Os autores Schwengber e Piccinini (2005) apontam alguns exemplos como as pesquisas de Stern de 1997, que investigaram as transições materna apontam que esses sentimentos são considerados normativos quando apresentam intensidade moderada, duração limitada e não comprometem o funcionamento diário da mulher, incluindo sua capacidade de cuidar do bebê e realizar suas atividades habituais.

Quando a intensidade ou persistência dessas emoções ultrapassa os limites considerados típicos, configurando sofrimento psíquico significativo, torna-se necessária a intervenção especializada. Assim, o que se entende por “esperado” constitui um referencial clínico fundamentado em evidências científicas, que distingue entre uma adaptação natural e quadros que demandam acompanhamento profissional (Schwengber; Piccinini, 2005).

Grillo e colaboradores (2024) apontam ainda que a vivência de expectativas irreais sobre a maternidade é um dos aspectos psicossociais que mais contribui para a fragilização emocional nesse período. Muitas mulheres internalizam discursos sociais idealizados que associam a maternidade ao amor incondicional, à plenitude e à realização pessoal, o que pode gerar culpa e inadequação quando a realidade se mostra diferente. A discrepância entre o que se esperava sentir e a experiência real pode ser um gatilho importante para sentimentos de fracasso e baixa autoestima.

[...] há uma construção social em que a maternidade é sinônimo de prazer e perfeição a partir de uma ótica social. Sem o pensamento ou a ideia de um sofrimento psíquico e um desprazer do eu, com crenças fixas de que tudo passa e que tudo ficará bem. Dessa forma, elenca-se neste contexto o sofrimento psíquico, que pouco se fala e difícil conhecimento e divulgação na sociedade (Lopes; Macedo, 2022, p. 53).

Além disso, o suporte emocional oferecido por parceiros, familiares e amigos exerce papel central na saúde mental da puérpera. A ausência ou a limitação dessa rede de apoio dificulta a partilha de responsabilidades e tende a sobrecarregar a mulher, que muitas vezes se vê sozinha diante das exigências físicas e emocionais do cuidado com o bebê. Ainda que nem todas vivenciem essa ausência, estudos apontam que a falta de reconhecimento do cansaço materno pode contribuir para o surgimento de quadros depressivos ou ansiosos (Lopes; Macedo, 2022).

Dessa maneira, se faz necessário um olhar mais humano e empático, olhar este que é primordial ser acolhedor, acolher não somente durante a gestação, mas também no puerpério. É saber ser abrigo, oferecer um conforto emocional para a mãe, sem julgamentos ou frases prontas (Lopes; Macedo, 2022, p. 53).

Outro fator relevante é a história prévia de saúde mental da mulher. A presença de episódios anteriores de transtornos como depressão, ansiedade generalizada ou transtornos alimentares pode representar um fator predisponente ao adoecimento psíquico no pós-parto. Nessas situações, o acompanhamento psicológico durante a gestação e o puerpério é essencial para promover prevenção e intervenção precoce (Saraiva; Coutinho, 2009).

Situações de estresse acumulado, como dificuldades financeiras, instabilidade no relacionamento conjugal, luto recente ou eventos traumáticos, também impactam diretamente a saúde emocional durante o puerpério. Esses fatores atuam como gatilhos para o sofrimento psíquico, ao intensificar a sensação de vulnerabilidade e de desamparo. A forma como cada mulher elabora e lida com essas experiências é influenciada por sua história de vida, sua rede de suporte e os recursos subjetivos disponíveis para o enfrentamento (Piccinini et al., 2008).

### **3.2 Condições clínicas e psicológicas preexistentes e/ou decorrentes da gestação**

Segundo Schmidt, Piccoloto e Müller (2005) durante o puerpério, muitas mulheres experienciam uma série de alterações psíquicas que podem estar associadas tanto a condições já existentes quanto àquelas desencadeadas pela experiência da maternidade. Alterações no sono, apetite, libido e concentração podem ser intensificadas nesse período, tornando-se mais desafiadoras em mulheres que já conviviam com transtornos mentais antes da gravidez.

Entre os quadros que podem surgir após o parto, destaca-se o chamado “*baby blues*” ou tristeza materna, que se caracteriza por episódios de choro fácil, irritabilidade, hipersensibilidade emocional e oscilação de humor nos primeiros dias ou semanas após o nascimento do bebê. Apesar de não ser considerado um transtorno mental, o *baby blues* exige atenção, especialmente em mulheres com pouco suporte familiar ou que vivenciaram experiências traumáticas durante o parto (Schmidt; Piccoloto; Müller, 2005). O termo *baby blues* refere-se a um estado emocional transitório e comum vivido por muitas mulheres nos primeiros dias após o

parto. A expressão tem origem na língua inglesa, em que *blues* é uma gíria associada à tristeza leve ou melancolia, sendo amplamente utilizada para descrever alterações emocionais leves e passageiras (Silva, 2022).

Distinta do *baby blues*, a depressão pós-parto configura-se como uma condição clínica mais grave, com sintomas persistentes que afetam significativamente o cotidiano da puérpera. Essa forma de depressão pode ter início logo após o nascimento do bebê ou desenvolver-se gradualmente nas semanas seguintes. Os sintomas incluem desânimo profundo, sensação de incapacidade para cuidar do filho, falta de vínculo afetivo com o recém-nascido, angústia intensa e, em casos mais graves, ideação suicida (Schmidt; Piccoloto; Müller, 2005).

Os autores Zanardo *et al.*, (2017) afirmam que condições obstétricas desfavoráveis, como complicações no parto, cesarianas não planejadas, prematuridade ou nascimento de recém-nascidos com condições de saúde complexas, também podem ser catalisadoras de sofrimento psíquico. Nessas situações, a mulher pode experimentar sentimentos de frustração, culpa ou falha, além de um aumento na carga emocional decorrente dos cuidados intensivos com o recém-nascido. Esse cenário pode ampliar a vulnerabilidade psíquica e demandar maior atenção por parte da equipe de saúde, que precisa estar preparada para identificar os sinais precoces de adoecimento emocional (Carvalheira; Tonete; Parada, 2010).

