

E-BOOK • PSICOLOGIA PERINATAL

Saúde Mental Materna

sinais que merecem atenção



BÁRBARA CHAVES

psicologia

psibabi@proton.me

Matrescência
Perinatal e Obstétrica
CRP 04/64981

“Toda a vida humana no planeta nasce da mulher. A única experiência unificadora e incontestável compartilhada por todas as pessoas é aquele período de meses que passamos nos desenvolvendo dentro do corpo de uma mulher. [...] A maioria de nós conhece pela primeira vez o amor e a decepção, o poder e a ternura, na pessoa de uma mulher.”

— A. Rich, *Of Woman Born* (1976)

Foi no livro citado acima que a autora e mãe, Adrienne Rich, apresentou a diferença entre o que a sociedade espera das mães e o que as mães de fato vivem. Nele, ela escreve sobre a ambivalência materna — o estado de sentir, ao mesmo tempo, emoções opostas — ao reconhecer, em sua própria experiência, o amor e a dor de estar com os filhos. “Eu os amo”, escreveu, “mas é na enormidade e inevitabilidade desse amor que reside o sofrimento.”

Hoje, a Psicologia Perinatal — área de especialização da Psicologia voltada ao cuidado psíquico de mulheres-mães, homens-pais e rede de apoio familiar — nomeia esse fenômeno como **ambivalência afetiva**. Não algo exclusivamente materno, mas frequentemente experimentado por mulheres-mães: a contradição entre amar profundamente a criança, mas também sentir-se triste, cansada, entediada ou (até) com raiva, quando junto dela.

Esse acontecimento pode ser raro, vindo em breves lampejos internos, ou recorrente, preenchendo a cabeça até preocupá-la — *sou uma péssima mãe por não querer cuidar dele agora?* A resposta, muito provavelmente, é não. Você pode ser uma mulher que não adora a função materna 24 horas por dia, 7 dias na semana, ou apenas um ser humano muito cansado. O PNAD Contínua revelou que, pela primeira vez, mais da metade dos lares brasileiros são chefiados por mulheres e, destas, 11 milhões são mães solo — um retrato de independência, sim, mas também de abandono e sobrecarga.

Ainda assim, o assunto “maternidade real” é relativamente recente, iniciado pelas millennials e sustentado pela geração Z numa reação coletiva contra a romantização excessiva da maternidade — sempre postulada como leve, radiante, recheada de amor e um propósito que beira o sacrifício.

Se você sente que descreveria sua maternidade dessa forma, estou aliviada por você. O problema não está em se sentir assim. Está, na verdade, no silenciamento que essa imagem de perfeição produz sobre as que se sentem diferentes. É nesse silêncio que o sofrimento cresce sem ser visto, sem ser nomeado e, portanto, sem ser cuidado.

Este escrito vem do desejo de dar à saúde mental materna a devida atenção, ajudando mulheres, companheiros(as) e sua rede de apoio a identificar sinais de alerta e otimizar o processo de cuidado — onde quer que você esteja, seja qual for a fase da sua história.

Espero que te seja útil. — Babi

AVISO IMPORTANTE

Este e-book citará temas como autoextermínio, infanticídio e psicose, e não substitui avaliação ou tratamento profissional. Se você está em risco agora, ligue para 192 (SAMU) ou dirija-se ao pronto-socorro mais próximo. Fora do Brasil, acione o número de emergência local.

Sumário

1. O que talvez ninguém te contou que você pode sentir
2. O que diferencia emoções comuns de um adoecimento mental?
3. Sinais de alerta na tentativa e na reprodução assistida
4. Sinais de alerta durante a gestação
5. Sinais de alerta após a gestação
6. Sinais de alerta após uma perda perinatal
7. Gestar e criar longe do Brasil
8. Para a mulher que lidera
9. O que fazer ao identificar os sinais
10. Montando o seu time de cuidado
11. O que cada profissional pode fazer por você
12. Para a rede de apoio: como iniciar essa conversa
13. Quando agir sem esperar permissão
14. Conclusão
15. Um pouco sobre a autora
16. Anexos: EPDS e PHQ-9
17. Referências bibliográficas



O que talvez ninguém te contou que você pode sentir

O período perinatal (do grego *peri*, “em volta de”, e do latim *natal*, “nascimento”) é compreendido como um dos momentos mais desafiadores da vida de uma mulher. Do ponto de vista psíquico, é visto como um período de crise — um estado temporário de desorganização emocional, portanto, momento de profundas e significativas mudanças (Maldonado, 2017).

No corpo, as alterações são de nível cerebral, anatômico, hormonal, cardiovascular, metabólico, imunológico, hematológico, renal e respiratório. Socialmente, a identidade se modifica para acomodar mais uma faceta — antes mulher, filha, amiga, esposa, profissional; agora, também mãe. Psicologicamente, as transformações se iniciam no planejamento familiar ou no início das tentativas de concepção — e eu teorizo que nunca se concluem totalmente.

Primeiro, no cognitivo. Você talvez já tenha ouvido sobre como mulheres grávidas ficam desatentas, esquecidas e mais “lentas” no raciocínio. Isso tem explicação recente, comprovada pelas pesquisas de Hoekzema et al. (2017) e Pritschet, Jacobs e Chrastil (2024): o cérebro da gestante reduz massa cinzenta em uma chamada poda sináptica. O cérebro perde massa, mas não “encolhe” — apenas se reorganiza para um novo papel.

ENTENDA

A parte angustiante desse processo são as dificuldades percebidas na memória, atenção e raciocínio complexo. A parte recompensadora é que, acredite ou não, o puerpério se torna um dos momentos de maior ganho adaptativo cerebral na vida da mulher — propício para aprender novas habilidades, fortalecer o vínculo com o recém-nascido e rever paradigmas que já não te servem mais.

