

GESTAÇÃO E CUIDADO PSICANALÍTICO PERINATAL: POR UMA CLÍNICA SITUADA, RELACIONAL E ANTIMATERNALISTA

**PREGNANCY AND PERINATAL PSYCHOANALYTIC CARE: FOR A SITUATED,
RELATIONAL AND ANTI-MATERNALIST CLINIC**

Ciências Humanas, Ciências da Saúde • 07/09/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/788586097](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/788586097)

Paola Bernardes de Aguiar Andrade
Flavia Oliveira de Farias Prado Conceição
Miria Benincasa

RESUMO

Este artigo desenvolve uma revisão narrativa crítica sobre a contribuição da psicanálise ao cuidado no período gestacional. Parte-se da hipótese de que a psicanálise pode constituir uma prática de cuidado relevante desde que seus conceitos sejam relidos à luz de raça, classe, gênero, sexualidade, migração, deficiência, colonialidade e políticas da reprodução. Objetiva-se: sintetizar evidências recentes sobre eixos relevantes da experiência gestacional; discutir esses achados com teorias psicodinâmicas clássicas e contemporâneas; e propor operações clínicas capazes de integrar experiência inconsciente, corpo, relações e condições histórico-sociais. Revisões sistemáticas, metanálises e documentos de saúde são articulados a Winnicott, Bion, Stern, Fanon, Gonzalez, Iaconelli, Ayouch, Layton, White e Belkin, Saketopoulou, Glicer Fiorini, Tajer, Maria Lúcia da Silva, Kwame Yonatan, Beshara, Bhatia e Rupertuz Honorato. A discussão mostra que sono, sexualidade, imagem corporal, representações parentais, vínculo pré-natal, suporte social, violência, medo do parto e saúde mental são atravessados por desigualdade, discriminação e qualidade do cuidado. Sustenta-se que a clínica psicanalítica não deve apenas evitar interpretações individualizantes: ela pode produzir cuidado por meio de quatro operações — historicizar, situar, sustentar e articular — que reposicionam a escuta, o enquadre e a rede. Conclui-se que uma psicanálise perinatal situada trata inconsciente e social como dimensões coproduzidas, deslocando o peso do ideal materno da pessoa gestante para a responsabilidade coletiva de sustentar o cuidado.

Palavras-chave: gestação; psicanálise; psicologia perinatal; interseccionalidade; parentalidade; saúde mental; cuidado.

ABSTRACT

This critical narrative review examines psychoanalysis as a form of care during pregnancy. It argues that psychoanalytic concepts must be reread through race, class, gender, sexuality, migration, disability, coloniality, and reproductive politics. The article synthesizes recent evidence, discusses it through classical and contemporary psychodynamic theories, and proposes clinical operations that integrate unconscious experience, body, relationships, and historical-social conditions. Systematic reviews, meta-analyses, and health documents are brought into dialogue with Winnicott, Bion, Stern, Fanon, Gonzalez, Iaconelli, Ayouch, Layton, White and Belkin, Saketopoulou, Glocer Fiorini, Tajer, Maria Lúcia da Silva, Kwame Yonatan, Beshara, Bhatia, and Rupertthuz Honorato. Sleep, sexuality, body image, parental representations, prenatal attachment, social support, violence, childbirth fear, and mental health are shown to be shaped by inequality, discrimination, and quality of care. Four clinical operations are proposed: historicize, situate, hold, and articulate.

Keywords: pregnancy; psychoanalysis; perinatal psychology; intersectionality; parenting; mental health; care.

1. INTRODUÇÃO: POR QUE UMA CLÍNICA SITUADA?

A gestação é vivida em um corpo, mas esse corpo nunca é apenas biológico. Ele é atravessado por linguagem, raça, gênero, classe, história familiar, trabalho, cuidado, medicina, Estado e território. A experiência de sentir o bebê mexer, não conseguir dormir, temer o parto, desejar ou recusar a amamentação, imaginar uma criança ou não conseguir imaginá-la não acontece em um vazio social. A clínica perinatal que privilegia exclusivamente a interioridade corre o risco de converter desigualdade, violência e desamparo em inadequação individual.

Esse risco é especialmente importante em uma teoria que, historicamente, valorizou a família nuclear, a maternagem e certas formas de desenvolvimento como referência. A crítica não exige abandonar a psicanálise. Exige reconhecer que seus conceitos foram formulados em condições históricas determinadas e que precisam ser interrogados quando passam a operar como normas. Iaconelli (2023) nomeia esse problema como maternalismo: um regime que naturaliza a ligação entre mulher, reprodução e responsabilidade total pelo cuidado.

A pergunta que guia esta revisão é: Como a psicanálise pode funcionar como prática de cuidado na gestação sem reproduzir maternalismo, racismo, cisheteronormatividade, colonialidade ou privatização do sofrimento? A resposta proposta não é uma lista de proibições. É uma tese positiva: a psicanálise pode cuidar quando transforma seus conceitos em operações de escuta situadas e quando compreende que ambiente, vínculo e subjetividade são produzidos também por instituições, políticas e relações de poder.

A relevância sanitária é inequívoca. A Organização Mundial da Saúde recomenda integrar promoção, prevenção, identificação e cuidado em saúde mental aos serviços materno-infantis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). Revisão recente sobre determinantes sociais ressalta que a saúde mental perinatal resulta de fatores sociais, físicos e biológicos, demandando respostas que vão da clínica à política pública (PARDO et al., 2024). Esta investigação, portanto, pretende contribuir para a interlocução entre psicanálise, psicologia perinatal, saúde coletiva e estudos feministas.

2. OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo foi: colaborar com a construção uma fundamentação teórico-clínica para uma psicanálise perinatal situada, relacional e antimaternalista, capaz de integrar experiência inconsciente, corpo, relações de cuidado e condições histórico-sociais da gestação.

Como objetivos específicos tem-se: (1) sintetizar revisões sistemáticas, metanálises e estudos internacionais sobre corpo, sono, sexualidade, representações parentais, vínculo pré-natal, identidade, suporte social, violência e parto; (2) discutir esses resultados com psicanálise clássica, relacional, feminista, negra e decolonial; (3) revisar conceitos como preocupação materna primária, holding, continente, vínculo e parentalidade; (4) propor operações clínicas concretas; e (5) indicar implicações para pesquisa, instrumentos e redes de cuidado.

3. MÉTODO

Trata-se de revisão narrativa crítica. Esse desenho é adequado para problemas que exigem síntese de evidência empírica e debate conceitual, mas não substitui revisão sistemática nem produz estimativas originais. O texto explicita pergunta, objetivos, fontes, modo de interpretação e limites, em consonância com critérios de qualidade para revisões narrativas (BAETHGE; GOLDBECK-WOOD; MERTENS, 2019).