Outro fator relevante envolve o histórico de vivências traumáticas, como violência obstétrica, abuso sexual ou perdas gestacionais anteriores, que podem interferir de maneira significativa na forma como a mulher vivencia o puerpério. Essas experiências anteriores, quando não devidamente elaboradas, podem emergir com força nesse período, dificultando a adaptação à nova realidade materna e favorecendo o desenvolvimento de sintomas depressivos, ansiosos ou dissociativos. A escuta qualificada e o acolhimento empático, nesse contexto, tornam-se imprescindíveis para minimizar o impacto dessas vivências (Zanardo *et al.*, 2017).

A violência obstétrica é um fenômeno que ocorre no contexto da assistência ao parto e ao período perinatal, caracterizado por práticas inadequadas, abusivas ou desrespeitosas por parte dos profissionais de saúde em relação às mulheres grávidas, parturientes e puérperas. Este tipo de violência pode incluir desde ações físicas, como a realização de procedimentos invasivos sem consentimento, até agressões verbais, humilhações, negligências e discriminações (Ministério Público do Estado do Pará, 2024, p. 2).

É importante considerar a sobreposição entre os sintomas físicos do puerpério e os sinais de sofrimento psíquico, o que pode dificultar o diagnóstico

precoce de transtornos mentais. A fadiga, alterações hormonais e a privação de sono são aspectos esperados, mas que, em determinados contextos, podem ocultar quadros clínicos mais complexos. A capacitação das equipes de atenção básica para o reconhecimento e encaminhamento adequado dessas condições é uma estratégia relevante para a redução de danos e para a promoção da saúde mental da puérpera no Brasil (Araújo *et al.* 2025; Zanardo *et al.*, 2017).

### **3.3 Vulnerabilidades socioeconômicas e contextuais**

Para Lopes e Macedo (2022), o sofrimento psíquico no puerpério é profundamente atravessado por fatores socioeconômicos que condicionam o acesso a direitos, recursos e redes de apoio. Mulheres em situação de vulnerabilidade social enfrentam obstáculos que extrapolam os desafios próprios da maternidade, como a insegurança alimentar, a ausência de moradia adequada, o desemprego e a dificuldade de acesso a serviços de saúde. Essas condições ampliam a sobrecarga cotidiana e podem comprometer o bem-estar emocional e físico da puérpera, dificultando a adaptação ao novo papel social de mãe (Sampaio, 2022).

A informalidade laboral e a precarização das condições de trabalho também impactam diretamente esse cenário. Muitas mulheres, especialmente as negras e periféricas, não têm direito à licença-maternidade ou são demitidas logo após o período gestacional. Essa instabilidade financeira, somada à sobrecarga do cuidado, acentua o estresse e reduz as possibilidades de cuidado de si, tornando o puerpério um período marcado por privação e insegurança emocional (Schiavi *et al.*, 2023).

Outro ponto sensível refere-se ao acesso desigual aos serviços de saúde mental. Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) preveja o acompanhamento psicológico e psiquiátrico da gestante e da puérpera, na prática, muitas unidades não conseguem garantir essa atenção de forma contínua. Fatores como a escassez de profissionais, a alta demanda e a desarticulação entre os níveis de atenção dificultam o acolhimento dessas mulheres em sofrimento. Aqueles que vivem em regiões afastadas dos centros urbanos ou em comunidades com poucos equipamentos públicos de saúde enfrentam ainda mais barreiras nesse processo (Brasil, 2023).

Além disso, Grillo *et al.*, (2024) aponta que situações de violência doméstica ou conjugal agravam significativamente o risco de sofrimento mental no pós-parto. O isolamento social, o medo, a dependência financeira e o silenciamento

da dor emocional são fatores que limitam a busca por ajuda e tornam o contexto ainda mais vulnerável. Nesses casos, o puerpério pode ser experimentado em meio ao medo constante e à sensação de aprisionamento.

Cabe destacar ainda que para Lopes e Macedo (2022) a ausência ou fragilidade da rede de apoio – composta por familiares, companheiros, vizinhos ou amigos – é um elemento que amplifica a solidão da mulher no puerpério. Essa solidão pode ser ainda mais intensa quando há julgamentos sociais acerca do desempenho materno, especialmente em contextos de pobreza, onde as mães são frequentemente responsabilizadas pelo bem-estar dos filhos, mesmo diante da negligência do Estado. O abandono afetivo e prático por parte da rede mais próxima torna-se um agravante que acentua o sofrimento e limita as possibilidades de enfrentamento (Teixeira; Paiva, 2021).

Por fim, Santos *et al.* (2025) e Schiavi *et al.*, (2023) complementam apontando que fatores culturais e religiosos também exercem influência sobre a saúde mental da mulher puérpera, principalmente quando contribuem para reforçar papéis de gênero tradicionais e naturalizar a abnegação materna. Em algumas comunidades, a maternidade ainda é associada à ideia de sacrifício e silêncio diante da dor, o que pode inibir a mulher de expressar seus sentimentos e buscar apoio emocional. A pluralidade de vivências exige que os serviços de atenção à saúde estejam atentos às particularidades de cada realidade, promovendo um acolhimento sensível às interseccionalidades que atravessam a experiência materna (Cronemberger, 2019).

## 4 PRÁTICAS DE ENFRENTAMENTO PROTETORAS DA SAÚDE MENTAL NO PUERPÉRIO

O puerpério é um período de intensas mudanças físicas, hormonais, emocionais e sociais na vida da mulher. Essas transformações podem desencadear sentimentos de ambivalência, insegurança, tristeza e exaustão. Quando não acolhidos de forma adequada, esses sentimentos podem evoluir para quadros de sofrimento psíquico, como o baby blues, a depressão pós-parto ou a ansiedade materna (Silva, 2022; Alves *et al.*, 2022). Diante disso, torna-se essencial refletir sobre as práticas de enfrentamento que podem atuar como fatores protetores da saúde mental no pós-parto, promovendo o bem-estar da puérpera e prevenindo o adoecimento.

Este capítulo discute estratégias que podem ser adotadas por mulheres e por redes de apoio que podem contribuir para a manutenção da saúde mental no ciclo gravídico-puerperal. As práticas de enfrentamento aqui abordadas incluem tanto atitudes individuais quanto recursos sociais e institucionais que auxiliam na adaptação à maternidade. A seguir, serão explorados três eixos principais: o apoio social e familiar, o suporte profissional em saúde mental e o fortalecimento da autonomia e do autocuidado materno.

