



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS

ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO – EEAP

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF

BEATRIZ VALIM EGITO DO AMARAL

**RELAÇÕES DE APOIO SOCIAL DA MULHER MÃE NO PROCESSO DE
TRANSIÇÃO PUERPERAL**

RIO DE JANEIRO

2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS

ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO – EEAP

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF

BEATRIZ VALIM EGITO DO AMARAL

RELAÇÕES DE APOIO SOCIAL DA MULHER MÃE NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO
PUERPERAL

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Estado do Rio de
Janeiro, como requisito parcial para obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Cristiane Rodrigues da
Rocha

RIO DE JANEIRO

2025

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

A479 AMARAL, BEATRIZ VALIM EGITO DO
RELAÇÕES DE APOIO SOCIAL DA MULHER MÃE NO PROCESSO DE
TRANSIÇÃO PUERPERAL / BEATRIZ VALIM EGITO DO AMARAL. --
Rio de Janeiro : UNIRIO, 2025.
127

Orientador: CRISTIANE RODRIGUES DA ROCHA.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado
do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
2025.

1. APOIO SOCIAL NA TRANSIÇÃO PUERPERAL. 2. PERÍODO PÓS
PARTO E SAÚDE MATERNA. 3. RELAÇÕES INTERPESSOAIS NO
PUERPÉRIO. I. ROCHA, CRISTIANE RODRIGUES DA, orient. II.
Título.

AMARAL, BEATRIZ VALIM EGITO. RELAÇÕES DE APOIO SOCIAL DA MULHER MÃE NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO PUERPERAL, 2025. 127 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Cuidado na Sociedade.

Linha de Pesquisa: Saúde, História e Cultura: Saberes em Enfermagem.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **Cristiane Rodrigues da Rocha**
Data: 15/08/2025 14:50:09-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Cristiane Rodrigues da Rocha
Presidente

Prof.^a Dr.^a Marília dos Santos Rua
1^a Examinadora

Prof.^a Dr.^a Laura Johanson da Silva
2^a Examinadora

Prof.^a Dr.^a Ana Claudia Mateus Barreto
Suplente Externo

Prof.^a Dr.^a Isis Vanessa Nazareth
Suplente Interno

RIO DE JANEIRO

2025

LISTA DE SIGLAS

BVS Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CNS Conselho Nacional de Saúde

DeCS Descritores em Ciência da Saúde

DPP Depressão pós-parto

EEAP Escola de Enfermagem Alfredo Pinto

EECMB Espaço Educativo para Cuidado de Mãe e Bebê

EPDS Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo

HPLP II Health ProMotion Lifestyle Profile II

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LGPD Lei Geral de Proteção de Dados

MESH Medical Subject Headings Section

MOS-SSS Medical Outcomes Study Social Support Survey

MS Ministério da Saúde

NuPEEMC Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação na Área da Saúde da Mulher e da Criança

OObR Observatório Obstétrico Brasileiro

ODS Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS Organização Mundial da Saúde

OObR Observatório Obstétrico Brasileiro

PICo P: População; I: Fenômeno de Interesse; Co: Contexto

PPGENF Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

PRISMA-ScR Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses Extension for Scoping Review

PSQ Postpartum Support Questionnaire

PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua

PUBMED National Library of Medicine National Institutes of Health Questionnaires

RC Rede Cegonha

SSQ Questionário de Suporte Social

SSRS Escala de Avaliação de Suporte Social

SciELO Scientific Eletronic Library Online

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TEPT Transtorno de Estresse Pós Traumático

UFRJ Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNIRIO Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

UR Unidades de registro

US Unidades de significação

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégia PICO, Descritores (DECS/MESH)

Quadro 2 - Estratégia de busca por base de dados

Quadro 3 - Quadro da bibliografia eleita

Quadro 4 - Caracterização das Participantes (M)

Quadro 5 - Histórico Obstétrico das Participantes (M)

Quadro 6 – Proposta de Cronograma Inicial

Quadro 7 – Proposta de Cronograma com a prorrogação

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - PRISMA-ScR, processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos

Figura 2 - Diagrama representando a Estrutura da Teoria das Transições adaptada

Figura 3 - Fluxograma da construção analítica até alcançar as Categorias

Figura 4 - Esquema das transições segundo Meleis, adaptado para o processo de transição puerperal e suas relações de apoio social

SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	7
AGRADECIMENTOS.....	8
RESUMO.....	9
ABSTRACT.....	10
1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	12
1.2 OBJETIVOS.....	15
1.3 JUSTIFICATIVA.....	15
1.4 RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES.....	25
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	26
2.1 Visão ampliada do puerpério: aspectos biológicos, políticos e sociais.....	26
2.2 Relações de apoio social: uma análise conceitual e teórica.....	28
2.3 Teoria das Transições de Afaf Meleis.....	29
3 METODOLOGIA.....	33
3.1 Tipo de estudo.....	33
3.2 Participantes do estudo.....	33
3.3 Coleta e organização dos dados.....	34
3.4 Percorso da coleta de dados.....	37
3.4.1 Devolutiva do Formulário.....	37
3.4.2 A Coleta.....	38
3.5 Análise dos dados.....	38
3.6 Aspectos Éticos.....	39
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
4.1 Caracterização das participantes.....	40
4.2 Categorização.....	46
CATEGORIA I: Os desafios inerentes ao ser mulher e mãe: pontos críticos da transição...	47
CATEGORIA II: As relações de apoio social no processo de transição puerperal.....	63
CATEGORIA III: Transformações identitárias e sociais da maternidade: de mulher a mãe	76
CATEGORIA IV: Facetas positivas e resiliência na maternidade.....	80
CATEGORIA V: Políticas e condições estruturais.....	84
5 À LUZ DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES (ensaio).....	88
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	98
8 REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICE A - Termo de Anuência 1.....	109
APÊNDICE B - Termo de Anuência 2.....	110
APÊNDICE C - Questionário disposto na Plataforma Online.....	111
APÊNDICE D - Carta Convite.....	113
APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	114
APÊNDICE F - Roteiro da Entrevista.....	118
APÊNDICE G - Termo de Compromisso para uso dos dados.....	120
APÊNDICE H - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	121

AGRADECIMENTOS

Com imensa gratidão e um coração cheio de carinho, escrevo estas palavras como quem costura os fios invisíveis que sustentaram cada página desta dissertação.

À minha amiga Babi, que embarcou no universo do mestrado em paralelo ao meu, mesmo que por caminhos distintos. Sua presença foi farol. Sem você, não teria alcançado o fim, ou talvez nem me atrevido a atravessar o meio.

À minha esposa Áila que caminhou comigo todos os dias dessa jornada, em cada pequena vitória silenciosa. Seu incentivo foi o sopro que manteve meu fôlego, e sua presença me trouxe a segurança para explorar tudo o que eu podia, me deu liberdade para dedicação quase que exclusiva de finalizar essa travessia.

Às mulheres-mães que, com coragem, generosidade e verdade, emprestaram suas vozes e histórias a este trabalho: a vocês, minha reverência. Foi nos relatos que encontrei sentido, profundidade e potência. E às amigas que me ajudaram a transformar essas vozes em palavra escrita — Emily, Giulia e Gabi — obrigada por serem ponte, escuta e afeto.

À Vanessa, que o mestrado me deu de presente, e que segurou minha mão com doçura quando tudo parecia demais. E ao meu irmão Enzo, que, com sensibilidade e dedicação, esteve ao meu lado nos detalhes que ninguém vê, mas que fazem toda a diferença.

À professora Cristiane, minha orientadora, por ter me permitido viver essa experiência com liberdade, apoio e confiança. E à professora Laura, por ser aquela que, desde a graduação, semeou em mim o desejo pela pesquisa e pela escuta atenta.

A todas essas pessoas, meu mais sincero agradecimento. Vocês não apenas estiveram comigo — vocês foram parte da travessia.

AMARAL, BEATRIZ VALIM EGITO. **RELAÇÕES DE APOIO SOCIAL DA MULHER MÃE NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO PUERPERAL**, 2025. 127 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

RESUMO

Introdução: a transição puerperal, embora marcada por profundas mudanças físicas, emocionais e sociais, segue invisibilizada nas práticas de cuidado e nas políticas públicas. O pós-parto da mulher-mãe é frequentemente negligenciado, sendo o foco deslocado quase exclusivamente para o recém-nascido. Dessa forma, as relações que fornecem apoio emocional têm sido associadas a uma melhoria significativa no bem-estar geral das mães. Entender o apoio social como um processo benéfico, tanto para quem oferece quanto para quem recebe, somado ao seu potencial para o enfrentamento dos fatores inibidores, pode contribuir com a identificação dos condicionantes determinantes e avaliação do seu impacto direto na saúde física e mental da mulher mãe. À luz da Teoria das Transições, de Afaf Meleis, este estudo buscou compreender como essas experiências se configuram como processos complexos e multifatoriais. **Objetivo:** descrever as relações de apoio social no período puerperal sob a ótica da mulher mãe; analisar e discutir os facilitadores e inibidores do processo de transição puerperal em relação às relações de apoio social. **Método:** trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, desenvolvida em duas etapas: primeiramente, uma triagem dos participantes com o intuito de captar ao estudo somente aquelas pessoas que cumprem os critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão englobam: mulheres maiores de 18 anos, que deram à luz a crianças a termo há no mínimo 45 dias e no máximo 2 anos em condições supostamente saudáveis. Quanto aos critérios de exclusão, ficam estabelecidos: mulheres após parto de natimorto; mulheres com filhos acometidos por agravo à saúde ao nascimento que determinaram hospitalização prolongada ou condições crônicas; mulheres cujos filhos nasceram com peso < 2.500g e mulheres que permaneceram hospitalizadas após o parto por um período maior que 15 dias. Os dados obtidos durante todo o processo de coleta foram submetidos à análise de conteúdo temático-categorial proposto por Oliveira (2008). Todos os aspectos éticos foram contemplados. **Resultados:** os resultados deste estudo foram organizados em cinco categorias principais. A primeira categoria aborda as relações de apoio social no processo de transição puerperal, subdividida em duas subcategorias: relações familiares e apoio comunitário e profissional. A segunda categoria trata dos desafios inerentes ao ser mulher e mãe, com subcategorias sobre a sobrecarga exclusiva da mulher mãe, desafios físicos e emocionais, e o confronto entre expectativa e realidade. A terceira categoria explora as transformações identitárias e sociais da maternidade, destacando o impacto na identidade da mulher e nas relações interpessoais. A quarta categoria foca nas facetas positivas e na resiliência na maternidade, enfatizando o suporte emocional, o vínculo com a criança e as estratégias de enfrentamento. Por fim, a quinta categoria discute as políticas e condições estruturais, abordando os desafios relacionados à falta de políticas públicas e suporte institucional. **Considerações finais:** os achados revelam que a transição puerperal é uma travessia profunda, marcada por rupturas identitárias e exigências emocionais invisibilizadas. A ausência ou fragilidade das relações de apoio intensifica a vulnerabilidade da mulher-mãe nesse percurso. Ainda que algumas encontrem redes de suporte, os desafios persistem mesmo em contextos privilegiados. Torna-se urgente reconhecer o puerpério como uma fase de vulnerabilidade emocional, física, social e contínua, que demanda cuidado integral, escuta e políticas públicas sensíveis à complexidade dessa experiência.

Descritores: Período pós-parto; Apoio social; Relações interpessoais; Saúde materna.

ABSTRACT

Introduction: the puerperal transition, although characterized by profound physical, emotional, and social changes, remains overlooked in healthcare practices and public policies. The postpartum period of the woman-mother is often neglected, with attention directed almost exclusively to the newborn. Emotional support networks have been associated with substantial improvements in maternal well-being. Understanding social support as a reciprocal process, beneficial for both providers and recipients, and as a potential resource for overcoming inhibiting factors, may contribute to identifying determinants and assessing their direct impact on maternal physical and mental health. Grounded in Afaf Meleis' Transitions Theory, this study examined these experiences as complex and multifactorial processes. **Objective:** to describe social support relationships in the puerperal period from the perspective of the woman-mother, and to analyze facilitators and barriers to the puerperal transition in relation to these support networks. **Methods:** this descriptive and exploratory qualitative study was conducted in two stages. First, participant screening ensured compliance with inclusion criteria: women aged ≥ 18 years, who had delivered full-term infants between 45 days and 2 years prior, in presumably healthy conditions. Exclusion criteria were: stillbirth; newborn health complications at birth requiring prolonged hospitalization or leading to chronic conditions; birth weight $< 2,500$ g; or maternal hospitalization > 15 days postpartum. Data were analyzed using the thematic-categorical content analysis framework proposed by Oliveira (2008). Ethical principles were strictly observed. **Results:** five main categories emerged: (1) social support relationships in the puerperal transition, subdivided into family relationships and community/professional support; (2) challenges inherent to being a woman and a mother, including exclusive maternal burden, physical and emotional demands, and the expectation–reality gap; (3) identity and social transformations of motherhood, with impacts on personal identity and interpersonal relationships; (4) positive aspects and resilience in motherhood, emphasizing emotional support, mother–child bonding, and coping strategies; and (5) policies and structural conditions, highlighting the absence of public policies and institutional support. **Conclusions:** the puerperal transition is a profound passage marked by identity shifts and often invisible emotional demands. Weak or absent support networks heighten the vulnerability of the woman-mother. Although some benefit from strong social support, challenges persist even in favorable contexts. Recognizing the puerperium as a phase of sustained emotional, physical, and social vulnerability is crucial, calling for comprehensive care, active listening, and public policies responsive to the complexity of this experience.

Keywords: Postpartum period; Social support; Interpersonal relations; Maternal health.

Sobre as águas hei de atravessar o Rio

As águas da vida surgem em grotas pelo ventre
 Se avolumam aminioticamente com o tempo
 Rompem o portal da bolsa do nascimento
 Se unem ao sangradouro uterino
 Se encontra aos afluentes lácteos entre seios montanhosos que jorram nutrição
 E são banhados por chuvas de suor e lágrimas numa confluência de transformações
 Caudaloso Rio

Em uma margem do rio
 Uma mulher que se despiu de si
 Arrancou velhas vestes e padrões de ser para atravessar
 Ao mergulhar experimenta solidão, medo, escuridão
 Dores que lapidam o cristal bruto de seu interior
 E eis que um dia na calada da noite
 As águas turvas vão revelando límpidas fascas de um amor profundo, sincero e
 Incondicional
 É quando o Rio aos poucos espelha um novo ser
 Que agora entende a grandeza da própria força

Com coragem e beleza atravessa para a outra margem
 Munida de uma sabedoria ancestral que despertou
 Do outro lado do rio
 Uma mãe
 E um brilho de um cristal multifacetado
 Um candeeiro encantado feito um farol a iluminar os seus
 Bem aventurada uma mulher que com outra se encontra
 E na fina compreensão do que é o Rio oferecem as mãos e a ajudam a atravessar

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

O conceito de apoio social é central na compreensão das relações interpessoais ao longo do ciclo da vida e fundamenta estudos que o reconhecem como fator protetor e promotor de saúde, associado a desfechos positivos em contextos de doenças crônicas, agudas, situações de estresse e complexidade (SLUZKI, 1997; SANICOLA, 2015). Assim, o apoio social se insere em uma hierarquia conceitual mais ampla, cujo núcleo são as relações sociais, abordadas sob uma perspectiva sistêmica que considera os atores envolvidos, os contextos e as funções das interações (AGNEESSENS, 2006; DUE et al., 1999; GONÇALVES et al., 2011).

Nesse sentido, compreendido como uma faceta funcional das relações interpessoais, o apoio social apresenta-se como um recurso para o enfrentamento dos desafios impostos pelas transições da vida, favorecendo o bem-estar e a adaptação positiva. Sob a ótica da Teoria das Transições, de Afaf Meleis, essas experiências de mudança são entendidas como processos complexos e multidimensionais que exigem suporte para que o indivíduo restabeleça um novo equilíbrio (MELEIS, 2010).

A percepção do apoio social recebido é influenciada por múltiplos fatores, como o significado atribuído ao apoio, o grau de satisfação, a qualidade do relacionamento e as perspectivas tanto de quem oferece quanto de quem recebe (SANICOLA, 2015). Compreender essas dinâmicas pode ser ponderoso para orientar intervenções que promovam o apoio social como recurso facilitador, especialmente em fases de maior vulnerabilidade, como a transição de ser mulher para ser mulher-mãe. Nesse processo, a mulher assume um novo papel e responsabilidades que redefinem sua identidade, vivenciando uma etapa singular marcada por intensas transformações, geralmente iniciadas após o parto (DEMORI, 2017; MELEIS, 2010).

O ciclo vivenciado após o parto, com extensão, em média, de seis semanas, é conhecido como período puerperal (MONTENEGRO e REZENDE, 2018). Todavia, levando em consideração a subjetividade que circunda o cenário pós-parto em decorrência de suas variáveis, alguns autores consideram seu findar com o retorno da função reprodutiva da mulher ou quando alterações orgânicas provenientes da gestação envolvem ao estado pré-gestacional, caracterizando o período com um término indeterminado precisamente. (MAZZO, 2018; FAHEYJO e SHENASSAE, 2013).

Tal evento é sentido de forma única e circundado de complexidade traduzida por mudanças fisiológicas, psicossociais, emocionais, físicas e econômicas, nas quais não somente a mulher tem participação, mas também toda a rede que a rodeia (MONTENEGRO e REZENDE, 2018). Com a alteração dos papéis, das representações sociais e das funções

familiares, o puerpério por vezes é marcado por incertezas, dúvidas e angústias e pode ser sentido como um período solitário (MAZZO, 2018; FAHEYJO e SHENASSAE, 2013).

Após o parto, as demandas relacionadas à maternidade se intensificam, exigindo da mulher uma reorganização profunda de sua rotina, corpo e identidade. No entanto, a estrutura das políticas públicas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal permanece centrada no nascimento e no cuidado com o recém-nascido, o que contribui para a invisibilização das necessidades da mulher após o parto (BITTENCOURT et al., 2020). Essa ausência de uma abordagem mais ampla reforça a ideia de que o protagonismo da mulher se dissolve após o parto, não por escolha individual, mas por uma construção social e institucional que desconsidera suas demandas específicas nesse momento de transição (GREINERT & MILANI, 2015; SOARES et al., 2018).

Trata-se de uma fase prolongada do ciclo de vida da mulher-mãe que, por sua invisibilidade científica, também se torna politicamente negligenciada, intensificando a lacuna no empoderamento e contribuindo para a solidão e desconexão com as relações de apoio. Essa descontinuidade do cuidado também sobrecarrega os contatos de apoio mais próximos, que nem sempre compreendem sua responsabilidade nesse processo, consequentemente enfraquecendo sua contribuição (BITTENCOURT et al., 2020; TEIXEIRA et. al., 2019).

O uso do termo *mulher-mãe* ao longo deste trabalho não é meramente estilístico, mas carrega uma escolha conceitual e ética que reconhece a complexidade e a multiplicidade de experiências que se entrelaçam na vivência da maternidade. Em um cenário contemporâneo em que o ser mulher não é mais indissociável do ser mãe, torna-se necessário um vocabulário que reflita a ruptura com a visão histórica que consolidou a maternidade como destino e essência da mulher (IACONELLI, 2019).

O delineamento da narrativa materna foi associado a sacrifícios e ao poder de reprodução desde sua origem, sendo moldado ao longo dos séculos por influências religiosas, sociais e filosóficas (VISINTIN et al., 2015). Entretanto, a passagem de tempo não distanciou os conceitos tradicionais dos modernos e difundiu a absorção da individualidade da mulher pela função materna, atribuindo a feminilidade ao trabalho de cuidado (CARNEIRO & DARÓZ, 2017; SILVA, 2016).

Essa perspectiva é apoiada por dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2019, que revelam que as mulheres dedicam o dobro de horas ao trabalho doméstico em comparação com os homens. Tal disparidade reflete não apenas a persistência da naturalização das responsabilidades domésticas femininas, mas também destaca o desequilíbrio de gênero que permeia a esfera do cuidado.

A concepção de que o cuidado e o amor materno são atributos naturais da mulher intensifica as exigências sociais impostas à maternidade, gerando uma intolerância ao erro e sobrecarregando emocionalmente a mulher (SILVA, 2016). Esse contexto se agrava no ciclo puerperal, em que alterações físicas, hormonais e psíquicas coexistem com outras demandas, como a privação do sono, o sentimento de culpa e a responsabilidade quase exclusiva pelos cuidados com o recém-nascido, repercutindo negativamente na saúde materna e nas dinâmicas familiares (MAZZETTO et al., 2022).

À luz da Teoria das Transições, o puerpério pode ser compreendido como uma experiência de transição desenvolvimental e situacional, marcada por instabilidade, redefinição de papéis e busca por adaptação. Essa transição exige reconhecimento das condições que a facilitam ou dificultam, como apoio social, preparo prévio e acesso a cuidados, e demanda intervenções que considerem a singularidade de cada vivência (MELEIS, 2012).

No âmbito nacional, apesar da constante procura por melhorias na assistência materno-infantil em busca de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), incluindo a redução da mortalidade infantil e materna, algumas lacunas ainda se mostram presentes. Muitas mulheres no Brasil ainda enfrentam dificuldades para acessar serviços de saúde adequados e de qualidade durante o parto e pós-parto, especialmente em áreas rurais e de baixa renda e, embora as recomendações nacionais sejam baseadas nas melhores evidências científicas, nem sempre são postas à prática, impactando diretamente na compreensão dos cuidados domiciliares e na influência das relações de apoio social (BRASIL, 2011; BRASIL, 2019).

Ainda que existam políticas públicas voltadas para a saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, é notório que a atenção ao puerpério apresenta índices inferiores em comparação ao pré-natal e ao parto (TEIXEIRA, et al., 2015). A abordagem, muitas das vezes adotada pelos profissionais, evidencia a priorização da saúde do recém-nascido em detrimento da saúde materna, o que diminui o investimento para a padronização da assistência puerperal (BERNARDI MC, et al., 2011; BRASIL 2019; TEIXEIRA, et al., 2015).

É possível compreender, dessa forma, que existem lacunas no alcance das dinâmicas específicas do apoio social no contexto puerperal, sobretudo no que se refere à sua atuação como elemento promotor de bem-estar nas vivências consideradas normais desse período. Ao invés de uma abordagem centrada na patologia, destaca-se a importância de compreender o puerpério como uma transição natural e multifacetada, que demanda suporte adequado para a adaptação saudável da mulher ao novo papel materno.

Mediante o exposto, a pesquisa tem como objeto de estudo as relações de apoio social no processo de transição puerperal e visa responder às seguintes questões de pesquisa:

1) Quais são as relações de apoio social mais significativas no período puerperal sob a ótica de mulheres mães? 2) Quais são os condicionantes determinantes do processo de transição puerperal?

1.2 OBJETIVOS

- 1) Descrever as relações de apoio social no período puerperal sob a ótica da mulher mãe;
- 2) Analisar e discutir os facilitadores e inibidores do processo de transição puerperal em relação às relações de apoio social.

1.3 JUSTIFICATIVA

A fim de situar o presente estudo no estado da arte, procedeu-se a uma revisão da literatura, com o objetivo de delimitar a temática e identificar as lacunas a serem exploradas. A busca foi delineada através das recomendações do sistema PICO, acrônimo que contempla Problema/População, Fenômeno de interesse e Contexto do objeto investigado - (População - mulheres mães, Interesse - relações de apoio, Contexto - puerpério). Como orientação da estratégia de busca, foram utilizados descritores do Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e do Medical Subject Headings Section (MESH), conforme quadro 1.

Quadro 1 - Estratégia PICO, Descritores (DECS/MESH), Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2025.

Estratégia PICO			DECS / MESH
PICO	Variáveis	Componentes	
P	População	Mulheres mães	Mães/Mothers; Saúde Materna/Maternal Health
I	Fenômeno de Interesse	Relações de apoio	Apoio Social/Social Support; Relações Familiares/Family Relations
Co	Contexto	Puerpério	Período Pós-Parto/Postpartum Period

fonte: Autores

A busca foi direcionada pela pergunta: “Como a saúde materna (P) é influenciada pelas relações de apoio social (I) durante o puerpério (Co)?”. Entender como são percebidas as relações de apoio social e quais são seus efeitos para o período puerperal através dos achados na literatura atua como arcabouço teórico para discussão dos resultados desta dissertação. A investigação do tema possibilita uma compreensão mais ampla das

necessidades individualizadas de acordo com as características do cenário social, baseado nos vieses percebidos.

Dessa forma, as buscas foram realizadas no segundo semestre de 2023, por meio do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) nas seguintes bases de dados: *Web of Science*, *Elsevier's Scopus*, *National Library of Medicine* (PUBMED), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO).

Os descritores foram pesquisados individualmente e, em seguida, conjugados em combinações estratégicas utilizando operadores booleanos ‘AND’ e ‘OR’, considerando as particularidades de cada plataforma, contribuindo com uma busca mais refinada com o objeto de estudo. A associação dos termos controlados está descrita no quadro 2, adaptada a cada plataforma e bases de dados.

Quadro 2 - Estratégia de busca por base de dados, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2025.

Base de dados	Estratégia de Busca
LILACS	<i>((Maternal Health) OR (Mothers)) AND ((Social Support) OR (Family Relations)) AND ((Postpartum Period))</i>
Web of Science	<i>"Mothers" OR "Maternal Health" (Topic) AND "Social Support" (Topic) OR "Family Relations" AND "Postpartum Period" (Topic)</i>
Scopus	<i>(TITLE-ABS-KEY (maternal AND health) OR TITLE-ABS-KEY (mothers) AND TITLE-ABS-KEY (social AND support) OR TITLE-ABS-KEY (family AND relations) AND TITLE-ABS-KEY (postpartum AND period))</i>
PubMed	<i>(((((Mothers) OR (Maternal Health)) AND (Social Support)) OR (Family Relations)) AND (Postpartum Period))</i>
BVS	<i>(Mothers) OR (Maternal Health) AND (Social Support) OR (Family Relations) AND (Postpartum Period)</i>
SCIELO	<i>("Mothers" OR "Maternal Health") AND ("Social Support" OR "Adolescent") AND ("Postpartum Period")</i>

Fonte: Autores.