Mas, para além das alterações cognitivas, há ainda as psíquicas e emocionais. Na ótica da Psicologia Perinatal e Obstétrica, é considerado comum a ocorrência de:

- **Ambivalência afetiva:** sentir emoções opostas, simultaneamente — o alívio de ver seu filho mamando bem, ao passo que você se sente exausta e ansiosa para que acabe.
- **Medo e ansiedade:** comuns em toda a gestação, especialmente no primeiro e terceiro trimestres — medo de aborto espontâneo, medo do parto, ansiedade pelo nascimento.
- **Hipersensibilidade afetiva:** as emoções tornam-se mais intensas, súbitas e difíceis de regular.
- **Reativação de memórias:** emergem memórias dos cuidados recebidos e não recebidos, das feridas da infância — gratidão, culpa, identificação, conflito, ressentimento.
- **Regressão emocional:** aumenta a necessidade de proximidade, reassseguramento e cuidado — ativando a dinâmica de ser cuidada, não apenas de cuidar.
- **Aninhamento:** fenômeno do terceiro trimestre em que se sente urgência em organizar a casa e selecionar as relações sociais mais seguras.

- **Tristeza/desânimo:** comum diante da pressão estética, do conflito entre ser mãe e a carreira, de diagnósticos de risco, de conflitos conjugais, ou quando não há rede de apoio afetiva.

LEMBRETE

Não tem nada de errado em não se identificar com um ou mais dos fenômenos descritos. Eles são apenas manifestações psíquicas e emocionais comuns, não uma regra absoluta.

O que diferencia emoções comuns de um adoecimento mental?

Para a Psicologia enquanto ciência, nenhuma emoção é à toa. Sentir medo é essencial para se proteger de risco; a raiva alerta quando limites foram ultrapassados; a ansiedade pode te movimentar para estudar melhor para uma prova importante.

Em termos clínicos, o que separa uma reação emocional típica de um transtorno mental é uma soma cuidadosa: **intensidade, duração e nível de prejuízo na vida diária**.

	EMOÇÕES COMUNS	TRANSTORNOS MENTAIS
Duração	Surge, atinge um pico e diminui em pouco tempo.	Persiste além do esperado ou só se intensifica.
Intensidade	Proporcional ao acontecimento que a desencadeou.	Desproporcional, mais avassaladora do que a situação justificaria.
Funcionalidade	Não compromete atividades da vida diária de forma persistente.	Interfere na capacidade de realizar atividades antes possíveis.
Melhora	Alivia com apoio, descanso ou afastamento do que a desencadeou.	Não alivia com recursos habituais.

Perguntas que podem ajudar a nortear a autopercepção:

- Isso que estou sentindo me impede de cuidar de mim ou do meu bebê?
- Esse sentimento aparece a maioria dos dias?
- Estou tendo pensamentos que me assustam ou que não parecem meus?
- As pessoas ao meu redor estão percebendo uma mudança negativa em mim?

Uma resposta “sim” à maioria dessas perguntas já merece atenção — não um diagnóstico, mas certamente acolhimento e, talvez, uma avaliação profissional.

Sinais de alerta na tentativa e na reprodução assistida

Para algumas mulheres, tentar engravidar é leve. Para outras, torna-se uma maratona invisível: ciclos contados, exames, hormônios, agendas de clínica, esperas de duas semanas que parecem durar meses — tudo isso, muitas vezes, em silêncio, porque quase ninguém sabe que a tentativa existe.

A literatura em saúde mental reconhece a infertilidade e os tratamentos de reprodução assistida como experiências de sofrimento intenso e prolongado. E há uma crueldade particular nesse sofrimento: ele não tem ritual, não tem velório, não tem licença. O mundo segue esperando que você “relaxe”.

SINAIS QUE MERECEM ATENÇÃO

- **A vida em ciclos de espera:** o calendário emocional passa a girar em torno do tratamento — a punção, a transferência, o beta. Planejar qualquer futuro parece impossível, porque tudo depende do próximo resultado.
- **O luto dos negativos:** cada resultado negativo pode ser vivido como uma perda real — de um filho que já tinha nome no pensamento. É um luto que a sociedade não autoriza, e por isso dói dobrado.
- **Hipervigilância corporal:** monitorar cada sinal do corpo, interpretar cada cólica, pesquisar sintomas por horas.
- **Evitação social:** chás de bebê, anúncios de gravidez e até encontros com amigas grávidas tornam-se insuportáveis — e a culpa por sentir isso, também.
- **Culpa dirigida ao próprio corpo:** “meu corpo falhou”, “eu deixei para tarde demais” — pensamentos que corroem a autoestima e o casamento.
- **Tensão conjugal em torno de decisões:** continuar ou parar, mudar de clínica, considerar ovodoação — decisões enormes tomadas sob exaustão emocional e, muitas vezes, financeira.
- **Desesperança persistente:** quando a tristeza entre os ciclos deixa de ceder e passa a colorir todas as áreas da vida.

PARA QUEM ESTÁ DE FORA

- Nunca diga “relaxa que acontece” — além de não ter respaldo, invalida um sofrimento legítimo;
- Não pergunte “quando vem o bebê?” — você não sabe o que essa pergunta custa;
- Pergunte como ela prefere ser apoiada nos dias de resultado — presença, silêncio ou distração;
- Se ela decidir pausar ou parar, acolha: parar também é um caminho legítimo, não uma desistência.

ENTENDA

As grandes decisões da reprodução assistida — ovoduação, embriões congelados, quando pausar, quando parar — merecem um espaço psicológico próprio, e não apenas a sala de espera da clínica. O acompanhamento psicológico durante o tratamento não é um extra: é parte do cuidado, e pode (com a sua autorização) dialogar com a equipe médica que conduz os ciclos.

Sinais de alerta durante a gestação

Nesta seção e na próxima, pense sempre no que está descrito levando em conta a diferenciação do capítulo 2. A irritabilidade descrita aqui não é sobre fechar a cara e bater a porta após uma briga séria — é sentir fúria subindo à cabeça ao deixar cair um copo. A tristeza não é ficar borocoxô ao voltar de um feriado, mas sentir-se vazia no auge do aniversário surpresa que fizeram para você.

Depressão Gestacional (Depressão Maior)

SE CARACTERIZA POR

- **Humor triste, choroso ou vazio** na maior parte do dia — mesmo em momentos felizes.
- **Irritabilidade**, com explosões desproporcionais e intolerância a imprevistos.
- **Ausência de prazer** em atividades antes prazerosas; pode se manifestar como desconexão da gravidez.
- **Insônia ou hipersônia** — pensamentos angustiantes que não deixam dormir, ou dormir muito para se anestesiar.
- **Alterações no apetite ou no peso**, com a comida emocionalmente carregada.
- **Agitação ou lentidão física** — tudo exige um esforço desproporcional.
- **Fadiga ou perda de energia** — um cansaço de existir, de sentir “demais”.
- **Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva** — “não serei boa mãe”, “meu bebê merece uma mãe melhor”.
- **Dificuldade de concentração** e de tomada de decisão.
- **Pensamentos recorrentes ou ideação de morte** — de “seria mais fácil não estar aqui” a planejamento concreto.