### 4.1 Apoio social e familiar

Segundo Prates, Schmalfluss e Lipinski (2015) a presença de uma rede de apoio sólida é um dos pilares fundamentais para o enfrentamento saudável dos desafios do puerpério. Famílias, parceiros(as), amigas e vizinhas desempenham papel central ao oferecer suporte emocional e prático à puérpera. Essa rede possibilita que a mulher compartilhe suas angústias, dúvidas e medos, promovendo uma sensação de acolhimento e pertencimento. Os autores supracitados afirmam que: “[...] a família representa o agente socializador primário que pratica o cuidado, que dá apoio e orientações, que ensina a viver, amar, sentir, a se cuidar e cuidar do outro” (p. 311).

Segundo Alves *et al.* (2022, p. 676), “a rede de apoio familiar pode ser composta tanto pela família nuclear — ‘marido/companheiro e filhos’ — quanto pela família extensa, que inclui outros familiares.”. No entanto, é fundamental reconhecer que essa divisão tradicional pode não contemplar todas as configurações familiares existentes na sociedade contemporânea. Em diversos contextos, especialmente entre mulheres que não têm a presença de um parceiro, a rede de apoio é constituída por

figuras afetivas como mães, irmãs, tias, amigas próximas ou vizinhas, que assumem funções de cuidado essenciais no acolhimento da puérpera. Essa diversidade de arranjos familiares reforça a importância de se considerar a singularidade de cada experiência materna e de valorizar os diferentes vínculos que podem oferecer suporte emocional e prático nesse período (Prates; Schmalfuss; Lipinski, 2015).

Antoniou e outros autores (2022) declaram que o apoio do(a) parceiro(a) é especialmente relevante. Segundo Alves *et al.* (2022), estudos indicam que mulheres que se sentem amparadas por seus companheiros(as) tendem a apresentar menor risco de desenvolver transtornos psíquicos no pós-parto. A divisão de responsabilidades com os cuidados do bebê e os cuidados com a casa também contribui para a redução da sobrecarga e favorece um ambiente emocionalmente mais equilibrado: “a alta qualidade do apoio perinatal do parceiro pode contribuir para a melhoria da saúde das mães, mas também do recém-nascido e, conseqüentemente, da criança” (Antoniou *et al.*, 2022, p. 198, tradução própria).

A criação de vínculos com outras mulheres em situação semelhante também desponta como uma forma potente de proteção. O contato com outras mães, por meio de rodas de conversa, grupos de puerpério, fóruns online e redes sociais especializadas, contribui para a construção de uma comunidade de escuta, acolhimento e empatia. A partilha de vivências similares ajuda a reduzir sentimentos de solidão e favorece a percepção de normalidade diante das dificuldades emocionais que emergem no pós-parto (Alves *et al.*, 2022).

Alves e colaboradores (2022) declaram ainda que o apoio social assume formatos diversos e pode variar de acordo com a realidade sociocultural da puérpera. Em territórios de vulnerabilidade social, por exemplo, as relações de vizinhança e solidariedade comunitária podem compensar a ausência de apoio familiar direto, atuando como formas coletivas de cuidado. Nessas situações, agentes comunitários de saúde, doulas voluntárias e Centros De Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi) também podem atuar como pontes de cuidado emocional.

Para Silva e Guedes (2020) além das relações pessoais, políticas públicas de apoio à maternidade desempenham papel relevante no fortalecimento das redes de suporte. A existência de serviços públicos que garantam, por exemplo, licença-maternidade estendida, creches acessíveis e acompanhamento psicológico gratuito contribui diretamente para a sensação de segurança e para a diminuição da sobrecarga emocional enfrentada por mulheres puérperas (Rocha, 2022).

Corrêa *et al.* (2017) apontam que além das políticas públicas e das relações pessoais, é fundamental considerar o papel das outras mulheres presentes na vida da gestante, como suas mães, tias, irmãs e amigas próximas. Essas mulheres constituem uma rede de apoio emocional e prático essencial para o enfrentamento dos desafios do puerpério, oferecendo acolhimento, orientação e cuidado que muitas vezes transcendem o suporte formal. Sob a perspectiva de gênero, esse protagonismo feminino reforça saberes tradicionais e cria espaços seguros onde a mulher puérpera pode expressar suas vulnerabilidades sem receio de julgamentos, contribuindo para a redução do isolamento e da sobrecarga emocional. Dessa forma, essas relações interpessoais fortalecem a saúde mental e o bem-estar da mulher nesse período sensível (Rapoport; Piccinini, 2006).

#### **4.2 Suporte psicológico especializado**

O acompanhamento psicológico durante o puerpério é uma das práticas fundamentais para o enfrentamento saudável dos desafios emocionais desse período. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2010; Brasil, 2023), a assistência à saúde mental perinatal deve fazer parte da atenção integral à saúde da mulher, considerando os riscos aumentados de transtornos psíquicos no pós-parto. O suporte profissional possibilita que a puérpera compreenda suas emoções, elabore suas vivências e desenvolva recursos internos para lidar com as múltiplas demandas da maternidade.

Diferentes abordagens psicológicas podem ser eficazes no acompanhamento do puerpério. De acordo com Chaves, Silva e Nonato (2024) a terapia cognitivo-comportamental, por exemplo, tem demonstrado bons resultados na prevenção e tratamento da depressão pós-parto, ao ajudar a mulher a identificar pensamentos disfuncionais e a desenvolver estratégias de enfrentamento. Já a abordagem psicodinâmica pode auxiliar na elaboração de conteúdos emocionais mais profundos, especialmente em casos onde há conflitos ligados à história de vida, à relação com a própria mãe ou ao sentimento de ambivalência em relação à maternidade.

A TCC é uma abordagem psicoterápica que pode ajudar no tratamento de transtornos emocionais no puerpério, pois ajuda a identificar padrões de pensamentos inadequados e comportamentos disfuncionais, e a modificar esses padrões. Essa abordagem é indicada quando a pessoa sente que algo precisa mudar em sua vida, ou quando não se está sabendo lidar com um padrão de pensamentos negativos. A intervenção psicológica no puerpério pode criar um espaço de acolhimento e escuta para as ansiedades

vivenciadas no momento do parto, pós-parto e da hospitalização (Chaves; Silva; Nonato, 2024, p. 17).