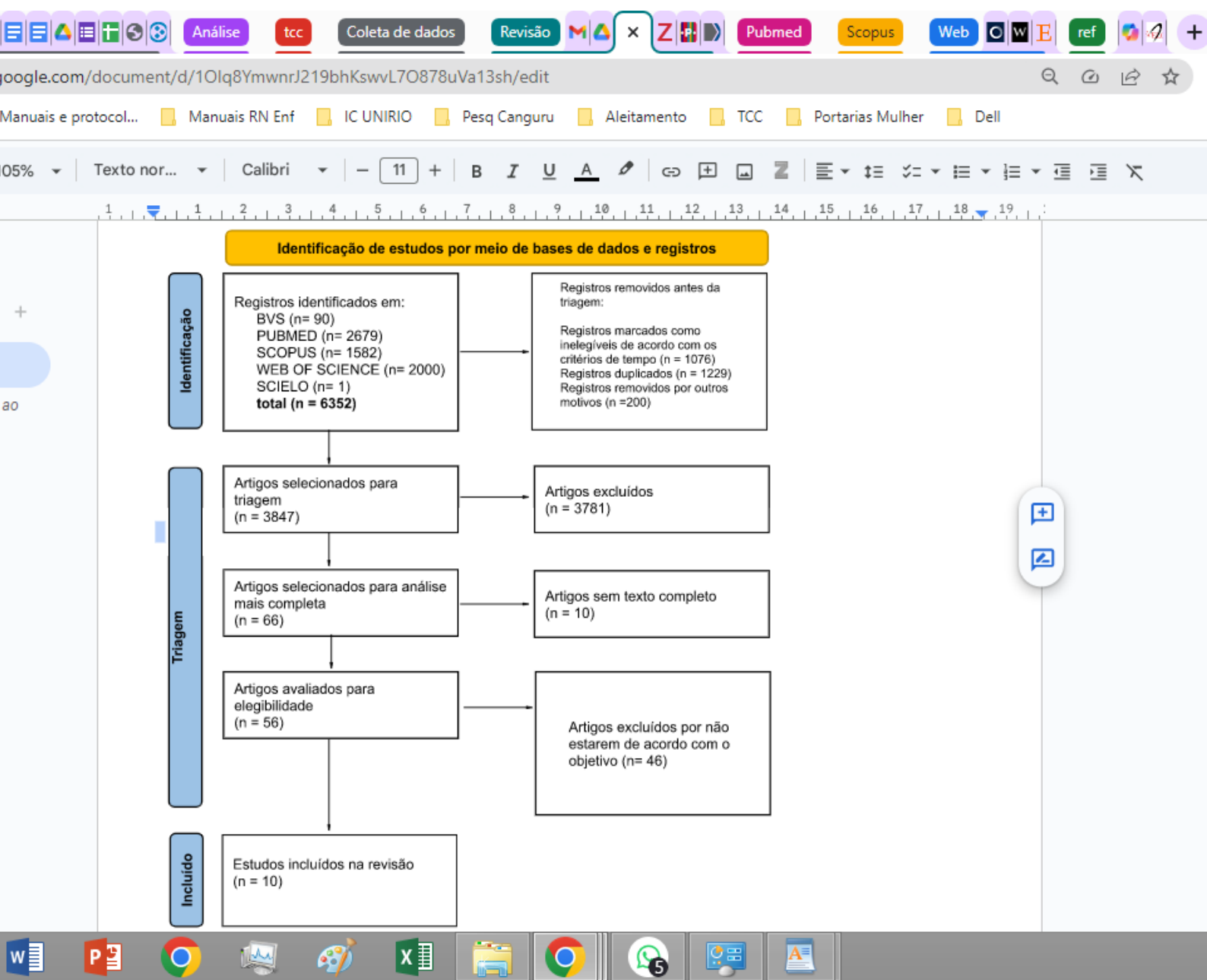
A seleção foi realizada considerando os critérios de estreitamento, os quais admitiram estudos dos últimos 10 anos, tendo em vista o objetivo de atualização e identificação das lacunas dentro do tema exposto, de forma a justificar a relevância do assunto. Além disso, foram incluídas pesquisas que abordassem os efeitos das relações de apoio social para a saúde materna durante o puerpério, para além do foco na saúde mental ou especificamente depressão pós-parto. Foram excluídos trabalhos como cartas, editoriais, dissertações, monografias, teses, estudos em andamento e aqueles que não corresponderam ao objetivo desta revisão.

Para alcançar a amostra final, todos os resultados de busca realizados nas bases de dados foram exportados e indexados em sua totalidade no *software* Zotero, ferramenta que

possibilita exclusão otimizada das duplicatas, organização e seleção das referências. Finalmente, após as etapas de filtragem, os estudos selecionados foram analisados na íntegra. Nesse processo, os dados foram interpretados e sintetizados, permitindo a identificação de eventuais lacunas no conhecimento científico. Para isso, utilizou-se o instrumento sistemático criado em um estudo de 2005 e revalidado por Souza, Silva e Carvalho (2010).

Com vistas a aprimorar a estruturação do repositório de dados e subsequente análise, realizou-se a segregação e arranjo das informações de cada estudo nos instrumentos citados. As informações extraídas foram: título, autores, país de origem, ano de publicação, delineamento metodológico, objetivos, principais resultados e conclusões. Dessa forma, foi possível estabelecer comparações e alinhar as discussões e resultados, contribuindo, assim, para a configuração teórica em conformidade com o que pretende o estudo.

A estratégia e o delineamento da busca estão detalhados no fluxograma *Preferred*



O quadro 3 expõe de forma sintetizada os artigos eleitos para a formação desta revisão bibliográfica.

Quadro 3 - Quadro da bibliografia eleita, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2025.

Fo nte N	Título	Autor	Ano/País/Periódico	Objetivo	Tipo
A 1	Association between Support and Maternal Stress at One Year Postpartum: Does Type Matter?	Sampson et al	2015 EUA Social Work Research	Fornecer um exame aprofundado da associação de diferentes tipos de apoio e estresse materno em uma amostra diversa de mães durante o primeiro ano pós-parto.	Estudo Quantitativo
A 2	Postpartum social support of women in Singapore: A pilot study.	Phang et al	2015 Singapura Int J Nurs Prac	Identificar os níveis de apoio esperados e recebidos por mulheres no pós-parto em Cingapura e comparar os diferentes subdomínios de apoio social.	Estudo piloto
A 3	Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna	Contreras-Garcia et al	2017 Chile Rev Cubana Obstet Ginecol	Relacionar o apoio social percebido e sua relação com a presença de depressão materna.	Estudo quantitativo transversal e correlacional
A 4	Social Support in the “Fourth Trimester”: A Qualitative Analysis of Women at 1 Month and 3 Months Postpartum	Cornish & Dobie	2018 EUA The Journal of Perinatal Education	Explorar como as mulheres no “quarto trimestre” vivenciam o apoio social, especificamente (a) tipos recebidos; (b) tipos desejados, mas não recebidos; (c) fontes de apoio social; e (d) a variação entre logo após o nascimento (1 mês após o parto) e	Estudo qualitativo

				mais tarde (3 meses após o parto).	
A 5	The impact of general health and social support on health promoting lifestyle in the first year postpartum: the structural equation modelling	Hajimiri et al	2018 Irã Electronic physician	Determinar o nível de engajamento em um estilo de vida promotor de saúde por mães no primeiro ano após o parto e o impacto da saúde geral e do suporte social no estilo de vida promotor de saúde das mulheres.	Estudo transversal
A 6	The association between social support and postpartum depression in women: A cross sectional study	Vaezi et al	2019 Irã	Investigar a prevalência de depressão pós-parto materna e sua associação com o apoio social .	Estudo transversal
A 7	Association between postpartum depression and social support satisfaction levels at four months after childbirth	Ando et al	2021 Japão Archives of Psychiatric Nursing	Esclarecer a associação entre a DPP entre mães e os níveis de satisfação para todos os tipos e fontes de apoio social que as mães realmente recebem até quatro meses após o parto.	Estudo transversal
A 8	Funcionalidade na perspectiva das redes de apoio no puerpério	Alves et al	2022 Brasil Rev. Bras. Saude Mater. Infant.	Investigar como o suporte social pela família nuclear, família estendida e extrafamiliar influenciam nos índices de funcionalidade das puérperas do Estado de São Paulo.	Estudo quantitativo transversal

A 9	Percepção do Apoio Social e sua Relação com o Ritmo Biológico de Mulheres no Período Pós-Parto	Oxley et al	2024 Brasil Interpersona : an international journal on personal relationships	Avaliar a associação entre a percepção do apoio social e a ruptura no padrão do ritmo biológico de mães aos três meses pós-parto.	Estudo transversal aninhado a um estudo de coorte
A 1 0	The association between social support and postpartum post-traumatic stress disorder	Chen et al	2024 China BMC Pregnancy and Childbirth	Avaliar a associação entre apoio social e TEPT pós-parto.	Estudo de coorte prospectivo

Fonte: Autores.

Dessa forma, compôs-se a revisão por dez artigos, dentre eles a maioria foi conduzida em contextos internacionais com destaque para os Estados Unidos (A1, A4), Irã (A5, A6), Chile (A3), Japão (A7), Singapura (A2) e China (A10). Ainda, duas das pesquisas identificadas foram articuladas no Brasil, uma em São Paulo (A8) e a outra no Rio Grande do Sul (A9). Dos artigos incluídos, quatro foram encontrados na base PUBMED, outros três na Scopus e três na *Web of Science*. Foram utilizadas nas pesquisas diferentes metodologias, incluindo estudos transversais, longitudinais, qualitativo e de coorte prospectivo, sendo a maioria inclinada para a análise quantitativa e descritiva.

As pesquisas analisadas apresentaram grande variação no tamanho amostral, sendo A4 com menor amostra incluindo 22 participantes (CORNISH; DOBIE, 2018) e A1 com a maior amostra incluindo 2412 participantes (SAMPSON et al., 2015). Todas as amostras de todos os artigos foram compostas por mulheres-mães, variando em diferentes contextos sociais, econômicos e culturais. A diversidade das amostras possibilitou uma visão sobre as diferentes experiências maternas, destacando o impacto das relações de apoio social em distintos cenários.

É válido ratificar que as pesquisas incluídas nesta revisão foram publicadas entre 2015 e 2024, com a seguinte distribuição: dois estudos em 2015 (A1, A2), um em 2017 (A3), dois em 2018 (A4, A5), um em 2019 (A6), um em 2021 (A7), um em 2022 (A8) e dois em 2024 (A9, A10). Observa-se, portanto, um crescimento gradativo na produção científica voltada à temática da saúde mental materna, especialmente a partir de 2015. Este aumento pode ser relacionado a iniciativas institucionais que passaram a reforçar a importância do cuidado com a saúde mental perinatal.

No Brasil, o Projeto de Lei nº 1704/2019 propôs a criação de uma política nacional de diagnóstico e tratamento da depressão pós-parto, refletindo o reconhecimento da

vulnerabilidade psíquica materna no período pós-natal. Em cenário internacional, destaca-se a fundação do Dia Mundial da Saúde Mental Materna, instituído em 2016 por uma coalizão internacional composta por profissionais, organizações e mães de diferentes países. A data, comemorada na primeira quarta-feira de maio, tem como objetivo principal aumentar a conscientização global sobre as condições que afetam a saúde mental de mulheres-mães, promovendo o debate público, a mobilização intersetorial e o fortalecimento de redes de apoio. Esses marcos temporais e políticos ajudam a contextualizar o crescimento do interesse científico pelo tema, sinalizando uma mudança no paradigma de atenção à saúde materna, cada vez mais voltado para uma abordagem integral, que inclui as dimensões emocionais, sociais e relacionais vivenciadas no puerpério.

No que tange aos métodos analíticos utilizados, constatou-se que a maioria dos estudos fez uso de instrumentos validados internacionalmente ou adaptados à realidade da população estudada. Em A3, utilizaram a Escala Multidimensional de Apoio Social Percebido de Zimet, que avalia três áreas de apoio: família, amigos e pessoas significativas. Cada área contém quatro perguntas respondidas em uma escala Likert de 4 pontos, onde pontuações mais altas indicam maior percepção de apoio social.

Os pesquisadores de A6 usaram o Questionário de Suporte Social (SSQ), que consiste em 27 itens divididos em duas partes: a primeira avalia a percepção das relações de apoio social e a segunda avalia o grau de satisfação com esse suporte. As respostas são dadas em uma escala de 6 pontos, variando de "muito insatisfeito" a "muito satisfeito". Outra Escala de Avaliação de Suporte Social (SSRS), também foi empregada em A10, medindo o suporte social em três dimensões: suporte subjetivo, suporte objetivo e disponibilidade de suporte.

Em A2, utilizaram o Postpartum Support Questionnaire (PSQ), que mede o apoio social específico do período pós-parto. O PSQ inclui itens que avaliam diferentes subdomínios de apoio social, como apoio material, emocional, informativo e de comparação. O estudo nacional fez uso do Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS) para avaliar o apoio social percebido. Esta escala foi adaptada para o português e inclui várias dimensões de apoio social, como apoio emocional, instrumental e informativo.

Já em A5, utilizaram a versão persa do Health Promotion Lifestyle Profile II (HPLP II) para medir o estilo de vida promotor de saúde das mães, que inclui dimensões como responsabilidade pela saúde, atividade física, nutrição, crescimento espiritual, gestão do estresse e relações interpessoais. O apoio social foi avaliado como parte dessas dimensões.

Três dos estudos selecionados fizeram uso de um mesmo instrumento para compor a análise, A3, A6 e A7 usaram a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS) para

avaliar a depressão pós-parto e, em A7, ainda correlacionaram seus resultados com níveis de satisfação e com diferentes tipos de apoio social, medidos por um questionário desenvolvido pelos pesquisadores. Com a investigação, foi possível reconhecer que o uso de questionários estruturados em conjunto com os instrumentos validados permitiu a triangulação dos dados e a ampliação da compreensão sobre o tema pelos pesquisadores.

Na análise dos estudos, observou-se a abordagem de diferentes aspectos do suporte social materno, analisando sua relação com estresse, depressão, funcionalidade, transtorno de estresse pós-traumático e estilo de vida promotor de saúde. Os temas convergentes dentro dos resultados e discussões dos estudos se mostraram persistentes em muitas temáticas, dessa forma sentiu-se a necessidade de agrupar os achados em nichos por similaridade de conclusões.

O conforto de casa: o impacto do apoio familiar na saúde materna

Dentre as pesquisas, duas abordaram diferentes tipos de apoio social, incluindo apoio emocional, instrumental, informativo e psicológico. (SAMPSON et al., 2015; CORNISH; DOBIE, 2018). O apoio emocional foi destacado como um fator crucial para a redução do estresse materno, enquanto o apoio instrumental foi mencionado como pertinente para a realização de tarefas domésticas e cuidados com o bebê, ambos vistos como facilitadores para a adaptação materna (SAMPSON et al., 2015; CORNISH; DOBIE, 2018).

Os estudos indicaram que as relações que oferecem apoio emocional, como demonstrações de afeto, empatia e encorajamento, têm sido associadas a melhorias no bem-estar psicológico das mães (HAJIMIRI et al., 2018; VAEZI et al., 2019). Além disso, reforçam que o apoio instrumental desempenha um importante papel na promoção de um ambiente propício à adaptação da mulher-mãe. Mesmo que destrinchados, os tipos de apoio foram apresentados de forma mais consistente no âmbito familiar.

As publicações incluídas evidenciaram em seus resultados a superioridade do apoio familiar ou de pessoas do âmbito diário como relação de apoio social em comparação com redes mais externas que, pelas percepções das puérperas, são mais fragilizadas (HAJIMIRI et al., 2018; CORNISH; DOBIE, 2018; OXLEY et al., 2024). Outros estudos mostram que tanto o cônjuge como a família são considerados as principais fontes de apoio instrumental e emocional (FELIGRERAS-ALCALÁ et al. 2020; LEFKOVICS et al. 2018).

No entanto, muitas das vezes ausenta-se a presença do pai da criança como suporte principal, seja por separação ou por associar o cuidado como exclusivo da mulher (QI et al. 2022; PACHECO et al. 2023). Em contrapartida, a figura paterna ativa não só contribui para a estrutura econômica do lar, mas também influencia positivamente na funcionalidade do dia

a dia para a mulher no pós-parto, abrangendo mobilidade, participação social e autocuidado (ALVES et al., 2022).

Os resultados foram unânimes ao constatar que a ausência de apoio pode contribuir para o aumento do estresse, comprometendo a saúde mental e física dessa mãe (ANDO et al., 2021; CHEN et al., 2024; OXLEY et al., 2024; VAEZI et al., 2019). Ademais, foi evidenciada a correlação entre a escassez de apoio familiar e a prevalência de condições de saúde específicas, como transtornos mentais (ANDO et al., 2021; CHEN et al., 2024; FELIGRERAS-ALCALÁ et al. 2020; OXLEY et al., 2024; VAEZI et al., 2019).

Dois estudos mostraram que a percepção de apoio social, especialmente da família, estava associada a menores níveis de depressão materna (ANDO et al., 2021; CONTRERAS-GARCIA et al., 2017). Mães que relataram maior apoio emocional e ajuda na tomada de decisões apresentaram menos sintomas depressivos. Vaezi et al. (2019) demonstraram que mães com níveis mais altos de apoio social tinham menor risco de desenvolver depressão pós-parto (DPP), independentemente de outros fatores de risco, como uso de medicamentos durante a gravidez ou doença do bebê.

Mães que receberam apoio emocional e instrumental de familiares e amigos relataram maior satisfação e menor risco de DPP em comparação com aquelas que dependiam apenas de apoio formal ou externo à família (ANDO et al., 2021).

Cabe salientar que a transição para a maternidade é um dos momentos mais transformadores na vida de uma mulher. Nesse processo, de acordo com os estudos, o apoio familiar se apresenta como um dos fundamentos essenciais para que a adaptação ocorra de maneira mais suave e acolhedora. O conforto de casa, mais do que um espaço físico, se configurou como um ambiente emocionalmente seguro, onde a mulher encontra apoio e compreensão para as suas novas demandas. A presença de familiares, especialmente no contexto do apoio emocional, oferece um abrigo que facilita a transição entre o mundo da mulher antes da maternidade e o novo papel que ela assume como mãe.

Entre a luz e a sombra: Saúde Mental no Puerpério

A relação entre apoio social e saúde mental materna também foi discutida. Uma das pesquisas demonstrou que o suporte social percebido está diretamente associado à presença ou ausência de sintomas depressivos, corroborando com outros estudos realizados na Índia e Egito (CONTRERAS-GARCIA et al., 2017). Os resultados mostraram que baixos níveis de satisfação com o apoio social estavam correlacionados com maior incidência de DPP. Complementarmente, o suporte social foi visto como um fator protetor significativo contra a DPP (ANDO et al., 2021; VAEZI et al., 2019).

Ainda, evidenciaram que a ausência de apoio pode levar ao isolamento social, onde as mães se sentem desconectadas de amigos, familiares e da comunidade. Esse isolamento pode agravar sentimentos de solidão e desamparo, impactando negativamente a saúde de modo geral (CORNISH & DOBIE, 2018). Esta falta não afeta apenas a mãe, mas também o bebê. Um dos trabalhos trouxe em seus resultados que crianças expostas à depressão materna e relações de apoio social frágil desde o início da vida estão mais vulneráveis a fatores de risco que prejudicam seu desenvolvimento cognitivo e emocional (SAMPSON et al., 2015).

A investigação também abrangeu o suporte social como fator protetor contra o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) pós-parto. Os resultados identificaram uma relação inversa significativa entre os níveis de suporte social e a incidência de TEPT materno, indicando que o suporte subjetivo e objetivo pode mitigar os efeitos negativos do trauma do parto (CHEN et al., 2024).

A saúde mental no período pós-parto é um tema que transcende a mera análise clínica e se insere em um contexto mais amplo de reflexões filosóficas sobre a condição humana, a maternidade e o papel do apoio social. A maternidade, em sua essência, é uma experiência profundamente transformadora, que envolve não apenas mudanças físicas, mas também emocionais e psicológicas. Nesse sentido, a falta de apoio social pode ser vista como uma falha na rede de relações humanas que sustentam a nova mãe em sua jornada.

Embora a literatura revisada ofereça contribuições significativas para a compreensão do suporte social no puerpério, observa-se uma ênfase predominante na relação entre apoio social e transtornos de saúde mental, especialmente a depressão pós-parto. Essa abordagem, embora relevante, pode restringir uma compreensão mais holística das necessidades maternas durante essa transição. A transição de ser mulher para ser mãe não se limita apenas à prevenção de transtornos psíquicos, mas também à construção de redes de apoio que promovam a saúde, a autonomia e a adaptação à nova realidade materna. Portanto, justifica-se a importância de adotar essa perspectiva ampliada, considerando os aspectos físicos, emocionais, sociais e culturais do puerpério.

A filósofa Simone de Beauvoir, em sua obra "O Segundo Sexo", discute como a sociedade muitas vezes negligencia as necessidades das mulheres, especialmente no contexto da maternidade. A falta de apoio social pode ser interpretada como uma manifestação dessa negligência, onde a mãe é deixada sozinha para lidar com as demandas esmagadoras da maternidade. Isso não apenas compromete sua saúde mental, mas também a priva de uma experiência mais plena e enriquecedora da maternidade. No contexto do pós-parto, o apoio social pode ser visto como uma forma de ação que reafirma a conexão humana e a solidariedade.

1.4 RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES

Políticas e diretrizes de saúde delineadas pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil enfatizam a necessidade premente de providenciar cuidados de saúde adequados e apoio contínuo às mulheres ao longo desse período cercado de obstáculos (BRASIL, 2005). No entanto, a maior parte das diretrizes e materiais técnicos já construídos é voltada para a gestação e o parto, propiciando a descontinuidade da atenção, inclusive pela própria rede de assistência à saúde.

A Rede Cegonha (RC), estratégia instituída em 2011 com o objetivo de estruturar um modelo de atenção humanizada à saúde materno-infantil, contempla cinco diretrizes, mas a inclusão do puerpério não é enfatizada. Entre essas diretrizes, o foco se limita ao pré-natal, parto e nascimento, desenvolvimento da criança e planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011). Mesmo entre os quatro componentes da RC, o terceiro, "Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança", mantém o foco prioritário no cuidado à criança, o que evidencia a fragilidade do reconhecimento das nuances físicas, emocionais e sociais que atravessam o período pós-parto na vida da mulher (BRASIL, 2011).

Contraditoriamente à omissão do puerpério nas ações estruturais da política pública, os indicadores de saúde materna no Brasil apontam para a criticidade desse período. Dados do Observatório Obstétrico Brasileiro (OObR) revelam que, entre 2016 e 2020, 63% dos óbitos maternos ocorreram durante o puerpério, em sua maioria por causas evitáveis (OObR, 2022). Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) indicam que cerca de 13% das mulheres enfrentam transtornos mentais no primeiro ano após o parto, por vezes subnotificados, especialmente quando relacionados à ausência de assistência emocional e integral (SANTOS et al., 2020). Além disso, o puerpério, longe de um recorte cronológico rígido de seis semanas, é uma fase de duração variável, influenciada por fatores psicossociais e estruturais, como a disponibilidade e qualidade do apoio social (MAZZO, 2018).

Em consonância com esse cenário, em 2024, o Brasil lançou a Rede Alyne, uma reestruturação da Rede Cegonha voltada à redução da mortalidade materna em 25% até 2027. Nomeada em homenagem a Alyne Pimentel, mulher negra que faleceu por desassistência obstétrica em 2002, caso que resultou na primeira condenação internacional do Estado brasileiro por morte materna evitável. A nova estratégia amplia o foco da atenção à gestante, puérpera e recém-nascido, com ênfase na equidade racial e regional, e na integração entre atenção primária e especializada (BRASIL, 2024).

A iniciativa estabelece ações como a ampliação do Complexo Regulatório do Sistema Único de Saúde (SUS) com equipes especializadas em obstetrícia, triplicação de

repasses para exames pré-natais e a construção de novas maternidades e Centros de Parto Normal (BRASIL, 2024). A proposta alinha-se diretamente com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030, especialmente o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), promovendo um cuidado mais sensível, humanizado e responsivo às vulnerabilidades psicossociais que atravessam o puerpério e sinalizando um movimento institucional importante para a valorização da saúde mental e do apoio social como dimensões essenciais da assistência materna.

Nesse contexto, os resultados desta pesquisa não se limitam à aplicação direta junto às mulheres no puerpério, mas dialogam com os eixos de ensino, pesquisa e extensão, reforçando sua importância como subsídio para a formação crítica de profissionais da saúde. Ao produzir evidências que expõem a centralidade das relações de apoio social no enfrentamento dos desafios do pós-parto, o estudo contribui para o aprimoramento dos currículos na graduação e pós-graduação em áreas como enfermagem, psicologia, serviço social e medicina, além de fomentar práticas de cuidado baseadas na escuta, empatia e integralidade. No âmbito da extensão, os achados podem subsidiar ações educativas, rodas de conversa e oficinas voltadas ao fortalecimento da rede de apoio comunitária e institucional, ampliando o alcance social da pesquisa.