Foram priorizadas revisões sistemáticas, metanálises, estudos de coorte e documentos internacionais sobre saúde mental perinatal, imagem corporal, sono, sexualidade, vínculo pré-natal, apoio social, violência, racismo e medo do parto. Autores psicanalíticos foram mobilizados como interlocutores teórico-clínicos, e não como

evidência quantitativa. A análise segue uma regra: os dados informam quais problemas são relevantes e como são distribuídos; a psicanálise oferece hipóteses para escutar, simbolizar e intervir sem reduzir os dados a explicações intrapsíquicas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Reorganização Psíquica: De Estado Materno a Processo Relacional

A revisão sistemática de Tambelli, Del Proposto e Favieri (2025), composta por 28 estudos, identificou três domínios recorrentes das representações parentais: expectativas sobre a criança, identidade parental e relação antecipada. A heterogeneidade dos métodos, contudo, impede tratar essas dimensões como etapas universais. O resultado mais consistente não é a existência de uma “psicologia da gestante”, mas a constatação de que a gestação reorganiza as formas de representar a si, ao bebê e às relações.

Winnicott descreveu a preocupação materna primária como estado temporário de sensibilidade aumentada e adaptação ao bebê. A formulação continua clinicamente produtiva se for separada de uma leitura naturalista. Não se trata de perguntar se a mulher alcançou o estado esperado, mas de investigar como se cria — ou não — uma disponibilidade para perceber e responder a um bebê. Essa disponibilidade depende de condições afetivas, materiais, corporais e institucionais. A preocupação materna primária, relida assim, deixa de ser atributo da mãe e torna-se qualidade possível de uma ecologia de cuidado.

Iaconelli (2023) oferece uma revisão decisiva ao distinguir reprodução, genitoridade e parentalidade. Gestar não garante

desejo, competência ou função parental; tampouco cuidar depende necessariamente de vínculo biológico. O deslocamento é clínico e político: a analista deixa de interpretar a dificuldade de uma gestante como falha em tornar-se mãe e passa a perguntar quais relações, fantasias, recursos e violências organizam sua posição diante da gestação.

Essa releitura permite reposicionar outras terminologias psicanalíticas frequentemente mobilizadas na psicologia perinatal. Se a preocupação materna primária é compreendida como disponibilidade relacional, torna-se possível aproximá-la de conceitos como regressão a serviço do ego, transparência psíquica e constelação da maternidade, sem transformá-los em sinônimos.

Em outras palavras: a contribuição de Iaconelli (2023) não apenas desloca a pergunta sobre “quem é mãe”; ela também autoriza uma leitura mais precisa dos estados psíquicos da gestação, evitando que diferentes conceitos sejam usados de modo intercambial. Regressão descreve possível flexibilização de defesas; transparência psíquica, formulada por Bydlowski (2009), indica maior permeabilidade a fantasias e memórias; a constelação de Stern (1995) destaca vida do bebê, relação primária, matriz de apoio e identidade. O ganho dessa diferenciação é impedir que distração, cansaço ou recolhimento sejam automaticamente lidos como prova de um estado psíquico saudável ou patológico.

A clínica situada toma a ambivalência como material de trabalho. Amar e temer, desejar e recusar, fantasiar e evitar fantasiar podem coexistir. Layton (2019) mostra que conflitos sociais e históricos são transmitidos e reencenados em experiências íntimas; Gonzalez (2020) permite reconhecer que racismo e sexismo organizam uma

neurose cultural, e não somente atitudes individuais. Assim, culpa por não sentir “amor imediato” pode vir tanto de conflitos singulares quanto de um regime maternalista que exige abnegação total.

Na prática clínica, com vistas a não recorrer a esta condição a profissional pode construir uma linha de vida reprodutiva e relacional, explorando histórias de cuidado, perdas, abortamentos, filiação, adoção, violência, migração, racismo, trabalho e projetos de futuro. Esse dispositivo não é checklist; ele cria uma cena na qual a gestação pode ser localizada em continuidade e ruptura com experiências anteriores. A interpretação deve surgir da associação da paciente, e não da aplicação de um modelo de desenvolvimento.

4.2. Corpo, Imagem, Sono e Sexualidade: Da Interpretação Ao Reconhecimento

Uma metanálise de 17 estudos concluiu que não há diferença estatisticamente significativa global na insatisfação corporal entre mulheres grávidas e não grávidas; os resultados foram heterogêneos e dependentes de experiências individuais e variáveis moderadoras (WATSON et al., 2023). Outra metanálise recente encontrou associação moderada entre insatisfação corporal e sintomas depressivos perinatais, reforçando que imagem corporal merece atenção sem assumir que toda gestação produz sofrimento corporal (ZHANG et al., 2025).

O dado é teoricamente relevante. Ele impede que a clínica trate o corpo gestante como naturalmente narcisicamente ferido ou, no extremo oposto, como automaticamente libertado das normas estéticas. O corpo pode ser vivido como potência, estranhamento, peso, fecundidade, visibilidade, perigo, inadequação, prazer ou

perda. A função da analista é perguntar como essa experiência se constitui na biografia e no laço social.

Fanon (2008) mostra que o corpo racializado é produzido por olhares e instituições; Gonzalez (2020) articula racismo, sexismo e classe no contexto brasileiro; Maria Lúcia da Silva e colegas (2017) discutem o impacto da branquitude na constituição subjetiva. Por isso, a pergunta sobre imagem corporal precisa incluir estética racializada, hipersexualização, desautorização médica, gordofobia, capacitismo, controle reprodutivo e experiências anteriores de violência. Não é suficiente interpretar a angústia diante do corpo como conflito entre feminilidade e maternidade.

A insônia também exige dupla escuta. Metanálise de 44 estudos estimou sintomas de insônia em 43,9% das gestantes e encontrou associação com sintomas depressivos (YANG et al., 2024). Para algumas pacientes, a noite pode abrir espaço a fantasias, memórias e medo; para outras, ela é sobretudo consequência de dor, trabalho noturno, moradia precária, cuidado de outros filhos ou violência. A pergunta analítica pode ser, diante dessa diversidade de realidades: “o que acontece no seu não dormir?”, mas ela não substitui investigação clínica sobre saúde, medicação e segurança.