PARA QUEM ESTÁ DE FORA OBSERVAR

- Ela chora com frequência, às vezes sem conseguir explicar o motivo;
- Não fala do bebê, evita preparativos, parece indiferente ao enxoval e às consultas;
- Parece ausente mesmo quando presente — olhar distante, respostas curtas;
- Perdeu o interesse em coisas que antes gostava;
- Sugere que o bebê ou as pessoas ao redor estariam melhor sem ela;
- Parece irritada com frequência — pode ser mais visível do que a tristeza.

Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

SE CARACTERIZA POR

- **Inquietação** ou sensação de estar “no limite”, tensão constante, vigilância permanente que não desliga.

- **Fatigabilidade fácil** — cansaço pelo esforço mental e emocional de estar em alerta.
- **Dificuldade de concentração**, pensamento acelerado, negativo e excessivo.
- **Irritabilidade** (como na depressão), com explosões desproporcionais.
- **Perturbação do sono**, geralmente insônia com pensamentos catastróficos.
- **Necessidade de controle e reasseguramento** — múltiplas opiniões médicas, dificuldade de tolerar incerteza.
- **Catastrofização** — “e se o bebê vier com algum problema?”, “e se eu morrer no parto?”.

PARA QUEM ESTÁ DE FORA OBSERVAR

- Pergunta repetidamente a mesma coisa, como se a resposta nunca fosse suficiente;
- Pesquisa excessivamente sintomas e riscos na internet;
- Pequenos imprevistos geram reações intensas;
- Não consegue descansar mesmo quando tem oportunidade;
- Parece fisicamente tensa — ombros contraídos, mandíbula fechada;
- Chora com facilidade, mas não por tristeza.

Tocofobia (Medo intenso do parto)

SE CARACTERIZA POR

- **Medo desproporcional e persistente**, mesmo diante de segurança objetiva (“eu sei que é irracional, mas sinto que vou morrer”).
- **Manifestações físicas ao pensar no parto** — pesadelos, taquicardia, sudorese, tremores, náusea — levando à evitação ativa do assunto.
- **Solicitação precoce e irredutível de cesárea**, como única forma de evitar o parto vaginal.
- **Influência no funcionamento** — o medo passa a nortear decisões, relacionamentos e planos futuros.
- **Medo da morte**, da própria ou do bebê, com certeza irracional e incontrolável.

PARA QUEM ESTÁ DE FORA OBSERVAR

- Recusa em falar sobre o parto;
- Desconforto extremo ao ver vídeos, relatos ou aulas sobre o tema;
- Irredutível na escolha pela cesariana, podendo chegar à agressividade.

Sinais de alerta após a gestação

“O período crítico de transição é a matrescência, o tempo de tornar-se mãe”, escreve a antropóloga Dana Raphael, em 1973. Todos sabem que adolescentes se sentem deslocados porque passam por mudanças mentais e corporais extremas — mas, quando as mulheres têm um bebê, espera-se que façam essa transição com facilidade, que pousem suavemente em um novo eu, em um dos períodos mais sensíveis da vida.

— Lucy Jones, Matrescência (2023)

Baby Blues

Fenômeno transitório, fisiológico e normal, ocorre nos primeiros 15 dias após o parto, com pico entre o 3º e o 5º dia. Durante 9 meses, o corpo produziu um novo órgão (a placenta) e um bebê — um trabalho hormonal sem igual. De repente, o parto encerra essa produção, e o sistema nervoso precisa de tempo para se reorganizar. Podem surgir choro, tristeza, ansiedade, irritabilidade, perturbação do sono e fadiga, coexistindo com momentos de ternura e conexão.

Não é considerado um transtorno por não afetar a capacidade da mãe de cuidar de si e do bebê, encerrando-se de forma natural e podendo ser aliviado com afeto, apoio e descanso.

PARA QUEM ESTÁ DE FORA

- Não minimize — “é normal” não é resposta suficiente para o choro de uma mãe;
- Não cobre que ela “se anime” ou “aproveite mais”;
- Ofereça ajuda concreta — cuide do bebê para que ela durma, prepare uma refeição;
- Explique, se ela não conhecer, o que é o Baby Blues;
- Se após duas semanas os sintomas persistirem, encoraje a busca por apoio profissional.

Depressão Pós-Parto

SE CARACTERIZA POR

- **Humor deprimido** — tristeza persistente, irritabilidade intensa, raiva ou um vazio que a mãe não sabe nomear.
- **Irritabilidade aumentada**, fúria com o parceiro, com a família, com o bebê, consigo mesma.
- **Ausência de prazer** — dificuldade de sentir conexão com o bebê ou de sentir amor imediato por ele, gerando culpa e vergonha.
- **Insônia ou hipersônia** — não conseguir dormir mesmo quando o bebê dorme, ou dormir excessivamente como fuga.
- **Alterações no apetite**, com culpa por não se alimentar bem se estiver amamentando.

- **Fadiga intensa** — exaustão que não melhora com repouso.
- **Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva:** “meu bebê merece mais do que posso dar”.
- **Pensamentos ou ideação de morte** — passivos (“seria mais fácil não estar aqui”) ou estruturados. Qualquer pensamento nessa direção é considerado emergência clínica.

PARA QUEM ESTÁ DE FORA OBSERVAR

- Ela chora ou aparenta tristeza com frequência;
- Começou a negligenciar higiene e autocuidado (esquece de comer, de tomar banho);
- Perdeu interesse em coisas que antes gostava — comida, hobbies, pessoas, o filho, o casamento;
- Diz que o bebê ou as pessoas ao redor estariam melhor sem ela ou que queria sumir;
- Parece irritada ou furiosa com frequência.

LEMBRETE

Rastreio: a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) é o instrumento mais utilizado e validado internacionalmente — inclusive para a população brasileira. O PHQ-9 também tem demonstrado boa sensibilidade. Ambos estão no Anexo deste e-book.

