REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

TORNAR-SE MÃE: A MATRESCÊNCIA E A CONSTRUÇÃO DA PARENTALIDADE NA TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE, CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA PERINATAL PARA O CUIDADO À MULHER

BECOMING A MOTHER: MATRESCENCE AND THE CONSTRUCTION OF PARENTHOOD IN THE TRANSITION TO MOTHERHOOD, CONTRIBUTIONS OF PERINATAL PSYCHOLOGY TO WOMEN'S CARE

Ciências Humanas, Ciências da Saúde • 05/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/793586372

Jayana Ferreira Teixeira[1]

Andressa Costenaro de Alencar[2]

RESUMO

Este artigo analisa a matrescência como processo de transformação psicológica, identitária e relacional no tornar-se mãe e discute as contribuições da Psicologia Perinatal para um cuidado que reconheça a complexidade dessa transição sem patologizar experiências desenvolvimentais nem invisibilizar sofrimentos que demandem atenção profissional. Realizou-se pesquisa bibliográfica qualitativa, exploratória, por meio de revisão narrativa de obras conceituais, estudos científicos e diretrizes sobre matrescência, parentalidade e saúde mental perinatal. A análise foi organizada em três eixos: o processo psicológico de tornar-se mãe; a tensão entre maternidade idealizada e maternidade possível; e a atuação da Psicologia Perinatal diante das transformações e do sofrimento materno. A literatura examinada indica que a identidade materna se constrói progressivamente, articulada à história, ao corpo, às relações e às condições concretas de vida. Emoções ambivalentes não constituem, isoladamente, psicopatologia, mas sofrimento persistente, prejuízo funcional e risco exigem avaliação individualizada. Conclui-se que o cuidado perinatal pode integrar acolhimento, psicoeducação, prevenção, avaliação contextualizada e articulação interdisciplinar, evitando tanto a patologização da transformação quanto a normalização de sofrimentos que necessitam de atenção.

Palavras-chave: Matrescência; Maternidade; Parentalidade; Psicologia Perinatal; Saúde mental materna.

ABSTRACT

This article examines matrescence as a process of psychological, identity-related, and relational transformation involved in becoming a mother and discusses the contributions of Perinatal Psychology to care that recognizes this transition without pathologizing

developmental experiences or overlooking distress that requires professional attention. A qualitative, exploratory bibliographic study was conducted through a narrative review of conceptual works, scientific studies, and guidelines addressing matrescence, parenthood, and perinatal mental health. The analysis followed three axes: the psychological process of becoming a mother; the tension between idealized and lived motherhood; and the role of Perinatal Psychology in maternal transformation and distress. The literature suggests that maternal identity develops progressively in connection with personal history, the body, relationships, and material living conditions. Ambivalent emotions do not, in themselves, constitute psychopathology, whereas persistent distress, functional impairment, and risk require individualized assessment. The article concludes that perinatal care may integrate welcoming practices, psychoeducation, prevention, contextualized assessment, and interdisciplinary coordination, avoiding both the pathologization of transformation and the normalization of suffering that needs attention.
Keywords: Matrescence; Motherhood; Parenthood; Perinatal Psychology; Maternal mental health.

1. INTRODUÇÃO

A chegada de um bebê costuma reorganizar rotinas, vínculos e expectativas familiares, mas a transformação vivida pela mulher nem sempre recebe a mesma visibilidade. Quando a maternidade é narrada apenas a partir do nascimento, do cuidado com o bebê ou da aquisição de um novo papel social, corre-se o risco de reduzir um processo subjetivo complexo a um acontecimento pontual. O conceito de matrescência amplia essa compreensão ao nomear o

processo de tornar-se mãe e as mudanças que o acompanham em diferentes dimensões da vida.

O termo matrescência foi formulado pela antropóloga Dana Raphael na década de 1970. Em capítulo publicado em 1975, Raphael descreveu a passagem para a maternidade como um processo que envolve mudanças no estado físico, na posição social, na vida emocional, nas atividades cotidianas, na identidade e nas relações da mulher (Raphael, 1975). A formulação original é particularmente importante porque desloca o olhar do nascimento como evento isolado para a maternidade como transição. Em diálogo contemporâneo com esse legado, Athan (2024) defende a matrescência como um conceito desenvolvimental capaz de ampliar a compreensão da saúde mental materna sem substituir as classificações diagnósticas.

Mercer (2004), em revisão sobre a transição para a maternidade, propõe substituir a noção de simples aquisição do papel materno pela ideia de "tornar-se mãe". Para a autora, a identidade materna se desenvolve à medida que a mulher se envolve na definição de um novo sentido de si e continua evoluindo diante de novos desafios. Essa perspectiva ajuda a evitar a ideia de que o parto produziria imediatamente uma identidade materna pronta e uniforme.