A sexualidade na gestação deve ser retirada de uma lógica de desempenho e normalidade. Isso significa abandonar a pergunta “o quanto de desejo é esperado ou adequado nesta fase?” e passar a investigar como desejo, prazer, recusa, cansaço, dor, medo e fantasia se organizam em cada situação concreta. Revisão de 19 estudos mostrou variações de desejo relacionadas a sintomas físicos, imagem corporal, medo de prejudicar o feto, cultura e qualidade da relação (FERNÁNDEZ-CARRASCO et al., 2024). O dado indica que

não há uma curva universal de libido na gravidez: o que aparece como “queda de desejo” pode ser efeito de náusea, dor, insônia, sobrecarga, violência ou simplesmente de uma reorganização das prioridades psíquicas; da mesma forma, o aumento do desejo não é necessariamente sinal de “adaptação bem-sucedida”, mas pode expressar busca de intimidade, reafirmação da identidade erótica, tentativa de manter o casal diante da chegada de um terceiro ou até defesa contra fantasias de invasão e perda de controle.

Glocer Fiorini (2024) permite recusar a ideia de que feminino, maternidade e heterossexualidade formem um destino comum: a gestação pode ser vivida por mulheres cis, mulheres trans, homens trans, pessoas não binárias, em arranjos homoafetivos, bissexuais, poliafetivos, solo ou com coparentes que não se reconhecem nesses modelos. Tajer (2020) também ajuda a pensar como gênero, sexualidade, trabalho e violência configuram o mal-estar contemporâneo: uma pessoa que trabalha em turnos noturnos, mora em território violento, sofre assédio ou vive relação abusiva não está apenas “com a libido alterada pela gestação”; ela está respondendo a condições materiais e relacionais que tornam o desejo mais difícil, mais perigoso ou menos prioritário. A clínica, portanto, deve perguntar não apenas “o que você sente?”, mas também “com quem, onde, quando e em que condições você poderia sentir algo diferente?”, “o que foi dito sobre seu corpo e seu prazer nesta gestação?” e “que violências, proibições ou permissões circulam em sua rede sobre sexualidade e reprodução?”.

Uma alternativa para a clínica é propor uma “cartografia corpo-contexto”. O termo “cartografia” é aqui empregado no sentido de uma estratégia clínico-metodológica que toma emprestado da geografia crítica e dos estudos feministas a ideia de que

experiências não acontecem em lugares abstratos, mas em territórios concretos. Cartografar não significa preencher um questionário padronizado; significa convidar a paciente a narrar, de forma detalhada, seu cotidiano, de modo que corpo e mundo apareçam juntos, e não separados. Em algumas sessões, a psicanalista (ou psicóloga que usa abordagem psicodinâmica) pode, portanto, solicitar que a paciente descreva rotinas de sono (que horas vai para a cama, que horas acorda, se há dor, azia, medo, pensamentos intrusivos, quem divide o leito, se há barulho), trabalho (turnos, deslocamento, condições), alimentação (o que, quando, com quem, se há restrição ou compulsão), dor (local, intensidade, frequência, relação com exames e medicação), medicação (o que toma, quem prescreveu, adesão, efeitos), desejos e práticas sexuais (o que sente, o que recusa, o que teme, o que deseja, com quem, em que condições), comentários recebidos sobre o corpo e a gestação (da família, da equipe, de desconhecidos) e encontros com serviços (como foi tratada, se foi ouvida, se houve violência, se teve acesso).

O objetivo não é medicalizar a análise, mas produzir linguagem para experiências corporais que muitas vezes chegam apenas como sintoma. Quando o corpo é apenas sintoma, a fala pode ficar travada; quando o corpo ganha linguagem e contexto, a paciente pode associar mais livremente sobre medo, desejo, raiva, luto e fantasia. A cartografia também permite diferenciar conflito neurótico de sobrecarga concreta: uma paciente que diz “não consigo dormir” pode estar lidando com fantasias de separação, mas também pode trabalhar à noite, cuidar de outros filhos, dividir um quarto com três pessoas, ter dor lombar e não conseguir fazer o pré-natal por falta de transporte. Reconhecer essa sobreposição não anula a dimensão inconsciente; permite formular intervenções mais precisas. Por fim, a cartografia sinaliza urgências que pedem ação compartilhada: ao

mapear rotinas, a analista pode perceber que a paciente está em situação de violência doméstica, sem dinheiro para alimentação, sem acesso a medicação ou sem rede de apoio. Isso não transforma o analista em gestor de caso; ele continua analista, mas reconhece que há condições sem as quais a própria escuta fica impossibilitada. A cartografia, assim, é um possível dispositivo auxiliar de escuta, não um protocolo externo à psicanálise.

4.3. Bebê Imaginado, Tecnologia e Vínculo: Uma Relação Que Não Começa do Zero

O vínculo pré-natal é frequentemente invocado como medida de qualidade materna, mas a evidência é mais complexa. Revisão sistemática de 19 estudos encontrou associação positiva entre vínculo pré-natal e vínculo posterior pai/mãe-bebê, mas os efeitos foram pequenos ou moderados e os autores salientam necessidade de estudos mais diversos (TROMBETTA et al., 2021). Revisão e metanálise sobre intervenções pré-natais encontrou melhora de escores de vínculo em alguns estudos, sem demonstrar que um único tipo de comportamento ou fantasia seja necessário para uma relação futura adequada (ABASI et al., 2021).

Estas evidências podem se relacionar com a clínica, de maneira que falar com a barriga, imaginar traços do bebê ou emocionar-se na ultrassonografia não são indicadores suficientes de saúde psíquica. Ausência desses comportamentos também não é prova de falha vincular. Pessoas que viveram perda gestacional, infertilidade, violência, racismo médico ou precariedade podem evitar investir fantasmaticamente como modo de proteção. A escuta pode se posicionar no sentido de perguntar pelo sentido da distância, não corrigi-la em nome de um ideal de ligação precoce.

A ultrassonografia participa da construção do bebê imaginado. Revisão sistemática mostrou que a imagem antenatal pode influenciar a experiência parental e o vínculo, dependendo da comunicação profissional e do contexto (SKELTON et al., 2024). A imagem pode produzir encantamento, alívio, estranhamento, medo, sensação de invasão ou antecipação de luto. Ela não é apenas dado visual; é uma tecnologia que reorganiza quem pode ver, saber e falar sobre o corpo e sobre a criança.