Desta maneira, ao levantar os facilitadores e inibidores do processo de transição puerperal, a pesquisa oferece subsídios relevantes para o fortalecimento de práticas assistenciais, políticas públicas e dispositivos formativos, promovendo o pensamento crítico-reflexivo sobre a experiência materna. A articulação entre saúde física, mental e relacional da mulher-mãe, evidenciada neste estudo, destaca-se como elemento central para a construção de estratégias intersetoriais voltadas à promoção da saúde, à prevenção de agravos e à qualificação da atenção perinatal.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Visão ampliada do puerpério: aspectos biológicos, políticos e sociais

No contexto biológico do puerpério, é imperativo examinar com maior profundidade as complexas mudanças hormonais e involutivas que ocorrem no organismo materno após o parto. Este período é tido como um processo que sucede o nascimento e a dequitação placentária, tendo sua origem com o quarto período do parto, também conhecido como período de Greenberg, momento que se iniciam os processos involutivos, regressivos e de recuperação fisiológica. Defende-se que este período pode ser subdividido em três momentos consecutivos, mas distintos: o puerpério imediato (1º ao 10º dia), o puerpério tardio (11º ao 45º dia) e o puerpério remoto (após 45º dia, com término imprevisto) (MONTENEGRO E REZENDE, 2019; BRASIL, 2012).

A sequência temporal desses processos é intrinsecamente associada a picos e quedas hormonais que orquestram a regeneração do sistema reprodutor feminino, além de experienciar fenômenos catabólicos, involução uterina, hipertrofias genitais, loquiação, apojadura do leite materno, sem excluir os efeitos neuroendócrinos, psíquicos e sociais relacionados (MONTENEGRO E REZENDE, 2019; BRASIL, 2012).

É importante salientar as alterações que ocorrem internamente em uma mulher após o parto, de forma a captar o dimensionamento transicional pelo qual o organismo biológico está sendo submetido, enquanto o organismo social também se transita às novas responsabilidades e rotinas. Sendo assim, ainda fisiologicamente falando, no pós-parto, os níveis de gonadotrofinas e esteróides sexuais atingem seus valores mais baixos e ocorre o desaparecimento abrupto dos hormônios placentários, estrogênio, progesterona e prolactina. (MONTENEGRO E REZENDE, 2019)

Estas nuances, combinadas, exemplificam o misto de adaptações que esta mulher precisa fazer ao embarcar nessa transição. Silva (2020), em sua amostra de pesquisa, aponta que 80,7% das puérperas apresentaram problemas relacionados aos cuidados com o RN e com o autocuidado. Em concordância, a literatura acadêmica aponta que cerca de 80% das mulheres neste período vão apresentar sintomas de labilidade emocional, melancolia e ansiedade, o chamado baby blues, que apesar de transitório, proporciona repercussões futuras e influência em todas as relações dela. (MONTENEGRO E REZENDE, 2019)

Esses desafios emocionais podem exercer impacto significativo nas relações interpessoais da mulher. A esfera sexual, por exemplo, muitas vezes é afetada devido a mudanças na libido, desconforto físico e alterações na imagem corporal. Esses fatores, somados à fadiga decorrente das demandas do cuidado com o recém-nascido, podem gerar um distanciamento nas relações íntimas (DE OLIVINDO et al., 2021; OLIVEIRA et al., 2021; SOLER et al., 2015).

Nesse contexto, o suporte emocional e prático torna-se uma ferramenta valiosa. A presença de parceiros, familiares ou relações de apoio social contribui para a mitigação desses desafios, proporcionando um ambiente de compreensão e empatia. O auxílio na realização das tarefas cotidianas, bem como a oferta de momentos para que a mulher possa descansar, são iniciativas que reverberam positivamente nas dinâmicas familiares. (RIBEIRO et al., 2018; CORRÊA et al., 2017)

Em uma pesquisa conduzida por Condeles et al. (2019), destacou-se a correlação entre a satisfação das pessoas com suas necessidades básicas no contexto do nascimento e configuração familiar, e seu impacto positivo no desenvolvimento da qualidade de vida. O estudo sublinhou a importância do apoio familiar e social durante o período puerperal, considerando a singularidade da experiência da mulher.

No entanto, a própria inclusão da família no cuidado, por muitas vezes, pode ser impedida por vieses em políticas públicas que dificultam a permanência dos cuidadores em casa. A realidade é que muitos trabalhadores enfrentam dificuldades para obter uma licença e usufruí-la adequadamente (MOURA, et al. 2016). Dados divulgados pelo MS em 2021 mostram que apenas 30% das trabalhadoras brasileiras têm acesso à licença maternidade remunerada de seis meses, conforme previsto na legislação trabalhista. Além disso, muitas empresas oferecem apenas o período mínimo obrigatório de quatro meses, deixando as mães em situação de vulnerabilidade financeira e impedindo-as de dedicar o tempo necessário aos cuidados com o bebê (BRASIL, 2008; BRASIL, 2021; IBGE, 2019).

No caso da licença paternidade, a situação é ainda mais crítica. Embora a legislação preveja um período de cinco dias, muitos pais não conseguem usufruir desse direito por pressão do empregador ou por medo de retaliação. Dados do IBGE indicam que apenas 23% dos homens brasileiros tiram a licença paternidade, e quando usufruem, a duração média é de apenas quatro dias. Tempo claramente insuficiente para se fazer presente como relação de apoio social aos cuidados exigidos pela complexidade do período pós-parto e para a própria criação de vínculo entre a família e a criança.

Contudo, o cenário político e legislativo relacionado à licença maternidade e paternidade no Brasil apresenta desafios que impactam diretamente na capacidade das famílias de oferecerem o apoio necessário. Restrições e inadequações nas políticas públicas, como a pouca disponibilidade de licença remunerada para mães e a insuficiência de dias concedidos aos pais, comprometem a construção de redes de apoio eficazes durante o puerpério.

2.2 Relações de apoio social: uma análise conceitual e teórica.

No âmbito das ciências sociais e da saúde, o estudo das relações de apoio social emergiu como uma temática central, desvelando a rede de interações que molda a experiência humana. O conceito de apoio social, fundamentado nas teorias de Cobb (1976), delinea-se como um conjunto de recursos relacionais percebidos por um indivíduo, englobando não apenas as relações interpessoais, mas também a sensação de pertencimento a uma teia de obrigações mútuas. Essa perspectiva ampla incorpora tanto o apoio emocional quanto o instrumental, abrangendo desde manifestações de afeto e encorajamento até assistência prática em diversas esferas da vida (SHUMAKER E BROWNELL, 1984; BULLOCK, 2004).

A literatura científica sobre apoio social, consolidada nas décadas de 1970 e 1980, propõe uma análise considerando aspectos estruturais, funcionais e dinâmicos das redes sociais. Antonucci (2004) destaca a importância da longa duração e intimidade nas trocas de

apoio, salientando que a compreensão dessas relações demanda a consideração da história interconectada de cada indivíduo. Nesse contexto, Pedro, Rocha e Nascimento (2008) ressaltam a necessidade de compreender tanto os atributos quanto os antecedentes do apoio social, enfatizando a influência de fatores socioculturais e a natureza recíproca desse processo. Para fins de pesquisa, a escolha de um conceito que abranja aspectos relevantes e coerentes com os objetivos pretendidos é crucial.

O termo "apoio social" tem sido associado a quatro formas de assistência: emocional, de reforço, informativa e instrumental (BULLOCK, 2004). Essas dimensões abarcam desde manifestações de estima até conselhos práticos, evidenciando a diversidade de expressões presentes nas relações sociais. Vall a (1999) amplia a definição ao conceber o apoio social como um processo recíproco, capaz de gerar efeitos positivos tanto para o receptor quanto para o provedor, conferindo um maior senso de controle sobre as vidas envolvidas.

No cerne da promoção da saúde, o apoio social emerge como um elemento integral, mitigando os impactos negativos de eventos estressantes (BULLOCK, 2004). Essa dinâmica torna-se particularmente relevante em transições significativas, como a gestação e o período pós-parto. Dessa forma, as relações de apoio social permeiam a experiência humana, fornecendo recursos cruciais para enfrentar desafios e transições ao longo do ciclo vital. A compreensão desses conceitos, embasada em uma análise teórica sólida, fornece o alicerce para a investigação específica sobre as relações de apoio social da mulher durante o processo de transição puerperal e a promoção da saúde mental e física.

O reconhecimento da dualidade nas relações sociais é imperativo. Redes sociais eficazes podem se tornar fontes de força, promovendo a resolução de problemas e o enfrentamento bem-sucedido das demandas do pós-parto. Por outro lado, redes ineficazes podem reforçar situações adversas, dificultando o acesso aos serviços de saúde e contribuindo para o isolamento da mulher. Entender esses mecanismos é crucial não apenas para a promoção da saúde materna, mas também para orientar intervenções eficazes que fortaleçam as redes de apoio e, por conseguinte, promovam transições puerperais mais saudáveis e resilientes.

2.3 Teoria das Transições de Afaf Meleis

Afaf Ibrahim Meleis, nascida em 1942, além de teórica e pesquisadora na área da saúde, é enfermeira e professora de Enfermagem e Sociologia da Universidade da Pensilvânia, nos Estados Unidos da América. Sua teoria foi proposta e desenvolvida ao longo de várias décadas, com suas contribuições iniciais surgindo na década de 1970. (MELEIS, 2012)

Sua estrutura teórica fornece uma compreensão profunda das experiências de transição ao longo da vida e seu impacto na saúde, oferecendo arcabouço conceitual para enfermeiros e profissionais de saúde compreenderem e apoiarem os indivíduos em transições, seja na saúde, na doença, na maternidade, na paternidade, no envelhecimento ou em qualquer outra fase (MELEIS, 2010).

Apesar do longo caminho, foi através do livro "Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice", publicado em 2010, que a Teoria das Transições de Enfermagem foi formalizada e reconhecida. Nesta obra, Meleis agrupa pesquisas e discussões que refletem 40 anos de estudos pela defesa da Teoria das Transições e o que ela representa. Segundo a autora, trata-se de uma teoria de médio alcance, tendo em vista a amplitude mais limitada em comparação com teorias maiores.

A transição, no contexto da Teoria, refere-se a um processo dinâmico e contínuo de mudança que ocorre ao longo do tempo, envolvendo o curso entre dois estados relativamente estáveis (SCHUMACHER & MELEIS, 1994). Sendo assim, toda transição implica uma mudança, contudo, nem toda mudança pode ser categorizada como transição. Isso se dá pela característica singular, diversa e complexa que circunda as múltiplas dimensões de uma transição, que dão origem a interpretações diversas, dependendo da perspectiva de cada indivíduo (MELEIS, 2010).

Os indivíduos experimentam desequilíbrio, incertezas, conflitos interpessoais, desconexão com a rede social habitual e perturbações, sendo guiados por alterações que desafiam suas relações de papéis, expectativas, habilidades e estado de saúde, Chick e Meleis (1986) conceituaram a transição como esse deslocamento de um estado para outro, usando a paridade do ciclo da vida com o movimento, o fluxo contínuo de tempo, que conduz as pessoas marcando importantes pontos ao longo do caminho. As transições, então, representam esse meio para efetuar mudanças e, simultaneamente, são resultantes de alterações nas esferas da vida, saúde, relacionamentos e ambientes (MELEIS, 2010).

Tendo em vista seus significados variados, a Teoria propõe uma categorização estrutural, que se materializa dividido em cinco componentes: Natureza das transições; Condicionantes da transição: facilitadores e inibidores; Indicadores do processo; Indicadores de resultado; e Terapêutica de enfermagem.

Quanto à sua natureza, as transições podem apresentar tipos, padrões e propriedades. Dentro dos tipos, podem-se subdividir em: desenvolvimental (referente a alterações no ciclo vital); situacional (relacionado a alterações de papéis e/ou mudanças geográficas); saúde/doença (mudança do estado de bem-estar para o estado de doença ou o inverso) e organizacional (associado ao ambiente, mudanças sociais, econômicas e políticas).

Seus diferentes padrões se desenham em: simples ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas, relacionadas ou não-relacionadas, já que os eventos do ciclo da vida são percebidos com complexidade por não serem isolados ou autônomos. Em termos de propriedades, emergem conceitos essenciais às experiências de transição, como: consciencialização (consciência sobre o processo de transição); empenhamento (envolvimento no processo); mudança e diferença (a mudança pode estar relacionada aos eventos críticos ou desequilíbrios, enquanto o segundo envolve as expectativas não atendidas ou divergentes, como sentir-se diferente); espaço temporal de transição (fluxo ao longo do tempo, estendendo-se desde os sinais antecipatórios até um eventual fim) e eventos e pontos críticos (associado ao momento de maior envolvimento na experiência que traz consciência de mudança ou diferença, caracteriza um período de maior vulnerabilidade) (MELEIS, 2010).

Meleis (1991) ressalta que as transições saudáveis envolvem a capacidade de os indivíduos adotarem comportamentos, sentimentos, sinais e símbolos associados a novos papéis ou estados de saúde de forma eficaz. Por outro lado, as transições insalubres ou ineficazes movem os indivíduos na direção da vulnerabilidade e risco, com dificuldade de resistir às redefinições de significado e desafios das transições. Dessa forma, a autora levanta a importância da compreensão dos condicionantes pessoais que podem atuar como facilitadores e inibidores do processo com origem pessoal ou externa (comunidade e sociedade).

Os condicionantes de transição pessoal podem ser divididos em: significados (interpretação neutra, positiva ou negativa aos eventos), crenças culturais e atitudes (correlação com valores e estigmas), status socioeconômico (relacionado à vulnerabilidade social e econômica) e preparação e conhecimento (preparação prévia facilita a experiência). Todos os condicionantes podem atuar como estratégia para auxiliar na gestão do contexto e contribuir para minimizar sua forma inibidora, assim como aqueles relacionados à comunidade e sociedade, como a própria relação de apoio social ou a falta dela.

Essas transições desempenham um papel relevante no desenvolvimento humano. Com o passar do tempo, os indivíduos se veem diante de eventos marcantes que os levam de um estado estável para outro, caracterizando um movimento incessante de adaptações e ajustes. (ZAGONEL, 1999)

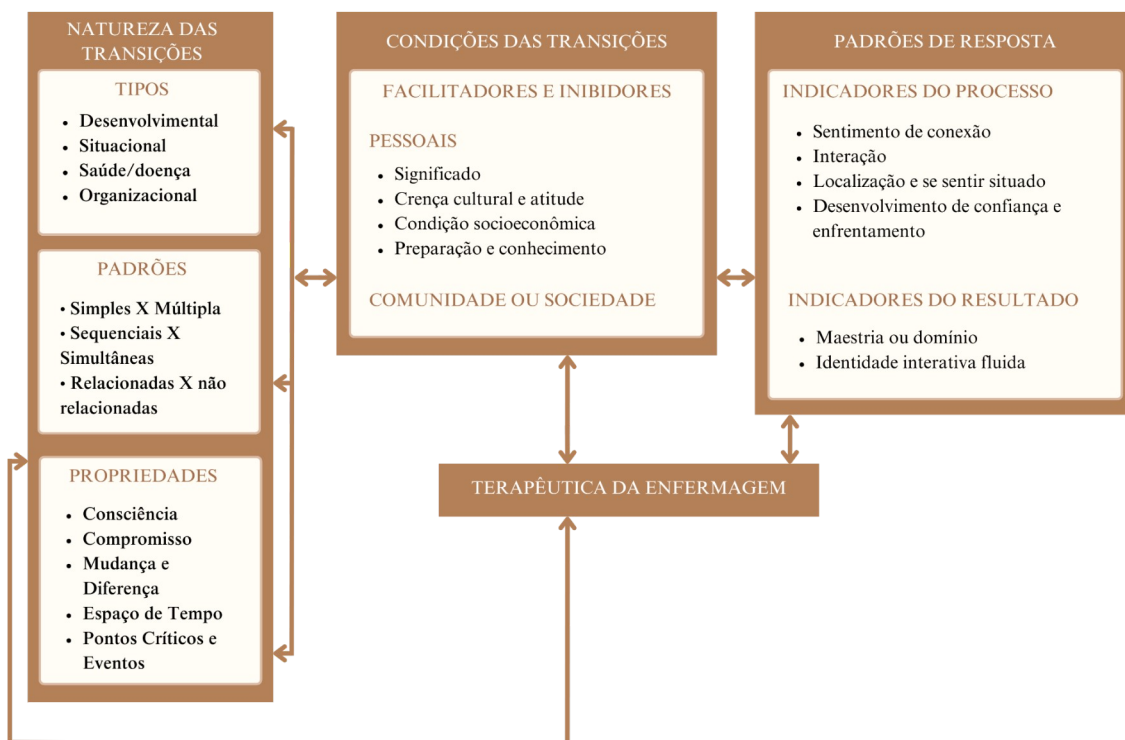
Conforme referido por Murphy (1990), as transições podem ser descritas em fases que ocorrem como rituais ou cerimônias importantes, marcando mudanças significativas na vida das pessoas e das famílias. No entanto, a ausência de rituais ou apoio social adequado pode tornar algumas transições mais desafiadoras, influenciando diretamente os resultados.

À vista disso, trazendo luz para a atuação da enfermagem, a Teoria mostra o papel importante da assistência do enfermeiro nos períodos antecipatórios, auxiliando os indivíduos e as famílias a enfrentar os desafios, promover os ajustes aos novos papéis e apoiar a busca por uma transição saudável posteriormente. Antecipar o cuidado previne os possíveis efeitos negativos sobre aquela pessoa, como, por exemplo, a preparação à maternidade.

Neste contexto, a Teoria de Transições de Meleis oferece um arcabouço teórico sólido para compreender a experiência das mulheres durante a transição para a maternidade, considerando que, na condição de pós-parto, ocorre uma transição significativa dessa mulher para mãe. Meleis, em um dos seus trabalhos, destaca a importância dos agentes de transição, que são os elementos externos que influenciam a experiência da transição. As relações sociais de apoio desempenham um papel crítico como agentes de transição, fornecendo suporte emocional, prático e informativo às mães durante esse período tão cercado de aspectos desafiantes (MELEIS, 2010).

Por conseguinte, compreender o conceito de transições e sua importância é fundamental para analisar como essas relações sociais de apoio influenciam a adaptação da mulher à maternidade, sua autoestima, sua competência como mãe e sua saúde geral nesse cenário. Percebe-se, assim, a importância de explorar mais profundamente como essas relações operam no contexto específico das transições maternas e como podem ser otimizadas para melhorar a experiência das mulheres durante o puerpério, possibilitando clareza dos aspectos que podem contribuir para a caracterização dessa transição como saudável e benéfica.

Figura 2 - Diagrama representando a Estrutura da Teoria das Transições adaptada, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2025.



fonte: MELEIS, 2010. [adaptado]

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

A presente investigação científica tem como método uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, buscando explorar as relações de apoio social da mulher mãe durante o processo de transição puerperal.

A abordagem qualitativa permite investigar a subjetividade e a diversidade das perspectivas dos sujeitos envolvidos, favorecendo uma análise contextualizada que considera não apenas os eventos em si, mas também seus significados, causas e dinâmicas (MINAYO, 2012; MINAYO; GUERRIERO, 2014). Aliada ao delineamento descritivo e exploratório, que visa detalhar características e estabelecer relações entre variáveis (GIL, 2008), essa combinação metodológica mostra-se adequada para apreender as experiências das mulheres no contexto do puerpério, considerando os aspectos socioculturais e interpessoais que influenciam a saúde.

3.2 Participantes do estudo

Foram contatadas, na possibilidade de participar da pesquisa, mulheres mães no período puerperal. Dessa forma, ficaram estabelecidos os critérios de inclusão, como sendo: mulheres maiores de 18 anos, que deram à luz a crianças a termo há no mínimo 45 dias e no máximo 2 anos em condições supostamente saudáveis.

Quanto aos critérios de exclusão: mulheres após parto de natimorto; mulheres com filhos acometidos por agravo à saúde ao nascimento que determinaram hospitalização prolongada ou condições crônicas; mulheres cujos filhos nasceram com peso < 2.500g e mulheres que permaneceram hospitalizadas após o parto por um período maior que 15 dias.

A predileção do período de corte como critério de inclusão se faz necessária partindo do princípio de que o pós-parto é um período que compreende a recuperação física e emocional da mulher após o parto. Nesse sentido, a duração do puerpério pode variar de uma mulher para outra e até de uma gestação para outra. Sendo assim, o puerpério é geralmente classificado em três fases: imediato, tardio e remoto, a partir do 45º dia, com término imprevisível. (MONTENEGRO E REZENDE, 2019)

Considerando que o objetivo do presente estudo visa evocar experiências e desafios vividos durante o período pós-parto, no sentido de compreender o significado das relações de apoio social no enfrentamento dessa recuperação física e emocional, faz-se necessário partir do início do puerpério remoto (a partir de 45 dias), onde já se tem tempo hábil para experiências compartilhadas com a rede. No entanto, a imprevisibilidade de término nesse cenário, fez com que fosse necessário agrupar parâmetros baseados na expansibilidade desse período para justificar o limiar de tempo. Alguns dos fatores que explicam essa extensão incluem: recuperação física e cicatrização; saúde mental; amamentação; apoio social; estrutura familiar e condição socioeconômica. (SILVA et al., 2021)

A partir disso, assume-se que particularidades fundamentadas na história obstétrica podem requerer mais tempo para recuperação do estado físico, psicológico e social, além de considerar também o aleitamento um estado contínuo de mudança orgânica, que, de acordo com, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o MS, deve ser realizado exclusivamente por seis meses e complementado até os dois anos ou mais (BRASIL, 2009). Dessa forma, considerou-se como limiar de tempo os dois anos após o parto, dada a possibilidade de elasticidade desse processo de cuidados intensivos para a saúde materna.

Quanto aos critérios de exclusão, foram estabelecidos no intuito de minimizar situações propensas à exacerbação de complexidades. O direcionamento da pesquisa está voltado para um grupo de mulheres que experimentam um puerpério mais alinhado com a rotina diária e menos propenso a complicações. Isso possibilita uma análise mais precisa dos desafios enfrentados por esse grupo específico e contribui para uma compreensão mais clara do puerpério em condições de saúde materna e neonatal mais próxima à fisiológica, assim, evitando viés de pesquisa.

3.3 Coleta e organização dos dados

A pesquisa utilizou como recurso de recrutamento das participantes a técnica de amostragem não probabilística *Snowball* (bola de neve), cujo contato inicial se deu através de uma cadeia de referência, que recruta ou indica, dentre seus conhecidos, outros participantes alvo, esses considerados cadeias subsequentes, que podem também indicar novos participantes.

Segundo Vinuto (2016), o método Bola de Neve tem seu desenvolvimento a partir de informantes-chave, ou sementes, que podem expandir as cadeias por meio da aproximação pessoal, facilitando a localização de pessoas com o perfil pretendido para a pesquisa. A técnica também permite ampliar o quadro amostral a cada contato, dessa forma, é bem aplicada quando não há precisão do quantitativo da amostra e assim pode ser bem disseminada, trazendo um retorno ampliado para além do contato direto aos pesquisadores.

Para a captação da amostra, os informantes-chave foram enfermeiros participantes do Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação na Área da Saúde da Mulher e da Criança (NuPEEMC) sediado na EEAP da UNIRIO. Esta coleta se deu mediante solicitação da lista de e-mail dos enfermeiros participantes do grupo, além da autorização de divulgação da pesquisa através do grupo fechado de membros do núcleo existente na Rede Social *WhatsApp*, pactuado para fins de troca de saberes e pesquisas. Tal recolhimento seguiu por intermédio do termo de anuência (APÊNDICE A) analisado e assinado previamente pela coordenação responsável do núcleo referido.

É importante ressaltar que a técnica indicada para o recrutamento prevê como possibilidade de primeiro contato um informante-chave não participante, ou seja, que não faz parte do grupo de interesse, mas que atuará como ponte para alcançar o grupo-alvo da pesquisa (VINUTO, 2016). Isto posto, os enfermeiros membros do núcleo de pesquisa, por, em sua maioria, atuarem na linha de cuidado materno-infantil, configuram bom ponto de partida a fim de captação da amostra. Esses receberam a carta convite (APÊNDICE D) com o objetivo de compartilhá-la.

A pesquisa previa duas etapas que foram sendo desenvolvidas concomitantemente. A primeira etapa consistiu na triagem das possíveis participantes com o intuito de captar para o estudo somente aquelas que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão, além da marcação de horário e local para a segunda etapa, que tratou-se da coleta de dados através de uma entrevista semiestruturada.

Dessa forma, após submissão na Plataforma Brasil e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro em março de 2024 (CAAE: 76501623.9.0000.5285; Parecer: 6.679.554), as cartas convites foram disparadas para iniciar a disseminação da pesquisa.

A etapa inicial da pesquisa foi realizada por meio de uma plataforma virtual de criação de formulários, *Google Forms*, na qual consta em sua primeira página, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E). Perante sua leitura e aceite formal, a participante seria direcionada para a aplicação do questionário de triagem (APÊNDICE C). O link de acesso ao formulário, contendo tanto o TCLE quanto o questionário, foi incluído na carta convite (APÊNDICE D), possibilitando a sua disseminação para as cadeias subsequentes, viabilizando, assim, o recrutamento não probabilístico previsto no método de acordo com as recomendações éticas.

A plataforma online permitiu captar as respostas de forma otimizada e inteligente, minimizando a continuidade daqueles que não se enquadram no perfil estabelecido para o objetivo do estudo e concentrando tempo de qualidade para as entrevistas. O instrumento descrito está dividido em 8 seções: a seção 1 consta uma breve apresentação com o convite de participação; a seção 2 apresenta o TCLE junto à marcação de aceite ou de não aceite, sendo esta a única pergunta obrigatória do questionário; as seções 3 a 5 constam os critérios de inclusão e exclusão, de forma que os que não cumprem não terão continuidade às próximas seções, sendo então encaminhados ao agradecimento de interesse (seção 8); a seção 6 inclui uma breve explicação do interesse por parte dos pesquisadores em realizar uma entrevista, com gravação de voz, além disso, contará com o questionamento da vontade e disponibilidade do participante em marcar a entrevista, além da coleta de *e-mail* e telefone, por questões de contato para delinear horário e local da entrevista. Por fim, a seção 7 inclui um texto de agradecimento pela participação e novamente o link para acesso ao TCLE.