A experiência corporal também integra essa passagem. Hodgkinson, Smith e Wittkowski (2014), em revisão sistemática e metassíntese de estudos qualitativos, identificaram que a vivência do corpo na gestação e no pós-parto envolve questões de controle, ideais socioculturais e articulação entre o papel materno e outros lugares ocupados pela mulher. Assim, perguntar o que acontece com a forma como a mulher se reconhece quando o corpo muda não

significa presumir insatisfação corporal, mas admitir que corpo e identidade podem dialogar intensamente nessa transição.

A discussão se torna ainda mais complexa quando a experiência concreta encontra representações sociais de maternidade ideal. Jones (2026), ao articular investigação científica, história cultural e experiência materna, problematiza narrativas que associam a boa maternidade à entrega irrestrita, à realização permanente e à ausência de contradições. A própria autora registra, em seu relato, que percebia o autossacrifício como componente essencial de uma boa mãe (Jones, 2026, p. 17). O interesse psicológico desse material está no contraste entre expectativas internalizadas e a experiência efetivamente vivida.

Reconhecer a matrescência como transformação desenvolvimental, contudo, não autoriza banalizar sofrimento. Em revisão de escopo de 94 estudos brasileiros, Grillo et al. (2024) observaram que depressão e ansiedade foram os problemas de saúde mental mais investigados em gestantes e puérperas; as medianas de prevalência de depressão pré-natal e pós-natal encontradas nos estudos foram, respectivamente, 16,9% e 20,8%. Em estudo transversal com amostra representativa de gestantes brasileiras da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, Lucas e Nascimento (2024) estimaram em 17,39% a proporção de participantes com pontuação no PHQ-9 compatível com provável transtorno depressivo maior. Esses dados dimensionam a necessidade de atenção à saúde mental, mas não permitem diagnosticar individualmente uma mulher nem transformar a maternidade em condição patológica.

É nesse espaço de tensão que se situa o problema deste estudo: de que maneira a compreensão da matrescência e da construção da

parentalidade pode contribuir para que a Psicologia Perinatal acolha as transformações da transição para a maternidade sem patologizar experiências próprias desse processo e sem invisibilizar sofrimentos que demandem cuidado? O objetivo geral é analisar a matrescência e sua relação com a construção da parentalidade, discutindo contribuições da Psicologia Perinatal para um cuidado psicológico sensível às transformações identitárias, às expectativas sobre a maternidade e às necessidades de saúde mental da mulher.

Como objetivos específicos, busca-se compreender a matrescência e as transformações psicológicas, emocionais e identitárias relacionadas ao tornar-se mãe; discutir a construção da parentalidade considerando a singularidade da experiência materna e a tensão entre maternidade idealizada e maternidade possível; e analisar contribuições da Psicologia Perinatal para acolhimento, prevenção, identificação de demandas, avaliação contextualizada e articulação do cuidado. A mulher permanece no centro da análise; pai, família, equipe de saúde e demais cuidadores aparecem como rede relacional, sem deslocar o foco do processo materno.

A relevância deste debate ultrapassa a delimitação de sintomas. Ao reconhecer que a mulher atravessa uma transição subjetiva, a Psicologia Perinatal pode evitar que o acompanhamento seja organizado exclusivamente em torno do bebê ou do desempenho de tarefas maternas. O foco passa a incluir a pergunta sobre como a mulher se percebe, que expectativas carrega, quais conflitos consegue nomear e que possibilidades de cuidado encontra. Trata-se de uma questão social e clínica: quando a maternidade é tratada como experiência obrigatoriamente plena, sentimentos difíceis podem ser silenciados; quando qualquer dificuldade é lida como sintoma, a transformação pode ser medicalizada indevidamente.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E DISCUSSÃO

2.1. Matrescência e o Processo Psicológico de Tornar-Se Mãe

A matrescência oferece linguagem para uma transição que, apesar de constitutiva da experiência de muitas mulheres, historicamente recebeu menos reconhecimento do que outras passagens do desenvolvimento. Raphael (1975) nomeou essa transformação ao descrever mudanças físicas, emocionais, sociais, identitárias e relacionais no processo de tornar-se mãe. Athan (2024) retoma o conceito no campo da psiquiatria perinatal e o apresenta como uma perspectiva desenvolvimental e multidimensional, útil para compreender a mãe para além de uma leitura exclusivamente diagnóstica.