O acompanhamento psicológico também pode ser realizado em grupo, por meio de rodas terapêuticas com outras puérperas. Essas atividades promovem escuta ativa, troca de experiências e construção coletiva de estratégias de enfrentamento. Diversas maternidades e unidades básicas de saúde oferecem esse tipo de intervenção, que tem o potencial de reduzir sentimentos de isolamento e aumentar a sensação de pertencimento e acolhimento (Klein; Guedes, 2008).

Para Santos e Vieira (2012) outra frente importante diz respeito à psicologia hospitalar e à atuação em maternidades. Psicólogas(os) inseridas(os) em contextos hospitalares podem acompanhar mulheres desde a internação, realizando escuta qualificada, manejo de sintomas emocionais agudos e encaminhamentos para acompanhamento contínuo após a alta. Esse tipo de intervenção é essencial para identificar precocemente sinais de sofrimento psíquico e garantir que a mulher não fique desassistida após o nascimento do bebê.

É necessário, também, que os profissionais de saúde estejam capacitados para identificar sintomas de sofrimento psíquico no pós-parto e encaminhar adequadamente. Muitas mulheres não procuram atendimento psicológico por não reconhecerem os próprios sintomas ou por medo de julgamento social. Por isso, a sensibilização das equipes de saúde é um passo importante na construção de uma rede efetiva de cuidado (Santos; Vieira, 2012; Klein; Guedes, 2008).

Com a ampliação das práticas de psicologia online e teleatendimentos, o suporte psicológico também se tornou mais acessível, especialmente para mulheres que enfrentam dificuldades de deslocamento ou residem em áreas com baixa cobertura de serviços especializados. Plataformas digitais, desde que regulamentadas, podem oferecer atendimentos éticos e qualificados, mantendo o vínculo e a continuidade do cuidado (Conselho Federal de Psicologia, 2024).

### **4.3 Fortalecimento da autonomia e autocuidado materno**

O fortalecimento da autonomia materna é um aspecto central para a promoção da saúde mental no puerpério, uma vez que permite que a mulher se reconheça como sujeito de direitos, inclusive o direito de cuidar de si. A autonomia materna compreende a capacidade da mulher de tomar decisões informadas e livres sobre sua gestação, parto, cuidados com o bebê e sobre sua própria vida, sem

coerções externas ou imposições socioculturais. Essa autonomia não se limita à liberdade individual, mas está profundamente relacionada à existência de políticas públicas que garantam direitos reprodutivos, acesso à informação, acolhimento psicológico, licença-maternidade adequada e serviços de apoio à parentalidade (Rocha, 2022; Leal *et al.* 2020).

Além disso, envolve a possibilidade de vivenciar a maternidade de forma singular e não idealizada, reconhecendo emoções ambivalentes e legitimando o cansaço e as dificuldades que fazem parte do processo materno. Sob a ótica de gênero, a promoção da autonomia materna também implica a responsabilização compartilhada no cuidado com os filhos, rompendo com o modelo tradicional que sobrecarrega a mulher e invisibiliza outras formas de cuidado. Portanto, garantir essa autonomia é essencial para que a mulher se perceba não apenas como cuidadora, mas como sujeito de cuidado e de escolhas legítimas ao longo da experiência da maternidade (Rocha, 2022; Steen; Francisco, 2019).

De acordo com Leal *et al.* (2020), a promoção do autocuidado deve considerar ações cotidianas simples, como reservar momentos para descanso, higiene, alimentação equilibrada, expressão emocional e lazer. Embora pareçam triviais, esses hábitos muitas vezes são interrompidos ou desvalorizados no contexto do puerpério. Retomar esses aspectos contribui para restaurar a autoestima da puérpera e para o equilíbrio emocional frente às demandas da maternidade.

O acesso à informação também é um fator central na promoção da autonomia. Quando munidas de conhecimentos confiáveis sobre cuidados com o bebê, amamentação, mudanças fisiológicas e direitos legais, as mulheres se sentem mais seguras para tomar decisões e reivindicar espaços de escuta e respeito. A informação empodera e diminui a dependência de discursos autoritários ou medicalizantes que, muitas vezes, desconsideram a singularidade da vivência materna (Alves *et al.*, 2022).

Nesse sentido, é importante que os serviços de saúde adotem práticas humanizadas, que respeitem a escuta ativa, a autonomia da paciente e sua capacidade de tomar decisões sobre seu corpo e seu bebê. O modelo de atenção obstétrica centrado na mulher tem sido apontado como um avanço importante nesse campo, por promover um cuidado baseado em evidências, mas também em diálogo e respeito às escolhas da gestante e da puérpera (Alves *et al.*, 2022; Cronemberger, 2019).

Segundo Barreto e Moreira (2014) é fundamental desmistificar a ideia de que o autocuidado é um luxo ou um comportamento egoísta. Cuidar de si não significa descuidar do bebê; ao contrário, mulheres que conseguem preservar sua saúde física e mental estão em melhores condições de exercer a maternagem de forma segura e afetuosa. Nesse aspecto, o incentivo à corresponsabilidade dos parceiros(as) e familiares é determinante para que a puérpera possa se dedicar ao autocuidado sem culpa.

Por fim, o fortalecimento da autonomia também envolve reconhecer os próprios limites e saber pedir ajuda. Romper com a imagem da “mãe perfeita” é um passo importante para uma maternidade mais realista e saudável. Profissionais de saúde, familiares e redes sociais devem contribuir para essa construção, promovendo discursos que valorizem a vulnerabilidade e legitimem as múltiplas formas de viver a maternidade (Moura, 2022; Santos; Vieira, 2012; Klein; Guedes, 2008).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O aprofundamento teórico realizado neste trabalho revela que, apesar do crescente debate sobre saúde mental materna, ainda persiste uma tendência social e institucional de deslegitimação do sofrimento psíquico da mulher no puerpério. Essa negação do sofrimento não se dá apenas pela invisibilidade dos sintomas, mas, sobretudo, por discursos que naturalizam a dor materna como parte indissociável do "instinto feminino" e da "boa maternidade", reduzindo experiências complexas a uma idealização que marginaliza o adoecimento (Barreto; Moreira, 2014).