Esta primeira etapa, através do link, atuou como ponte para o diálogo direto da equipe de pesquisa com as participantes para marcação do local e horário da entrevista, possibilitando flexibilidade e livre escolha para as mesmas, além de obter o contato desta participante diretamente disponibilizado por ela, evitando vieses éticos.

Conforme as respostas foram sendo recebidas, as entrevistas puderam ser agendadas por meio dos contatos disponibilizados no formulário, possibilitando a realização das duas etapas de forma concomitante. Enquanto a primeira etapa se divulgava em seu modo contínuo, possibilitado pelo mecanismo da bola de neve, a primeira autora realizava o contato direto e as entrevistas individualmente, daquelas respostas já recebidas. Foi também confeccionado um relatório de coleta de dados, onde foi descrito o andamento da busca e coleta a partir das respostas do formulário e devolutiva do contato para marcação da entrevista, visando o melhor acompanhamento do andamento da coleta e padronização do processo. Assim, as possíveis participantes foram contatadas para a marcação da entrevista diretamente através do contato disponibilizado por elas no formulário difundido e aguardada a resposta por 5 dias, quando foi reenviado o convite. Na terceira tentativa sem retorno, o

status foi considerado como contato indisponível, quando não foi possível obter resposta para a marcação.

A segunda etapa da coleta se deu por uma entrevista semiestruturada, cujo roteiro (APÊNDICE F) constava de uma parte voltada para a caracterização da participante e do período relativo ao pré-natal, parto e pós-parto, e outra com perguntas abertas visando a compreensão do contexto do puerpério e suas relações de apoio sob a ótica desta mãe dentro dos objetivos da pesquisa.

Em reconhecimento à diversidade de contextos diante da complexidade do período puerperal e das inúmeras demandas que as puérperas enfrentam, foi possibilitada a escolha de local da entrevista em comum acordo entre a participante e a equipe de entrevista, sendo presencial ou virtual, via *meeting*. Esta abordagem foi estabelecida, com vistas a assegurar a participação ativa das puérperas na pesquisa, respeitando suas necessidades e limitações durante esse sensível período pós-parto, além de possibilitar pausas para o cuidado com o bebê, amamentação, atenção à criança ou retirada de leite, por exemplo, caso necessário e solicitado pela entrevistada. Vale ressaltar que todas as participantes optaram pela modalidade virtual, então todas as entrevistas foram realizadas via *meeting*.

As gravações de voz foram realizadas por meio do aplicativo *Records*, utilizando o celular da primeira autora, que conduziu todas as entrevistas, com vistas à padronização e utilização na etapa de análise dos dados.

A duração média das entrevistas foi de 30 minutos e, logo após o término de cada uma delas, a mídia foi tratada como recomendada pela Carta Circular Nº 1/2021/CONEP/SECNS/MS, transcrita e armazenada em mídia de *hardware* protegido por senha, prezando a confidencialidade dos dados.

O período de coleta dos dados se deu no decorrer de 8 meses, de março a outubro de 2024. O encerramento deste processo ocorreu quando a equipe de pesquisa julgou que o quadro de amostragem estava saturado, ou seja, quando novas contribuições deixaram de agregar informações significativas à análise em andamento. (CONSTANTINOU; GEORGIU; PERDIKOIANNI, 2017)

3.4 Percorso da coleta de dados

3.4.1 Devolutiva do Formulário

Na primeira etapa, um questionário disposto na plataforma virtual de criação de formulários “Google Forms” foi inicialmente encaminhado a informantes-chave, selecionados por conveniência. A partir desses contatos iniciais, por meio da técnica de amostragem em bola de neve, pelas quais as sementes foram convidando outras mulheres

dentro de suas redes de contato, formando cadeias sucessivas de indicação. Esse processo resultou no retorno de 50 respostas ao questionário.

Para otimizar a organização dos dados e as tentativas de contato, foi criado um relatório de coleta de dados, no qual o progresso da busca e coleta foi descrito com base nas respostas do formulário e no retorno dos contatos realizados para agendamento das entrevistas, garantindo um melhor acompanhamento do processo de coleta de dados.

Dentre as 50 respostas, 9 (18%) não se enquadraram nos critérios previamente estabelecidos e foram automaticamente filtradas pelo próprio formulário, programado para essa função. Além disso, 5 (10%) das candidatas, apesar de atenderem aos critérios de elegibilidade e terem respondido ao formulário, não forneceram seus dados de contato para o agendamento da entrevista, visto que essa informação era facultativa, conforme as recomendações éticas. Consequentemente, essas participantes não puderam ser incluídas na amostra, uma vez que não avançaram para a segunda etapa.

Assim, 36 devolutivas foram consideradas aptas para o agendamento de entrevista. No entanto, 16 (32%) dessas candidatas, apesar de atenderem aos critérios e fornecerem os dados de contato, não responderam às tentativas de contato realizadas pela equipe de pesquisa. Como resultado, 20 participantes compuseram o corpus analítico deste estudo, representando 40% do total de respostas obtidas por meio do formulário.

3.4.2 A Coleta

As entrevistas foram integralmente realizadas via *meeting* e registradas em áudio, com duração variando entre 12 minutos e 48 minutos e 19 segundos, totalizando aproximadamente 9 horas e 17 minutos de gravações. Em razão do processo simultâneo de análise e coleta, os áudios foram transcritos conforme a realização das entrevistas, permitindo a construção dos dados em formato textual. Essas transcrições constituíram a principal fonte de análise e foram submetidas a três etapas sequenciais: inicialmente, foi feita a marcação e a organização das unidades de registro extraídas diretamente das falas de cada corpus; em seguida, essas unidades foram comparadas e agrupadas para a criação das unidades de significação; por fim, estas foram reagrupadas, possibilitando o surgimento das categorias analíticas.

Todo o processo de coleta resultou em dados que foram cuidadosamente examinados e enriquecidos pelas impressões da entrevistadora e registrados em um diário de campo. Esse registro complementar contribuiu para a interpretação e a contextualização das informações, ampliando a profundidade analítica do estudo.

3.5 Análise dos dados

Os dados obtidos durante todo o processo de coleta foram submetidos à análise de conteúdo temático-categorial proposta por Oliveira (2008). Esta operação segue um trajeto metodológico sistemático, que representa uma abordagem estruturada e rigorosa de análise de dados.

Inicialmente, realiza-se uma pré-análise, envolvendo a seleção e leitura flutuante do material, seguida da exploração, caracterizada pela codificação e categorização das unidades de registro (UR) e unidades de significação (US) identificadas. Sabe-se que as UR são coletadas diretamente da fala dos corpus e se caracterizam por ser o menor fragmento coletado, seu conjunto por semelhança constitui as US, que abordam um consenso. (OLIVEIRA, 2008)

Em seguida, as categorias iniciais são tratadas, agrupadas e refinadas, culminando na construção de categorias empíricas que refletem os padrões emergentes nos dados. A interpretação e análise de relações entre as categorias constituem etapas subsequentes, possibilitando a elaboração de interpretações fundamentadas nos resultados. O primeiro critério de categorização é quantitativo, a partir da robustez numérica de UR, e o segundo critério é qualitativo, que contribui para o empirismo circundado na agregação intencional de US semelhantes. A autora define tal característica como categorização dupla. (OLIVEIRA, 2008)

A fase final compreende o relato detalhado dos achados, destacando as categorias construídas e sua relevância em relação à questão de pesquisa, proporcionando uma compreensão aprofundada dos fenômenos estudados (OLIVEIRA, 2008).

Destaca-se nesse processo de análise sua construção paralela com a coleta de dados, o que viabilizou aos pesquisadores analisar a cada novo corpus, facilitando o processo geral da pesquisa. Dessa forma, com o processamento dos dados em construção, a partir da análise dos corpus, foram feitas induções e interpretações visando maior aprofundamento sobre as experiências do puerpério e as influências das relações sociais nesse processo de transição, onde emergem informações teóricas, que estão sendo empregadas na elaboração das categorias pertinentes ao tema, facilitando uma análise mais estruturada e alinhada aos objetivos da pesquisa.

3.6 Aspectos Éticos

Atendendo ao que prevê os princípios e diretrizes da Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que normatizam pesquisas com seres humanos, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO em março de 2024 (CAAE: 76501623.9.0000.5285; Parecer: 6.679.554). Os participantes da pesquisa foram devidamente informados quanto aos objetivos e

procedimentos de coleta de dados e orientados quanto à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - apêndice E, que foi elaborado para preservar o anonimato e a dignidade.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização das participantes

Em relação à caracterização das participantes, dentre as 20 entrevistadas, 6 (30%) estavam na faixa etária de 21 a 30 anos, 13 (65%) tinham entre 31 e 40 anos, e 1 (5%) estava na faixa de 41 a 50 anos. No que diz respeito ao estado civil, 13 (65%) das participantes eram casadas, 6 (30%) viviam em união estável com suas parcerias, sem formalização legal, e 1 (5%) mantinha uma união estável formalizada. A renda familiar variou entre 5 e 24 mil reais, sendo que 50% das entrevistadas possuíam uma renda familiar entre R\$7.6 e R\$12.8 mil. Quanto ao nível de escolaridade, 1 (5%) havia concluído o ensino fundamental, 16 (80%) possuíam ensino superior completo, 2 (10%) eram mestres, 1 (5%) tinha doutorado.

Os quadros 4 e 5 têm como objetivo sintetizar os dados de caracterização das participantes de forma a correlacionar as informações com cada entrevistada e assim contribuir para a compreensão de suas experiências pessoais, trazendo um olhar mais íntimo, respeitando suas identidades.

Quadro 4 - Caracterização das Participantes (M), Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2025.

Código	Idade	Situação Conjugal	Escolaridade	Idade do filho(a) na data da entrevista	Renda Familiar
M1	31	Moram juntos sem formalização	Superior completo	6 meses	R\$7.6 a R\$12.8 mil
M2	31	Casada	Superior completo	5 meses	R\$7.6 a R\$12.8 mil
M3	30	Casada	Superior completo	2 anos	R\$7.6 a R\$12.8 mil
M4	33	Casada	Superior completo	4 meses	R\$7.6 a R\$12.8 mil
M5	28	Casada	Superior completo	9 meses	R\$7.6 a R\$12.8 mil
M6	34	Moram juntos sem formalização	Superior completo	2 meses	R\$3.2 a R\$7.6 mil
M7	33	Casada	Fundamental completo	1 ano e 4 meses	R\$3.2 a R\$7.6 mil
M8	26	Casada	Superior Completo	1 e 10 meses	R\$12.8 a R\$23.8 mil

M9	26	Moram juntos sem formalização	Superior Completo	2 meses	R\$3.2 a R\$7.6 mil
M10	31	Casada	Mestrado	9 meses	R\$12.8 a R\$23.8 mil
M11	34	Casada	Superior completo	2 anos	R\$7.6 a R\$12.8 mil
M12	27	Casada	Superior completo	4 meses	R\$7.6 a R\$12.8 mil
M13	41	Moram juntos sem formalização	Superior completo	9 meses	R\$7.6 a R\$12.8 mil
M14	38	Casada	Mestrado	1 ano e 2 meses	R\$12.8 a R\$23.8 mil
M15	38	Moram juntos sem formalização	Superior completo	3 meses	R\$12.8 a R\$23.8 mil
M16	36	União Estável	Superior completo	8 meses	R\$12.8 a R\$23.8 mil
M17	29	Moram juntos sem formalização	Superior completo	4 meses	R\$7.6 a R\$12.8 mil
M18	36	Casada	Doutorado	2 meses	R\$12.8 a R\$23.8 mil
M19	35	Casada	Superior completo	9 meses	R\$7.6 a R\$12.8 mil
M20	36	Casada	Superior completo	5 meses	> R\$23.8

Fonte: Autores.

A distribuição etária das participantes deste estudo, majoritariamente concentrada entre 31 e 40 anos (65%), acompanha uma tendência nacional de elevação da idade materna no Brasil nas últimas décadas. Dados do IBGE (2022) mostram que o número de mulheres que se tornam mães com 35 anos ou mais aumentou de 9,1% em 2000 para 16,5% em 2020, enquanto o Ministério da Saúde (2022) aponta que os partos de mulheres com idade materna avançada duplicaram entre 1994 e 2018, passando de 7,6% para 15,5% (BRASIL, 2022).

Esse fenômeno pode ser compreendido à luz de transformações sociais, econômicas e culturais que vêm ampliando o intervalo entre o início da vida reprodutiva e a efetivação da maternidade, em decorrência da priorização da formação acadêmica, da inserção no mercado de trabalho e da busca por estabilidade emocional e financeira (LOPES et al., 2014). Dessa forma, o perfil etário observado entre as entrevistadas insere-se em um panorama de mudança no padrão reprodutivo feminino e pode também influenciar a vivência do puerpério, considerando as possíveis implicações biopsicossociais associadas à idade materna mais avançada, como maiores exigências físicas, enfrentamentos emocionais e expectativas sociais em torno do desempenho da maternidade.

A análise do perfil socioeconômico das participantes revela um recorte bastante específico e privilegiado da população materna brasileira. Segundo dados do IBGE, em 2023 apenas 10% da população brasileira possuía rendimento médio domiciliar mensal superior a R\$ 7.580,00, o que posiciona a maioria das participantes deste estudo dentro de um estrato econômico restrito e não representativo da média nacional (IBGE, 2023). Além disso, 80% das mulheres possuíam ensino superior completo, e 15% tinham pós-graduação *stricto sensu*, o que reforça a prevalência de um perfil com alto capital educacional.

No que se refere à escolaridade, estudos apontam que níveis mais elevados de educação estão associados a maior percepção de apoio social por parte das mulheres no período pós-parto (CAN et al., 2024; KABUL & ÇINAR, 2023; YESILCINAR et al., 2016). Essa associação pode estar relacionada ao fato de que mulheres com maior capital educacional tendem a possuir relações de apoio social mais estruturadas, maior acesso à informação e maior habilidade para mobilizar recursos de suporte emocional e prático. No entanto, resultados divergentes também foram observados: Çınar et al. (2021) identificaram que mulheres com ensino universitário relataram níveis mais baixos de apoio percebido em comparação com aquelas com ensino médio ou fundamental, sugerindo que o nível de exigência e a consciência crítica sobre o suporte recebido podem influenciar essa percepção.

Assim, embora o maior grau de instrução possa favorecer a identificação e o acesso a redes de apoio, ele também pode trazer consigo expectativas mais elevadas e sensibilidade ampliada à qualidade e efetividade desse suporte. Esse aspecto revela a complexidade da relação entre escolaridade e apoio social no puerpério, e reforça a importância de compreender os dados à luz dos contextos sociais, emocionais e relacionais que atravessam a experiência materna.

Este conjunto de fatores aponta para um contexto de transição puerperal atravessado por uma série de facilitadores estruturais, como acesso a serviços de saúde suplementar, consultoria em amamentação, atividades físicas especializadas, terapias complementares, incluindo suporte profissional privado. Embora tais condições não eliminem a complexidade emocional, física e relacional do puerpério, elas conformam um padrão organizacional facilitador da transição situacional, como propõe a Teoria das Transições, no qual recursos ambientais, sociais e financeiros atuam positivamente na adaptação ao novo papel materno (MELEIS, 2010).

É importante destacar que essa configuração de público não foi uma variável condicional previamente definida no estudo, mas sim um reflexo do processo de recrutamento e da rede alcançada, o que impõe limites à generalização dos achados. Ainda assim, compreender a experiência dessas mulheres permite aprofundar a análise das

transições em contextos de menor vulnerabilidade, oferecendo subsídios valiosos para refletir sobre desigualdades estruturais no campo da saúde materna no Brasil.

As participantes também foram questionadas sobre seu histórico obstétrico. Observou-se que 18 (90%) tinham apenas um filho, enquanto 2 entrevistadas possuíam 2 e 3 filhos, respectivamente. A maioria das entrevistadas (11 participantes – 55%) estava com filhos de 45 dias a 6 meses no momento da entrevista. Outras 4 (20%) tinham bebês entre 7 meses e 1 ano, e 5 (25%) relataram ter filhos com idades entre 1 e 2 anos. Essa diversidade de experiências permitiu uma coleta de dados mais abrangente, capturando as vivências e transições em diferentes fases do período puerperal, com suas respectivas nuances.

Em relação ao parto, 13 entrevistadas (65%) contrataram uma equipe particular para assistência ao parto hospitalar, 5 (25%) realizaram o parto em uma maternidade pública, e 2 (10%) deram à luz em uma maternidade privada, atendidas pelos profissionais de plantão. Quanto à via de parto, 11 (55%) das participantes tiveram parto vaginal, enquanto 9 (45%) passaram por uma cesariana.

No que tange à amamentação, 13 participantes (65%) amamentaram ou ainda amamentavam exclusivamente até os seis meses de idade da criança, enquanto 7 (35%) realizaram amamentação mista ou parcial, complementando com fórmulas lácteas. Apenas 3 das 9 mães com bebês maiores de 6 meses não mantiveram a amamentação. Quando questionadas sobre complicações no puerpério, somente 5 entrevistadas relataram não ter enfrentado complicações, enquanto as demais mencionaram dificuldades, como complicações relacionadas à amamentação, cefaleia pós-anestesia, fissuras mamilares, baby blues, hemorragia pós-parto, infecção da ferida cirúrgica e dor.

Quadro 5 - Histórico Obstétrico das Participantes (M), Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2025.

Código	Quantos filhos	Participação em grupo de gestante	Suporte Profissional para o parto	Via de parto	Complicações no puerpério	Aleitamento Materno
M1	1	Não	Equipe Particular	Vaginal	Bartholinite; reabordagem de laceração perineal; dor mamária e dificuldade na amamentação.	Misto ou Parcial
M2	1	Sim	Equipe Particular	Vaginal	Dificuldade na amamentação	Misto ou Parcial
M3	1	Não	Equipe Particular	Cesárea	Cefaleia pós anestesia	Exclusivo
M4	1	Não	Equipe Particular	Cesárea	Seroma e infecção da ferida operatória; deiscência da ferida cirúrgica	Misto ou Parcial

M5	1	Sim	Maternidade Pública	Cesárea	Infecção da ferida operatória	Misto ou Parcial
M6	1	Sim	Maternidade Pública	Cesárea	Cefaleia pós anestesia	Exclusivo
M7	1	Não	Maternidade Pública	Vaginal	Prolapso Uterino	Exclusivo
M8	1	Sim	Maternidade Privada	Cesárea	Não	Exclusivo
M9	1	Não	Maternidade Pública	Vaginal	Hemorragia pós-parto	Exclusivo
M10	1	Não	Equipe Particular	Vaginal	Fissura Mamilar e dificuldade na amamentação	Misto ou Parcial
M11	1	Não	Equipe Particular	Vaginal	Não	Exclusivo
M12	2	Não	Equipe Particular	Vaginal	Hemorragia pós-parto e anemia	Exclusivo
M13	1	Não	Maternidade privada	Cesárea	Baby Blues	Misto ou Parcial
M14	1	Não	Equipe Particular	Cesárea	Eclampsia pós-parto	Exclusivo
M15	1	Sim	Equipe Particular	Vaginal	Não	Exclusivo
M16	1	Não	Equipe Particular	Vaginal	Baby Blues	Exclusivo
M17	1	Não	Maternidade Privada	Cesárea	Cefaleia pós anestesia	Exclusivo
M18	3	Não	Equipe Particular	Cesárea	Hemorragia pós parto; atonia uterina	Exclusivo
M19	1	Sim	Maternidade Pública	Cesárea	Não	Misto ou Parcial
M20	1	Não	Equipe Particular	Vaginal	Não	Misto ou Parcial

Fonte: Autores.

É válido ressaltar que a contratação de equipe particular para o parto configura um modelo de cuidado contínuo, no qual a mulher é acompanhada ao longo de toda a gestação pelos mesmos profissionais, geralmente médicos obstetras, pediatras, enfermeiras obstetras e doulas, com quem estabelece vínculo prévio. Esse modelo permite o acesso à educação perinatal, estratégias personalizadas para o trabalho de parto e maior respeito às escolhas da parturiente, alinhando-se às diretrizes da humanização do parto e nascimento. No entanto, trata-se de uma alternativa financeiramente mais onerosa, uma vez que os profissionais não pertencem à equipe daquele hospital e são contratados de forma autônoma.

Em contraste, o parto assistido por plantonistas em instituições privadas, apesar de garantir acesso aos recursos hospitalares, é caracterizado pela descontinuidade do cuidado. Nessa modalidade, os profissionais atuam por escala e geralmente têm o primeiro e único contato com a parturiente no momento do parto, o que pode limitar o reconhecimento das particularidades e preferências daquela mulher. Embora essa modalidade seja, em geral, coberta por planos de saúde, estudos apontam limitações na sua efetividade em termos de respeito à autonomia da mulher: segundo a Fiocruz (FIOCRUZ, 2022), cerca de 88% dos partos em instituições privadas no Brasil são cesarianas, um índice muito superior ao recomendado pela OMS, que preconiza um limite de 15%.

A falta de escuta, protagonismo e vínculo na assistência ao parto tem sido associada a um risco aumentado de depressão pós-parto, podendo elevar em até sete vezes a probabilidade de sintomas depressivos quando há vivências de violência obstétrica ou desrespeito (SOUZA et al., 2017; SILVEIRA et al., 2015). Por outro lado, o suporte contínuo de profissionais qualificados durante o pré-natal, parto e puerpério pode reduzir em até 23% o risco de DPP (HARTMANN et al., 2017), o que evidencia que a assistência por equipe própria pode configurar um elemento facilitador importante no processo de transição puerperal, ao oferecer maior previsibilidade, segurança e acolhimento emocional.

A análise dos dados revela que apenas 30% das puérperas entrevistadas participaram de grupos ou rodas de gestantes com foco em educação perinatal, refletindo uma adesão ainda limitada a esse importante recurso de preparação para o parto e o puerpério. A literatura aponta que os grupos de gestantes são espaços fundamentais de construção coletiva de saberes, contribuindo para o ajustamento emocional e prático às novas demandas do ciclo gravídico-puerperal (MOURA et al., 2014; VIEIRA ET AL., 2019). Além de promover a educação em saúde, essas vivências favorecem o protagonismo, a autonomia e o empoderamento da mulher diante das decisões relacionadas ao parto, nascimento e cuidados com o recém-nascido (MOURA et al., 2014; VIEIRA ET AL., 2019; SILVA et al., 2020) .

Do ponto de vista dos dados coletados, observou-se que, entre as seis puérperas que participaram de grupos de gestantes, quatro (66%) conseguiram manter a amamentação materna exclusiva (AME), o que representa um percentual maior comparado com as mulheres que não participaram de grupos, das quais 43% mantiveram a AME. Embora não se trate de uma associação estatística, esse achado sugere que o acesso prévio à educação perinatal pode atuar como condicionante positivo na manutenção da amamentação, visto que o preparo teórico e emocional favorece o enfrentamento de dificuldades comuns nesse período, como dor, fissuras ou insegurança quanto à produção de leite.

Outro ponto relevante é que a maioria das mulheres que participaram dos grupos teve partos cesáreos, indicando que a participação no grupo, por si só, não determina a via

de parto, mas pode ter colaborado na adaptação e autocuidado no pós-parto, inclusive frente às complicações. Por exemplo, gestantes que participaram do grupo e tiveram cesáreas relataram complicações leves ou nenhuma complicação, mantendo a amamentação exclusiva. Em contrapartida, algumas mulheres que não participaram de grupos enfrentaram complicações importantes no puerpério, como hemorragia, infecção ou reabordagens cirúrgicas, e apresentaram maior tendência ao uso de alimentação mista ou dificuldade com a amamentação.

Esses dados reforçam a ideia de que a participação em grupos de gestantes pode configurar um elemento organizacional facilitador no processo de transição puerperal. O suporte informativo e emocional recebido previamente pode fortalecer a percepção de autoeficácia e reduzir sentimentos de solidão ou desamparo no puerpério imediato. Ademais, é importante considerar que o grupo contribui não apenas para o preparo técnico, mas para a constituição de redes de apoio que atravessam a vivência materna de forma mais sustentada e menos medicalizada (SILVA et al., 2020).

Embora a amostra não permita inferências generalizáveis, a tendência observada sugere que políticas públicas e estratégias de atenção primária à saúde devem ampliar o acesso e a adesão aos grupos de gestantes como medida preventiva e educativa, sobretudo considerando que tais espaços também são oportunidades de vínculo entre mulheres, fortalecimento comunitário e promoção da saúde mental perinatal.