Ansiedade Pós-Parto

SE CARACTERIZA POR

- **Inquietação persistente, hipervigilância diária** — checar a respiração do bebê ou a satisfação do marido de forma repetitiva — e pensamentos catastróficos: “e se ele morrer enquanto eu durmo?”.
- **Isolamento social**, evitando saídas ou qualquer separação do bebê, delegando pouco os cuidados.
- **Manifestações físicas** — tensão muscular, taquicardia, aperto no peito, insônia mesmo quando o bebê dorme.
- **Irritabilidade** desproporcional a pequenos eventos.
- **Necessidade de controle e reassseguramento** — múltiplas opiniões médicas, pesquisas online incessantes.

PARA QUEM ESTÁ DE FORA OBSERVAR

- Verifica o bebê com frequência desproporcional — respiração, temperatura, posição;
- Não consegue deixar o bebê com ninguém, mesmo por curtos períodos;
- Evita visitas ou as tolera com dificuldade;
- Liga ao pediatra ou pronto-socorro por situações de baixo risco;
- Qualquer nova informação gera uma nova rodada de preocupações;
- Não relaxa, não descansa, quase não dorme.

LEMBRETE

A ansiedade pós-parto não paralisa — ela acelera. É mais comum que a depressão pós-parto, mas ainda mais subdiagnosticada por uma expectativa cultural: preocupar-se com o bebê é socialmente valorizado. Por dentro, ela está em estado de alerta constante, exausta de proteger o bebê de tudo e de todos.

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)

SE CARACTERIZA POR

- **Revivências** — flashbacks do parto, pesadelos, reações físicas intensas a gatilhos (cheiros, sons, ambientes hospitalares).
- **Evitação** — fugir do que lembra, recusar consultas ginecológicas, evitar hospitais e, em casos graves, evitar o próprio bebê.
- **Humor e cognição em sofrimento** — crenças negativas persistentes (“fui fraca”, “meu corpo me traiu”), culpa distorcida, distanciamento afetivo, incapacidade de sentir emoções positivas.
- **Hiperexcitabilidade** — hipervigilância, sustos exagerados, irritabilidade, distúrbios do sono.

ENTENDA

O que determina um trauma não é o que aconteceu objetivamente — é como a mulher vivenciou aquela experiência: se sentiu medo de morrer, se perdeu o controle, se sentiu que seu corpo foi violado, se não foi ouvida, se foi abandonada. O bebê “nascer bem” costuma ser a única métrica de sucesso — mas e o bem-estar emocional dessa mãe, que passou pelo parto, talvez, de forma negativa?

Psicose Puerperal

SE CARACTERIZA POR

- **Insônia grave e inexplicável**, agitação interna sem origem clara.
- **Oscilação de humor extrema e rápida** — euforia intensa seguida de choro, raiva, terror.
- **Confusão e desorientação** — não reconhecer pessoas, falas incoerentes.
- **Delírios** — “meu bebê não é meu filho”, “alguém o trocou”, “fui escolhida para uma missão especial”.
- **Alucinações** — ouvir vozes que ordenam machucar o bebê, ver o bebê com a pele azul.
- **Agitação e comportamento bizarro**, hiperatividade desorganizada.
- **Paranoia** — desconfiança intensa de familiares, profissionais, do parceiro.
- **Euforia fora de contexto** — grandiosidade, sensação de não precisar dormir ou comer.

AVISO

A psicose puerperal é o transtorno mais grave do espectro perinatal. Não é uma forma mais intensa de depressão pós-parto — é uma condição abrupta, com ruptura do contato com a realidade e risco real de vida para a mãe e para o bebê. Afeta 1 a 2 a cada 1.000 pessoas que dão à luz. É emergência obstétrica e psiquiátrica: a mãe e o bebê não devem ser deixados sozinhos em hipótese alguma.

PARA QUEM ESTÁ DE FORA OBSERVAR

- Ela não dorme há dias, sem explicação;
- Oscila entre euforia e terror, alegria e raiva, em minutos;
- Afirma que o bebê foi trocado, possuído ou não é dela;
- Não reconhece pessoas, tem falas incoerentes;
- Vê coisas que não existem, responde a vozes que ninguém escuta;
- Está “energizada” a ponto de não sentir necessidade de descanso.

Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)

Obsessões — pensamentos involuntários e repetitivos, vividos como intrusivos, que contradizem os valores da pessoa. Tipos comuns:

- Danos diretos ao bebê (imaginar sacudir, apertar, atirá-lo);
- Negligência (“e se eu esquecê-lo no carro?”);
- Contaminação (medo de germes, higienização repetitiva);
- Simetria e ordem (rigidez na organização do ambiente do bebê).

LEMBRETE

Se você está tendo pensamentos sobre machucar seu bebê e eles a apavoram — saiba que esse terror é exatamente o que diferencia você de uma mãe que representa risco real. Você não é um monstro. Você só precisa de ajuda.

Compulsões — comportamentos repetitivos em resposta a uma obsessão, para reduzir a dor. Aliviam temporariamente, mas reforçam o ciclo. Tipos:

- Verificações (chechar respiração, temperatura);
- Reasseguramento (perguntar repetidamente, pesquisar sintomas);
- Evitação (evitar ficar sozinha com o bebê, evitar facas, escadas, janelas);
- Rituais mentais (rezar ou recitar frases para “cancelar” um pensamento);
- Higienização excessiva de mãos e objetos do bebê.

PARA QUEM ESTÁ DE FORA OBSERVAR

- Recusa em ficar sozinha com o bebê;
- Verificações repetitivas de bem-estar e de objetos do bebê;
- Rituais rígidos de higiene ou organização — sem permissão para ajustes;
- Acorda inúmeras vezes, ou não dorme, para vigiar o bebê, mesmo sem sinais de problemas.

Esgotamento Materno (Burnout Parental)

SE CARACTERIZA POR

- **Exaustão avassaladora no papel materno** — cansaço que não melhora com descanso, mesmo em dias tranquilos.
- **Distanciamento emocional dos filhos** — cumpre o cuidado de forma mecânica, com dificuldade de ser afetuosa.
- **Perda da satisfação no papel materno** — brincar, ler histórias e passear tornam-se pura obrigação.
- **Contraste entre a mãe que foi e a mãe que se tornou** — não se reconhece mais; sente vergonha, culpa e perda de identidade.