Conforme discutido nos capítulos anteriores, os fatores de risco (Capítulo 3) como a vulnerabilidade socioeconômica, histórico de transtornos mentais, ausência de rede de apoio e imposições culturais, aliados às fragilidades das políticas de suporte à saúde mental, influenciam diretamente a vivência da mulher no puerpério. Por outro lado, as práticas de enfrentamento protetoras (Capítulo 4), como o suporte emocional, o acompanhamento psicológico e a promoção do autocuidado, configuram caminhos potentes para a prevenção e acolhimento do sofrimento.

Um aspecto que merece destaque é a influência dos fatores culturais e midiáticos sobre a experiência subjetiva da maternidade. Historicamente, a maternidade tem sido atravessada por discursos que exaltam a abnegação, a plenitude e o sacrifício, atribuindo à mãe um papel central, idealizado e inquestionável (Moreira; Nadir, 2009). Em diversas culturas e tradições religiosas, espera-se que a mulher suporte a dor em silêncio, colocando sempre o bem-estar dos filhos acima de suas próprias necessidades. Na contemporaneidade, essa idealização é intensificada pela cultura digital, especialmente nas redes sociais, que passaram a ser importantes espaços de construção e reprodução de referências sobre o que é "ser mãe". Imagens de bebês sempre limpos, casas organizadas e mães felizes e produtivas reforçam um modelo inatingível de "mãe perfeita", gerando sentimentos de culpa, frustração e insuficiência em mulheres que vivenciam a maternidade real — marcada por ambivalências, exaustão e sobrecarga (Oliveira - Cruz; Conrad 2022)

Esse cenário cultural e tecnológico impõe à puérpera a obrigação de corresponder a uma idealização que silencia emoções legítimas como medo, tristeza, insegurança ou cansaço. A pressão para se adaptar imediatamente ao novo papel materno, muitas vezes reforçada por profissionais de saúde, mídias e redes sociais, dificulta a aceitação das próprias limitações e a busca por ajuda emocional.

Compreender a maternidade contemporânea, portanto, exige olhar criticamente para os atravessamentos simbólicos e tecnológicos que produzem modelos rígidos de maternagem, gerando sofrimento psíquico e dificultando a construção de narrativas mais plurais, humanas e acolhedoras sobre o ser mãe (Oliveira - Cruz; Conrad 2022).

Outrossim, destaca-se a forma como o chamado *baby blues* é compreendido e nomeado. Embora seja uma condição transitória e comum no pós-parto – afetando uma parcela significativa das mulheres nos primeiros dias após o nascimento – sua denominação estrangeira e pouco acessível contribui para o distanciamento e a banalização do fenômeno. A expressão em inglês, não traduzida oficialmente no contexto clínico brasileiro, enfraquece a identificação e o reconhecimento desse estado emocional, especialmente entre mulheres de baixa escolaridade ou que não possuem familiaridade com termos técnicos (Silva, 2022).

Além disso, o termo *baby blues* pode transmitir uma ideia de leveza ou até mesmo de "tristeza passageira e inofensiva", diminuindo a seriedade da vivência da mulher. Essa concepção pode levar à negligência de sinais que indicam a transição para quadros mais graves, como a depressão pós-parto. A dificuldade de nomear o sofrimento contribui para o seu silenciamento, já que, muitas vezes, a puérpera não encontra espaço para expressar sentimentos que não se encaixam no imaginário da maternidade idealizada. Essa realidade escancara a urgência de uma linguagem mais acessível, culturalmente contextualizada e acolhedora, que legitime os afetos e dores reais do período (Schmidt; Piccoloto; Müller, 2005; Silva, 2022).

No que tange às políticas públicas, é possível observar avanços em termos de diretrizes de atenção à saúde mental no ciclo gravídico-puerperal, como preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2013), que inclui a promoção da saúde mental materna como parte dos cuidados integrais à mulher. No entanto, ainda há lacunas significativas entre as políticas formalizadas e a sua efetiva implementação na ponta dos serviços. A escassez de profissionais especializados, a sobrecarga nos equipamentos públicos e a fragmentação das redes de cuidado dificultam o acompanhamento contínuo das puérperas, especialmente daquelas em contextos de vulnerabilidade social (Silva; Guedes, 2020; Rocha, 2022).

Outro ponto crítico é que muitas ações de cuidado à saúde mental materna continuam centradas na lógica biomédica, voltadas para o diagnóstico e a medicalização dos sintomas, em vez de abordagens que considerem os determinantes sociais, afetivos e relacionais do sofrimento. Como discutido no

Capítulo 4, práticas como o fortalecimento da rede de apoio, o incentivo ao autocuidado, a escuta terapêutica e o acolhimento da espiritualidade ainda não são suficientemente integradas nas ações públicas, o que compromete uma atenção realmente humanizada e integral (Prates; Schmalfuss; Lipinski, 2015; Antoniou *et al.*, 2022).

Ao analisarmos as práticas de enfrentamento protetoras da saúde mental discutidas anteriormente, percebe-se que grande parte da responsabilidade recai sobre a própria mulher. Espera-se que ela busque redes de apoio, cuide de si, compartilhe sentimentos, organize sua rotina e mantenha o equilíbrio emocional, mesmo quando carente de suporte real. Esse cenário aponta para uma tendência de individualização do sofrimento materno, desconsiderando que ele é, muitas vezes, consequência de uma estrutura social que não acolhe nem sustenta a maternidade em sua complexidade (Moura; Fernandes; Apolinário, 2011; Silva, 2024).

Portanto, torna-se urgente questionar as formas de cuidado vigentes, bem como investir em políticas públicas que compreendam a saúde mental da puérpera de forma ampliada. Isso significa garantir acesso facilitado a serviços psicológicos no pré-natal e no pós-parto, qualificar profissionais para acolher sem julgamento as diversas expressões do maternar, ofertar grupos terapêuticos e educativos voltados às famílias, e, principalmente, escutar as mulheres. A escuta legítima do sofrimento é, por si só, uma forma potente de cuidado (Moura; Fernandes; Apolinário, 2011; Antoniou *et al.*, 2022).