Bion (1962) oferece a noção de continente para pensar como experiências brutas se tornam pensáveis; Winnicott (1956; 1960) oferece holding e continuidade de ser; Stern (1995) descreve a matriz de apoio e a reorganização identitária. Iaconelli (2023) permite deslocar essas funções da mãe biológica para redes de parentalidade e cuidado. Kwame Yonatan, ao elaborar uma escuta das diásporas pulsionais e um horizonte de aquilombamento, convida a pensar dispositivos coletivos de sustentação para sujeitos atravessados por colonialidade e exclusão (SANTOS, 2022). Esses conceitos ganham densidade quando aplicados ao evento da ultrassonografia. A imagem ultrassonográfica não é apenas um dado visual; ela é uma tecnologia de produção de vínculo e de saber sobre o corpo. Do ponto de vista bioniano (BION, 1962), a ultrassonografia pode funcionar como um órgão de sentidos ampliado: a paciente vê algo que antes só sentia (movimentos, presença), mas essa visão pode ser excessiva, invasiva ou insuficiente. A imagem pode oferecer elementos para transformar sensações corporais em representações (o bebê tem rosto, mãos, sexo, posição), mas também pode produzir angústia quando revela algo inesperado (malformação, posição de risco, placenta baixa, líquido amniótico alterado). Winnicott (1956; 1960) fornece elementos que possibilitam pensar que a ultrassonografia pode ser um momento de holding institucional: a

equipe que explica, que toca com cuidado, que responde a perguntas, que não apressa, que permite que a paciente olhe e não olhe, que valida medo e alívio. Mas também pode ser um momento de falha de holding: quando a paciente é tratada como objeto de exame, quando a imagem é mostrada sem explicação, quando o profissional fala apenas com o acompanhante, quando há racismo, gordofobia, julgamento moral ou violência obstétrica. Stern (1995) permite compreender que a ultrassonografia reorganiza a matriz de apoio: quem está presente, quem pode ver, quem pode perguntar, quem é excluído, quem decide. A imagem pode aproximar coparentes, familiares e amigos, mas também pode criar hierarquias (quem tem direito à imagem, quem é autorizado a comentar, quem é silenciado). Iaconelli (2023) desloca a pergunta: a ultrassonografia não é apenas sobre “vínculo mãe-bebê”; é sobre quem pode ocupar funções parentais e de cuidado. A imagem pode ser compartilhada com coparentes, doulas, amigas, coletivos, redes de apoio, e isso não diminui a importância do vínculo; amplia a ecologia de cuidado.

Kwame Yonatan (SANTOS, 2022) acrescenta uma dimensão fundamental: a ultrassonografia não é experienciada da mesma forma por todas as pessoas. Para uma mulher negra, periférica, migrante, trans ou em situação de violência, a imagem pode ser mais um dispositivo de vigilância: o corpo é examinado, medido, julgado, comparado, racializado. A colonialidade se manifesta na forma como certos corpos são tratados como objetos de conhecimento e controle, enquanto outros são desautorizados. O horizonte de aquilombamento proposto por Yonatan (SANTOS, 2022) convida a pensar dispositivos coletivos de sustentação: grupos de gestantes, coletivos de doulas, redes de apoio comunitário, rodas de conversa, onde a experiência da ultrassonografia possa ser compartilhada, nomeada e transformada em linguagem. A clínica

psicanalítica pode, portanto, perguntar: o que essa imagem fez nascer em você? Alívio, medo, estranhamento, reconhecimento, invasão, luto, antecipação de perda? Quem mais viu essa imagem? O que foi dito? Que vozes habitam essa imagem? Familiares, equipe, crenças, discursos médicos, expectativas de gênero? O que você pôde escolher? Ver ou não ver, saber ou não saber o sexo, levar a imagem ou não, compartilhar ou guardar para si? A ultrassonografia, assim, não é apenas um exame; é um evento psíquico, relacional e político, onde corpo, tecnologia, saber, poder e vínculo se entrelaçam.

Uma proposta diante dessa realidade é a analista construir, junto com a paciente, um mapa das vozes que habitam o bebê imaginado: familiares, exames, redes sociais, crenças religiosas, experiências de perdas, discursos médicos e expectativas de gênero. O trabalho não busca eliminar fantasias, mas criar flexibilidade representacional para que o bebê possa aparecer como outro. Quando há coparentes ou rede disponível, encontros conjuntos podem ser considerados, desde que haja consentimento, segurança e propósito clínico claro.

4.4. Identidade, Trabalho e Divisão Social do Cuidado

A gestação reorganiza identidade porque reorganiza tempo, renda, mobilidade, sexualidade, trabalho doméstico e relações. A constelação da maternidade de Stern é útil ao incluir matriz de apoio e identidade, mas precisa ser atualizada pela crítica ao maternalismo. A maternidade não é apenas transição intrapsíquica: é também redistribuição — frequentemente desigual — de trabalho e responsabilidade.

Iaconelli (2023) mostra que o maternalismo transforma cuidado em dever moral feminino e despolitiza sua dimensão material. Relida a partir daí, a “mãe suficientemente boa” não deve ser uma norma dirigida à pessoa que gestou. Ela é uma pergunta dirigida ao ambiente: que condições existem para que alguém cuide sem ser destruída pela exigência de cuidar? Tempo, licença, renda, moradia, alimentação, proteção contra violência, participação de coparentes e acesso a saúde são componentes de um ambiente suficientemente bom.

Tajer (2020) ajuda a compreender que sofrimento psíquico, gênero e trabalho se entrelaçam de modo inseparável. A autora argumenta que o mal-estar contemporâneo não pode ser compreendido apenas pela via intrapsíquica: ele é produzido em regimes de trabalho precarizado, divisão sexual do cuidado, violência de gênero, assédio, desigualdade salarial e sobrecarga de jornadas. Uma gestante que trabalha em turnos noturnos, que não tem licença remunerada, que é demitida ao engravidar, que sofre assédio moral ou sexual, que não tem com quem deixar os filhos ou que acumula trabalho doméstico e profissional não está apenas "com dificuldade de adaptação"; ela está respondendo a condições materiais que tornam o cuidado de si e do bebê mais difícil, mais perigoso ou menos possível.

A prática clínica não pode tratar o trabalho como pano de fundo ou desconsidera-lo da realidade desta mulher; há necessidade de reconhecê-lo como constituinte do sofrimento e do desejo. Layton (2019) acrescenta que ideais sociais de sucesso, autonomia, produtividade e maternidade perfeita não são externos ao psiquismo: são incorporados, transmitidos transgeracionalmente e reencenados nas relações íntimas, na transferência e na

autoavaliação. A culpa por "não dar conta" não é apenas neurótica; ela é alimentada por um regime que exige que a mulher seja simultaneamente profissional bem-sucedida, mãe disponível, parceira sexual, cuidadora de idosos, gestora do lar e sujeito autônomo — tudo isso sem parecer que está fazendo esforço. Esse ideal é racializado e classista: mulheres brancas de classe média podem ter acesso a babás, licenças, terapias e redes de apoio. Mulheres negras, pobres, periféricas, migrantes ou com deficiência frequentemente acumulam trabalho remunerado precário, trabalho doméstico não remunerado e cuidado de outros sem direito ao descanso.