PARA QUEM ESTÁ DE FORA OBSERVAR

- Cuida de forma mecânica, sem afeto visível;
- Fala sobre arrependimento em ter filhos;
- Pode ser explosiva, impaciente e rígida;
- Fala do tipo “eu não era assim antes”, com nostalgia de si mesma;
- Menciona “sumir”, “ir embora” ou “não aguento mais”.

ENTENDA

A diferença entre burnout materno e depressão está na especificidade: no burnout, tudo se relaciona aos filhos e à maternidade em si; na depressão, o vazio se estende para todas as áreas da vida. Ambos podem coexistir, mas são diferentes.

Reflexo Disfórico da Ejeção do Leite (D-MER)

SE CARACTERIZA POR

- Onda súbita de tristeza profunda, uma melancolia inexplicável;
- Sensação de pavor sem objeto definido, ou angústia repentina;
- Pico de irritabilidade que surge do nada;
- Manifestações físicas — náusea, palpitações, sudorese, formigamentos, vazio no estômago.

ENTENDA

O D-MER é uma condição física impulsionada por hormônios, caracterizada por alterações mentais negativas no ato da saída do leite (amamentação ou ordenha). Os sintomas são muito breves — geralmente não duram mais de 5 minutos — o que gera estranheza e culpa. Pensamentos como “será que, na verdade, eu odeio amamentar meu filho?” podem surgir e não são necessariamente verdadeiros.

O QUE PODE AJUDAR

- Nomeie a experiência — saber o que é reduz a angústia;
- Distraia a mente durante a mamada (conversando, ouvindo música);
- Pratique meditação para controle respiratório e regulação emocional;
- Registre os episódios para confirmar o padrão;
- Busque apoio psicológico, especialmente havendo ansiedade ou depressão associadas.

Sinais de alerta após uma perda perinatal

O aborto espontâneo ocorre em 10% a 15% das gestações clinicamente reconhecidas, e estima-se que 5,1 milhões de natimortos e mortes neonatais ocorram por ano no mundo. Mesmo comum — e ser comum não diminui a enormidade — segue sendo um dos assuntos mais negligenciados. Silenciá-lo não o torna menos lancinante.

Como psicoterapeuta, já perdi a conta de quantas vezes ouvi de mulheres que “só depois que perdi é que descobri as diversas mães ao meu redor que também passaram por isso”. As pessoas simplesmente não estão preparadas para acolhê-las — e podem machucá-las ainda mais com frases como “pelo menos foi no começo”, “Deus sabe o que faz” ou “você é jovem, pode ter outro”.

Estima-se que o risco de depressão no ano seguinte à perda é duas vezes maior em comparação com mulheres no puerpério de bebês vivos. Os transtornos mentais mais frequentemente associados são:

- **TEPT**, especialmente em morte fetal intraparto, emergências obstétricas ou quando a mãe pariu um bebê já sem vida;
- **Ansiedade em gestações subsequentes**, com medo extremo, hipervigilância e dificuldade de criar vínculos com o novo bebê.

PARA QUEM ESTÁ DE FORA CUIDAR

- Nunca assumir nada — perguntar o que ela quer e precisa (inclusive nomear o bebê, se ela desejar);
- Estar presente sem tentar “resolver” o sofrimento;
- Ouvir abertamente quando ela quiser falar dele;
- Encorajar o acompanhamento psicológico especializado em luto perinatal.

ENTENDA

O luto é um processo natural e não é considerado um transtorno. Mas pode desencadear um, caso não seja elaborado — se ignorado, negado ou atropelado por outra gestação apressada.

Gosto de explicar que essa é uma dor que surge e ressurge como o movimento infinito das ondas do mar: ora pequenas, só um lembrete que molha os pés em saudade, ora grandes ao ponto de te derrubar em tristeza. É a marca que um filho deixaria em qualquer pessoa que o amou. É possível elaborá-la de diversas formas — rituais de despedida, caixa de memórias, homenagens, psicoterapia, apoio espiritual — sem que sentir a dor te impeça de, no seu tempo, voltar a viver amando, trabalhando, sorrindo e fazendo planos.

LEMBRETE

Se você está vivendo uma perda perinatal agora, saiba que seu sofrimento é real, seu bebê existiu, e você tem direito ao luto. Não existe prazo certo para deixar de sentir, mas existe, sim, cuidado que pode ajudar a atravessar a dor da melhor maneira possível.

Gestar e criar longe do Brasil

Há uma solidão específica em viver a maternidade em outro país — e ela raramente aparece nas fotos bonitas que atravessam o oceano. Gestar longe do Brasil frequentemente significa: um sistema de saúde em outra língua, protocolos diferentes dos que sua mãe e suas amigas conhecem, um puerpério sem visitas, sem a comida de casa, sem ninguém que possa simplesmente aparecer para segurar o bebê enquanto você toma banho.

A rede de apoio — aquele fator de proteção que atravessa todos os capítulos deste e-book — muitas vezes existe apenas em chamadas de vídeo. E as chamadas, por mais amorosas que sejam, não trocam fralda.

SINAIS QUE MERECEM ATENÇÃO

- **Culpa da distância:** sentir que está privando os avós do neto, ou privando o filho das raízes — uma dívida emocional que nunca fecha.
- **Não pertencer nem cá nem lá:** sentir-se estrangeira no país onde vive e, aos poucos, também nas visitas ao Brasil.
- **Sobrecarga sem revezamento:** onde não há rede, não há folga — e o cansaço sem pausa é terreno fértil para o esgotamento e a depressão.
- **Dificuldade de se expressar no cuidado de saúde:** descrever uma dor ou um medo em outra língua nunca é a mesma coisa; sutilezas se perdem, e com elas, diagnósticos.
- **Isolamento agravado pelo clima e pela cultura:** invernos longos, vizinhanças silenciosas, culturas menos afeitas ao toque e à visita.

ENTENDA

Em momentos de dor, a língua materna acolhe diferente. Poder fazer psicoterapia em português, com uma profissional que entende o que é ser brasileira — a família grande, os palpites, a saudade, a culpa — não é um detalhe: é parte do cuidado. O atendimento online tornou isso possível em qualquer fuso horário.

PARA A REDE QUE FICOU NO BRASIL

- Combine presenças regulares — uma chamada semanal marcada vale mais do que “me liga quando puder”;
- Evite “proveita que aí é lindo” — beleza de paisagem não substitui colo;
- Pergunte sobre ela, não só sobre o bebê;
- Se puder visitar no puerpério, vá para servir — cozinhar, lavar, ninar — e não para ser recebida.