Ao mesmo tempo, é fundamental incluir uma leitura interseccional que evidencie como os marcadores sociais – como raça, classe, orientação sexual, deficiência e idade – influenciam de forma significativa a vivência do puerpério e a possibilidade de acessar cuidados em saúde mental. Mulheres negras, por exemplo, como evidenciado no capítulo 2 mesmo com as atualizações no decorrer dos anos, até o presente momento, enfrentam maiores índices de negligência no atendimento obstétrico e pós-natal, além de vivenciarem o racismo institucional que atravessa o sistema de saúde. Mulheres em situação de vulnerabilidade econômica também enfrentam barreiras concretas para acessar atendimento psicológico ou serviços de apoio à maternidade, o que agrava o risco de adoecimento mental. Diante disso, discutir saúde mental materna exige não apenas ampliar o olhar, mas também contextualizar as experiências a partir de suas interseções sociais (Bógus *et al.*, 2007; Assis, 2018).

Em suma, a análise crítica realizada neste capítulo evidencia que a romantização da maternidade, somada à linguagem técnica e estrangeira de certas classificações clínicas e à fragilidade das políticas públicas, contribui para a deslegitimação da dor materna no puerpério. Legitimar esse sofrimento é o primeiro passo para transformá-lo – não em um tabu ou em um diagnóstico isolado, mas em uma experiência humana que merece acolhimento, cuidado e respeito.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas análises desenvolvidas ao longo deste trabalho, foi possível confirmar as hipóteses propostas. Primeiramente, evidenciou-se que a experiência do puerpério é fortemente influenciada pela articulação entre fatores emocionais, hormonais e sociais, que moldam de maneira singular a forma como cada mulher vivencia esse período. Essa constatação permite afirmar que tais fatores impactam diretamente a saúde mental materna. A segunda hipótese também foi confirmada: a mulher, no puerpério, encontra-se em uma condição de maior vulnerabilidade psíquica, o que a torna mais suscetível a sentimentos de angústia, tristeza profunda, exaustão emocional e, em casos mais graves, ao desenvolvimento de transtornos mentais.

Durante a construção deste trabalho, foi possível observar como o sofrimento psíquico materno, apesar de recorrente, ainda é frequentemente deslegitimado. Um exemplo disso é o uso do termo “baby blues” para se referir a um quadro de tristeza, irritabilidade e oscilações de humor que acomete muitas mulheres após o parto. O uso de uma expressão estrangeira para nomear esse fenômeno pode contribuir para sua banalização, dando a ele uma conotação passageira e quase inofensiva. Tal nomenclatura tende a suavizar o sofrimento, dificultando o reconhecimento da necessidade de suporte emocional e psicológico para essas mulheres.

A análise crítica da trajetória histórica da maternidade e da atuação das políticas públicas no Brasil revelou avanços importantes, mas também lacunas persistentes na atenção integral à saúde mental da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Embora haja diretrizes que recomendem o cuidado perinatal com ênfase na saúde mental, nem sempre elas são efetivamente implementadas, especialmente em contextos marcados por desigualdades sociais, baixa oferta de serviços ou invisibilização das demandas emocionais das puérperas.

A construção deste trabalho também enfrentou seus próprios desafios. A escassez de produções acadêmicas que abordem a saúde mental no puerpério de forma ampliada e interseccional foi um dos principais obstáculos. Outro ponto desafiador foi organizar, de maneira crítica e coerente, os aspectos históricos, sociais e subjetivos da maternidade, respeitando a complexidade do tema sem reduzir a mulher a um papel unicamente materno.

Abordar a saúde mental no puerpério de forma ampliada significa adotar uma perspectiva que vá além dos aspectos clínicos ou biomédicos, incorporando fatores biopsicossociais, culturais e subjetivos que influenciam diretamente o bem-estar psíquico da mulher nesse período. Essa compreensão exige que se considere o contexto em que a maternidade é vivida, incluindo as condições de vida, a presença (ou ausência) de rede de apoio, o histórico de violências, a sobrecarga mental e emocional e os papéis de gênero impostos socialmente. Além disso, essa abordagem reconhece a importância da escuta qualificada e da valorização da experiência subjetiva da mulher, legitimando seus sentimentos, medos e ambivalências sem patologizá-los de forma automática.

Quando articulada a uma perspectiva interseccional, essa compreensão amplia ainda mais seu alcance, ao considerar como marcadores sociais como raça, classe, orientação sexual, faixa etária e deficiência que atravessam e influenciam as experiências do puerpério. Assim, entende-se que o cuidado em saúde mental no pós-parto deve ser integral, contextualizado e sensível às múltiplas formas de ser e materno, sem reduzir a mulher à função exclusivamente materna.

Diante disso, propõem-se caminhos para a continuidade do estudo. Futuras pesquisas podem explorar o puerpério sob a perspectiva de mulheres em diferentes contextos sociais e culturais, incluindo mães solo, mulheres negras, indígenas, lésbicas, com deficiência ou em situação de vulnerabilidade social. Também seria relevante investigar os efeitos de políticas públicas e práticas de cuidado em saúde mental voltadas especificamente ao pós-parto, considerando o impacto da escuta qualificada, da psicoterapia e das redes de apoio na prevenção do sofrimento psíquico.

Conclui-se que garantir uma maternidade humanizada exige não apenas o cuidado físico com a puérpera e o bebê, mas também a valorização da dimensão emocional e subjetiva da mulher. A validação do sofrimento psíquico, o acesso a serviços de saúde mental e o fortalecimento das redes de apoio são fundamentais para transformar a experiência do puerpério em um processo mais saudável, digno e menos solitário. O enfrentamento ao silenciamento e à romantização da maternidade é, portanto, um compromisso ético e social com a saúde mental das mulheres.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Aline Bernardes *et al.* Functioning and support networks during postpartum. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 22, n. 3, p. 667-673, jul. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304202200030013>.

ANABUKI, Luísa Nunes de Castro; CARDOSO, Lys Sobral (org.). **ESCRavidão NA INTERSECCIONALIDADE DE GÊNERO E RAÇA**: um enfrentamento necessário. Brasília: Ministério Público do Trabalho, 2023. 434 p.

ANTONIOU, Evangelia *et al.* The Important Role of Partner Support in Women's Mental Disorders During the Perinatal Period. A Literature Review. **Médica - A Journal Of Clinical Medicine**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 194-200, mar. 2022. TARUS Media. <http://dx.doi.org/10.26574/maedica.2022.17.1.194>.