White e Belkin (2020) propõem uma psicanálise interseccional que impede tomar "mulher" como categoria homogênea. A interseccionalidade, originalmente formulada por Kimberlé Crenshaw (1989; 1991) e ampliada por autoras negras e decoloniais, permite analisar como raça, gênero, classe, sexualidade, deficiência, idade, nacionalidade e status migratório se coproduzem, criando experiências radicalmente diferentes de maternidade, trabalho e cuidado. Não há experiência única de conciliar todas estas realidades quando se distribuem desigualmente o direito ao descanso, à licença, à creche, ao transporte, à alimentação, à segurança e ao lazer.

Uma mulher branca, universitária, com plano de saúde e rede de apoio vive a maternidade de modo diferente de uma mulher negra, periférica, que trabalha como diarista, que não tem creche e que depende de transporte público precário. A psicanálise interseccional não apenas "adiciona" raça e classe à análise; ela reorganiza a escuta, perguntando como esses eixos constituem o sujeito, o desejo, a culpa, a angústia, a defesa e a transferência. A clínica, portanto, nesta

perspectiva, pode se perguntar: quem pode descansar? Quem tem direito à licença? Quem pode pagar por cuidado? Quem é demitida ao engravidar? Quem acumula trabalho remunerado e doméstico? Quem tem rede de apoio e quem está sozinha? Quem é vigiada pelo Estado e quem é invisibilizada? Essas perguntas não são "sociais" no sentido de externas à análise; elas são constitutivas do psiquismo e da experiência de maternidade.

Na realidade da clínica é possível inserir o trabalho da divisão social do cuidado como conteúdo de análise. Em vez de restringir a sessão à culpa por “não dar conta”, a analista pode mapear quem realiza tarefas, quem decide sobre dinheiro, quem tem licença, quem acorda à noite, quem pode acompanhar consultas e quem é excluído da parentalidade. Isso ajuda a diferenciar culpa neurótica de sobrecarga concreta e pode abrir negociação de limites, pedidos e redistribuição de tarefas.

4.5. Rede, Violência e Racismo Institucional: Ambiente Como Estrutura

A noção de ambiente também precisa ser revisto. Revisão e metanálise com 67 estudos e 64.449 gestantes encontrou associação entre baixo suporte social e depressão antenatal (AOR = 1,18; IC 95%: 1,01-1,41) e ansiedade antenatal (AOR = 1,97; IC 95%: 1,34-2,92) (BEDASHA; BUZUNEH, 2022). Rede não é variável decorativa: ela participa de condições de sobrevivência psíquica e prática.

Apoio não se reduz a afeto. Revisão qualitativa envolvendo 571 mulheres em dez países identificou dimensões emocionais, instrumentais, informacionais, familiares, conjugais, espirituais e financeiras da ajuda durante a gestação (AL-MUTAWTAH et al., 2023).

A clínica diante dessas evidências pode perguntar não apenas “você se sente apoiada?”, mas “quem oferece dinheiro, tempo, transporte, proteção, presença, informação e liberdade para decidir?”. Também pode incluir nessa pergunta quem oferece ajuda como controle, vigilância ou violência.

A violência íntima exige inclusão explícita. Metanálise global estimou prevalência agrupada de transtorno de estresse pós-traumático de 30% entre mulheres que sofreram violência por parceiro no período perinatal (LI et al., 2024). A paciente que não consegue dormir, evita contato sexual, teme o parto ou se mostra hipervigilante pode estar respondendo a uma ameaça atual. A interpretação de defesa, regressão ou dificuldade vincular não pode preceder a investigação de segurança.

O mesmo vale para racismo institucional. Reanálise equitativa de revisão sistemática encontrou menor identificação e manejo de problemas perinatais entre mulheres de minorias étnicas, com dificuldades de comunicação e incerteza cultural dos profissionais (PRADY et al., 2021). Metanálise de 32 estudos associou exposição ao racismo a prematuridade, baixo peso ao nascer e bebê pequeno para idade gestacional em mulheres negras nos Estados Unidos (BELDON et al., 2025). Esses dados não autorizam biologizar raça; ao contrário, demonstram que discriminação é determinante modificável de saúde.

Fanon (2008) e Gonzalez (2020) oferecem uma clínica do reconhecimento negado. Fanon (2008) demonstra que o racismo não é apenas atitude individual, mas estrutura que produz subjetividade: o corpo negro é constituído em um campo de visibilidade racializada, onde o olhar branco define quem é humano,

quem é perigoso, quem merece cuidado e quem pode ser abandonado. A vergonha, a raiva, a hipervigilância, a necessidade de provar competência, o medo de ocupar espaço e a antecipação da rejeição não são apenas sintomas intrapsíquicos; são respostas a um mundo que organiza o reconhecimento de modo desigual.

Gonzalez (2020) articula racismo, sexismo e classe no contexto brasileiro, mostrando que mulheres negras vivem uma tripla opressão que se manifesta no trabalho, na saúde, na educação, na violência policial e na maternidade. A autora cunha termos como "amefricanidade" e "pretuguês" para nomear experiências que a psicanálise tradicional frequentemente silencia. Uma clínica inspirada em Fanon (2008) e Gonzalez (2020) não interpreta a desconfiança da paciente como projeção paranoide antes de perguntar: que experiências de racismo, violência e desautorização ela viveu nos serviços de saúde?

Maria Lúcia da Silva (SILVA; KON; ABDUL, 2017) chama atenção para a branquitude como posição frequentemente não nomeada que organiza normas de humanidade, beleza, cuidado e competência. A branquitude não é apenas "ser branco"; é uma posição estrutural que define o que é universal, neutro, padrão, enquanto outras racialidades são marcadas como diferença, desvio ou problema. Na saúde materno-infantil, isso se manifesta em protocolos que não consideram dor de mulheres negras, em julgamentos morais sobre maternidade periférica, em expectativas de que mulheres indígenas ou migrantes se adaptem a modelos brancos de cuidado, e em uma escuta que trata como "resistência" o que é, na verdade, desconfiança legítima diante de históricos de violência institucional.

Beshara (2019; 2021) e Bhatia (2007) permitem interrogar colonialidade, migração, língua e pertencimento. Beshara (2019) propõe uma psicanálise decolonial que questiona o eurocentrismo da teoria e da prática, mostrando como a psicanálise foi produzida em contextos coloniais e como pode ser relida a partir de sujeitos marginalizados. Bhatia (2007) analisa como migração, língua, cultura e leis racializadas de pertencimento constituem o self e a identidade de pessoas diaspóricas.