Para a mulher que lidera

Executivas, empresárias, autônomas, pesquisadoras, médicas: mulheres cuja identidade foi construída, por anos, sobre competência e entrega. Para elas, a maternidade costuma chegar com um contrato invisível — o de que darão conta disso também, com a mesma excelência, sem deixar cair nenhuma bola.

É aqui que mora um dos sofrimentos mais silenciosos deste livro: **a alta funcionalidade não é ausência de adoecimento**. É perfeitamente possível bater metas, liderar reuniões e responder e-mails às 23h — em depressão. O desempenho, nesses casos, não é sinal de saúde: é esconderijo.

SINAIS QUE MERECEM ATENÇÃO

- **Retorno precoce como fuga ou como pânico:** voltar ao trabalho antes do corpo e do psiquismo estarem prontos — por medo de perder o lugar, ou porque o trabalho é o único território onde ainda se sente competente.
- **Culpa dupla e permanente:** sentir-se mãe insuficiente quando trabalha e profissional insuficiente quando materna — sem nenhum lugar de descanso entre os dois.
- **Perfeccionismo que endurece:** a exigência que antes movia passa a punir; erros pequenos geram vergonha desproporcional.
- **Incapacidade de delegar** — no trabalho e em casa: revisar tudo, refazer tudo, desconfiar de qualquer ajuda, inclusive da babá e do parceiro.
- **Trabalho como anestesia:** preencher cada minuto para não sentir; o descanso vira desconforto.
- **Amamentar, extrair leite e performar** — tudo ao mesmo tempo, em silêncio, entre uma reunião e outra.

ENTENDA

Pedir ajuda não é falha de gestão — é gestão. Nenhuma líder conduz uma equipe sem delegar; nenhuma mulher atravessa a matrescência sem rede. O acompanhamento psicológico, aqui, não é um sinal de fraqueza que precisa ser escondido da empresa: é a mesma inteligência estratégica que você aplica ao negócio, aplicada a você.

LEMBRETE

Se você se reconheceu neste capítulo e pensou “mas eu estou dando conta” — lembre-se do capítulo 2. A pergunta não é se você está funcionando. É a que custo.

O que fazer ao identificar os sinais

Se você se identificou — ou identificou algum desses sinais em uma mulher-mãe próxima — quero deixar este capítulo como um passo a passo prático.

De pronto, sugiro a **nomeação do problema**. Dar nome ao sofrimento — sem minimizar, mas também sem catastrofizar — é um primeiro passo para enxergá-lo em sua totalidade. Seus perigos, mas também os caminhos possíveis para a melhora, levando em conta que **todos têm tratamento**.

Uma pessoa que convive com qualquer um desses transtornos não nasceu com eles, mas os desenvolveu ao longo da vida, principalmente a partir de um contexto adoecedor. Em gestação e puerpério, não é difícil entender de onde vem esse contexto: mesmo no melhor cenário econômico, é preciso dedicar-se a um bebê 24 horas por dia, 7 dias na semana, sem folgas reais, enquanto convive com uma avalanche hormonal, palpites sociais invasivos, possível falta de apoio, num mundo que não foi projetado para acolher mulheres e seus filhos.

LEMBRETE

Temos mania de chamar as pessoas de diabéticas, hipertensas, depressivas. Nunca diga “eu sou depressiva”, mas sim “eu estou vivendo com a depressão”. Você não é o seu adoecimento, apenas está convivendo com ele agora. Reconhecer isso é dar a essa faceta da vida um caráter temporário — o que não é ilusão, mas uma possibilidade real.

REDE PÚBLICA E RECURSOS DISPONÍVEIS

Em novembro de 2023, foi sancionada a Lei 14.721/2023, que garante assistência psicológica gratuita a gestantes e puérperas no Brasil. É possível se informar sobre isso nas consultas de pré-natal.

- **Unidade Básica de Saúde (UBS):** porta de entrada do SUS. Vá para avaliação inicial, encaminhamento para psicologia/psiquiatria e retirada de medicamentos.
- **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS):** serviço especializado em saúde mental. Vá quando o sofrimento estiver comprometendo significativamente a vida ou em crise. É serviço de portas abertas. O CAPS III funciona 24 horas.
- **UPA ou pronto-socorro:** em pensamentos de machucar-se ou ao bebê, confusão mental intensa com delírios/alucinações, ou crise de pânico que não cede.
- **Grupos presenciais e online** de mães no período perinatal — trocas de experiência e indicação de profissionais humanizados.

Montando o seu time de cuidado

Para quem pode compor um cuidado particular — no Brasil ou no exterior — vale pensar a saúde perinatal como um **time**, e não como consultas isoladas. Nenhum profissional dá conta de tudo; a força está na articulação entre eles.

- **Psicóloga perinatal:** o fio condutor emocional de toda a jornada — da tentativa ao retorno à vida que segue.
- **Psiquiatra (idealmente com experiência perinatal):** para avaliação diagnóstica e medicação segura na gestação e lactação, quando necessária.
- **Obstetra que escuta:** além da técnica, procure quem responde perguntas sem pressa e respeita seu plano de parto.
- **Doula:** suporte contínuo no trabalho de parto — associado, na literatura, a experiências de parto mais positivas.
- **Consultora de amamentação:** pode transformar semanas de dor e culpa em dias de ajuste técnico.
- **Fisioterapeuta pélvica:** preparação para o parto e recuperação do assoalho pélvico no pós-parto.

COMO ESCOLHER BEM

- Especialização real e verificável na área perinatal — pergunte sem constrangimento;
- Disposição declarada para trabalhar em equipe e conversar com os demais profissionais (sempre com a sua autorização);
- Comunicação clara sobre como funciona o acompanhamento — frequência, canais, limites;
- E o critério mais subestimado: como você se sente depois de falar com essa pessoa.

ENTENDA

Um time de cuidado articulado não é luxo — é rede de segurança. Quando a psicóloga conversa com o obstetra, quando a psiquiatra sabe o que aconteceu na última consulta de pré-natal, o cuidado deixa de ter frestas por onde o sofrimento escapa despercebido.