ARAÚJO, Vanda Silva de. Regulação emocional e sintomatologia psiquiátrica de mães de neonatos internados em uma maternidade. Orientadora: Maria José Nunes Gadelha. 2025. Trabalho de conclusão de residência (Residência Multiprofissional em Assistência Materno-infantil) - Hospital Universitário Ana Bezerra, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, 2025.

ASSIS, Jussara Francisca de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 133, p. 547-565, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.159>.

BARRETO, Bárbara Carolina Rizério; MOREIRA, Michelle Araújo. Vivência da maternidade no puerpério e sua interferência nas práticas de autocuidado. **Arq Ciência Saúde**, S.L, v. 1, n. 21, p. 29-35, jan. 2014.

BÓGUS, Cláudia Maria et al. Cuidados oferecidos pelas creches: percepções de mães e educadoras. **Revista de nutrição**, v. 20, p. 499-514, 2007.

BOUKOBZA, C. (2002). O desamparo parental perante a chegada do bebê (p. 15-26). **O bebê e a modernidade**: abordagens teórico clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo.

BRASIL. **Lei nº 2.040, de 28 de setembro de 1871**. Declara de condição livre os filhos de mulher escrava nascidos no Império, e providencia sobre a criação e tratamento dos mesmos e sobre a libertação de escravos por parte dos seus senhores. *Coleção de Leis do Império do Brasil*, Rio de Janeiro, 1871. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lim/LIM2040.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM2040.htm). Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. **Lei nº 3.353, de 13 de maio de 1888**. Declara extinta a escravidão no Brasil. *Diário Oficial da União*, Rio de Janeiro, 13 maio de 1888. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lim/LIM3353.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM3353.htm). Acesso em: 20 mai. 2025.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)*. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102hum.zip>. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. *Lei do Acompanhante*. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080/1990. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 abr. 2005.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_povos\\_indigenas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_povos_indigenas.pdf). Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf). Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental Materna: guia de orientações para profissionais da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_materna.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_materna.pdf). Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede Cegonha: direitos das gestantes, parturientes e puérperas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_pre\\_natal\\_baixo\\_risco.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf). Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 14.721, de 8 de novembro de 2023*. Dispõe sobre medidas de atenção à saúde mental da gestante e da puérpera. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 nov. 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2023-2026/2023/Lei/L14721.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14721.htm). Acesso em: 10 abr. 2025.

CAMACHO, Renata Sciorilli *et al.* Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [S.L.], v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832006000200009>.

CARULA, Karoline. MATERNIDADE E TRABALHO NA ESCRAVIDÃO - BRASIL, SÉCULO XIX. **Almanack**, Guarulhos, n. 38, p. 1-20, 2024. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2236-463338ef00424>.

CARVALHEIRA, Ana Paula Pinho; TONETE, Vera Lúcia Pamplona; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo gravídico puerperal que sobreviveram à morbidade materna grave. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, [08 telas], nov./dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/nJZjxYmPyYycBrZ5Kn2XQzx>. Acesso em: 09 jun. 2025.

CHAVES, Ariane dos Anjos; SILVA, Alecsandra Tavares da; NONATO, Ítalo Bruno Lima. O MANEJO DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NOS TRANSTORNOS EMOCIONAIS NO PUERPÉRIO. **Revista Contemporânea**, [S.L.], v. 4, n. 11, p. 1-21, 28 nov. 2024. Brazilian Journals. <http://dx.doi.org/10.56083/rcv4n11-179>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Resolução n.º 9, de 18 de julho de 2024**. Dispõe sobre normas e procedimentos para a prestação de serviços psicológicos mediados por tecnologias da informação e da comunicação. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 19 jul. 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-9-de-18-de-julho-de-2024>. Acesso em: 22 maio 2025.

CORRÊA, Maria Suely Medeiros *et al.* Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 33, n. 3, p. 1-12, jan. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00136215>.

COSTA, Ana Alice. Racismo, desigualdades e políticas públicas para mulheres negras. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 423–435, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200016>.

CRONEMBERGER, Lorena Ferreira. **SER MÃE É PADECER NO PARAÍSO?** o dispositivo da maternidade nas narrativas da depressão pós-parto. 2019. 125 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Sociologia, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

FIORATI, Regina Celia et al. **Saúde mental perinatal: a rede de atenção psicossocial e o cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 52, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Wv7cLvVnBdmfLQwnchXYc7D/>. Acesso em: 10 abr. 2025.

GONÇALVES AC. A puérpera e o recém-nascido em alojamento conjunto. In: Oliveira DL, organizadora. *Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula*. Porto Alegre: Ed. da UFRGS; 2005. p. 367-86.

GONZALEZ, Lélia. *Por um feminismo afrolatinoamericano*. Rio de Janeiro: Zahar,

2020.

GRILLO, Maria Fernanda Ronchetti *et al.* Análise de fatores associados à saúde mental em gestantes e puérperas no Brasil: uma revisão da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [S.L.], v. 73, n. 2, p. 1-12, jan. 2024. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085-2023-0098>.

KLEIN, Michele Moreira de Souza; GUEDES, Carla Ribeiro. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 28, n. 4, p. 862-871, 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932008000400016>.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* **Desigualdades sociais e saúde materna no Brasil**. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 23, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/3sKrYYqH5fbbpHfCknPHkPJ/>. Acesso em: 10 abr. 2025.

LOPES, Ana Paula Oliveira; MACEDO, Edilson Barros de. O Desamparo emocional no puerpério: uma revisão de literatura. **Facit Business and Technology Journal**, v. 2, n. 39, 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 35 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção À Saúde. **Livro da Parteira Tradicional**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 174 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Trabalho de parteiras é reconhecido pelo SUS**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/%20Acesso%20em%3A%20abr.%202025/pt-br/assuntos/noticias/2023/janeiro/trabalho-de-partieras-e-reconhecido-pelo-sus>. Acesso em: 20 mai. 2025.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ. Cartilha de violência obstétrica. Belém: Ministério Público do Estado do Pará, 2024. 38 p. Disponível em: <https://www.mppa.mp.br/data/files/98/56/92/DE/A8A1F8102F73B3D8180808FF/CARTILHA%20DE%20VIOLENCIA%20OBSTETRICA.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2025.