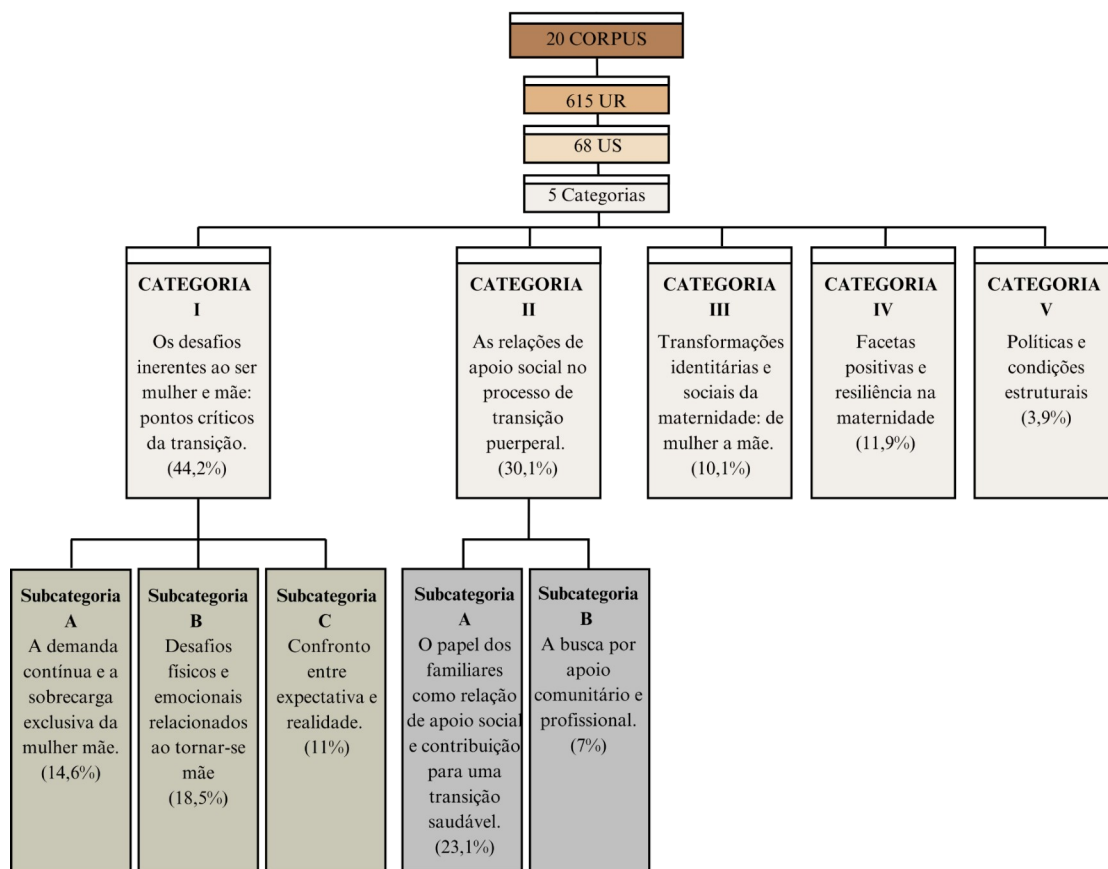
4.2 Categorização

A análise detalhada do corpus da pesquisa culminou na identificação de 68 US, que emergiram de 615 UR. Esses achados foram organizados em cinco categorias temáticas principais, refletindo a profundidade e abrangência do material analisado sob a luz da Teoria das Transições.

Dentre essas categorias, a primeira foi subdividida em três subcategorias, representando nuances específicas dentro do tema central. Já a segunda categoria foi desmembrada em duas subcategorias, devido à riqueza e complexidade das experiências relatadas pelas participantes.

A seguir, são apresentados os resultados de acordo com a categorização estabelecida, destacando as conexões entre as Unidades de Significação, as Categorias temáticas e suas respectivas subcategorias. Essa organização visa proporcionar uma visão clara e sistematizada dos dados, facilitando a compreensão do fenômeno estudado e permitindo uma análise aprofundada das transições e desafios enfrentados pelas mulheres mães, visualizada em diagrama na figura 3.

Figura 3 - Diagrama da construção analítica até alcançar as Categorias, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2025.



Fonte: Autores.

CATEGORIA I: Os desafios inerentes ao ser mulher e mãe: pontos críticos da transição

Dentre as categorias analisadas, esta se apresenta como a mais robusta do ponto de vista analítico, reunindo 272 UR e representando 44,2% do total com 28 US. O alto percentual reflete a centralidade dos desafios enfrentados pelas mulheres no período puerperal e a maneira como tais dificuldades influenciam sua experiência materna. Os achados apontam que a sobrecarga exclusiva da mulher no cuidado com o bebê, as transformações físicas e emocionais impostas pela maternidade e o descompasso entre expectativas e realidade são aspectos que impactam diretamente o período pós-parto, podendo comprometer a qualidade da transição para a maternidade.

A análise dos relatos evidencia que a maternidade é vivenciada em um contexto de exigências, nas quais a mulher pode assumir múltiplas responsabilidades. As dificuldades enfrentadas vão além das demandas físicas do pós-parto, englobando a perda de autonomia, a privação de sono, as implicações psicológicas da sobrecarga e o impacto das transformações corporais na percepção de si.

Para um registro mais dinâmico e didático, os achados desta categoria foram organizados em três subcategorias principais:

Subcategoria A: A demanda contínua e a sobrecarga exclusiva da mulher mãe.

Compreendendo 90 UR (14,6%) distribuídas em 9 US, nesta subcategoria emergem relatos que reforçam a centralização da demanda materna e as dificuldades enfrentadas para equilibrar a maternidade com a identidade pessoal, a vida profissional e as próprias necessidades básicas. A exclusividade da carga de cuidado, mesmo na presença de uma parceria participativa, a perda da autonomia e a falta de suporte externo foram fatores destacados nas falas das participantes.

Esse dado se insere em uma longa tradição sociocultural de naturalização da maternidade como missão feminina, reforçada historicamente por ideais construídos a partir da figura da esposa-mãe dedicada integralmente ao lar e aos filhos (CARNEIRO; DARÓZ, 2017). Outro estudo confirma que, a construção de que o cuidado e o amor materno estejam inscritos na natureza feminina amplia o peso sobre as novas atribuições inerentes à maternidade, de forma a não tolerar qualquer erro (SILVA, 2016).

A transição para a maternidade é um processo que impõe uma reorganização estrutural na rotina e nas responsabilidades (MELEIS, 2010). Os resultados apontaram que as mulheres sentiram que essa organização não ocorre de maneira equitativa entre os membros da família, mesmo quando há suporte, a mulher-mãe permanece em um estado de alerta constante, sem a possibilidade de um descanso real. A sensação de estar sempre disponível para o bebê, associada à falta de reconhecimento dessa carga, pode contribuir para o esgotamento físico e mental da puérpera (ROCHA, 2023).

Por mais que eu tenha uma rede de apoio. Por mais que o meu marido faça o papel dele de participar. Existe uma carga invisível que é só minha. Então, até quando eu vou descansar? Essa carga está na minha cabeça. Eu não consigo descansar de fato. Então esse é o ponto mais difícil. (M2)

É muita coisa, né? Por exemplo, eu não tenho ninguém e nem consigo pagar alguém pra me ajudar. Então, é tudo eu... Meu marido trabalha todos os dias da semana. Sai de manhã, às seis horas, e só chega em casa nove... Então, tudo sou eu. A madrugada é minha, o dia é meu, a casa é minha, a comida é minha. É tudo meu, então... (M4)

Porque a maternidade me consumia tanto e todas as horas. E ainda que alguém me oferecesse ajuda, que foi realmente meu marido, não era ele! Era extremamente eu. Eu fui muito sugada nas primeiras semanas. (M5)

Então, a questão de ter que ficar sempre atenta, né? E eu acho que isso já carrega a gente, até mesmo psicologicamente, a gente entra nesse estado de maior alerta, de maior atenção e, enfim, de uma devoção mesmo. Então, às vezes, parecia que eu ouvia ela chorar antes mesmo dela começar a chorar. (M9)

A noção de carga mental materna refere-se ao trabalho cognitivo e emocional envolvido na organização e antecipação das necessidades do bebê e da casa, além de suas próprias necessidades pessoais. Isso se soma às tarefas físicas associadas ao cuidado múltiplo durante um período após um parto, momento de grande fragilidade física e mental (HORBE, 2022).

Como discute Badinter (2011), o modelo de maternidade atual é ainda mais exigente do que os anteriores, pois a mulher contemporânea é convocada a ser mãe integral, emocionalmente disponível, bem-informada, produtiva no trabalho e impecável no desempenho de todos os papéis. Trata-se de um ideal inatingível que gera ambivalência, exaustão e, por vezes, adoecimento psíquico (TROIANO, 2015).

Muitos dos relatos exploram uma carga invisível sentida por elas. A mulher-mãe se sente sendo a principal responsável pela estruturação da rotina e pela gestão das necessidades familiares na maioria dos casos.

Mas a realidade, assim, de que na prática, a minha vida mudou. Por mais participativo que ele seja, que ele esteja no processo, assim, a minha vida mudou de fato. Aí ele, num primeiro momento, até não entendia, assim. Ele achava que eu tava cobrando ele por uma participação maior. Eu falava, não é isso, assim. Quando as pessoas me perguntam, eu falo, acho que não tem o que ser feito além do que você já faz. Mas a minha, a questão era, por exemplo, na primeira semana que ela tava em casa, ele saiu. Assim, né, pra resolver algumas coisas, mas ele saiu. Eu não podia fazer isso sem pensar em como seria levá-la, por exemplo. (M9)

E aí a grande questão é que o filho é da mãe, né? 100%. Por mais que a gente tenha rede de apoio, eu tenho minha mãe que me ajuda muito. Hoje tem uma pessoa que ajuda a gente aqui também. Mas ainda assim o filho é da mãe, sabe? Então eu tive um pouco de crise de ansiedade até tem pouco tempo, uns dois meses atrás, por conta de não conseguir lidar com isso tudo. (M10)

Então, acho que foi o principal dificultador, sabe? Essa questão de lidar com a casa. Lidar com a questão do doutorado... São muitas coisas para poder administrar. Eu acho que esse foi o principal ponto dificultador, assim... Em questão de cuidado, em si. Não tinha grandes dificuldades, assim. Mas, essa parte do restante, né? Foi mais difícil. (M8)

A experiência materna também é marcada pela perda progressiva da autonomia, uma vez que a mulher passa a estruturar sua rotina integralmente em função do bebê. Durante esse período, as necessidades humanas básicas tornam-se mais vulneráveis diante da sobreposição de papéis. A sobrecarga emocional e física amplia a vulnerabilidade da mulher para possíveis agravos à saúde (HORBE, 2022; SILVA, 2016). Nas falas, é possível sentir a renúncia de atividades antes vivenciadas livremente, incluindo momentos de lazer, descanso e até mesmo necessidades fisiológicas básicas.

Tipo, eu quero fazer tudo e não consigo fazer nada. E por eu ser muito ativa, essa sensação de tipo assim, não estou conseguindo fazer aquilo que eu planejei pra fazer. Como sempre foi a vida inteira. Isso me angustia muito. (M4)

A gente tem que ser forte. Porque mãe não tem tempo pra adoecer. Não tem tempo pra... Posso dizer, ah, vou só ficar de boas. Vou só ficar deitada assistindo. Depois que você é mãe, tudo muda... (M7)

E aí, depois, conforme foi passando-se o tempo, algumas coisas se intensificam, né? Essa questão de - Ah, eu preciso de mais tempo pra mim. Não consigo fazer nada, eu não via nada além da maternidade, né? É... Ah, tinha meu doutorado para fazer, minhas coisas pra fazer, mas eu não dava conta, sabe? Porque parece que eu estava vivendo somente aquilo. A minha vida era resumida à maternidade, a ficar com ela o dia todo. (M8)

Uma coisa assim, o que mais mudou assim de forma prática, pragmática, que mais mudou na minha vida, que eu sinto, é a falta do meu tempo, entendeu? Porque antes eu podia sair, fazer o que eu quisesse na rua, resolver minha vida, levar o tempo que eu precisasse sair. Desde então, tudo o que eu saio para fazer, eu tenho que voltar para casa correndo. (M14)

Segundo Troiano (2015), o período que vai do nascimento ao primeiro ano de vida do bebê é um dos mais desafiadores para as mães que conciliam o cuidado com a criança e a retomada da vida produtiva. Essa experiência de fusão entre a identidade materna e as responsabilidades do cuidado pode gerar sentimentos de anulação pessoal e frustração, especialmente quando a mulher se vê impossibilitada de realizar atividades que antes considerava essenciais para seu bem-estar (CORRÊA et al., 2017; RIBEIRO et al., 2021).

Eu acho que o que foi marcante é essa questão da transição, onde eu precisei abrir mão de coisas que eu fazia antes e que eu não podia fazer mais. Então, essa questão da autonomia me marcou muito, de eu não ter mais o meu poder de escolha como antes, né? Desde coisas simples como escolher dormir, ver um filme, uma televisão, até coisas maiores no sentido de ir pra algum lugar mesmo. (M10)

Essa questão de eu ser uma pessoa que tem muita rotina e planejamento e tudo com o horário certo pra acontecer, e agora não tem horário certo absolutamente pra nada, nada nada nada nada. (M15)

A amamentação, por exemplo, foi citada como um dos fatores que ampliam a desigualdade da experiência parental, uma vez que a responsabilidade é vista como única da mãe.

Então, por exemplo, meu marido tem a limitação de, por mais que ele seja pai, ele não é mãe. Ele muitas vezes não entende essa carga que fica na minha cabeça o tempo todo. Eu gostaria que essa carga que é invisível fosse mais dividida. E várias vezes eu falei que eu gostaria que meu marido pudesse amamentar também. (M2)

A parte da manhã, eu basicamente fico sozinha. E.. A (nome do bebê) fica muito mais tempo no meu colo. Ela me demanda muito mais. E ele fica falando: Ah porque você é a Mãe. Porque você que amamenta. (M3)

Esses relatos evidenciam um padrão sobre a divisão do cuidado: enquanto as mulheres assumem a totalidade das demandas, incluindo as tarefas organizacionais e emocionais, os homens, por vezes, desempenham um papel mais pontual, com uma participação voltada para atividades específicas e programadas. Outro ponto relevante é a necessidade da mulher de delegar e direcionar o parceiro para que ele contribua de forma efetiva, gerando um acúmulo adicional de carga mental (MACEDO et al., 2024).

Para Nascimento (2016), essa dificuldade em dividir as responsabilidades de forma equitativa não apenas aumenta a sobrecarga materna, mas também reforça um modelo tradicional de parentalidade, no qual o cuidado da criança ainda é visto como uma responsabilidade primária da mulher-mãe.

Além da desigualdade na divisão do cuidado, outro fator relatado que pode intensificar a sobrecarga materna é a ausência de suporte externo. Muitas mulheres relataram a falta de relações de apoio social eficazes, seja pela indisponibilidade de familiares, seja pela ausência de políticas públicas que garantam maior assistência no pós-parto.

Nossa, foi péssimo assim, esse ponto também da minha família, que tava me abraçando, e em certo momento não... tô aí pra visitar a (nome do bebê). Sendo que não... Porque eu já não tô me sentindo bem com a casa estar mal organizada, eu já me sinto... E ainda tem que receber minha mãe, que está se incomodando com a casa, mas não pega na vassoura. Horrível... (M5)

São coisas desesperadoras que eu acho que se eu tivesse um pouco mais de apoio da família dele, se eu tivesse uma pessoa mais experiente, como todas são mães, mas são jovens ainda, eu acho que teria facilitado. (M7)

Mas, assim, pensar também, eu acho que, de alguma maneira, a rede de apoio faz uma falta. Essa, enfim, como é necessário, né? E, ao mesmo tempo, é muito escasso. É isso, tem pessoas que querem te ajudar, mas não podem pelas demandas da vida. E a gente entende completamente. Tem outras que, enfim, realmente não estão dispostas, não estão ali para ser. E a gente também precisa, enfim, não sei se compreender, mas aceitar de alguma maneira, né? A gente precisa lidar com isso. (M9)

Então, tá longe dos amigos e dos familiares. Longe, em outra cidade, né? Porque eu percebi, assim, que... Pelos relatos de outras mães que moram perto dessas pessoas. Alguém falava assim. Ah, não. Minha sogra passou aqui pra ficar com o meu filho e já vai embora. Eu não tinha isso. Porque todo mundo morando longe. Ou a minha mãe vinha e ficava direto. Ou não tinha ninguém. Então, estar longe foi a pior parte. (M13)

Outra pesquisa também identificou que a adaptação materna melhora significativamente quando as puérperas contam com apoio da família nuclear, estendida e extrafamiliar (ALVES et al., 2022). Foi possível identificar que a adaptação na maternidade nem sempre ocorre de forma linear ou positiva. Os relatos analisados evidenciam que a

sobrecarga materna e a falta de suporte geram um estado de exaustão física e emocional que, em alguns momentos, leva à necessidade de se distanciar temporariamente do papel de mãe para recuperar o equilíbrio psicológico e a sensação de controle sobre a própria vida.

Mas chegava um momento, assim, que eu, Jesus, preciso varrer uma casa. Porque eu não quero ser mãe agora. Eu quero ser dona de casa. Porque eu quero esquecer isso. (M5)

Saía da realidade, voltava um pouco à minha antiga realidade, conversava com pessoas, via gente, saía um pouco daquele ambiente de só ser mãe. Então, isso me ajudou muito também no início. (M10)

Teve uma madrugada, que eu acordei, virei pro meu marido, eu falei assim: Pega ele e sai daqui por favor. Porque o choro dele está fazendo um eco na minha cabeça, e assim, está me deixando perturbada, assim eu não estou conseguindo, por favor tira ele daqui, sabe, que o negócio começa, ele fica perturbador mesmo. (M12)

Os dados analisados demonstram que a experiência materna é atravessada por uma sobrecarga considerável, que gera a necessidade de afastamento momentâneo do papel materno ou o sentimento de exaustão. A carga invisível do cuidado, a privação de autonomia e a insuficiência de suporte familiar ou institucional tornam essa transição mais árdua do que ela poderia ser (EMÍDIO et al., 2023; MACEDO et al. 2024). Estudos demonstram que a ausência de apoio está diretamente associada ao aumento dos níveis de estresse e ao comprometimento da saúde física e mental materna (ANDO et al., 2021; CHEN et al., 2024; OXLEY et al., 2024; VAEZI et al., 2019), havendo, ainda, correlação significativa entre escassez de apoio familiar e prevalência de transtornos mentais no puerpério (FELIGRERAS-ALCALÁ et al., 2020; ANDO et al., 2021).

Os relatos sugerem que as mulheres encontram dificuldades para equilibrar os múltiplos papéis que exercem, sobretudo porque o contexto sociocultural e familiar reforça a expectativa de uma dedicação total e incondicional à maternidade, desconsiderando as necessidades subjetivas da mulher-mãe. Meleis (2010) aponta que uma adaptação bem-sucedida a um novo papel depende da possibilidade de integrar essa nova identidade à anterior, sem a anulação da individualidade. Entretanto, nos relatos analisados, esse processo de integração é dificultado pela centralização das demandas e pela ausência de corresponsabilidade no cuidado.

Assim, torna-se relevante compreender que o exercício da maternidade não se dá em abstração, mas em contextos concretos que tanto podem favorecer quanto dificultar essa função (OXLEY et al., 2024; VAEZI et al., 2019). A idealização da maternidade e da amamentação como expressões naturais e incondicionais do amor feminino desconsidera as condições reais nas quais esse processo se dá (PINHEIRO, 2017). No entanto, os relatos

indicam que, para essas mulheres, esse equilíbrio foi difícil de alcançar, uma vez que as expectativas sociais em torno da maternidade não permitem que a mãe tenha espaço para si.

Subcategoria B - Desafios físicos e emocionais relacionados ao tornar-se mãe

A segunda subcategoria contempla 114 UR (18,5%), sendo a maior desta categoria com 12 US, aborda as dificuldades que afetam a saúde materna, como privação de sono, alterações na autoimagem, complicações no pós-parto e o impacto emocional da sobrecarga materna. Desafios como o isolamento social e as dificuldades com a amamentação também são destacados como fatores que dificultam a adaptação ao novo papel neste resultado.

Além de todo o papel socialmente imposto, o processo singular da transição puerperal percorre entre mudanças corporais, picos e quedas hormonais, vigilância constante, privação do sono, culpa e sobrecarga que podem comprometer a saúde dessa mulher e consequentemente o de todo o convívio familiar (MAZZETTO, et al. 2022).

Estudos apontam que situações de adoecimento ou limitações físicas na fase puerperal elevam os riscos de sofrimento psíquico, como sintomas ansiosos, depressivos e vivências de fracasso pessoal frente à idealização da maternidade (VAEZI et al., 2019; CHEN et al., 2024). Além disso, a imprevisibilidade dessas complicações, muitas vezes negligenciadas no preparo pré-natal, acentua o sentimento de desamparo, especialmente quando há falhas na comunicação e na condução clínica por parte dos serviços de saúde.

Os relatos das participantes desta pesquisa ilustram o impacto subjetivo e prático das complicações no puerpério imediato.

E aí, eu fui embora para casa, né, eu sabia que ela teria alta na terça. Fui na expectativa de trazê-la, às 18 horas a profissional não apareceu para observar. E aí, eu fui embora de novo, sem minha filha. Então, isso foi muito péssimo. Foi uma noite muito ruim. (M5)

A minha dificuldade foi nos 15 primeiros dias, porque eu tive essa cefaleia pós-rack. E eu não conseguia cuidar do bebê. A única coisa que eu fazia era amamentar e, mesmo assim, era deitada na cama. Então, isso me deixou muito mal. (M6)

Só o que dificultou foi realmente a minha recuperação, porque eu tive um parto complicado, né? Eu tomei muitos pontos, eu senti muita dor, então eu tive uma recuperação da cesariana muito complicada. (M18)

As complicações de saúde ocorridas no pós-parto, tanto no âmbito materno quanto neonatal, configuram-se como inibidores no processo de transição saudável para a maternidade, impactando de maneira direta a adaptação física e emocional da mulher (FINLAYSON et al., 2020). Tais intercorrências geram frustração, sentimentos de

impotência e, por vezes, culpabilização, minando a autoconfiança materna e a sensação de competência diante do novo papel social assumido (VAN DER WOUDE et al., 2015).

Diante das inúmeras transformações vivenciadas no puerpério, é compreensível que tanto a saúde quanto a qualidade de vida da mulher sejam afetadas nesse período. A investigação desses desfechos, a partir da perspectiva da própria mulher, tem se mostrado cada vez mais relevante no campo das pesquisas em saúde, especialmente quando se considera a centralidade do cuidado centrado no sujeito (HAMMOUDEH et al., 2009; VAN DER WOUDE et al., 2015).

Dois estudos demonstraram que, apesar da importância do suporte social, a saúde geral da mãe exerce maior impacto no engajamento em um estilo de vida promotor de saúde (HAJIMIRI et al., 2018; OXLEY et al., 2024). Ao explorarem a associação entre apoio social e ritmo biológico materno, concluíram que a menor percepção de suporte social está ligada a maiores alterações no padrão biológico das puérperas, fator que também pode aumentar o risco de transtornos psicológicos (HAJIMIRI et al., 2018; OXLEY et al., 2024).

Outro desafio citado pelas participantes foi a privação de sono no puerpério. Elas consideraram que o sono fragmentado e insuficiente compromete funções vitais como o humor, a memória e a capacidade de resposta ao estresse, além de acentuar sentimentos de irritabilidade, frustração e desânimo.

Dormir, eu não durmo mais. Eu dormia bastante, agora eu não durmo mais. (M1)

A privação do sono em si já te deixa muito irritada, né? Você fica sem dormir. Eu tô sem dormir já há quatro meses e meio, praticamente. (M4)

E eu acho que, por conta disso, a minha memória ficou péssima. Coisa que eu não tinha antes. Eu esqueço tudo, assim. Impressionante. Eu esqueço coisas... a memória curta e coisas de mais tempo também. Às vezes as coisas se embaralham. Eu até falo pras pessoas, eu falo... Gente, por favor, me lembrem das coisas. Eu não sou mais a mesma pessoa, né? Porque eu não era assim. (M13)

Porque a gente sabe, né, todas essas mudanças que a mulher passa nesse período, hormonal, a mudança, física, né? E, o cansaço que é às vezes o bebê acordar de hora em hora para amamentar, o meu era o contrário, a (nome do bebê) não acordava, mas a gente tinha que acordar ela para estimular ela para amamentar. (M19)

No contexto da transição para a maternidade, a alteração no padrão de sono não é apenas fisiológica, mas está ligada à vigilância do bebê, à amamentação em livre demanda e à sobreposição de tarefas. A literatura científica reconhece que o déficit de sono nas primeiras semanas pós-parto está associado ao aumento do risco de depressão pós-parto, ansiedade e dificuldade de adaptação ao novo papel materno (HAJIMIRI et al., 2018; OXLEY et al., 2024).

Ainda, a experiência física mais complexa, relatada pelas mulheres neste estudo, foi a amamentação. Embora seja socialmente representada como um gesto natural e instintivo de cuidado materno, constituiu um dos principais pontos críticos enfrentados pelas mulheres no processo de transição para a maternidade, de acordo com as participantes.

Outra coisa foi essa questão da fórmula, tá? Porque, por cobrança, né, de amamentação em livre demanda, da questão do leite materno, eu me culpava muito por estar dando a fórmula pra minha filha, entendeu? (M5)

E o meu marido, mesmo eles me apoiando, mesmo assim eu chorava desesperada, porque o peito sangrava no início, o peito muito cheio, e eu não sabia o que fazer... Porque pra mim aquilo estava desesperador, eu não queria dar fórmula. Eu tinha a minha cabeça bem bitolada - Eu quero amamentar, eu quero amamentar... E, ao mesmo tempo, eu não estava conseguindo, porque era o peito ferido demais, era sangue descendo junto com leite, era muita dor... muita dor no peito. E aí... isso foi a parte mais difícil pra mim. (M7)

Antes de parir, eu não tinha noção... essa coisa de livre demanda de estar disponível o tempo todo é muito cansativo, né. O pior de tudo pra mim até hoje é isso. (M15)

O início da amamentação envolve desafios físicos como: dor, fissuras, ingurgitamento e sangramento, e, também, aspectos emocionais, como frustração, insegurança e culpa diante da idealização do aleitamento exclusivo (GIORDANI et al., 2018).