Essa mudança de lente é relevante porque a maternidade não começa do zero. A mulher chega à gestação e ao puerpério com uma biografia, formas de vínculo, experiências de cuidado, expectativas, projetos, recursos e vulnerabilidades. Jones (2026) chama atenção para o descompasso que pode existir entre narrativas culturais sobre maternidade e a experiência concreta da transformação. Em seu relato, a autora descreve a sensação de que a gravidez e o início da maternidade não correspondiam às referências culturais e sociais que havia internalizado (Jones, 2026, p. 15-17). O valor desse testemunho, neste artigo, é ilustrativo e interpretativo; ele não é utilizado como evidência epidemiológica.

Mercer (2004) fornece sustentação empírica e conceitual para compreender a identidade materna como processo. Sua revisão indica que a mulher estabelece essa identidade por meio do envolvimento na definição de um novo sentido de si e que esse

processo continua a evoluir à medida que surgem novos desafios. A maternidade, portanto, pode ser entendida como integração progressiva de uma nova dimensão identitária, e não como substituição automática da mulher que existia antes.

O corpo ocupa lugar importante nesse processo porque torna a transição materialmente visível. Hodgkinson, Smith e Wittkowski (2014) sintetizaram 17 estudos qualitativos e encontraram experiências relacionadas a controle corporal, ideais socialmente construídos e tensão entre o papel materno e outros papéis da mulher. A literatura não autoriza afirmar que toda gestante ou puérpera vivenciará insatisfação corporal, mas sustenta que a experiência do corpo pode participar da reorganização de identidade e do reconhecimento de si.

A continuidade desse processo merece atenção particular. Mercer (2004) compreende a construção da identidade materna como dinâmica, em permanente negociação com novas experiências e responsabilidades. Athan (2024), ao recuperar e atualizar o conceito de matrescência, propõe compreendê-lo como transformação desenvolvimental de duração variável, que pode reaparecer diante de novas etapas da vida e não possui um encerramento universal. Essa leitura não exige que todas as mulheres se reconheçam em uma transformação permanente; antes, amplia a possibilidade de escutar como a maternidade se reconfigura ao longo do tempo, inclusive muito depois do puerpério.

A dimensão corporal permite uma analogia reflexiva, desde que seus limites sejam explicitados. Em estudo original, Bianchi et al. (1996) identificaram células de origem fetal na circulação materna anos após o parto, com detecção em uma participante cujo último filho

havia nascido 27 anos antes. Trata-se de microquimerismo fetal, fenômeno biológico que não comprova a persistência de mudanças psicológicas nem explica a formação da identidade materna. A aproximação aqui é exclusivamente interpretativa: se o parto não necessariamente encerra todos os efeitos biológicos da gestação, tampouco deve ser tomado, no plano psicológico, como fronteira automática para o fim do tornar-se mãe. A continuidade identitária, contudo, é sustentada pelas formulações desenvolvimentais de Mercer (2004) e Athan (2024), não pelo microquimerismo.

Essa formulação permite uma pergunta central para a clínica e para a reflexão psicológica: quando o corpo muda, o que acontece com a forma como a mulher se reconhece? A pergunta não antecipa uma resposta única. Para algumas mulheres, as mudanças podem ser vividas com potência e pertencimento; para outras, com estranhamento, perda de controle ou conflito; e uma mesma mulher pode experimentar sentidos diferentes ao longo do tempo. A matrescência é útil justamente porque admite transformação sem impor uma trajetória universal.

Athan (2024) destaca que uma perspectiva desenvolvimental pode complementar a linguagem diagnóstica ao considerar desafios e potencialidades da transição materna. Isso é especialmente importante quando se discutem emoções intensas. A presença de medo, tristeza, irritação, culpa ou ansiedade não permite, isoladamente, concluir pela existência de um transtorno. A avaliação precisa considerar contexto, duração, intensidade, prejuízo e risco.

Hofmann (2024) contribui para esse ponto ao apresentar as emoções como processos complexos relacionados à experiência subjetiva, à cognição, à fisiologia, ao comportamento e ao contexto,

além de discutir regulação emocional e diferenças individuais. Neste artigo, sua contribuição é complementar: não se pretende transformar a matrescência em problema de regulação emocional, mas lembrar que compreender uma emoção exige mais do que nomeá-la como positiva ou negativa.

A matrescência, assim, não deve ser romantizada como crescimento inevitavelmente positivo nem convertida em sinônimo de crise patológica. Ela designa uma transição em que podem coexistir continuidade e mudança, prazer e sofrimento, segurança e incerteza. Reconhecer a subjetividade materna significa perguntar como aquela mulher está vivendo a transformação, que sentidos atribui ao que mudou e de que recursos dispõe para atravessar esse processo.