Para uma gestante migrante, a experiência de não ser compreendida, de ter seu sotaque ridicularizado, de ter suas práticas de cuidado tratadas como "atrasadas" ou "perigosas", de não ter documentos ou de depender de serviços precários não é apenas "estresse"; é produção ativa de desamparo e exclusão. Na transferência, a equipe e a analista podem ser vividas como figuras de autorização, desautorização, vigilância ou abandono. Uma paciente pode esperar ser julgada, não acreditada, medicalizada, vigiada ou abandonada — e essa expectativa não é apenas transferência de relações infantis; é memória de experiências reais com instituições.

A psicanálise tradicional tende a interpretar essa desconfiança como resistência ou projeção. Uma clínica situada pergunta: o que acontece de fato nos serviços, nas relações e no território? A paciente foi tratada com racismo? Foi desacreditada quando relatou dor? Foi submetida a intervenções sem consentimento? Teve seus documentos negados? Foi ameaçada de perder os filhos? Vive em território de violência policial? Essas perguntas não são "sociais" no sentido de externas à análise; elas são constitutivas da transferência e do sofrimento. Reconhecer isso não anula a dimensão inconsciente; permite diferenciar o que é memória de violência real

do que é fantasia, e formular intervenções mais precisas e éticas. Uma alternativa para a prática clínica é construir um mapa de rede, direitos e risco. A analista pode, com consentimento, identificar serviços de saúde, assistência social, grupos comunitários, coletivos de mulheres, apoio jurídico e pessoas de confiança. Quando necessário, pode participar de encaminhamento ou comunicação interprofissional. A articulação não interrompe a análise; ela cria condições para que analisar seja possível.

4.6. Parto, Trauma e Reparação: Cuidado Como Reconhecimento e Ação

O medo do parto é frequente e multifacetado. Revisão sistemática de 63 estudos encontrou redução de medo em intervenções psicoterapêuticas e educativas, embora a heterogeneidade metodológica recomende prudência (BAKHTEH et al., 2024). O dado respalda a preparação emocional e informacional, mas não autoriza prometer controle do parto ou supor que medo decorre apenas de fantasia de separação.

Partos traumáticos podem decorrer de dor, emergência, perda de controle, antecedentes traumáticos, violência por parceiro e maus-tratos institucionais. Recomendações internacionais sobre estresse pós-traumático relacionado ao parto defendem cuidado que minimize experiências negativas, inclua acompanhantes e reconheça a perspectiva de quem está parindo (AYERS et al., 2024). A experiência do parto é sempre interpretada subjetivamente, mas a subjetividade não torna irrelevante a dimensão objetiva de consentimento, informação e violência.

Saketopoulou ajuda a evitar narrativas simplistas de trauma que transformam a pessoa em objeto de dano passivo ou reduzem toda repetição a patologia. Uma clínica de reparação reconhece agência, ambivalência, prazer, raiva e formas de sobrevivência. Tajer e Iaconelli ampliam essa posição ao inscrever direitos reprodutivos e violência obstétrica no campo do cuidado. Antes de interpretar, é importante a analista validar o que foi vivido e distinguir aquilo que foi imposto daquilo que permanece possível escolher.

Uma alternativa para a clínica, com o intuito de lidar com essa realidade, é propor uma narrativa de parto e um projeto de cuidado. No pré-natal, a paciente pode elaborar medos, desejos, acompanhantes, limites e perguntas à equipe; o plano de parto pode funcionar como dispositivo simbólico e político, sem garantia de que tudo ocorrerá como planejado. No pós-parto, o relato do parto pode ser retomado repetidamente, permitindo articular lacunas, corpo, tempo, raiva, luto e reconhecimento. A psicanalista também pode apoiar o acesso a informações, revisão de prontuário e serviços especializados quando apropriado.

4.7. Puerpério, Amamentação e a Ética da Falha Possível

Embora o foco deste artigo seja a gestação, a clínica perinatal exige antecipar o pós-parto, pois muitas fantasias gestacionais dizem respeito à sobrevivência psíquica depois do nascimento. O puerpério reorganiza sono, corpo, sexualidade, trabalho, redes e identidade de modo radical. Revisão sistemática e metanálise de estudos com actigrafia mostrou que o sono noturno no pós-parto está fortemente associado à depressão pós-parto, com efeitos mais intensos do que durante a gestação (MARTINEZ et al., 2024).

Outra revisão sistemática com 60 estudos e mais de 20 mil participantes encontrou evidência de alta certeza de que intervenções de sono reduzem a severidade de sintomas depressivos no pós-parto, embora não previnam necessariamente o diagnóstico de depressão (GORDON et al., 2025). Esses dados indicam que a privação de sono não é apenas "cansaço de mãe"; é um fator de risco modificável para sofrimento mental. A preocupação materna primária pode ser relida como intensificação temporária da atenção, mas essa atenção se torna adoecedora quando a pessoa não dispõe de descanso, substituição e sustentação. Uma mãe que não consegue dormir por semanas, que acumula trabalho doméstico, que não tem com quem deixar o bebê para tomar banho, que é cobrada por amamentar exclusivamente mas não recebe apoio prático, está em risco aumentado de depressão e ansiedade. A pergunta clínica não é apenas "por que você não dorme?", mas "quem pode assumir alguma tarefa para que você descanse?", "que condições de sono são possíveis neste território?" e "que rede existe para sustentar você?".

A amamentação ocupa lugar especialmente moralizado. Ela pode ser fonte de prazer, vínculo e continuidade corporal, mas também de dor, frustração, invasão, exaustão e conflito. Revisão sistemática com 55 estudos encontrou que, em 36 deles, a amamentação estava associada a menos sintomas de depressão e ansiedade no pós-parto; porém, quando havia dificuldades ou discordância entre expectativas e experiência real, a amamentação estava associada a mais sofrimento mental (YON et al., 2022). Outra revisão sistemática sobre experiências de amamentação de mulheres com condições de saúde mental perinatal mostrou que taxas de amamentação são baixas nessa população e que dor, falta de apoio, julgamento moral e expectativas irreais contribuem para o desmame precoce (MORRIS

et al., 2024). Revisão sobre pressão percebida para amamentar encontrou associação entre essa pressão e sintomas de depressão, ansiedade, estresse e trauma do parto, tanto no momento quanto quatro semanas depois (GRATTAN; LONDON; BUENO, 2024). Esses dados sustentam uma clínica que recusa usar aleitamento como medida de valor materno. A pergunta não é apenas "por que não conseguiu?" ou "por que parou?"; inclui "o que esta experiência fez ao seu corpo, ao seu tempo, ao seu desejo e à rede de cuidado?", "que pressão você recebeu para amamentar ou para parar?", "quem ofereceu apoio prático e quem apenas julgou?", "que dor, invasão ou prazer você experimentou?" e "que lugar a amamentação ocupa em suas expectativas de maternidade?".