MOURA, Elaine Cristina Carvalho; FERNANDES, Marcia Astrês; APOLINÁRIO, Flayda Isabela Rodrigues. Percepção materna sobre transtornos psiquiátricos no puerpério: implicações na relação mãe-filho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, p. 445-450, 2011.

MOURA, Solange Maria Sobottka Rolim de; ARAÚJO, Maria de Fátima. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 44-55, mar. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932004000100006>.

MOURA, Ivana de Oliveira Eugênio de Souza; SILVA, Juliana Marcia Santos. MATERNIDADE COMO MARCADOR DA DIFERENÇA NAS RELAÇÕES

MOREIRA, L. E.; NARDI, H. C.. Mãe é tudo igual? Enunciados produzindo maternidade(s) contemporânea(s). *Revista Estudos Feministas*, v. 17, n. 2, p. 569–594, maio 2009.

SOCIAIS. **Revista Mosaico**: Revista de História, Goiânia, Brasil, v. 16, n. 4, p. 54–64, 2024. DOI: 10.18224/mos.v16i4.13536. Disponível em: <https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/mosaico/article/view/13536>. Acesso em: 10 abr. 2025.

OLIVEIRA-CRUZ, M. F. DE .; CONRAD, K. Q. Refletindo maternidades e redes sociais digitais a partir do feminismo matricêntrico. *Revista Estudos Feministas*, v. 30, n. 2, p. e86996, 2022.

OLIVEIRA, de Jesus Pereira Chirlene. Acesso e utilização de serviços de saúde por mulheres quilombolas para a promoção da saúde reprodutiva. 2017.

PRATES, Lisie Alende; SCHMALFUSS, Joice Moreira; LIPINSKI, Jussara Mendes. Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 310-315, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150042>.

PICCININI, Cesar Augusto *et al.* Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, mar. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-73722008000100008>.

RAGO, Margareth. *A invenção do feminino: simbolismo e poder na sociedade patriarcal*. 2. ed. São Paulo: Editora UNESP, 1998.

RAPOPORT, Andrea; PICCININI, Cesar Augusto. Apoio social e experiência da maternidade. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 85-96, abr. 2006. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822006000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000100009&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 05 jun. 2025.

ROCHA, Mírian Narjara Pires. **MULHERES NA CIÊNCIA**: uma avaliação das políticas públicas de apoio à maternidade implementadas no âmbito da pós-graduação da universidade federal do ceará (ufc). 2022. 190 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas, Centro de Ciências Agrárias, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2022. Disponível em: [https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/67673/3/2022\\_dis\\_mnprocha.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/67673/3/2022_dis_mnprocha.pdf). Acesso em: 22 maio 2025.

SAMPAIO, Ana Lyvia Segundo. **GESTAÇÃO E PUERPÉRIO DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL**: uma revisão de literatura. 2022. 34 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, Juazeiro do Norte, 2022.

SANTOS, Denise da Silva; NUNES, Isa Maria. Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 13, p. 582-588, 2009.

SANTOS, Antônio Nacílio Sousa dos *et al.* Saúde mental materna – desconstruindo o “mito da maternidade” e enfrentando a depressão e a ansiedade no pós-parto. **Observatório de La Economía Latinoamericana**, Curitiba, v. 23, n. 3, p. 1-35, 25 mar. 2025. Brazilian Journals. <http://dx.doi.org/10.55905/oelv23n3-128>.

SANTOS, Lyvia de Jesus; VIEIRA, Maria Jésia. Atuação do psicólogo nos hospitais e nas maternidades do estado de Sergipe. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 17, n. 5, p. 1191-1202, maio 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000500013>.

SANTOS, A. N. S. dos; VALLADARES-TORRES, A. C. A.; LOPATIUK, C.; NORONHA, T. P.; SOUZA, A. F. de; WANDERLEY, A. T. F. V.; FERREIRA, B. R.; CAVALCANTE, R. S.; ALMEIDA, E. P. de; PULLIG, J. R. da C.; FABIO, R. A. dos S.; COSTA, A. L. B.; LOPATIUK, C. E.; IIDA, M. L.; BRITO, D. O.; ALCÂNTARA, P. P. T. de. Saúde mental materna – desconstruindo o “mito da maternidade” e enfrentando a depressão e a ansiedade no pós-parto. **OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA**, [S. l.], v. 23, n. 3, p. e9369, 2025. DOI: 10.55905/oelv23n3-128. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/9369>. Acesso em: 16 jun. 2025.

SARAIVA, E. R. de A.; COUTINHO, M. da P. de L. O sofrimento psíquico no puerpério: um estudo psicossociológico. **Revista Subjetividades**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 505–527, 2009. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/rmes/article/view/16>. Acesso em: 25 mai. 2025.

SCHIAVI, Cristina Elisa Nobre *et al.* Vulnerabilidades entre mulheres em situação de rua vivenciando a gestação, parto e puerpério. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 1-8, 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2022-0384pt>.

SCHWENGBER, 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**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 143-156, jun. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-166x2005000200004>.

SCHMIDT, Eluisa Bordin; PICCOLOTO, Neri Maurício; MÜLLER, Marisa Campio. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-Usf**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 61-68, jun. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-82712005000100008>.

SILVA, L. S. C. D. (2022). Análise das condições de saúde de mulheres no puerpério.

SILVA, Francisca Vilela da *et al.* Do sonho ao pesadelo: impactos na saúde mental de mulheres/mães que tiveram filhos durante a pandemia da Covid-19. 2024.

SILVA, Maria Clara Ramos da Fonseca; GUEDES, Cristiano. Redes sociais e ativismo materno: desafios entre estudantes de uma universidade pública. **Revista**

**Katálysis**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 470-479, dez. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02592020v23n3p470>.

STEEN, Mary; FRANCISCO, Adriana Amorim. Bem-estar e saúde mental materna. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 32, n. 4, p. 111-116, ago. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900049>.

STERN, D.N. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.

TEIXEIRA, Júlia Magna da Silva; PAIVA, Sabrina Pereira. Violência contra a mulher e adoecimento mental: percepções e práticas de profissionais de saúde em um centro de atenção psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 31, n. 2, p. 1-21, jan. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312021310214>.

WHO – World Health Organization. **Maternal mental health**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-pregnancy>. Acesso em: 10 abr. 2025.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho *et al.* VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, [S.L.], v. 29, n. 1, p. 1-11, jan. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>.