Essa compreensão impede que a maternidade seja pensada apenas em termos de adaptação inicial. A experiência de uma mulher que acompanha o crescimento de seu filho, revê escolhas e reorganiza seus vínculos pode apresentar novas perguntas sobre autonomia, pertencimento e identidade. Não se trata de presumir que toda etapa provoque crise, mas de admitir que o maternar pode adquirir novos significados. O valor clínico dessa perspectiva está em abrir espaço para a continuidade da escuta, sem restringir a subjetividade materna aos primeiros meses após o nascimento.

2.2. Entre a Maternidade Idealizada e a Maternidade Possível

A maternidade é imaginada antes de ser concretamente vivida. Experiências familiares, discursos sociais, desejos, medos e modelos culturais participam da construção de expectativas sobre gestação, parto, bebê, vínculo e capacidade de cuidar. Essas expectativas

podem organizar projetos e antecipações; tornam-se problemáticas quando funcionam como medida rígida da experiência real, deixando pouco espaço para limites, contradições ou necessidade de ajuda.

Jones (2026) oferece material particularmente fértil para discutir esse contraste. Ao narrar o descompasso entre o que esperava e o que encontrou na experiência materna, a autora evidencia como determinadas representações da "boa mãe" podem tornar difíceis de nomear sentimentos que não combinam com a imagem de realização permanente. Seu relato sobre o autossacrifício como ideal internalizado de boa maternidade aparece na página 17 da edição consultada e é utilizado neste trabalho como experiência narrada, e não como regra aplicável a todas as mulheres.

A ambivalência é importante nesse debate porque impede uma falsa oposição entre maternidade feliz e maternidade adoecida. Afetos contraditórios podem coexistir em relações significativas. Amar um filho não exclui cansaço, irritação, necessidade de espaço ou saudade de aspectos da vida anterior. A interpretação clínica dessas experiências precisa considerar singularidade e contexto, evitando tanto julgamento moral quanto diagnóstico precipitado.

A parentalidade amplia essa discussão porque tornar-se mãe ocorre dentro de relações. Matos (2021), ao examinar o parto na parentalidade, discute a transição para os papéis parentais, os significados atribuídos ao nascimento e a influência das práticas de assistência sobre a experiência de mulheres e famílias. Para o recorte deste estudo, essa contribuição permite compreender o parto como acontecimento psicológico e relacional sem transformá-lo em um quarto eixo temático.

A leitura de Matos (2021) também reforça que modelos de assistência, expectativas sobre o parto e experiências concretas podem participar da forma como a transição parental é significada. Contudo, o presente artigo evita relações causais simplificadas: uma experiência de parto não determina sozinha vínculo, identidade materna ou adoecimento. Ela integra uma trajetória mais ampla, que inclui história pessoal, condições de vida, relações, saúde e recursos disponíveis.

Moraes (2021) situa a parentalidade e a perinatalidade em um campo psicológico no qual gestação, nascimento, puerpério, história familiar e constituição dos vínculos podem mobilizar conteúdos e reorganizações importantes. Essas formulações são utilizadas aqui como referencial clínico e teórico, sem convertê-las em previsões deterministas sobre o comportamento materno.

A biografia importa, mas não funciona como sentença. A rede de apoio importa, mas sua presença ou ausência não explica isoladamente um transtorno. O parto importa, mas não determina automaticamente a qualidade do vínculo. Essa cautela é necessária para que a maternidade possível seja compreendida como experiência situada: vivida em um corpo específico, com um bebê real, em condições afetivas, econômicas, profissionais e familiares concretas.

A parentalidade também não se confunde com maternidade. Embora o título articule matrescência e construção da parentalidade, a mulher permanece como foco analítico. Pai, companheira ou companheiro, família ampliada, profissionais de saúde e outras pessoas significativas constituem uma rede

relacional relevante, mas não ocupam o mesmo lugar no recorte deste artigo.

A tensão entre ideal e possível conduz a outro cuidado: não transformar a frase “isso é normal da maternidade” em resposta automática. A normalização pode aliviar culpa quando reconhece que transformações e emoções difíceis existem; porém, pode também interromper a escuta quando sofrimento persistente, prejuízo ou risco estão presentes. É precisamente nessa fronteira que a Psicologia Perinatal se torna central.

Uma consequência dessa distinção é a necessidade de examinar o modo como a mulher interpreta suas próprias dificuldades. Uma expectativa rígida de disponibilidade constante pode fazer com que o pedido de descanso seja percebido como falha moral, embora a necessidade de pausa não indique ausência de afeto. Da mesma forma, o sentimento de ambivalência não deve ser transformado automaticamente em sintoma. O interesse psicológico está menos em classificar uma emoção isolada e mais em compreender seu significado, sua duração, suas condições de ocorrência e os recursos que a mulher possui para lidar com ela.