O que cada profissional pode fazer por você

Psicóloga

Trabalha com acolhimento e suporte emocional por meio da psicoterapia — online ou presencial, individual, em casal ou grupo, em caráter sigiloso. Ajuda a identificar e acompanhar transtornos, trabalhar o vínculo mãe-bebê, elaborar traumas e criar estratégias de bem-estar. A área que se especializa na mulher-mãe é a Psicologia Perinatal e Obstétrica. Não prescreve medicamentos, mas pode indicar o momento de buscar ajuda psiquiátrica.

Psiquiatra

Médica especializada em saúde mental. Realiza diagnóstico, avalia a necessidade de medicação e acompanha quadros mais graves ou que não respondem apenas à psicoterapia. Pode e deve trabalhar em conjunto com a psicóloga.

Médica de família ou clínica geral na UBS

Faz o primeiro acolhimento, aplica escalas de rastreamento (como a EPDS), encaminha para psicologia/psiquiatria e prescreve medicamentos de primeira linha quando necessário.

Médica ou Enfermeira Obstétrica

Muitas vezes o primeiro contato da mãe no pré-natal e pós-parto. Pode identificar sinais de alerta, oferecer escuta qualificada e acionar a rede de cuidado psiquiátrico/psicoterapêutico.

ENTENDA

Existem medicamentos psiquiátricos seguros para a gestação e a lactação, e podem ser um recurso extremamente valioso. Geralmente são administrados em caráter provisório, com acompanhamento periódico, facilitando a percepção de energia, calma e clareza mental — e viabilizando a busca por outras ferramentas não farmacológicas. Iniciar o uso não define seu destino: o desmame, a depender do progresso, não é só possibilidade — é recomendação.

Para a rede de apoio: como iniciar essa conversa

Nem todas as pessoas ao redor de uma gestante conseguem perceber que algo não vai bem, especialmente se os sintomas forem mascarados pelo que o machismo estrutural promulga ser “o natural de uma mulher-mãe”: em privação de sono, cansada, faminta, chorosa, hiperfocada no bebê e pouco afetuosa no âmbito conjugal.

Mas há quem perceba — e o medo de assustar frequentemente paralisa, resultando em silêncio que a mãe pode interpretar como indiferença, ou pior, como confirmação de que ninguém percebe. Não existe frase perfeita, mas há um tom certo: um tom que valida, não pressiona e abre espaço sem exigir resposta imediata. Exemplos:

- “Tenho te observado e estou com você. Como você está de verdade?”
- “Percebi que você está diferente ultimamente. Não precisa me contar nada agora — mas quero que saiba que estou aqui.”
- “Não precisa estar bem comigo. Pode estar como você estiver.”
- “Estou notando que você parece cansada de um jeito diferente. Quer me contar o que está acontecendo?”
- “Você não precisa dar conta de tudo sozinha. Posso ficar com o bebê agora enquanto você descansa.”
- “Você já pensou em conversar com alguém? Posso te ajudar a encontrar.”

LEMBRETE

Se você é rede de apoio e chegou até aqui, já te compreendo como alguém sensível e disposto a ajudar. Mas seu acolhimento não substitui ajuda especializada. Tenha em mente as suas próprias limitações — é possível sobrecarregar-se com o bem-estar do outro. Se a mãe desconversar ou se fechar, continue presente com ações e volte a falar do assunto num futuro próximo, com gentileza. Estar presente no dia a dia pode gerar mais confiança do que palavras em si.

Quando agir sem esperar permissão

O acolhimento deve continuar sendo a abordagem principal — mas existe um momento em que a gentileza sem ação pode custar caro. Os sinais de alerta que exigem ações imediatas são:

- **Qualquer menção a não querer mais viver:** “seria mais fácil se eu não estivesse aqui”, “meu bebê estaria melhor sem mim”, “queria dormir e não acordar”, mesmo ditas de passagem ou seguidas de sorriso. Não existe menção pequena demais ao desejo de morrer. Sinais de passagem à ação: pesquisar métodos, despedidas definitivas, distribuir pertences, organizar documentos, isolamento crescente.
- **Sinais de psicose puerperal:** confusão mental intensa, delírios sobre o bebê, alucinações, comportamento bizarro, insônia grave há vários dias, oscilação extrema de humor, incapacidade de cuidar do bebê.

O primeiro passo é **não deixá-la sozinha**. Literalmente não ir embora enquanto a situação não estiver segura. Fale diretamente, com calma, sobre o que você percebeu — falar sobre suicídio não aumenta o risco, abre a possibilidade de conversa. Remova discretamente objetos que possam ser usados para se machucar. Em seguida, acione ajuda profissional:

- **Situação grave mas não imediata:** ligue para o CVV — 188, ou leve à UPA/pronto-socorro para avaliação psiquiátrica;
- **Risco imediato de vida:** ligue para o SAMU — 192, ou leve diretamente à emergência hospitalar;
- **Psicose puerperal:** vá diretamente à emergência ou ao CAPS III (24 horas). É emergência médica.

E se ela resistir? Não é incomum. Na psicose puerperal, inclusive, a recusa em buscar ajuda é parte do quadro — a mãe não reconhece que está doente. Nesse caso, a decisão de acionar ajuda não precisa do consentimento dela, pois **a segurança dela e do bebê vem primeiro**. A relação pode ficar estremecida, sim, mas é possível lidar com isso em outro momento.

SAMU

192

BOMBEIROS

193

CVV

188

Conclusão

Acabar não acabou, pois sempre existirão atualizações quando se trata de cuidado em saúde mental. Mas, por hoje, acho que consegui sintetizar o que temos factualmente. Se você se identificou com qualquer sintoma apresentado aqui, por favor, não duvide de si mesma. Não hesite em acionar sua rede de apoio afetiva ou profissional. Não espere piorar. Não diminua o que está sentindo para caber em moldes que fazem pouco sentido. Ser mãe é difícil para a maioria das pessoas, sim, mas é preciso traçar uma linha entre ser desafiador e ser adoecedor.

Acredito honestamente que a saúde mental feminina deveria ser prioridade. Não só porque o bem-estar das mães delimita muito do que oferecerão a seus bebês, mas, principalmente, porque somos mulheres: seres humanos completos, com necessidades, dores e sonhos negligenciados por incontáveis gerações. Pra mim, chega.

Eu te enxergo. Eu me enxergo. Vamos juntas.