Os achados desta pesquisa dialogam diretamente com outro estudo que aponta a amamentação como uma experiência ambivalente e multifacetada, atravessada por sentidos que extrapolam sua dimensão biológica (KALIL; AGUIAR, 2021). Para muitas mulheres, o ato de amamentar não é apenas uma prática alimentar ou de vínculo, mas um processo de reorganização subjetiva, no qual o corpo adquire novos contornos simbólicos. Essa fusão pode gerar sensações de plenitude, mas também de dissolução da individualidade, especialmente quando a prática é acompanhada por exaustão física, dores e cobranças internas (KALIL; AGUIAR, 2021). As participantes desta pesquisa expressaram sentimentos de angústia diante das dificuldades em manter a amamentação exclusiva, revelando que a idealização social em torno do aleitamento pouco contempla os desafios reais enfrentados pelas mulheres.

Conversando com achados anteriores, a amamentação, ao ser exercida exclusivamente pela mãe, intensifica a desigualdade na divisão do cuidado e reforça a centralização da responsabilidade materna (CIAMPO & CIAMPO, 2018). Essa exclusividade pode gerar a sensação de estar “presa” à função materna, impossibilitada de responder às próprias vontades. Ainda que os discursos oficiais celebrem os benefícios da amamentação, como o vínculo afetivo, a saúde do bebê, a praticidade e o valor econômico,

há um silenciamento frequente sobre o “lado B” dessa prática, como as dores, frustração e sentimento de isolamento (KALIL; AGUIAR, 2021).

Eu só vivo com a criança o dia inteiro. Eu não falo com mais ninguém o dia inteiro. Então, assim, eu tô ficando meio doida. Tenho que falar com outras pessoas, né?! (M8)

Eu não conseguia sair de casa. Ela só mamava meu peito. Eu não tinha como ir, porque eu não sentava. Eu não conseguia sentar no carro. (M1)

Então, eu acho que nesse momento, principalmente, né, que ela ainda está muito pequenininha, minha saída de casa, porque eu quase não saio de casa, até porque ela não tem as vacinas todas ainda, então eu acabo me sentindo muito presa dentro de casa, né? E isso é um negócio que acaba me afetando muito, me estressando muito. (M17)

Atrelado a este contexto de modificações físicas e emocionais, as puérperas relataram em suas falas o impacto da maternidade em seus corpos. Trazendo significado visual à transição, esta é sentida não somente no campo mental, mas no espelho e na identidade. A mudança repentina no peso, a presença de cicatrizes, estrias, flacidez, acne e alterações hormonais são elementos citados como fatores que geram desconforto, insatisfação e distanciamento da imagem corporal anterior (GIORDANI et al., 2018; KALIL; AGUIAR, 2016).

No contexto do puerpério, esse corpo passa a ser funcional, voltado ao cuidado, à amamentação e à sobrevivência do recém-nascido e, assim, deixa de ser reconhecido como pertencente à própria mulher. A indissociação entre o corpo da mãe e o corpo de mulher reforça a centralidade da maternidade sobre outras dimensões da identidade feminina, dificultando a reconexão com a autoimagem anterior e com o exercício da autonomia corporal (KALIL; AGUIAR, 2016).

Fisicamente, eu estou me sentindo péssima, como há muito tempo eu não me sentia. Não é só a questão de peso, apesar de... eu engordei vinte e dois quilos, né, no total e já emagreci doze até agora, falta um pouquinho ainda. Eu sei que eu vou eliminar esses quilos, estou trabalhando pra isso também, sabe, mas não é só isso, o corpo está diferente, a barriga está diferente, a pele está diferente. Eu estava me sentindo muito bonita na gravidez, com cabelo maravilhoso, com uma pele maravilhosa e agora eu não sinto nada disso. (M20)

Questão sexual, por exemplo. Pra mim, impactou, né? Respeitei o resguardo. Isso não era negociável. Enfim, nem ele também tentou alguma coisa nesse sentido. Mas, mesmo depois, por exemplo, a questão do peito vazar durante o sexo. Isso é uma questão, assim, né? Que eu estou trabalhando na terapia. Entender que esse corpo de mãe é também um corpo sexual, né? Até porque ela não teria existido se não fosse. Mas é difícil fazer essa conexão. (M9)

A mudança, assim, interna... Não sei te dizer porque é tanta coisa. Até, às vezes, as pessoas me encontram na rua e falam... Nossa, eu não te conheci. Porque,

realmente, eu... Por exemplo, eu tô com muita acne que eu não tinha. E eu só ando com o cabelo preso. Por conta dela, que eu não andava. Eu andava com o cabelo solto. Então, as pessoas falam: eu não te reconheci. Acho que por conta da parte física mesmo, né? Eu não engordei muito, não. Eu já até tô pesando menos do que quando eu engravidei. Mas... Ai, quando a pessoa fala isso, eu falo assim... Você não tá me reconhecendo porque eu não sou mais a mesma. Eu te entendo. (M15)

As mudanças corporais que impactam a autoimagem se somam às transformações emocionais vivenciadas nesse período. Somando os resultados obtidos, a mulher-mãe se vê atravessada por sentimentos ambíguos, oscilando entre a exaustão, o medo, a insegurança e uma cobrança interna por desempenho materno ideal. Essa sobrecarga emocional foi citada pelas participantes, marcada por episódios de choro frequente e medo de não corresponder às expectativas, constituindo um dos inibidores mais sensíveis à adaptação no processo de transição para a maternidade.

Conforme aponta Vettorazzi et al. (2013), o cuidado à mulher no pós-parto deve ir além do monitoramento físico, exigindo uma abordagem multidisciplinar, capaz de reconhecer e acolher suas necessidades emocionais, subjetivas e relacionais. Tal atenção é ainda mais urgente quando se considera que o sofrimento emocional no puerpério é silenciado ou minimizado socialmente, agravando a solidão da mulher nesse momento (GREINERT et al., 2018).

Eu começava a chorar. E eu falava pro meu marido assim: "Cara será que eu tô sendo uma boa mãe pra ele?" Eu ficava a todo o tempo me questionando isso, se eu estava sendo uma boa mãe, se eu estava dando pro meu filho aquilo que ele tava precisando. (M4)

Eu chorava sem parar, sem parar... E elas chamaram meu marido, chamaram... chamaram a mãe e conversaram com eles, que eu estava passando por um momento, assim, nem eu conseguia, eu só chorava. Posso dizer, eu acho que depois que a gente ganha neném, né? Acredito que o corpo da gente passa por um excesso de mudanças, emoções... a gente fica louca ao mesmo tempo. São tantas emoções que a gente não sabe como lidar com tudo. Eu passei por isso. (M7)

Então eu ficava com aquele choro duplo e o choro do recém-nascido é uma coisa que te perturba. E aí eu estou chorando por causa da minha dor e porque ele está chorando e o choro dele está me perturbando, então assim entra num círculo muito difícil, sabe? (M12)

Os primeiros 20 dias eu acho que eu chorava todos os dias no Puerpério, né? Porque eu acho que é uma mudança muito grande, tanto hormonal quanto física, né? (M10)

As falas que emergem nesta subcategoria encerram um ciclo de desafios que, embora diversos em forma e intensidade, confluem em uma experiência subjetiva marcada pela instabilidade emocional, pela sensação de ruptura e pelo enfrentamento de si mesma. A

vivência do puerpério, como revelado pelas mulheres, ultrapassa o físico e se inscreve no campo do simbólico e do existencial.

Foi um peso muito mental assim, pra mim sim, foi um puerpério muito mental, tá? Eu fiquei muito abalada psicologicamente por diversas coisas assim. E o puerpério, ele por si só, já pressupõe que você vai estar num estado emocional fragilizado, muito diferente do que você já experimentou de tudo na vida, né? (M16)

Teve uma questão que pegou pra mim que foi, toda vez que eu amamentava, eu sentia uma tristeza profunda, muito grande mesmo, era... e depois eu li sobre, depois que eu já tinha parado de amamentar, porque agora eu parei, ele não quer mais o peito. Eu descobri que o tal do Baby Blues, ele vai muito na hora da amamentação por uma questão hormonal, né? Eu sentia uma angústia, uma vontade de sair correndo, ao mesmo tempo que eu gostava de amamentar, eu sentia isso. (M20)

Eu diria que o puerpério pra mim foi brutal assim no sentido psíquico... (M16)

Essa fragilidade emocional que atravessa o pós-parto não deve ser compreendida como sinal de fraqueza, mas como expressão legítima e esperada de um processo humano intenso e transformador. Os relatos analisados nesta subcategoria revelam o puerpério como um território de extremos emocionais, da alegria à exaustão, do encantamento ao esvaziamento. Os autores Souza, Souza e Rodrigues (2013) descrevem esse momento como uma fase marcada por oscilações afetivas, em que a mulher vivencia sentimentos ambíguos e antagônicos enquanto enfrenta a perda gradual de autonomia e se vê submersa em múltiplas responsabilidades, tanto familiares quanto sociais.

Além das pressões externas, a biologia também se faz presente. Alterações hormonais, especialmente os níveis de prolactina e ocitocina, repercutem diretamente no estado emocional da puérpera, podendo contribuir para quadros como o *baby blues*, uma condição transitória, mas emocionalmente intensa, que acomete até 80% das mulheres nos primeiros 15 dias após o parto (STRAPASSON; NENDEL, 2010; VILARINHO, 2019). A tristeza repentina ao entardecer, o choro aparentemente injustificado, a angústia e a insegurança não indicam incapacidade materna, mas refletem um processo fisiológico e psíquico de reorganização interna, que exige tempo, escuta e acolhimento.

O puerpério, em sua face mais crua, denuncia o silêncio histórico em torno da saúde mental materna, ainda naturalizada, minimizada ou romantizada. As mulheres não pedem alívio das tarefas, mas sim um espaço onde suas subjetividades possam existir sem julgamento, onde o peso da maternidade não precise ser carregado com heroísmo, mas compartilhado com humanidade. Assim, ao final desta subcategoria, compreende-se que todos os desafios relatados: a sobrecarga, a solidão, a perda de autonomia, o descompasso entre desejo e realidade, se condensam nessa percepção quase filosófica do puerpério como

um intervalo entre quem se era e quem ainda não se sabe ser. Um tempo de vulnerabilidade, sim, mas também de potência transformadora, que poderia ser vivido de forma mais leve se for sustentado por redes, cuidados e reconhecimentos reais.

Subcategoria C - Confronto entre expectativa e realidade

A subcategoria C, representa 68 UR (11%) com 9 US. Esta subcategoria enfatiza o descompasso entre a idealização da maternidade e a vivência real do puerpério, destacando como essa discrepância pode gerar frustração, insegurança e dificuldades na aceitação da nova rotina. Também inclui as transições subsequentes, como a chegada de um segundo filho e as mudanças na dinâmica familiar ao longo do desenvolvimento infantil.

Os relatos reunidos revelam que as dificuldades iniciais do puerpério são vivenciadas como um marco que divide essa transição para a maternidade. A expectativa, alimentada por idealizações sociais sobre o “instinto materno” e o “amor imediato”, se desintegra frente à concretude dos primeiros dias, caracterizados por medo, insegurança e cansaço.

Ah, no início, a gente não entende nada, né? Então, a gente se sente um pouco perdida e tal. E quando eu saí dessa caixinha preta, eu vi que, nossa, o início tava muito difícil, sabe? Acho que eu não tinha noção, mas quando eu saí disso, eu vi que tava muito difícil. (M11)

Mas esse primeiro momento, quando sai da maternidade pra vir pra casa, é aterrorizante, tipo: ah, tá, se concretizou. Estamos com uma criança, é responsabilidade nossa, muito medo de colocá-la em risco, até hoje eu não dirijo sozinha com ele, tenho medo de estar sozinha e aí ele chorar, eu ficar agoniada. (M20)

No início, pra mim, foi muito difícil porque não foi uma gravidez planejada, né? Eu nunca quis ser mãe, na verdade, eu nunca tive essa vontade assim de ter filho nem nada. Aí era desesperador assim, ouvia ela chorando, a dor de cabeça, a dor dos pontos, tudo bem desesperador ali no início... (M17)

Esse descompasso entre o imaginado e o real expõe uma lacuna no preparo emocional e prático para o puerpério (BARBOSA & BARBOSA, 2021). A literatura corrobora com essa percepção, onde estudos demonstram que as dificuldades iniciais mais relatadas incluem a recuperação pós-parto, especialmente no caso de feridas cirúrgicas, a amamentação, o manejo do sono e do choro do bebê, bem como a sensação de impotência diante de cólicas ou outras demandas fisiológicas do recém-nascido (RESTA, 2012; MUNHOZ; SCHMIDT; FONTES, 2019; CASTILLO-ESPITIA & OCAMPO-GONZÁLEZ, 2018).

Em muitos casos, o medo de causar dano ao bebê, a insegurança quanto aos cuidados e a percepção de insuficiência pessoal se impõem de forma paralisante (MUNHOZ; SCHMIDT; FONTES, 2019).

Para além do desconforto físico, percebeu-se uma sensação de desconexão entre o que se esperava e o que se vive. Como destaca Miranda (2020), muitas mulheres esperam vivenciar um estado de completude ao se tornarem mães, mas encontram, na prática, um cotidiano repleto de incertezas. Assim, os primeiros dias do puerpério constituem um campo sensível e crítico dessa transição, no qual o corpo e a subjetividade são simultaneamente desafiados, muitas vezes sem o amparo necessário para que a mulher se reconheça e se reconstrua dentro da nova realidade que a maternidade impõe.

Foi completamente diferente. A questão da dor, a questão de tudo. Eu nunca imaginava, sabia que ia ser difícil. Mas do jeito que foi, nunca passou isso pela minha cabeça. (M1)

É uma experiência muito doida, porque por mais que a gente leia muito, assim, eu fiz especialização na residência em saúde da mulher, então estava já um pouco acostumada sempre, me aproximei muito desse assunto de gravidez, gestação, estudei durante o meu período, mas só quando acontece, de fato, que a gente entende, assim, e acho que a ficha vai caindo aos poucos, sabe? (M9)

A sensação que eu tenho é que eu subestimei um pouco o puerpério. Subestimei no sentido de, eu não sabia que era uma coisa tão forte, tão intensa. Eu não sabia que você ficava saindo tanto sangue, eu não sabia nada mesmo de gestação nem tampouco de parto, sabe? Então, essa parte mexeu muito comigo. (M16)

Nesse sentido, dando continuidade ao processo de confronto entre expectativa e realidade, a reorganização da rotina familiar emergiu como um aspecto marcante da transição para a maternidade. Se, no início, as mulheres se deparam com o impacto físico e emocional da nova realidade, logo em seguida, percebem que essa nova configuração não é momentânea, mas sim o início de uma transformação estrutural e duradoura no modo de viver, ocupar o tempo e administrar o cotidiano.

As falas evidenciam que o planejamento de tarefas, que antes era guiado por decisões individuais ou a dois, passa a ser condicionado pelas necessidades do bebê, exigindo logística, flexibilidade e reorganização, seja para atividades simples, como sair de casa.

E se eu quiser sair hoje em dia, é isso. Pensar na questão de ter uma reserva de leite congelado pra ele poder ofertar e etc. Então, assim, a vida muda. A gente muda, não só internamente, mas nas tarefas externas também, nas obrigações externas. Eu acho que isso acaba sendo caracterizado assim como um ressentimento, eu diria, porque é uma coisa que de vez em quando vem, assim, volta, entendeu? Alivia, mas volta. (M9)

A mudança de rotina completamente, porque hoje em dia eu não consigo pensar, ah, sete e pouco da noite, quando alguém... Ah, vamos num bar, sete e pouco da noite? Aí eu penso, tarde, tipo, pra ir com o (nome do bebê), sabe?... Então, a vida muda completamente. (M11)

Agora eu vou voltar a trabalhar no meio de junho, né quando ele fizer quatro meses, então vai ser de novo a mesma coisa, né, então assim, reviver e mudar tudo de novo, né? Então assim, que horas eu vou acordar, que horas que a gente vai acordar todo mundo, que horas a gente vai fazer tudo, né, e esse cansaço que vai ser ainda maior, né. (M12)

O que antes era vivido com autonomia e espontaneidade, torna-se, agora, um cotidiano atravessado por vigilância, cálculo e renúncia. Segundo Costa et al. (2022), o estabelecimento desse novo cotidiano exige a criação de novos tempos e ritmos, a reconfiguração da própria identidade e o entrelaçamento de experiências passadas com a expectativa do que ainda virá. O retorno ao trabalho, por exemplo, aparece nos relatos como uma segunda transição, que exigirá mais uma vez uma adaptação do corpo e da mente aos novos arranjos familiares. Há, portanto, uma simultaneidade no padrão da transição: à nova rotina com o bebê, à presença ampliada de terceiros no ambiente doméstico, às exigências práticas e emocionais que se acumulam.

Tudo isso configura um cenário de reestruturação, no qual o puerpério deixa de ser apenas um “período” e passa a ser vivido como um estado de reorganização constante, que desafia a mulher não apenas na esfera do cuidado, mas também em sua subjetividade, autonomia e percepção de controle sobre sua própria vida.

Só que, no início, eu ficava meio desesperada, e eu não curtia fazer parte daquele grupo. Quase que eu saí, porque as meninas falavam: 'salto quatro, salto quatro', né? E eu ficava morrendo de medo, ai meu Deus, esse salto de desenvolvimento dos quatro meses, eu ficava sofrendo por antecipação antes de chegar nos quatro meses. Eu ficava muito pilhada assim, com bastante medo. (M11)

E também eu fico com os dois ao mesmo tempo, né? Então essa dinâmica assim, de ter que dar banho nos dois, de botar os dois pra dormir, de alimentar os dois, de fazer, né, então assim, é todo um esquema, que todo dia eu estou remodelando diferente na minha cabeça, né? Então assim, ah, esse dia está dando certo, mas outro dia não dá e eu tenho que refazer tudo de novo, né, e aí ficar nessa força-tarefa. (M12)

Nos relatos, o puerpério permanece como uma fase de adaptação, marcada por esse sentimento de ambivalência e esforço para (re)construir uma nova versão de si. É justamente no contraste entre o ideal cultural da maternidade plena e os sentimentos reais vivenciados que surge a angústia da subjetividade, uma angústia que raramente encontra espaço legítimo de expressão (SCHNEIDER, 2020).

O mito da mãe perfeita, como discutido por Nader (2016), impõe à mulher um modelo de comportamento inatingível, no qual não há lugar para o cansaço, a frustração, o medo ou o arrependimento: aquilo que era imaginado, mas que não foi real. A vivência do tempo puerperal, portanto, é marcada por um paradoxo: é ao mesmo tempo instantâneo e

eternidade, interrupção e continuidade, uma fase transitória que se prolonga indefinidamente na experiência emocional das mulheres-mães.

E aí tem essas ideias, né? De que o puerpério são aqueles 45 dias. Menina, passou os 45 dias e eu ainda não estava saindo dessa perspectiva de que eu tinha entrado, de estar sendo sugada e ser necessária e ter que dar atenção para o outro e não conseguir me enxergar. (M5)

É, assim, no início foi muito complicado. Engraçado que nesse grupo, as mães, porque tem mães mais velhas que falam do puerpério, né? O puerpério não acaba com 40 dias. Eu não sabia disso, na verdade. Pra mim, realmente, parece que a coisa continua até hoje. Pra mim e pra outras mães lá que relatam. (M13)

E agora está ficando um pouco mais leve, o puerpério também pra mim ainda não passou. Tem gente que fala: nossa, o puerpério é quarenta e cinco dias. O meu não, o meu está longe, entendeu? Eu estou nesse estado, pra mim ainda não acabou não. (M16)

As participantes também relataram que a "ficha demora a cair", traduzindo a vivência de um tempo psicológico próprio, no qual o entendimento da nova realidade, a maternidade, não se dá de forma imediata, mas sim processualmente, em camadas, ao longo da convivência com o bebê e da imersão na nova rotina. O nascimento do filho não corresponde automaticamente ao nascimento da mãe.

Então, isso foi muito difícil pra mim porque eu não conseguia sentir esse amor que as pessoas falam, né? Ai, porque nasce uma criança, nasce uma mãe. Eu não sentia isso. Eu não conseguia olhar pra ele e sentir esse amor, sabe? Eu só sabia que eu tinha que manter ele vivo, sabe? Esse era o que eu sentia, né? (M10)

Obviamente, o afeto vai vindo junto, ele não é abundante de imediato assim, ele vai vindo aos pouquinhos. Com a rotina e o cotidiano, ele realmente vai aflorando. Isso em termos de sentimento, né? Aí o amor vai crescendo tremendamente. É, parece que a ficha demora a cair. Durante a gravidez, eu ficava pensando: não acredito eu estou grávida, eu não acredito, eu estou grávida. Aí, depois que ele nasceu, eu olhava pra ele e falava: não acredito que tive um filho, eu tenho filho. (M20)

A ficha foi caindo aos poucos, né? Acho que também por ela ter nascido em casa, por ter sido tudo muito rápido, assim, né? Acho que me levei... Foi necessário fazer essa transição de pensamentos também um pouquinho mais rápida, assim, né? Enfim, absorver tudo ao mesmo tempo. (M16)

As falas analisadas nesta subcategoria revelam um evidente desencontro entre a realidade vivida e o ideal socialmente esperado, dando materialidade à crítica formulada pela autora Badinter (2011), ao denunciar o mito do amor materno como uma construção histórica forjada não para emancipar, mas para normatizar e oprimir. As mulheres não apenas enfrentam as múltiplas transformações do puerpério, mas o fazem sob o peso de uma expectativa cultural.

Ao confrontarem a idealização da maternidade com a dureza do cotidiano puerperal, as mulheres entrevistadas demonstram que a experiência de se tornar mãe é, muitas vezes, menos sobre realização e mais sobre resistência, à exaustão, à frustração, à solidão e à obrigação de performar um amor que pode precisar ser construído e não simplesmente presumido.

CATEGORIA II: As relações de apoio social no processo de transição puerperal

A transição para a maternidade, como discutido na categoria anterior, revelou-se um processo profundamente subjetivo, marcado por transformações físicas, emocionais, sociais e identitárias. Longe de se restringir à figura da mãe, o puerpério se expressa como um fenômeno relacional, que se estende à estrutura familiar, às relações de apoio e ao entorno social que cerca essa mulher. Nesse contexto ampliado, a segunda categoria concentra-se nas relações de apoio social e sua influência direta sobre a experiência puerperal, explorando como as interações com familiares, profissionais de saúde e a comunidade impactam essa adaptação à maternidade.

A análise das entrevistas evidenciou que essa categoria representa 30,1% do total das UR, totalizando 185 UR sublocadas em 18 US. Os dados revelaram que o suporte social funciona como um elemento estruturante da transição puerperal, impactando a forma como a mulher vivencia seus desafios, elabora suas emoções e reorganiza sua vida cotidiana. A presença (ou ausência) de apoio emocional, instrumental e informacional demonstrou influenciar diretamente o bem-estar materno-infantil, especialmente no que diz respeito à saúde mental da puérpera, à construção de vínculos com o bebê e à capacidade de lidar com a sobrecarga.

Em consonância com a Teoria das Transições de Meleis, reconhece-se que a qualidade, disponibilidade e responsividade das relações de apoio social são determinantes na forma como a mulher atravessa essa fase liminar, podendo funcionar tanto como facilitadores quanto como inibidores da transição. Dessa forma, esta categoria busca compreender como as experiências de apoio, em suas múltiplas expressões, moldam os contornos do puerpério e revelam que essa jornada, para além de íntima e corporal, é também social e compartilhada.

Para melhor organização e fidelidade interpretativa dos dados, esta categoria está dividida em duas subcategorias:

Subcategoria A: O papel dos familiares como relação de apoio social e contribuição para uma transição saudável.

A primeira subcategoria concentra 142 UR (23,1%) e aborda a relevância dos vínculos familiares na adaptação materna, subdividida em 12 US. Os achados reforçam que o apoio fornecido por figuras familiares desempenha um papel relevante na recuperação e adaptação da puérpera. O suporte da avó, a participação ativa do(a) parceiro(a) e a disponibilidade de auxílio nas tarefas cotidianas também foram aspectos mencionados como facilitadores dessa adaptação. Além disso, a aceitação e o respeito às escolhas maternas emergiram como fatores importantes para uma transição saudável.

No contexto das entrevistas realizadas, a presença ativa do(a) parceiro(a) emergiu como um fator para aliviar a carga materna, permitindo que as mulheres mães vivenciassem a maternidade com maior segurança e menos sobrecarga. Os relatos das puérperas demonstram que um(a) parceiro(a) envolvido(a), que compartilha as responsabilidades do cuidado com o bebê e da manutenção da casa, impacta diretamente a experiência materna.

O companheirismo dele... dele assumir as questões. Por exemplo, ele faz comida, ele cuida do bebê também. Essa parte assim... que eu vejo que muitas mães não têm isso. (...) Mas ele fazer o papel de pai mesmo, presente, fazer as coisas... isso foi o diferencial, assim, que facilitou muito, principalmente no início. (M6)

Olha, eu acho que a primeira coisa foi que o meu namorado é uma pessoa muito parceira mesmo minha nesse sentido. Ele levantava de madrugada pra trocar a fralda dela, pra ficar comigo durante a amamentação, principalmente no início da amamentação que era um negócio que me machucava muito, que doía muito, e ele ficava ali do lado me incentivando a continuar porque eu, tinha momentos que eu falava: 'ai eu não quero mais'. Aí ele não, assim está ruim agora, mas depois melhora, vamos ver o que dá pra gente fazer pra melhorar e tal. (M17)

Então, o que aconteceu de muito positivo, que melhorou muito, o que facilitou muito esse processo, foi a minha parceria com a (nome da parceira). Então a gente se isolou mesmo e ter a (nome da parceira) com toda certeza fez com que a maternidade pra mim, esse pós-imediato, fosse muito mais leve, foi pesado junto, se eu não a tivesse, eu tenho certeza que seria muito mais pesado. Então, com certeza, foi isso. (M20)

Esses relatos refletem não apenas um apoio instrumental, mas uma compreensão aprofundada do papel da parceria no puerpério. Outros estudos mostram que o apoio emocional do parceiro, como expressar amor e afeição, ouvir e entender as preocupações da mãe, é importante para reduzir o estresse materno (ALVES et al., 2022; SAMPSON et al., 2015). Da mesma forma, em Singapura, mães recorriam aos cônjuges para apoio emocional e tarefas domésticas, enquanto buscavam informações sobre cuidados com o bebê de seus próprios pais e amigos próximos (PHANG et al., 2015).