A distância entre ideal e realidade também não pode ser explicada apenas por crenças individuais. O trabalho de cuidado ocorre em condições concretas, atravessadas por renda, trabalho remunerado, disponibilidade de tempo, relações familiares e acesso a serviços. Por isso, responsabilizar exclusivamente a mulher por sua adaptação seria insuficiente. A rede de apoio é importante, mas não substitui a necessidade de reconhecer sua autonomia e seu lugar de sujeito; oferecer ajuda não deve significar decidir por ela o que deve sentir ou como deve exercer a maternidade.

2.3. Psicologia Perinatal Diante das Transformações e do Sofrimento Materno

A Psicologia Perinatal ocupa posição estratégica para sustentar a tensão construída nos eixos anteriores. Moraes (2021) reúne discussões sobre psicologia, psicopatologia, parentalidade, gestação, parto e puerpério, evidenciando a necessidade de uma escuta especializada para fenômenos que se situam na interface entre desenvolvimento, vínculos e saúde mental. Neste artigo, sua obra é utilizada como referencial clínico do campo perinatal, sem substituir critérios diagnósticos ou evidências epidemiológicas.

Essa atuação não precisa começar pela procura de transtornos, mas também não pode prescindir de avaliação. A Organização Mundial da Saúde recomenda integrar a saúde mental aos serviços materno-infantis em ambientes seguros, respeitosos e livres de estigma, combinando promoção da saúde mental, identificação de sintomas e respostas adaptadas ao contexto local e cultural (WHO, 2022). Essa orientação é compatível com uma Psicologia Perinatal que acompanhe necessidades antes que o sofrimento se torne grave.

No Brasil, o Pré-Natal Psicológico constitui uma experiência relevante de cuidado preventivo. Almeida e Arrais (2016) descrevem essa prática como complementar ao pré-natal tradicional e voltada à humanização do processo gestacional. O estudo das autoras avaliou o programa em pequena amostra de gestantes de alto risco; por isso, seus resultados não devem ser generalizados como prova de eficácia universal. Sua contribuição para este artigo está em demonstrar uma possibilidade concreta de inserir escuta e preparação psicológica no acompanhamento pré-natal.

A necessidade de avaliação é reforçada pelos dados brasileiros. A revisão de escopo de Grillo et al. (2024) reuniu 94 estudos nacionais e encontrou grande heterogeneidade de delineamentos, regiões e prevalências, com concentração de pesquisas no Sudeste. As medianas de prevalência de depressão pré-natal e pós-natal foram de 16,9% e 20,8%, respectivamente. O próprio desenho da revisão recomenda cautela: esses números sintetizam estudos distintos e não equivalem a uma prevalência nacional única.

Lucas e Nascimento (2024), utilizando dados da PNS-2019, analisaram amostra representativa de gestantes brasileiras de 18 a 49 anos. Pelo ponto de corte do PHQ-9, estimaram 17,39% de provável transtorno depressivo maior, com intervalo de confiança de 95% entre 12,70% e 22,06%. A formulação “provável” é importante: instrumento de rastreamento e ponto de corte não substituem avaliação diagnóstica individual.

É nesse ponto que a distinção entre emoção e transtorno precisa ser tratada com rigor. Hofmann (2024) discute natureza, diferenças individuais e regulação das emoções, mostrando que elas devem ser compreendidas em relação ao funcionamento da pessoa e ao contexto. Aplicado com cautela ao período perinatal, esse referencial ajuda a perguntar não apenas qual emoção está presente, mas como ela se organiza, quanto interfere no funcionamento e que estratégias de regulação estão disponíveis.

Essa leitura evita um erro em duas direções. De um lado, emoções desagradáveis não devem ser convertidas automaticamente em psicopatologia apenas porque surgem em uma transição intensa. De outro, o fato de determinadas emoções poderem ocorrer na matrescência não significa que todo sofrimento deva ser

considerado esperado ou suportado sem ajuda. Persistência, intensidade, prejuízo funcional, desesperança, risco e mudanças importantes do funcionamento exigem avaliação profissional individualizada.

Athan (2024) ajuda a sustentar essa posição ao propor a matrescência como complemento, e não substituição, das perspectivas diagnósticas em saúde mental perinatal. O conceito amplia a compreensão da mãe ao incluir desenvolvimento, contexto e forças, mas não elimina a necessidade de reconhecer quadros clínicos. Essa distinção é central para o argumento deste estudo.