Uma clínica situada reconhece que a amamentação é biológica, psíquica, relacional e política: ela envolve hormônios, dor, prazer, vínculo, mas também licença-maternidade, acesso a consultoria, apoio do parceiro ou da rede, julgamento moral, pressão institucional e condições de trabalho. Mulheres que trabalham em empregos precários, que não têm licença, que não têm acesso a consultoria de amamentação, que sofrem racismo ou gordofobia nos serviços de saúde, que vivem violência doméstica ou que não têm rede de apoio estão em desvantagem estrutural para amamentar, independentemente de seu "desejo" ou "competência". A psicanálise pode sustentar a ambivalência, acolher luto, raiva, alívio ou prazer, e ajudar a paciente a construir uma narrativa que não a reduza a "mãe que falhou". O cuidado, nesse horizonte, é coletivo e político, não apenas individual.

Winnicott é frequentemente convocado para reafirmar que a mãe deve se adaptar ao bebê. A releitura proposta desloca o foco: para que alguém possa adaptar-se de forma suficientemente boa, outras

pessoas e instituições precisam adaptar-se a ela. Holding, portanto, é responsabilidade distribuída. Essa formulação protege a ideia winnicottiana de ambiente sem fixá-la em uma mãe onipotente.

A clínica, em situações como essa pode mediar a preparação de um plano de sustentação pós-parto ainda na gestação. A analista pode discutir quem cozinhará, quem cuidará de tarefas domésticas, quem ficará com outros filhos, que horários de descanso serão protegidos, que sinais indicarão necessidade de ajuda e quais serviços poderão ser acionados. Essa preparação não elimina a incerteza, mas transforma cuidado em tarefa compartilhada e torna visível o que costuma recair silenciosamente sobre uma única pessoa.

5. QUATRO OPERAÇÕES CLÍNICAS

Operação	Finalidade	Dispositivos possíveis	Resultado clínico esperado
Historicizar	Situar a gestação em histórias de cuidado, filiação, perdas, violência, raça, território e migração.	Linha de vida, narrativas familiares, mapa de transmissões, escuta de memórias corporais.	Ampliação da capacidade de ligar experiência atual, passado e futuro sem reduzir um ao outro.
Situar	Articular corpo e mundo material: trabalho, renda, moradia, serviços, discriminação, direitos e rede.	Cartografia corpo-contexto, perguntas sobre rotina, direitos, barreiras e instituições.	Diferenciação entre conflito intrapsíquico, sobrecarga concreta e violência atual.

Sustentar	Oferecer holding e continente sem reproduzir ideal materno ou posição salvadora.	Enquadre confiável, ritmo ajustado, interpretação responsiva, manejo da transferência e supervisão.	Maior possibilidade de simbolização, associação e tolerância à ambivalência.
Articular	Conectar clínica a rede, políticas, profissionais e dispositivos comunitários.	Plano pós-parto, encaminhamento, reunião interprofissional consentida, grupos e proteção.	Cuidado viável, redução de isolamento e aumento de segurança.

As quatro operações, de maneira alguma podem se constituir protocolo rígido. A proposta é oferecer alternativas de cuidado integrador e situado na clínica psicanalítica. Elas são princípios ou sugestões para orientar decisões clínicas. Em algumas situações, historicizar será prioritário; em outras, a urgência será situar risco de violência ou garantir acesso a atendimento. Em todas, a análise conserva sua especificidade: escuta de associações, fantasias, silêncios, transferências e contratransferências. A diferença é que esses elementos deixam de ser considerados isolados do mundo que os produz e recebe.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A psicanálise pode ser um caminho de cuidado na gestação não porque possua a chave do inconsciente materno, mas porque oferece condições para escutar o que ainda não encontrou forma: ambivalências, fantasias, medo, luto, raiva, desejo, culpa, estranhamento e expectativa. Sua potência aumenta quando abandona a pretensão de decidir como uma gestante deveria sentir-

se e quando reconhece que o sofrimento é produzido na intersecção entre mundo interno e mundo social.

Esta revisão mostrou que corpo, sono, sexualidade, vínculo, imagem, suporte, violência, racismo e parto são campos onde evidência empírica e escuta psicanalítica podem dialogar. Esse diálogo não transforma metanálises em interpretação, nem usa teoria para negar dados. Ele permite que a clínica seja simultaneamente atenta ao singular e responsável diante das desigualdades que atravessam esse singular.

A releitura de Winnicott, Bion e Stern proposta aqui não descarta a tradição: desloca-a. Preocupação materna primária deixa de ser destino feminino e passa a ser possibilidade relacional. Holding deixa de ser função exclusiva da mãe (ou cuidador principal) e torna-se tarefa de coparentes, redes, instituições e políticas. Ambiente facilitador deixa de significar apenas família e passa a incluir tempo, renda, moradia, descanso, cuidado respeitoso e proteção contra violência e discriminação.

Uma clínica psicanalítica perinatal situada não é menos analítica por perguntar por raça, trabalho, moradia, migração, gênero e direitos. Ela é mais rigorosa: trata o inconsciente em seu mundo, recusa a privatização de faltas coletivas e cria condições para que cuidado, parentalidade e desejo possam ser inventados e não impostos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABASI, Elieh et al. Evaluating the effect of prenatal interventions on maternal-foetal attachment: a systematic review and meta-analysis. **Nursing Open**, v. 8, n. 1, p. 4-16, 2021. DOI: 10.1002/hop2.648.

AL-MUTAWTAH, Mona et al. Women's experiences of social support during pregnancy: a qualitative systematic review. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 23, art. 782, 2023. DOI: 10.1186/s12884-023-06089-0.

AYERS, Susan et al. Traumatic birth and childbirth-related post-traumatic stress disorder: international recommendations for prevention and treatment. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, 2024. DOI: 10.1080/02646838.2023.2292443.

AYOUCHE, Thamy. Psicanálise e hibridez: gênero, colonialidade e subjetivações. Curitiba: Calligraphie, 2019.

BAETHGE, Christopher; GOLDBECK-WOOD, Sarah; MERTENS, Steven. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. **Research Integrity and Peer Review**, v. 4, art. 5, 2019. DOI: 10.1186/s41073-019-0064-8.