A Teoria das Transições identifica como facilitadores do processo os recursos pessoais e contextuais que reduzem as dificuldades enfrentadas pela pessoa em transição (MELEIS, 2010). Quando o(a) parceiro(a) assume a corresponsabilidade pelo cuidado, ele(a) atua como um desses facilitadores, permitindo que a mulher tenha espaço para a

própria recuperação e para o vínculo com o bebê, diminuindo o peso exclusivo da maternidade.

Complementando o que se expôs como inibidor na Categoria I, os resultados mostram que o envolvimento ativo do(a) parceiro(a) foi visto não como um “auxílio” ou uma “ajuda”, mas como uma responsabilidade compartilhada, relevante para que a maternidade não se tornasse um peso exclusivo da mulher.

Eu achei muito tranquila. E é aquele negócio, né? Eu tive o meu parceiro sendo o meu parceiro mesmo, né? Fazendo papel de pai mesmo. (M6)

A gente sabe como são as relações de gênero, etc. E isso sempre ficava para mim. Será que vai dar tudo certo? Será que vai ser uma fase boa? Uma fase tranquila? Tenho experiência de amigas mesmo, que têm muita dificuldade com o companheiro. Então, para mim, foi muito bom ter esse apoio, essa parceria. Ter esse companheirismo mesmo dele. Então, foi isso. (M9)

Das relações que mais me apoiaram, é do meu marido, né? Que não é necessariamente um apoio. Porque ele também é pai, mas que é uma participação importante. (M18)

Outros pesquisadores concordam que, quando o suporte conjugal se configura como presença informada e participativa, ele contribui diretamente para a ressignificação da experiência puerperal, atuando como fator de proteção emocional e facilitador da transição (HAJIMIRI et al., 2018; CORNISH; DOBIE, 2018; OXLEY et al., 2024).

Em contrapartida, no decorrer das entrevistas, as mulheres narraram que muito do suporte recebido nesse período crítico, para além da parceria conjugal, provém majoritariamente de outras mulheres, como mães, sogras, avós, irmãs e amigas. Essa relação de apoio social feminina foi percebida pelas mães como relevante para a sua própria recuperação física e emocional, proporcionando um ambiente mais seguro e acolhedor no enfrentamento dos desafios desse período.

E, quando eu voltei a trabalhar, minha mãe voltou pra cá. E é o que me deixa calma, tranquila pra eu poder ir pro trabalho e ficar com o coração tranquilo de que ela tá com a minha mãe. Então, a minha rede é minha mãe. (M1)

Eu diria que o (apoio) da minha mãe foi o mais decisivo. (M16)

Assim, a minha mãe, a minha avó, a minha tia, a minha sogra, as tias do meu marido, uma prima próxima, todo mundo assim, quando estava ali por perto ajudava também, nem que seja às vezes olhar ela pra eu poder tomar banho ou fazer coisas na minha casa também que via necessidade. (M19)

Mas a minha mãe, a minha irmã e minha cunhada, mulheres sempre. E minha amiga que é mãe também. (M20)

Essa constatação não se trata de um fenômeno isolado, mas de um reflexo de padrões socioculturais historicamente enraizados, que delegam às mulheres a responsabilidade pelo cuidado e pela transmissão de saberes relacionados à maternidade e ao puerpério (SOARES, KANEKO, GLEISE, 2015; VAN DER WOUDE et al., 2015). Esse ciclo de cuidado intergeracional pode ser compreendido dentro da perspectiva das transições desenvolvimentais de Meleis, nas quais a experiência materna não ocorre de forma isolada, mas sim inserida em um contínuo de relações e aprendizados (MELEIS, 2010; VAN DER WOUDE et al., 2015).

A análise das entrevistas revelou que, ao serem questionadas sobre sua principal relação de apoio no puerpério, a maioria das puérperas mencionou, em primeiro lugar, figuras femininas, como suas mães, irmãs ou amigas, antes de citar seus companheiros. Dentre as 20 entrevistadas, 13 apontaram inicialmente uma mulher como referência principal de suporte. A presença feminina nas relações de apoio social das participantes também se mostrou importante para o acolhimento emocional e para a ressignificação da experiência puerperal. Nos relatos, observa-se que essa rede não se restringiu a uma colaboração instrumental, mas se desdobrou em uma relação simbólica de pertencimento e carinho.

A minha mãe chega aqui, a minha mãe é muito do... A forma dela de demonstrar carinho é muito com coisas materiais, assim. Ela chega aqui com uma panela de comida. E eu amo. Ela chega aqui com comida, ela chega aqui com chocolate. (M2)

A mãe fazia meu café da manhã e dava na minha mão, o almoço na mão. Não estou dizendo que eu precisava de uma pessoa pra fazer isso, é que num momento tão difícil de tanta fragilidade, que você está tão esgotada de acordar mil e quinhentas vezes à noite... o amor e o carinho, você ver a dedicação da sua mãe te entregando a comida - 'você quer comer o que?' - vê a pessoa se importando com você, ainda te dá forças para você seguir. (M7)

Outro ponto a ser considerado é a centralidade da figura da avó no processo de adaptação da mulher-mãe. Algumas entrevistadas apontaram que a presença materna se configurou como um fator importante nesse processo de transição. O apoio da avó representa um elo intergeracional que reforça a maternidade como uma experiência comunitária e não apenas individual (ZEIDERS et al., 2015). Esse ciclo de cuidado que se perpetua de mãe para mãe reflete a transmissão de saberes e afetos ao longo das gerações, criando uma continuidade no suporte materno (JESUS et al., 2014).

Estudos como o de Lopes, Prochnow e Piccinini (2010) confirmam essa dinâmica ao mostrar que a maioria das mães primíparas em sua pesquisa (98%) relatam a presença de uma figura feminina de apoio, geralmente suas próprias mães, percebidas como modelos de identificação e segurança afetiva.

Além disso, é importante reconhecer que, ao acolher sua filha no puerpério, a avó também passa por uma transição própria. Ela não apenas revive sua experiência como mãe, mas assume um novo papel no sistema familiar, agora como cuidadora de sua filha e de seu neto. Esse movimento pode ser visto como uma dupla vivência puerperal: enquanto a filha atravessa a transição para a maternidade, a avó vivencia um novo ciclo de maternagem, ressignificando seu próprio papel e revivendo desafios e emoções do passado. Tal rearranjo relacional reforça a importância da família como instituição dinâmica, que atua como unidade de apoio, afeto e coesão social (GOMES, 2016).

Através da análise dos resultados, foi possível compreender que, sem relações de apoio social consolidadas, as participantes sequer conseguiriam atender suas necessidades fisiológicas mais básicas, como se alimentar, dormir ou tomar banho.

Porque se eu não tivesse eles, eu não ia comer, eu não ia tomar banho, eu não ia ter o mínimo, sabe? Então, isso é muita coisa. (M1)

Então, acho que é isso, assim, de questões, necessidades fisiológicas, né, que a gente tem mesmo, de sono, de fome, de sede, etc. Acho que isso, de tomar um banho, acho que isso me ajudou diretamente, né, na questão da minha saúde, saúde física, mas pensando pelo lado da saúde emocional, da saúde mental também, teria sido, assim, muito mais difícil se eu não pudesse contar com ele. (M9)

Então, me ajudou bastante primeiramente na parte da alimentação, né? Então, assim, eu tinha que me alimentar bem pela amamentação, pela anemia e por tudo. Então, elas enfim, me ajudaram bastante nessa parte da alimentação, né? Então, sabe, vem cá, senta pra comer, a comida está pronta. (M12)

O fato de que a maternidade pode privar a mulher de suas próprias necessidades evidencia a sobrecarga materna. A relevância dessas relações de apoio transcende o âmbito meramente assistencial, estendendo-se à mitigação de circunstâncias que possam desencadear morbidades e agravar o estado de saúde da puérpera. (HAJIMIRI et al. 2018; LEFKOVICS et al. 2018).

Além de garantir as necessidades básicas, o suporte das relações de apoio se mostra de grande importância para o processo de adaptação à maternidade, contribuindo para uma transição mais saudável (HORBE, 2022; SILVA, 2016). Algumas puérperas relataram que a presença de familiares e parceiros(as) possibilitou a vivência da maternidade de maneira menos extenuante e mais equilibrada.

Eu acho que foram primordiais para eu ter uma boa saúde mental, durante meu puerpério e até hoje. Porque eu sei que, se eu precisar, se estiver muito cansada, alguma coisa assim, eu preciso fazer alguma coisa, eu sei que eu posso recorrer a essas pessoas e falar, olha, você pode ficar com a (nome do bebê) um pouquinho aqui para que eu possa fazer tal coisa, sabe? (M8)

Mas eu acho que se eu não tivesse tido esse tipo de apoio, né, do (nome do parceiro), da minha mãe, eu estaria enlouquecida, porque, por exemplo, eu deixava o (nome do bebê) com a minha mãe de tarde pra eu tomar um banho demorado, e aí eu fechava a porta do banheiro, ficava lá embaixo do chuveiro um bom tempo, tipo, pra sair limpinha, né, às vezes botava um brinco, às vezes só de estar de cara limpa, uma roupinha melhorzinha, sem estar de camisola já ajudava. Então, eu acho que isso tudo ajudou nessa saúde, né, de uma forma geral, pra não me sentir tão largada, tão só em função de um bebê. (M11)

Eu só consigo me ocupar do cuidado deles porque eu tenho ajuda e apoio e em outros campos né, da casa, da alimentação. Então é isso, só que esse apoio é muito importante, sem ele eu acho que a gente adocece, psicologicamente, mentalmente, já é difícil com todo apoio, sem ele então eu não consigo nem imaginar. (M18)

Outros estudos concordam que a consolidação de relações de apoio social emerge como um facilitador para essa adaptação mediante a provisão de orientações, suporte emocional e assistência nos cuidados com o lactente, incluindo aspectos relativos às tarefas diárias. (LI et al., 2017; CREMONESE, 2017). A experiência relatada pelas mulheres-mães entrevistadas mostra que a presença das relações de apoio social permitiu que elas tivessem pequenos, mas grandes momentos para si. Esse fator reforça a concepção de que a maternidade não deve ser uma jornada solitária, mas sim compartilhada com aqueles que cercam a mãe, garantindo que ela possa vivenciá-la sem ser anulada como mulher (CORNISH; DOBIE, 2018; OXLEY et al., 2024).

Enquanto para algumas mulheres o suporte recebido durante o puerpério foi vivenciado como elemento de alívio e acolhimento, para outras, ele desencadeou sentimentos ambíguos, como frustração e percepção de incapacidade frente à própria autonomia. Em alguns relatos, a dependência de terceiros foi descrita como essencial à sobrevivência física e emocional naquele contexto, revelando não apenas a importância do apoio, mas também a tensão existente entre necessidade de cuidado e desejo de autossuficiência.

Então, se eu não tivesse eles, sinceramente não sei o que eu ia fazer. Eu não conseguia ficar muito tempo em pé. (...) Então, foi sobrevivência mesmo. Se não fosse por eles, eu não ia sobreviver. (M1)

Desde o diagnóstico da pré-eclâmpsia, na gestação, eu nunca mais fiz comida. E se eu tivesse que fazer, ia ser muito mais difícil. Porque... Por causa das dores, por causa do sono. Se eu durmo pouco, as dores aumentam. Então, com certeza, isso impactou na minha saúde. Com certeza, com certeza... Positivamente, né? Para me ajudar. (M2)

Mas também eles me ajudaram muito, também não foi bom, porque eu também me sentia um pouco incapacitada. Eu me sentia mal. Eu queria fazer, e não poderia. (M3)

Eu fiquei muito dependente de algumas pessoas. E aí, para algumas pessoas eu tive uma boa aceitação de ajuda. Eu aceitei ser ajudada. Agora pra outras.

peessoas que até se prontificaram a ajudar, não rolou pra mim. Porque o universo do meu lar, é um universo muito peculiar. (M16)

Se, por um lado, a dependência do apoio social é uma característica marcante do puerpério, por outro, essa mesma rede de suporte familiar possibilita que a mulher retome, gradualmente, atividades externas ao universo materno. O retorno ao trabalho, aos estudos ou mesmo a pequenos momentos de autocuidado se tornou viável para muitas entrevistadas justamente porque contavam com um sistema de suporte estruturado:

Quando eu fiquei bem e voltei a trabalhar, que eu voltei agora, ele ta trabalhando e eu também, então minha mãe fica com a (nome do bebê). As coisas da casa não dá pra ela fazer, porque é impossível. Mas ela cuida da (nome do bebê) pra mim, né? (M1)

Eu comecei a extrair leite e deixar congelado. Ele começou a ficar com a (nome do bebê) pra eu poder voltar a dar aula. Que sem isso não teria como. (M5)

Então, assim, isso foi fundamental para que eu conseguisse dar sequência no doutorado, que é algo importante para mim, como mulher e como profissional, e não ter de ter que trancar o doutorado. (M8)

Às quintas-feiras, a minha sogra ia pra lá de tarde ficar com ela, que aí eu ia na terapia, aproveitava pra resolver alguma coisa na rua e tal. Então eu tinha uma tarde de quinta feira pra fazer alguma coisa que eu precisasse fazer. Então, essas ajudas assim são nossa rede de apoio né? (M14)

Esse relato demonstra como o suporte familiar não apenas reduz a sobrecarga da mãe, mas também desempenha um papel importante na manutenção de sua identidade para além da maternidade. A Teoria das Transições enfatiza que mudanças identitárias são um dos principais desafios em momentos de transição, e a possibilidade de retomar atividades externas pode atuar como um elemento facilitador para a adaptação saudável da mulher ao seu novo papel (MELEIS, 2010).

Entretanto, esse direito à continuidade existencial ainda é tensionado por uma cultura que naturaliza a maternidade como destino absoluto da mulher. O estudo de Machado e Pinho Neto (2016) revelou que 48% das mães deixam o mercado de trabalho no primeiro ano após o parto, revelando não apenas a fragilidade das estruturas de apoio social e institucional, mas também a persistência de um modelo social que associa plenitude feminina à exclusividade do cuidado. Em contrapartida, reconhecer a mulher como sujeito de desejos próprios, que se estendem para além da maternidade, é condição essencial para romper com padrões de invisibilização e promover trajetórias mais saudáveis e equitativas no ciclo gravídico-puerperal (PINHEIRO, 2017).

Dentro desse cenário, destaca-se o impacto positivo do fortalecimento dos relacionamentos conjugais no período puerperal. Nas entrevistas, a maternidade trouxe um novo sentido de união com seus(as) parceiros(as), reforçando a parceria e o suporte mútuo.

Pra mim, foi a questão do vínculo que eu criei com o (nome do bebê) e o meu esposo, né? Que a gente ficou mais, passou a ficar mais tempo junto... nesse período. (M3)

Está tudo mais tranquilo do que eu imaginei, está sendo melhor do que eu imaginei. Até sei lá, a vida com o meu relacionamento aqui tem sido melhor também. (M17)

Acho que de positiva a relação familiar também. A minha relação com a (nome da parceira) está muito mais fortalecida depois da maternidade. Você deixa de se importar com determinadas coisas que antes você se importava, porque é tudo muito pequenininho perto dessa questão familiar. A gente tem uma união muito maior agora, eu olho pra ela e falo cara a gente está mais unida do que nunca. (M20)

Ao longo dos relatos, fica evidente que a principal relação de apoio social das mulheres no puerpério foi composta por familiares próximos, especialmente mães, pais, sogras, parceiros(as) e irmãs. A maioria das entrevistadas destacou que, sem o suporte da família, enfrentar o puerpério teria sido significativamente mais difícil. O fato de o suporte estar concentrado quase exclusivamente na família aponta para um modelo de cuidado baseado em relações interpessoais diretas, no qual a mulher depende de seu círculo íntimo para garantir sua adaptação à maternidade.

A experiência cotidiana do puerpério exige suporte contínuo, sensível e contextualizado. Nesse sentido, um estudo longitudinal de Corno et al. (2019) demonstrou que mulheres que receberam apoio social desde a gestação apresentaram, não apenas melhores indicadores de saúde mental e física no pós-parto, como também tiveram filhos com melhores resultados no desenvolvimento infantil ao longo de sete anos. Tais achados reforçam o potencial preventivo e promocional das redes de apoio, não apenas no âmbito familiar, mas como estratégia de saúde pública integrada.

Estudos indicam que a falta de apoio institucional e comunitário contribui para o isolamento e aumento da carga mental das mães (HAJIMIRI et al. 2018; FELIGRERAS-ALCALÁ et al. 2020; LEFKOVICS et al. 2018). Por exemplo, a pesquisa realizada por Oxley et al. (2024) demonstrou que a percepção inadequada de suporte social está associada à disrupção do ritmo biológico em mulheres no período pós-parto, afetando negativamente sua saúde.

Mães sem apoio social adequado podem enfrentar mais dificuldades na amamentação e podem sofrer com baixa autoestima, influenciando a confiança em suas

habilidades parentais, fazendo com que duvidem de sua capacidade de cuidar adequadamente de seus bebês (CORNISH & DOBIE, 2018; PHANG et al., 2015).

Diante disso, é importante que os profissionais de saúde não apenas reconheçam, mas também potencializem essas relações, ampliando sua escuta e valorizando os saberes cotidianos que as constituem. A construção de uma rede socioassistencial sólida deve estar ancorada em políticas sensíveis à realidade dessas mulheres, considerando os valores, vínculos e contextos nos quais estão inseridas. O fortalecimento de vínculos familiares pode ser um potente facilitador da transição puerperal. Portanto, promover o envolvimento qualificado da família deve caminhar lado a lado com o fortalecimento de redes ampliadas de apoio, como grupos de puérperas, serviços interdisciplinares e políticas públicas voltadas à saúde mental materna.

Subcategoria B: A busca por apoio comunitário e profissional.

A segunda subcategoria, engloba 43 UR (7%) em 6 US e destaca a importância de relações com as redes externas de suporte no enfrentamento das demandas do puerpério. O suporte de profissionais da saúde, a troca de experiências com outras mães e a inserção da criança em espaços educacionais foram identificados como recursos para a adaptação materna. Além disso, estratégias como terapia e serviços de apoio formal, quando acessíveis, demonstram contribuir para o equilíbrio emocional da mulher, auxiliando na reorganização das novas demandas familiares.

Embora as relações de apoio social familiar tenham se apresentado como centrais para a adaptação das puérperas, os relatos também mostraram a relevância do suporte externo, incluindo profissionais da saúde, outras mães, serviços formais e terapia. No entanto, a experiência de acesso a esses serviços variou entre as entrevistadas, revelando desigualdades estruturais e desafios na obtenção de suporte além do círculo familiar.

A assistência de profissionais da saúde foi mencionada como um fator positivo para a adaptação das mães no puerpério. Consultorias de amamentação, acompanhamento pediátrico e orientação de enfermeiras obstetras foram os serviços mencionados como recurso na tentativa de minimizar dificuldades iniciais.

Mas depois que também rolou a cicatrização do peito, que eu fui em consultoria de amamentação, eu fui em osteopatas, pediatra, todo mundo. Ela fez frenectomia, eu fui em odontopediatria, tudo pra poder melhorar a amamentação. (M1)

E também a equipe de saúde da clínica da família. Eu tava em contato com eles o tempo todo, enquanto eu ainda tava no hospital. Tipo, enquanto eu tava no hospital, ela já tinha o cartãozinho do SUS. Eles tinham cadastro na clínica da família. E aí, na própria segunda-feira, a gente foi liberado no sábado. Na segunda-feira, a gente já foi lá pra poder ter uma consulta com eles. Então, assim, isso foi muito bom, né? (M9)

E também a questão da enfermeira, né, eu acho que, me ajudou em vários sentidos, né, então tanto durante o trabalho de parto, que me tranquilizou, né. E ela veio aqui no pós-parto também, então ela me avaliou em casa, ela viu. Porque o médico veio depois de um tempo, né? Ela vinha aqui em casa, ela viu que tinha uma laceração, ah, deixa eu fazer um laser, a gente conversou, né, sabe? Então, isso foi uma coisa que também deu um suporte muito bom, sabe? De eu ter esse apoio um pouco mais próximo, sabe? Porque é diferente o enfermeiro obstetra, né? Então, acho que isso também deu uma ajudada boa, né? (M12)

Esse suporte, quando estabelecido de maneira contínua e humanizada, contribui diretamente para a construção de vínculos terapêuticos que promovem segurança, esclarecimento e fortalecimento do papel materno. Em contextos internacionais, estratégias como as visitas domiciliares realizadas por enfermeiros de saúde pública têm se mostrado eficazes na prevenção de agravos e no fortalecimento do sistema familiar durante esse período (ASTON et al., 2015; WRIGHT & LEAHEY, 2018).

Entre os profissionais de saúde mencionados pelas entrevistadas, a atuação da enfermagem destacou-se no processo de cuidado. Uma atenção "um para um" possibilita escuta ativa, acolhimento e a construção de vínculos terapêuticos que promovem segurança emocional, fortalecimento do vínculo mãe-bebê e empoderamento materno (GARNELO et al., 2019). Além disso, as enfermeiras exercem papel essencial na educação em saúde, orientando gestantes e puérperas sobre cuidados com o recém-nascido, amamentação, sinais de alerta e autocuidado, o que favorece a tomada de decisões informadas e a prevenção de agravos evitáveis (COSTA ET AL., 2020; GARNELO ET AL., 2019). Estudos demonstram que intervenções educativas conduzidas por profissionais da enfermagem no pré-natal, parto e pós-parto estão associadas a maiores taxas de sucesso na amamentação e melhor adaptação às demandas da maternidade (NEVES, 2011; TSUNECHIRO, 2018), reforçando a importância dessa categoria como promotora de saúde e facilitadora de redes de apoio resilientes e comunitárias.

Algumas participantes, ainda, buscaram terapia e relataram que esse suporte profissional também foi importante para ajudá-las a processar as mudanças vividas, promovendo uma resignificação da experiência materna.

Acho que isso no início foi uma questão para terapia, que eu falo assim, não tô conseguindo fazer nada. E ela fala, mas você tá fazendo tudo, você tá cuidando de uma criança. Então, assim, são muitas coisas ao mesmo tempo, mas que é muito gratificante, assim. (M9)

Assim, eu acho que facilitou. Bom, eu faço terapia. Então, tudo isso está ajudando na minha construção. (M14)

Então assim, eu acho que influencia bastante na minha saúde, com certeza. Tive a oportunidade de fazer terapia durante a gestação, também pra saúde mental, então, eu acho que esse apoio faz toda a diferença. (M18)

Estudos indicam que o acompanhamento psicológico nesse período favorece o autoconhecimento, a ressignificação da própria história e a elaboração das experiências subjetivas que emergem com a maternidade (CERÁVOLO, 2019). A terapia pode oferecer à mulher um espaço de escuta qualificada, onde sentimentos ambíguos como medo, culpa, frustração e exaustão deixam de ser silenciados e passam a ser compreendidos como parte do processo humano de tornar-se mãe.

A promulgação da Lei nº 14.721/2023, sancionada em novembro e com vigência a partir de 2024, estabelece o direito da gestante, parturiente e puérpera ao acompanhamento psicológico no SUS. Essa medida representa um avanço importante no reconhecimento da saúde mental materna como dimensão essencial e indissociável do cuidado integral à mulher no ciclo gravídico-puerperal. A legislação reforça a urgência de incorporar o olhar psicológico desde a gestação até o puerpério.

Outro aspecto destacado foi o impacto positivo da troca de experiências com outras mães. A conexão com mulheres que estão passando pela mesma experiência foi descrita como um suporte importante para a saúde mental e a validação dos desafios vivenciados. Essas interações permitiram que as mulheres compartilhassem conhecimentos, receios e dificuldades, reduzindo a sensação de isolamento que muitas descreveram sentir no contexto do puerpério.