Uma prática coerente com essa proposta pode incluir acolhimento sem julgamento, psicoeducação, investigação da história e das expectativas da mulher, atenção ao funcionamento e à rede de apoio, avaliação de risco, fortalecimento de recursos e articulação com outros profissionais quando necessário. Esses elementos não constituem protocolo fechado; expressam uma lógica de cuidado que busca compreender antes de reduzir e avaliar antes de normalizar.

A pergunta “quem cuida de quem cuida?” ganha, assim, conteúdo clínico. Não se trata apenas de oferecer ajuda prática, mas de reconhecer a mulher como destinatária legítima de cuidado, inclusive quando o bebê está saudável e suas próprias necessidades não são imediatamente visíveis. A Psicologia Perinatal pode contribuir justamente ao manter a mulher como sujeito da experiência, e não apenas como meio para o bem-estar infantil.

Em síntese, a contribuição da Psicologia Perinatal não está em traçar uma linha universal entre matrescência e psicopatologia. Essa

fronteira depende de avaliação individual, contexto e critérios clínicos. Sua contribuição está em sustentar uma prática capaz de reconhecer simultaneamente desenvolvimento e sofrimento: oferecer linguagem para transformações, espaço para experiências que não cabem no ideal materno e atenção técnica quando a intensidade da dor compromete recursos, funcionamento ou segurança.

O cuidado psicológico exige, portanto, uma postura de dupla atenção. A primeira é desenvolvimental: reconhecer a possibilidade de transformação, contradição e aprendizagem sem exigir uma identidade materna ideal. A segunda é clínica: investigar quando tristeza, ansiedade, desesperança ou exaustão se tornam persistentes, intensas ou acompanhadas de prejuízo funcional, necessidade de avaliação e risco. Essas dimensões não são concorrentes. O reconhecimento da matrescência pode melhorar a qualidade da pergunta clínica, mas não substitui avaliação individualizada, critérios técnicos ou encaminhamento quando indicado.

No plano da prática, a escuta pode ser organizada a partir de perguntas abertas sobre mudanças percebidas, expectativas anteriores, condições de cuidado, qualidade do apoio, descanso, relações e capacidade de realizar atividades cotidianas. O objetivo não é aplicar um roteiro universal à experiência materna, e sim evitar tanto a presunção de que toda mulher deve sentir-se realizada quanto a interpretação de que qualquer sofrimento decorre simplesmente de uma fase esperada. O cuidado interdisciplinar torna-se particularmente relevante quando há necessidades clínicas, sociais e familiares simultâneas.

3. METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa, caráter exploratório-descritivo e modalidade de revisão narrativa. O corpus utilizado reúne obras teóricas e ensaísticas, artigos científicos originais, revisões e documentos institucionais pertinentes ao problema de pesquisa. A seleção foi orientada pela relação direta das fontes com os conceitos de matrescência, identidade materna, parentalidade, experiência corporal, emoções e cuidado em saúde mental perinatal. Foram priorizados textos capazes de sustentar os três eixos da análise, com preferência por fontes originais quando a discussão envolvia definições fundadoras, dados epidemiológicos ou afirmações biológicas.

A organização do material ocorreu por leitura, identificação dos argumentos centrais, comparação entre contribuições teóricas e distinção entre relatos subjetivos, proposições conceituais, resultados empíricos e orientações institucionais. A discussão foi desenvolvida a partir de três eixos previamente delimitados: matrescência e tornar-se mãe; maternidade idealizada e possível; e contribuições da Psicologia Perinatal. Obras narrativas foram utilizadas como material de reflexão conceitual, não como demonstração de prevalência ou causalidade; resultados de saúde mental foram atribuídos a pesquisas específicas e interpretados conforme seus delineamentos.

Não houve coleta de dados com participantes, protocolo de revisão sistemática, metanálise, contagem exaustiva de resultados de busca nem avaliação formal da qualidade metodológica de todos os estudos. Por essa razão, a revisão não pretende esgotar a literatura disponível, produzir estimativas próprias ou estabelecer relações

causais. A análise constitui síntese interpretativa e crítica de fontes selecionadas por pertinência ao problema. A descrição dos procedimentos limita-se às atividades efetivamente realizadas, sem alegar estratégia sistemática de busca ou critérios de elegibilidade que não foram documentados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO INTEGRATIVA

A análise das fontes permitiu organizar os achados em torno dos três eixos propostos. No primeiro, Raphael (1975), Mercer (2004) e Athan (2024), apesar de pertencerem a momentos e campos distintos, convergem na compreensão da maternidade como processo de transformação, e não como identidade produzida instantaneamente pelo parto. Jones (2026) acrescenta uma narrativa contemporânea da experiência subjetiva dessa transformação, enquanto Hodgkinson, Smith e Wittkowski (2014) oferecem evidência qualitativa sintetizada sobre corpo, papéis e imagem de si.