Um pouco sobre a autora



Meu nome é Bárbara Chaves, mas me sinto acolhida quando me chamam de Babi. Sou filha caçula da minha mãe e a filha do meio do meu pai, quem amo profundamente e gostaria de ter mais perto. Saí do seio familiar primeiro aos 10 anos, com a separação dos meus pais; depois aos 16, quando fui morar com minha irmã em busca de uma educação melhor. Aos 19, migrei para a capital para começar a faculdade.

Me formei em Psicologia em 2021 e iniciei minha especialização em Psicologia Perinatal e Obstétrica ainda no oitavo período. Hoje sou duas vezes especialista — em Psicologia Perinatal e Obstétrica e em Psicologia Hospitalar — e treinada em Pré-Natal Psicológico, Primeiros Socorros Psicológicos, Assistência Psicológica de Parto e Assistência na Perda Gestacional. Atuo pela abordagem da Gestalt-Terapia.

Meus atendimentos são exclusivamente online — o que os torna internacionais — e voltados para mulheres-mães: tentantes, gestantes, enlutadas, puérperas, adotantes, típicas ou atípicas. Meu maior objetivo é oferecer um espaço seguro para apenas ser, sem julgamentos, promovendo empoderamento real através do autoconhecimento.

Sou desonrosamente viciada em açúcar, cuidadora de um gato laranja acima do peso e de um golden retriever cuja energia nunca acaba. Junto do meu marido, com quem vivo há 10 anos, o que mais amo fazer é comer, viajar e sentar na sala para conversar. Sou fascinada por trilhas sonoras de filmes e levo minhas amizades com seriedade e afeto cuidadoso.

Ainda não sou mulher-mãe. Sendo alguém que convive com uma doença autoimune, com dor crônica, essa é uma decisão que requer planejamento detalhado. Mas ouço com frequência que ser não-mãe não diminui minha capacidade de oferecer escuta empática e técnica — e assim sigo por aqui, oferecendo um pouco do que sou a todas que chegam a mim.

Tenho tentado manter uma clínica acolhedora, neurocientífica, feminista, um pouco piadista e o mais socialmente consciente possível, e pretendo continuar nessa linha. Seja você mulher-mãe ou o apoio de uma: **obrigada por sua atenção.**

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)

Considerando os últimos 7 dias:

EPDS · NOS ÚLTIMOS 7 DIAS	QUASE SEMPRE	ÀS VEZES	RARAMENTE	NUNCA
1. Tenho sido capaz de rir e ver o lado bom das coisas	0	1	2	3
2. Tenho tido esperança no futuro	0	1	2	3
3. Me culpo sem necessidade quando as coisas não correm bem	3	2	1	0
4. Tenho ficado ansiosa ou preocupada por razões bobas	3	2	1	0
5. Tenho ficado assustada ou com medo por razões bobas	3	2	1	0
6. Tenho me sentido tão infeliz que durmo mal	3	2	1	0
7. Tenho me sentido triste ou muito infeliz	3	2	1	0
8. Tenho me sentido tão infeliz que choro	3	2	1	0
9. Tenho ideias de fazer mal a mim mesma	3	2	1	0
10. Tenho sentido que as coisas são demais para mim	3	2	1	0

As respostas são cotadas de 0 a 3 conforme a gravidade crescente dos sintomas (as questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente). Cada item é somado aos demais para obter a pontuação total. Uma pontuação de 12 ou mais indica probabilidade de depressão — mas não sua gravidade. A EPDS foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.

Questionário sobre Saúde do Paciente (PHQ-9)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodada por qualquer um dos problemas abaixo?

Questionário sobre Saúde do Paciente (PHQ-9)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodada por qualquer um dos problemas abaixo?

PHQ-9	NENHUMA VEZ	VÁRIOS DIAS	MAIS DA METADE	QUASE SEMPRE
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Sentir-se “para baixo”, deprimida ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para dormir ou dormir demais	0	1	2	3
4. Sentir-se cansada ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comer demais	0	1	2	3
6. Sentir-se mal consigo mesma, ou que decepcionou a família	0	1	2	3
7. Dificuldade de concentração (ler, ver TV)	0	1	2	3
8. Lentidão ou agitação perceptíveis pelos outros	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir ou que seria melhor estar morta	0	1	2	3

As pontuações totais de 5, 10, 15 e 20 representam os pontos de corte para depressão leve, moderada, moderadamente grave e grave, respectivamente. A pergunta 9 é uma pergunta única de triagem sobre risco de suicídio — uma resposta “sim” exige avaliação aprofundada por profissional competente.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.).
- Brasil. (2023). Lei nº 14.721, de 23 de novembro de 2023. Altera o Estatuto da Criança e do Adolescente para garantir assistência psicológica a gestantes e puérperas.
- Chrisler, J. C. (2019). Nesting during pregnancy.
- Hoekzema, E., et al. (2017). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nature Neuroscience*, 20(2), 287–296.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2023). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua).
- Jones, L. (2023). Matrescência.
- Maldonado, M. T. (2017). Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor (6ª ed.). Ideias & Letras.
- Pritschet, L., Taylor, C. M., Cossio, D., Faskowitz, J., Santander, T., Handwerker, D. A., Grotzinger, H., Layher, E., Chrastil, E. R., & Jacobs, E. G. (2024). Neuroanatomical changes observed over the course of a human pregnancy. *Nature Neuroscience*, 27(11), 2253–2260.
- Raphael, D. (1973). *The tender gift: Breastfeeding*. Schocken Books.
- Rich, A. (1976). *Of woman born: Motherhood as experience and institution*. W. W. Norton & Company.



UM CONVITE

Se este e-book te encontrou no momento certo

Talvez você tenha se reconhecido em alguma página. Talvez tenha reconhecido alguém que você ama. Em qualquer um dos casos, saiba: você não precisa atravessar isso sozinha.

Meu trabalho é exatamente este — psicoterapia especializada em saúde da mulher-mãe, em todas as suas fases. Atendimento individual, online, discreto, no Brasil e no exterior, com horários compatíveis com fusos dos Estados Unidos e da Europa.

O primeiro passo é uma primeira sessão de alinhamento: um espaço para nos conhecermos e desenharmos, juntas, o cuidado certo para o seu momento.



AGENDE PELO SITE
psibabi.com.br

 BÁRBARA CHAVES
psicologia