BAKHTEH, Azam et al. The effect of interventions in alleviating fear of childbirth in pregnant women: a systematic review. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 42, n. 1, p. 5-21, 2024. DOI: 10.1080/02646838.2022.2059458.

BEDASHA, Teklay; BUZUNEH, Endale. Social support and prenatal mental health problems: a systematic review and meta-analysis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 22, art. 584, 2022. DOI: 10.1186/s12884-022-04994-6.

BELDON, Marissa A. et al. Exposure to racism and adverse pregnancy outcomes for Black women: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 27, n. 1, p. 149-170, 2025. DOI: 10.1007/s10903-024-01641-2.

BESHARA, Robert K. **Decolonial psychoanalysis: towards critical Islamophobia studies**. London: Routledge, 2019.

BHATIA, Sunil. **American karma: race, culture, and identity in the Indian diaspora**. New York: New York University Press, 2007.

CRENSHAW, Kimberlé. **Demarginalizing the intersection of race and sex: a Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics**. University of Chicago Legal Forum, v. 1989, n. 1, p. 139-167, 1989.

CRENSHAW, Kimberlé. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. **Stanford Law Review**, v. 43, n. 6, p. 1241-1299, 1991.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008. (Obra original publicada em 1952).

FERNÁNDEZ-CARRASCO, Francisco Javier et al. Influence of pregnancy on sexual desire in pregnant women and their partners: systematic review. **Public Health Reviews**, v. 44, art. 1606308, 2024. DOI: 10.3389/phrs.2023.1606308.

GLOCER FIORINI, Leticia. **Deconstructing the feminine: subjectivities in transition**. London: Routledge, 2024.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GORDON, A. et al. Behavioral interventions to improve maternal sleep and mental health in the postpartum period: systematic review and meta-analysis. **Journal of Sleep Research**, 2025.

GRATTAN, M. T.; LONDON, K.; BUENO, A. Perceived pressure to breastfeed negatively impacts postpartum mental health outcomes over time. **Frontiers in Public Health**, v. 12, art. 1357965, 2024. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1357965.

IACONELLI, Vera. **Manifesto antimaternalista: psicanálise e políticas da reprodução**. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

LAYTON, Lynne. Transgenerational hauntings: toward a social psychoanalysis and an ethic of dis-illusionment. **Psychoanalytic Dialogues**, v. 29, n. 3, 2019. DOI: 10.1080/10481885.2019.1587992.

LI, Y. et al. Worldwide perinatal intimate partner violence prevalence and risk factors for post-traumatic stress disorder in women: a systematic review and meta-analysis. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 25, n. 3, p. 2363-2376, 2024. DOI: 10.1177/15248380231217168.

MARTINEZ, M. P. et al. Sleep, circadian activity patterns and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis of actigraphy studies. **Sleep Medicine Reviews**, 2024. DOI: 10.1016/j.smr.2024.101928.

MORRIS, S. et al. Breastfeeding experiences of women with perinatal mental health conditions: a systematic review. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 24, art. 549, 2024. DOI: 10.1186/s12884-024-06723-1.

PARDO, Christina et al. Social determinants of perinatal mental health. **Seminars in Perinatology**, v. 48, n. 6, art. 151946, 2024. DOI: 10.1016/j.semperi.2024.151946.

PRADY, Stephanie L. et al. Inequalities in the identification and management of common mental disorders in the perinatal period:

an equity focused re-analysis of a systematic review. **PLOS ONE**, v. 16, n. 3, e0248631, 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0248631.

RUPERTHUZ HONORATO, Mariano. **Freud y los chilenos: historia de la recepción del psicoanálisis en Chile** (1910-1949). Santiago: Pólvora Editorial, 2015.

SAKETOPOULOU, Avgi. Minding the gap: intersections among gender, race and class in women's psychic lives. In: WHITE, Cleonie; BELKIN, Max (ed.). **Intersectionality and relational psychoanalysis**. New York: Routledge, 2020.

SANTOS, Kwame Yonatan Poli dos. **Por um fio: uma escuta das diásporas pulsionais**. 2022. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) — Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022.

SILVA, Maria Lúcia da; KON, Noemi; ABDUL, Cristiane (org.). **O racismo e o negro no Brasil: questões para a psicanálise**. São Paulo: Perspectiva, 2017.

SKELTON, Emily et al. The impact of antenatal imaging on parent experience and prenatal attachment: a systematic review. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 42, n. 1, p. 22-44, 2024. DOI: 10.1080/02646838.2022.2088710.

STERN, Daniel N. **The motherhood constellation: a unified view of parent-infant psychotherapy**. New York: BasicBooks, 1995.

TAJER, Débora. **Psicoanálisis y género: escritos sobre el amor, el trabajo, la sexualidad y la violencia**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2020.

TAMBELLI, Renata; DEL PROPOSTO, Ludovica; FAVIERI, Francesca. Understanding parental representations across the perinatal period: a systematic review of empirical findings and clinical implications. **Children**, v. 12, n. 8, art. 1051, 2025. DOI: 10.3390/children12081051.

TROMBETTA, Tommaso et al. Pre-natal attachment and parent-to-infant attachment: a systematic review. **Frontiers in Psychology**, v. 12, art. 620942, 2021. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.620942.

WATSON, H. et al. Comparing body image dissatisfaction between pregnant women and non-pregnant women: a systematic review and meta-analysis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 23, art. 709, 2023. DOI: 10.1186/s12884-023-06089-7.

WHITE, Cleonie; BELKIN, Max (ed.). **Intersectionality and relational psychoanalysis: new perspectives on race, gender, and sexuality**. New York: Routledge, 2020.

WINNICOTT, Donald W. **Primary maternal preoccupation**. In: WINNICOTT, Donald W. Through paediatrics to psycho-analysis. London: Karnac, 1956. p. 300-305.

WINNICOTT, Donald W. The theory of the parent-infant relationship. International **Journal of Psycho-Analysis**, v. 41, p. 585-595, 1960.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>. Acesso em: 25 ago. 2026.

YANG, Chengcheng et al. Evaluating the global prevalence of insomnia during pregnancy through standardized questionnaires and diagnostic criteria: a systematic review and meta-analysis. **Frontiers in Psychiatry**, v. 15, art. 1427255, 2024. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1427255.

YON, K. et al. The effects of breastfeeding on maternal mental health: a systematic review. **Journal of Women's Health**, v. 31, n. 7, p. 938-951, 2022.

ZHANG, Y. et al. The association between body image and depressive symptoms in the perinatal period: a systematic review and meta-analysis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, 2025.