No segundo eixo, a tensão entre maternidade idealizada e maternidade possível mostrou-se um organizador analítico consistente. Jones (2026) permite discutir expectativas e autossacrifício como elementos presentes em determinadas narrativas culturais e experiências pessoais; Matos (2021) acrescenta a dimensão da parentalidade e do parto como experiência relacional; Moraes (2021) amplia a leitura para processos psicológicos perinatais. A articulação dessas fontes não autoriza afirmar uma trajetória universal, mas permite compreender por que expectativas, relações e condições concretas precisam ser consideradas conjuntamente.

No terceiro eixo, a literatura sustenta que intensidade emocional e psicopatologia não são categorias equivalentes. Hofmann (2024) oferece fundamentos gerais para compreender emoção e regulação emocional; Athan (2024) propõe que a matrescência complemente o olhar diagnóstico; WHO (2022) orienta a integração da saúde mental aos serviços materno-infantis; e os estudos brasileiros de Grillo et al. (2024) e Lucas e Nascimento (2024) demonstram que sofrimento e sintomas depressivos no período perinatal requerem atenção concreta.

A principal contribuição analítica deste estudo é, portanto, propor a matrescência como lente desenvolvimental dentro do cuidado em saúde mental, e não como alternativa ao cuidado clínico. Essa posição protege contra dois reducionismos: transformar mudanças identitárias e emoções difíceis em sinais de adoecimento apenas porque perturbam uma imagem idealizada da maternidade; ou atribuir todo sofrimento à "fase" e, com isso, atrasar reconhecimento e cuidado.

A pergunta "quem cuida de quem cuida?" sintetiza essa necessidade. Ela desloca a mulher da condição exclusiva de cuidadora para a condição simultânea de sujeito que também precisa ser reconhecido, escutado e, quando necessário, cuidado. Isso exige que serviços e profissionais considerem identidade, história, emoções, funcionamento, expectativas, contexto e risco, e não apenas a adaptação materna às necessidades do bebê.

Como limites, este estudo é bibliográfico e narrativo, não sistemático, e articula produções de naturezas distintas. Obras ensaísticas e clínicas foram utilizadas para construção conceitual e interpretação, enquanto afirmações epidemiológicas foram sustentadas por

pesquisas científicas específicas. Não se pretendeu revisar transtornos isoladamente, estabelecer critérios diagnósticos ou comparar abordagens psicoterapêuticas. Permanecem necessárias pesquisas brasileiras empíricas que investiguem matrescência, identidade materna e experiências de cuidado psicológico em diferentes contextos sociais.

A articulação dos três eixos evidencia que a continuidade da maternidade não deve ser entendida como repetição de uma mesma experiência. A passagem do tempo pode modificar as responsabilidades, a percepção do próprio corpo, a relação com a autonomia e os significados atribuídos ao cuidado. A aproximação reflexiva com o microquimerismo contribui apenas para questionar a ideia de que o nascimento constitui uma fronteira absoluta; a argumentação psicológica permanece apoiada em autores que investigam a identidade materna e o desenvolvimento ao longo da vida. Dessa maneira, evita-se converter um achado biológico em metáfora apresentada como prova científica.

A contribuição mais relevante desta síntese é situar a mulher entre dois riscos que, embora pareçam opostos, podem produzir invisibilidade. O primeiro ocorre quando mudanças próprias da transição são classificadas apressadamente como doença. O segundo aparece quando a intensidade do sofrimento é minimizada por expressões como “toda mãe passa por isso”. A Psicologia Perinatal pode contribuir ao recusar ambas as respostas automáticas, acolhendo a narrativa singular da mulher e investigando, com rigor, suas necessidades concretas de cuidado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender a matrescência é reconhecer que o nascimento de um bebê não encerra o processo de tornar-se mãe. A literatura analisada permite entender essa passagem como transformação que pode envolver corpo, identidade, emoções, relações, rotina e expectativas, integrando a maternidade a uma história que começou antes da gestação.

A tensão entre maternidade idealizada e maternidade possível mostrou-se fundamental para compreender a experiência materna sem reduzi-la a modelos rígidos. Afetos contraditórios, cansaço, insegurança ou necessidade de preservar aspectos da individualidade não constituem, isoladamente, evidência de psicopatologia. Ao mesmo tempo, nenhuma ideia de "normalidade materna" deve ser usada para minimizar sofrimento persistente, prejuízo ou risco.

Nesse cenário, a Psicologia Perinatal pode oferecer uma contribuição específica: sustentar uma escuta que reconheça transformação sem patologizá-la e sofrimento sem banalizá-lo. Acolhimento, psicoeducação, prevenção, avaliação contextualizada, identificação de demandas e articulação interdisciplinar constituem possibilidades coerentes com essa posição.

Assim, perguntar "quem cuida de quem cuida?" deixa de ser apenas uma formulação retórica. Torna-se uma exigência ética e clínica. Quando nasce um bebê, é preciso olhar também para a mulher que está aprendendo a ocupar um novo lugar sem deixar de ser sujeito de sua própria história. Entre quem ela era, quem continua sendo e quem está se tornando, existe um processo que merece linguagem, escuta e cuidado.

A revisão responde ao problema de pesquisa ao indicar que a compreensão da matrescência e da parentalidade pode oferecer à Psicologia Perinatal uma lente desenvolvimental para reconhecer transformações sem convertê-las imediatamente em transtornos, mantendo, simultaneamente, a atenção aos sinais de sofrimento que exigem avaliação. Sua contribuição não consiste em substituir o olhar clínico por uma narrativa positiva da maternidade, mas em ampliar a compreensão da mulher como sujeito de uma história que continua a ser construída.

Como limite, a revisão narrativa articula fontes de diferentes naturezas e não permite generalizações populacionais nem inferências causais. Estudos brasileiros futuros poderão investigar de modo mais específico como mulheres em diferentes momentos da maternidade compreendem suas transformações identitárias e quais formas de acolhimento consideram efetivamente úteis. A maternidade pode começar em um acontecimento reconhecível, mas o processo subjetivo de tornar-se mãe não precisa encerrar-se nele.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Natália Maria de Castro; ARRAIS, Alessandra da Rocha. O Pré-Natal Psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 36, n. 4, p. 847-863, 2016. DOI: 10.1590/1982-3703001382014.

ATHAN, Aurelie M. A critical need for the concept of matrescence in perinatal psychiatry. Frontiers in Psychiatry, v. 15, 1364845, 2024. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1364845.

BIANCHI, Diana W. et al. Male fetal progenitor cells persist in maternal blood for as long as 27 years postpartum. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, v. 93, n. 2, p. 705-708, 1996. DOI: 10.1073/pnas.93.2.705.

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, v. 73, n. 2, e20230098, 2024. DOI: 10.1590/0047-2085-2023-0098.

HODGKINSON, Emma L.; SMITH, Debbie M.; WITTKOWSKI, Anja. Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. BMC Pregnancy and Childbirth, v. 14, art. 330, 2014. DOI: 10.1186/1471-2393-14-330.

HOFMANN, Stefan G. Emoção em terapia: da ciência à prática. Tradução de Pedro Augusto Machado Fernandes. Porto Alegre: Artmed, 2024. 216 p. ISBN 978-65-5882-185-4.

JONES, Lucy. Matrescência: sobre a metamorfose da gravidez, do parto e da maternidade. Tradução de Vanessa Barbara. São Paulo: Fósforo, 2026. ISBN 978-65-6000-145-9.

LUCAS, Maira Gonçalves de Oliveira; NASCIMENTO, Maria Isabel do. Prevalence of depressive disorders among pregnant women in Brazil in 2019: a descriptive cross-sectional study. São Paulo Medical Journal, v. 143, n. 1, e2023238, 2024. DOI: 10.1590/1516-3180.2023.0238.R1.03072024.

MATOS, Mariana Gouvêa de. O parto na parentalidade. 1. ed. Curitiba: Appris, 2021. ISBN 978-65-250-1327-5.

MERCER, Ramona T. Becoming a mother versus maternal role attainment. Journal of Nursing Scholarship, v. 36, n. 3, p. 226-232, 2004. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x.

MORAES, Maria Helena Cruz de. Psicologia e psicopatologia perinatal: sobre o (re)nascimento psíquico. 1. ed. Curitiba: Appris, 2021. ISBN 978-65-250-0438-9.

RAPHAEL, Dana. Matrescence, becoming a mother, a “new/old” rite de passage. In: RAPHAEL, Dana (ed.). Being Female: Reproduction, Power, and Change. Berlin; New York: De Gruyter Mouton, 1975. p. 65-72. DOI: 10.1515/9783110813128.65.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Geneva: World Health Organization, 2022. 66 p. ISBN 978-92-4-005714-2.

---

[1] Graduada em Direito e graduanda em Psicologia pela Faculdade de Educação Santa Terezinha (FEST), Imperatriz-MA. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[2] Orientadora. Administradora, Advogada, Psicóloga e Teóloga. Especialista em Docência do Ensino Superior e em Gestão e Legislação Tributária. Docente da Faculdade de Educação Santa Terezinha (FEST), Imperatriz-MA. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.