Acho que tem alguns assuntos, algumas coisas que... Só quem é mãe mesmo, assim, entre muitas aspas, tipo, vai entender, sabe? (...) Mas alguns receios, algumas controvérsias, contradições de sentimento mesmo, de emoções, que são intrínsecas, eu acho, nesse momento da maternidade, do puerpério, só quem passa por isso vai entender, sabe? (M9)

Ter amigas mães. Tenho duas amigas mais próximas. Uma já está com um bebê de um ano e alguns meses. Quatro meses, mais ou menos. E a outra está com um bebê de sete meses. Acho que isso facilitou muito, porque qualquer dúvida que eu tinha durante a gestação, às vezes eu recorria a elas. (M9)

Então, eu acho que você ter essa troca com pessoas que te entendem, ou que já passaram, ou estão passando pelo mesmo, ajuda você a não ficar naquele lugar de deprê. Ajuda você a ver uma luz no fim do túnel e ver que você não tá sozinha nisso, né. (M10)

Todas elas entenderam o meu sofrimento. Validaram ele. E porque, assim, falando com qualquer pessoa que não vivenciou isso, não vai entender. Só essas amigas mães, entendeu? Que amamentam, então elas viram meu sofrimento, validaram, até... Não vou dizer que vivenciaram o sofrimento comigo, mas, entendeu? Estavam aí pra me dar esse apoio. Então, isso foi muito tocante pra mim. (M11)

Esse apoio entre mulheres durante o puerpério reverbera uma estrutura relacional que se repete historicamente e culturalmente nos processos de maternidade: a presença da figura feminina como principal referência de suporte (COUTINHO & MENANDRO, 2015). Como já exposto anteriormente no ambiente familiar, essa característica também se expande para os ciclos mais amplos das relações de apoio, ainda se mantendo feminino. Essas trocas entre mães são mais do que gestos de ajuda: são processos de validação mútua, empatia e construção coletiva de identidade, que atenuam o isolamento e reforçam a sensação de pertencimento ao coletivo materno (CARNEIRO & DARÓZ, 2017; COUTINHO & MENANDRO, 2015). Assim, a troca entre mulheres durante o puerpério não apenas sustenta emocionalmente, mas reafirma que a maternidade é, também, uma experiência socialmente partilhada (EMIDIO & HASHIMOTO, 2010).

Nesse sentido, ainda sobre a importância das relações de apoio social, os relatos apresentados evidenciam uma percepção compartilhada entre as mulheres-mães de que a autossuficiência materna é uma expectativa irreal. Ao reconhecerem que "não é possível dar conta de tudo sozinha", essas mulheres expressam a necessidade legítima de apoio e a importância de romper com a ideia socialmente construída da mãe onipotente.

O reconhecimento da ajuda como um recurso necessário e não como sinal de fraqueza reflete um movimento de resistência às pressões da maternidade idealizada e destaca o valor das relações de apoio como condição essencial para uma vivência mais saudável e humana do período puerperal.

Que acaba sendo muito solitário pra algumas de nós viver esse processo, né. A gente quer dar conta de tudo, de todas as coisas, né. Mas, eu acho que é isso. E que, né, uma mulher que tá precisando, ah, precisa de uma ajuda, alguma coisa. Deve falar também, né. Porque a gente acaba achando que a mãe não precisa, né. Que todo mundo viveu isso, porque a gente não vai saber viver. (M8)

Eu não acho que eu tenho que ser autossuficiente. Até porque eu acho que não é possível. Uma mãe, só porque gestou e pariu, isso não quer dizer, né, que ela vai conseguir fazer tudo sozinha. Não tem como, assim, eu acho que não é humanamente possível. (M13)

E eu, de certa forma, também me abri mais à possibilidade de ajuda, de ter essas pessoas. E... e eu meio que, eu achando que ia dar conta de tudo sozinha e tal, eu vi que não é verdade, não é possível você dar conta de tudo sozinha. (M14)

Para algumas entrevistadas, a inserção da criança em creches e escolas foi um divisor de águas para a rotina nesse período de adaptações, proporcionando maior liberdade para que pudessem retomar atividades pessoais e profissionais. O papel dessas instituições foi ressaltado como um suporte prático, que ampliou as possibilidades de reorganização da rotina.

Primeira coisa, no primeiro dia de aula dela na Escolinha, eu tomei um banho extremamente relaxante. Porque era o momento em que eu tinha, sabe? E consegui fazer as minhas coisas do meu doutorado e tudo mais. (M8)

Então, a Escolinha é a alternativa pro momento, né? A gente colocou, foi, assim, uma ajuda enorme do que, né? Principalmente pra mim. Para eu conseguir ter o meu tempo. Foi o que me deu mais tempo. Foi a Escolinha, assim. Teve rede de apoio? Teve. Mas a Escolinha foi a que mais conseguiu me proporcionar esse momento. (M8)

E futuramente, eu trabalho na Fiocruz e a Fiocruz tem creche. Então, meu filho do meio está na creche no momento lá na Fiocruz, e o meu mais novo vai pra creche também, no final desse ano, início do ano que vem. Então, também é um apoio bastante importante, né, de ser falado. (M18)

Para muitas mulheres, esse acesso representa não apenas um apoio logístico, mas um alicerce simbólico de retomada da própria autonomia, criando tempo e espaço para o cuidado de si, para o trabalho e para a reconstrução da identidade para além da maternidade. Estudos nacionais reforçam essa percepção: segundo o IBGE (2013), 71,7% das mulheres com filhos de 0 a 3 anos matriculados em creches estavam empregadas, enquanto esse percentual era de apenas 43,9% entre aquelas cujos filhos não frequentavam tais instituições. No entanto, o acesso ainda é limitado – em 2018, 6,7 milhões de crianças nessa faixa etária estavam fora da creche no Brasil, refletindo uma importante barreira para a equidade de gênero no mercado de trabalho (IBGE, 2018).

Como apontam Moreira, Perrini e Ribeiro (2016), o fortalecimento da oferta de creches configura-se como uma estratégia de corresponsabilização do Estado nas tarefas de cuidado, contribuindo para a redistribuição das responsabilidades historicamente atribuídas às mulheres. Assim, as experiências das participantes desta pesquisa ilustram como o acesso a serviços de educação infantil pode funcionar como um facilitador importante no processo de transição puerperal, que, no entanto, configura-se como um privilégio de uma parcela específica da população.

Outro recurso mencionado por algumas puérperas foi a contratação de serviços formais de apoio, como faxineiras, cozinheiras ou cuidadoras. Para aquelas que tiveram condições financeiras de contar com esse suporte, a presença de profissionais ajudou a aliviar a sobrecarga doméstica e garantir um ambiente mais organizado para lidar com as demandas da maternidade.

A gente poder ter uma pessoa pra ajudar. Que já ajudava a gente com a casa, né? Que ela vem todo dia. Isso fez muita diferença. A gente ter condições de ter ela. Porque aí ela faz comida, ela limpa. Ela acabou assumindo o cuidado dos bichos. Então, ela assumiu o cuidado com os gatos e com os cachorros. Coisas assim. Então, isso fez muita diferença. (M13)

E realmente ajuda ter essas pessoas, porque a gente se organizou pra ter faxineira dentro de casa toda semana. (M14)

E fora a minha mãe, eu tenho uma rede de apoio paga também. Uma pessoa que faz comida na minha casa uma vez por semana e uma pessoa que limpa também minha casa uma vez por semana. Então assim, eu tenho uma rede de apoio bastante completa, né? (M18)

Nesse sentido, é preciso reconhecer que as mulheres participantes deste estudo, em sua maioria, ocupam um lugar social marcado por privilégios educacionais, econômicos e de acesso a serviços, como anteriormente caracterizado. Ainda assim, o percentual analítico atribuído a esta subcategoria permaneceu modesto, o que aponta não para a irrelevância do apoio comunitário e profissional, mas sim para a dificuldade de acesso e a fragilidade de sua institucionalização mesmo entre mulheres que, teoricamente, teriam melhores condições de usufruí-lo (IAGNECZ, 2021).

Este dado lança luz sobre uma contradição estrutural: se mesmo entre as mulheres com maior capital social o acesso a essas redes se mostra incipiente, o que dizer daquelas que habitam realidades ainda mais vulneráveis? A desigual distribuição de serviços de apoio à maternidade evidencia que o cuidado com a mulher no ciclo gravídico-puerperal segue sendo tratado como um bem opcional, e não como um direito garantido universalmente (GONZAGA & MAYORGA, 2019).

A maternidade, para ser vivida de forma digna, não pode depender apenas da sorte de vínculos familiares ou da capacidade individual de buscar ajuda especializada. A transição puerperal exige, em sua complexidade, um sistema de cuidado que ultrapasse os limites do privado e do informal, operando no campo do coletivo, da justiça social e da responsabilidade pública. O apoio comunitário e profissional, quando presente, não apenas ampara, mas humaniza, legitima e acolhe, valores que deveriam estar na base de qualquer sociedade que se proponha a cuidar de quem cuida.

CATEGORIA III: Transformações identitárias e sociais da maternidade: de mulher a mãe

Essa categoria, composta por 62 UR, representando 10,1% do total da análise, reúne 8 US que evidenciam as implicações identitárias da maternidade.

Os relatos analisados nesta categoria revelam um dos aspectos mais profundos da transição puerperal: a experiência de apagamento subjetivo vivida por mulheres após o nascimento do filho. O deslocamento do centro da atenção, que antes recaía sobre a gestante, para o bebê, recém-chegado e socialmente valorizado, gera sentimentos de invisibilidade, solidão e secundarização.

As mulheres relatam a perda de autonomia, a dificuldade em se reconhecerem como indivíduos para além da função materna e o desafio em conciliar múltiplos papéis sociais, como o de mulher, profissional e companheira. Como descrevem Soares, Rodrigues e Guimarães (2018), esse processo não se limita à rotina prática, mas representa uma mudança profunda na identidade, marcada pela sensação de ser relegada a um segundo plano em nome das responsabilidades maternas.

O controle, eu não consigo mais pensar em alguma coisa e sem que interfira nela, né? Qualquer coisa que eu pensar, o que eu fizer vai estar sendo para ela. (M9)

Eu me senti um pouco esquecida, entre aspas, pela minha família. Porque a minha família só queria saber do bebezinho. (M11)

Então eu acho que o que pegou mais pra mim de mudança foi mudar o polo da preocupação. Antes meu, minha barriga, meu né, minha gestação, para cuidar de toda uma série de coisas que estavam, né, um pouquinho mais fora do meu controle. (M16)

O cansaço fez a gente se estressar, porque a gente queria ficar um tempo juntas, e a gente não conseguia, aí vem uma insegurança do nada de só o puerpério que faz isso mesmo, será que a gente vai se separar, porque a gente está se afastando, a gente não está transando, e tal... (M20)

Nesse sentido, a necessidade de redefinir prioridades e a dificuldade em retomar atividades anteriores foram mencionadas como fatores que intensificam o processo de transformação identitária, podendo contribuir para sentimentos de perda de si.

Eu achei que eu fosse voltar a trabalhar. E, assim, eu não conseguia enxergar esse retorno ao trabalho nem de longe uma possibilidade, sabe? Isso foi uma coisa que, pra mim, foi um pouco negativa, porque eu demorei muito a me ver como profissional. (M5)

Eu não me vejo nem hoje ainda deixando ela com outra pessoa por tanto tempo. Ainda tentei, teve pessoas que vieram me ajudar, mas eu não consigo... Nem um dia sequer eu consegui ficar longe dela. Eu sempre trabalhei desde os 17 anos, sempre fui uma pessoa bem independente, sempre amei trabalhar. E eu trabalhava na Farmácia, amava o que eu fazia demais. Mas depois que eu tive ela eu não consegui mais voltar. (M7)

É uma outra realidade, assim, foi difícil me desapegar dessa rotina anterior. Mas não foi nada penoso, assim, só foi uma questão de... Era quase que inimaginável não estar trabalhando, sabe. E agora, assim, minha vontade é sinceramente não voltar pro trabalho. (M9)

Essa cisão simbólica entre o “antes” e o “depois” da maternidade desafia não apenas a logística da vida cotidiana, mas a própria construção do “eu”. Como indica Carvalho et al.

(2017), a maternidade representa uma transição existencial, permeada por angústia, frustração e descompasso entre a idealização e a vivência real.

As falas das puérperas expressam esse enfrentamento silencioso, em que se reconhece a necessidade de redirecionar afetos e esforços exclusivamente ao bebê, muitas vezes em detrimento de si. Tal apagamento subjetivo é reforçado por uma lógica sociocultural que exalta a abnegação materna, naturalizando a fusão emocional com o filho como uma forma esperada de amor incondicional (GUTMAN, 2019; LAUXEM & QUADRADO, 2018).

A análise das narrativas revela que a maternidade, longe de ser uma continuidade natural da identidade feminina, instaura uma ruptura, uma travessia subjetiva que desorganiza certezas anteriores e impõe a reconfiguração de valores, prioridades e da própria noção de si (GUTMAN, 2019). Como expressaram muitas das participantes, ser mãe não é apenas uma experiência biológica, mas uma reconstrução simbólica e identitária, que exige desapego da mulher que se era para que, aos poucos, surja a possibilidade de ser outra.

Eu acho que um pedaço da gente morre, né? Nasce um pedaço e morre outro. Acho que morreu a (mulher) de antes, a (mulher) de hoje é completamente diferente. (M4)

A (mulher) que tava lá atrás, ela... se foi, se foi assim entre aspas, porque ainda tem aquela parte... Mas, assim, realmente, depois que... que ela nasceu, assim, eu percebi que eu mudei como pessoa, né? É... Alguns pontos... Ah, não é que eu era egoísta, mas eu pensava muito mais em mim, né? E quando eu tive ela, né, minha bebê, mudou completamente a minha forma de ver as coisas, né? Eu consigo me dedicar mais ao outro, né? É... A questão da maternidade é você servir, né? Tá servindo uma criança o tempo todo, né? Então, assim, acho que isso foi um ponto marcante. (M8)

Até hoje... quando eu tô com a minha filha, eu não sou mais eu, assim... É o menos um e é só a minha filha. Porque ela depende, ela demanda muito de mim. E é uma coisa que eu não esperava. Eu achava que as coisas se retornariam à normalidade muito rápido. E até hoje eu não consigo ter nem a metade da minha rotina que eu tinha no momento da minha gravidez. (M5)

Essa transformação, no entanto, não é imediata, nem sempre é desejada, e quase nunca é acompanhada de reconhecimento social. Pelo contrário, ela tende a ocorrer em um ambiente que exige da mulher sacrifício e entrega, mas pouco a valida em sua complexidade como sujeito (COPATTI, 2022).

O discurso sobre a “morte simbólica” da mulher de antes e o nascimento de uma nova versão de si, ainda difusa, ainda em construção, denuncia que a maternidade, mais do que um estado, é uma transição complexa. As falas expõem como escolhas pessoais, convicções éticas, estilo de vida e projetos profissionais foram atravessados por renúncias, ajustes e conflitos. Como aponta Iaconelli (2020), tornar-se mãe é uma experiência

subjetiva, que vai além da fisiologia: é afetada pela história de cada mulher, por seus traumas, desejos e vínculos.

Hoje eu me olho no espelho e não consigo ainda enxergar, né, algo que eu tinha antes, né, de me ver como uma pessoa realmente muito bonita, não vejo mais isso... Alguém que, sabe, realmente, sexualmente falando também, isso tá longe de ser encarado, sabe? Isso demorou muito. Me ver como mulher. Ser cobrada a me ver como mulher, mas eu não me via. Não conseguia enxergar, né, como um ser que ainda tem atividades a fazer, que ainda precisa estar na casa, né, e atuar dentro de casa... Isso não volta, não volta nem tão cedo. Eu me olhar... (M5)

De eu ficar um pouco perdida, enquanto mulher, né, ali, que eu tinha que me cuidar dessas coisas todas. Até por questão de vestimenta, assim, sabe, de estilo de roupa. Me mudou, foi uma fase que eu fiquei perdida, sabe. Tipo, pô, essa roupa que eu usava antes, eu não sinto que me cabe agora, assim, eu nem soube nem mais. Mas, assim, a gente muda tanto, em um nível, acho que tão profundo, que eu senti até isso, de mudança de roupa, de pensamento. E aí eu ficava perdida, tipo, ah, é só isso agora, só vou ser mãe. (M8)

Foi bem difícil. Eu olhava no espelho e eu não me conhecia mais, né? E aí você se anula totalmente em prol daquela criança, né? Não existe mais a Sarah, existe agora a mamãe que tem que suprir as necessidades. (M10)

Nesse cenário, a maternidade contemporânea se confronta com exigências contraditórias. A mulher moderna deseja ser mãe sem abrir mão de sua trajetória pessoal, mas se depara com um modelo social que ainda espera dela exclusividade, disponibilidade irrestrita e abnegação (SCHNEIDER, 2020). As participantes verbalizam a invisibilização de sua sexualidade, de seus corpos, de seus próprios tempos. O cotidiano é reconfigurado pela lógica da demanda do outro, o bebê, e, com isso, espaços simbólicos antes ocupados pelo desejo e pela individualidade são invadidos por uma rotina que não permite pausa. O espelho, para muitas, já não reflete o que era familiar. As roupas já não vestem a mesma subjetividade. O corpo, o tempo e a identidade deixam de ser inteiramente seus.

Então... na vida não te preparam pra isso, sabe? E você é jogada ali na situação, e você tem que... fazer né? Tem alguém que depende de você.. tá ali, é real... tá acontecendo. (M4)

E é uma mudança muito grande de quando a gente sai do mulher e ser mãe. E por mais que as pessoas falem o que é, cada um tem a sua experiência, cada um vai viver de um jeito. (M10)

Essa questão da transição, de não ser mãe para ser mãe, é complexa, né, porque muda completamente a nossa vida, né? (M8)

Então, isso é muito difícil viver isso. Eu sei que hoje eu sou uma profissional, mas eu ainda não cheguei e eu não sei realmente se eu vou conseguir chegar no ponto que eu gostaria de chegar, justamente porque eu optei por ser mãe. E olha que eu nem fui mãe cedo. (M5)

Portanto, essa unidade analítica evidencia que a maternidade não é um ponto de chegada, mas um ponto de transição. A mulher que emerge do puerpério é uma figura em reconstrução: atravessada pela responsabilidade de cuidar, mas também pelo desejo de ser cuidada; responsável por um outro, mas ainda sedenta por reconhecimento de si. Não se trata apenas de adaptação a uma nova função social, mas de uma travessia subjetiva que precisa ser escutada, sustentada e respeitada. Afinal, o que está em jogo não é apenas a sobrevivência da mãe enquanto cuidadora, mas a integridade de sua existência como sujeito.

CATEGORIA IV: Facetas positivas e resiliência na maternidade

Essa categoria é composta por 73 UR, representando 11,9% do total, e agrupa 9 US que evidenciam os aspectos positivos e os mecanismos de enfrentamento das mulheres no puerpério. Os dados indicam que, apesar das dificuldades inerentes à maternidade, muitas mulheres encontram suporte emocional no vínculo construído com a criança, na realização pessoal associada à maternidade e no desenvolvimento de estratégias individuais que facilitam a adaptação.

Os relatos das participantes apontam para uma curva de melhoria gradativa, na qual o tempo se configura como um elemento estruturante da resiliência. Esse “novo normal”, como expressam algumas mulheres, não corresponde a um retorno à vida anterior, mas à criação de um novo modo de viver, no qual as rotinas se reorganizam e a mulher-mãe aprende a lidar com as exigências da maternidade de maneira mais leve. Com o amadurecimento do vínculo com o bebê, surgem brechas para a retomada da autonomia e da confiança.

Hoje eu consegui vencer. Essa hora geralmente eu durmo com ela. Ela me permite fazer comida. Ela agora é uma criança mais... consegue andar sozinha, pedir água. Então assim, eu acho que vai facilitando. Mas aí as coisas vão se acertando. E hoje, posso dizer, graças a Deus, eu sou muito feliz... ver a evolução dela mesmo que vai facilitando pra gente. É... só com o tempo. Não tem como facilitar, ah no primeiro mês tem sua mãe te ajudando, tem seu marido te ajudando. Mas só o tempo... (M7)

E eu acho que a vida começou a voltar ao normal, ao novo normal, quando ele tinha uns seis meses, né? Eu já era capaz de sair sozinha com ele, porque antes eu não me sentia segura pra sair com ele também, né? Fui num cinema materno da vida, então foi muito gostoso. Acho que ali eu comecei a me ver mais como mãe. Não que antes eu não me via, mas aprendi a me virar sozinha, sabe? Então, eu acho que a vida começou a voltar ao novo normal nessa época, mais ou menos, com os seis meses. (M11)

Quando deu três meses, de três meses a uma semana mais ou menos, foi o momento que a minha filha começou a interagir com o mundo... foi o primeiro dia que ela acordou no berço, e eu a vi brincando com as laterais do berço. E, após aquele dia, parece que a maternidade virou totalmente. Porque não tinha só

meu peito pra entreter a (nome do bebê). Mas assim, até os três meses, era só peito, só peito. (M5)

É nesse contexto que se entende o tempo não apenas como cronologia, mas como maturação simbólica. As falas apontam que, à medida que o bebê cresce e interage mais com o ambiente, e à medida que a mulher se fortalece diante das dificuldades vividas, ocorre uma transformação na forma de sentir e vivenciar a maternidade. Outra pesquisa também reforça a importância desse tempo de transição, especialmente no fortalecimento do vínculo materno-infantil, que tende a se consolidar conforme as interações se tornam mais seguras, previsíveis e afetuosas (SILVA & LEITE, 2020).

Como enfatiza Silva et al. (2023), é a presença afetiva e a construção de vínculos seguros que sustentam um desenvolvimento mais equilibrado para ambos, mãe e filho. A melhora não se dá de forma abrupta, mas é tecida na repetição dos dias, na construção de rotinas e, sobretudo, na capacidade da mulher de reconhecer que está atravessando uma experiência legítima de transformação.

Essa abertura à experiência e à mudança cotidiana prepara o terreno para outra faceta revelada pelas entrevistadas: a vivência da maternidade como realização pessoal. Apesar das exigências e perdas iniciais, muitas mulheres expressaram que a chegada do filho representou não apenas um sonho realizado, mas também a concretização de uma parte de sua identidade.

Agora eu me sinto mais completa. Meu sonho sempre foi ser mãe, né?.. Eu me via mãe. Então, não foi um impacto assim muito grande, na verdade. Eu, na verdade, assim, eu me sinto atualmente na minha melhor versão, sabe? Eu gostei da coisa, assim. Eu pretendo ter mais filhos. Eu gostei muito de ser mãe. (M2)

Ela é o nosso, nosso amor, é um amor assim que realmente sempre falam que é uma coisa absurda que não dá pra mensurar e realmente é. Então é só alegria mesmo, eu tive essa questão dessa aflição, mas nem nesse momento a gente ficou triste né? Mas ser mãe pra mim é... É uma realização absurda.. (M19)

Mas é bom ser mãe! Você que não é mãe, não se assusta! Apesar de toda dificuldade que engloba, é muito bom. (M4)

Para algumas participantes, o nascimento do filho simbolizou uma virada subjetiva que ressignificou as dores e o cansaço: “foi a melhor coisa que me aconteceu” ou “era tudo o que eu mais queria”. Esses enunciados evidenciam o quanto a consciência do desejo, quando reconhecido e respeitado, funciona como elemento organizador da experiência emocional da maternidade.

A Psicanálise, ao tratar do desejo como singular e estruturante, ajuda a compreender por que a vivência do puerpério não é homogênea. Como destacam Piccinini et al. (2008), o desejo de ser mãe é atravessado por inúmeros fatores que perpassam a história pessoal de

cada mulher, sua trajetória e contexto social. É nesse ponto que o desejo opera como eixo de sustentação e possibilidade de reconhecimento de si, como mulher e como mãe. O desejo da mãe nomeia o desejo da mulher na mãe, ou seja, é nesse atravessamento que a maternidade pode ser vivida como parte de um todo, e não como anulação do sujeito (CALZAVARA & FERREIRA, 2019).

Ainda, o vínculo afetivo com o bebê aparece nos relatos como uma resposta emocional passível de equilibrar as exigências do cuidado. Essa conexão, que não nasce instantaneamente, mas se fortalece com o tempo e a convivência, funcionou como facilitador na experiência materna. Um elo afetivo que legitima a complexidade de sentir prazer em meio ao caos.

Então, acho que esse marco positivo foi olhar para ela e pensar “Caraca, você está aqui”. É incrível. Quando ela olha para mim, quando ela sorri. Eu sinto a presença dela. É incrível. Isso faz tudo valer a pena, assim... Não importa quantas noites eu fiquei sem dormir. Não importa o corpo que eu tenho agora, que é diferente do que eu tinha antes. (M2)

É o melhor amor do mundo. Não tem como explicar. Acho que assim, antes eu achava que eu sabia o que era amor. Eu era muito convicta, assim, ah, eu te amo. Mas hoje eu consigo afirmar que eu nunca vivi nada, nem próximo do que é, e... e... ver ele crescer, se desenvolver, cada descoberta dele, assim, é... é encantador (M4)

Bom... a positiva é que quando você vê o sorriso da criança, é a melhor coisa do mundo. Supera qualquer dor que você passe, qualquer cansaço que você passe. (...) meu acordar é o momento mais feliz quando ela me acorda e eu olho para a carinha dela, entendeu? (M7)

O vínculo estabelecido ao longo das interações diárias foi descrito como um fator motivador e uma fonte de prazer e realização, contribuindo para que a experiência fosse percebida de maneira mais positiva. É nesse instante que o amor se apresenta não como idealização, mas como presença concreta, sensorial e constituinte. As mães entrevistadas apontam que esse afeto vivido no cotidiano, nos sorrisos, no toque, na convivência íntima, opera uma mudança silenciosa, mas poderosa, na percepção de si e do outro. “É o melhor amor do mundo”, diz, revelando que a intensidade desse sentimento não se reduz a clichês, mas se sustenta na realidade crua, diária, do cuidado e da entrega.

Do ponto de vista psicanalítico, esse amor é fundamento do vínculo e do desenvolvimento (IACONELLI, 2021). O ser humano, diferentemente de outros mamíferos, precisa do amor para se constituir enquanto sujeito. Para o bebê, ser amado significa ser reconhecido, investido afetivamente, tornar-se parte de uma narrativa compartilhada. Mas para a mãe, esse amor também é necessário: ele reafirma seu lugar, não como uma

identidade imposta, mas como uma escolha afetiva que se renova a cada interação (IACONELLI, 2020; WINICOTT, 2013).

Importa reconhecer que esse vínculo não é automático, nem universal. Como destaca a psicanalista Iaconelli (2021), o amor é contingente: ele pode emergir, ser construído, ou não. Nos relatos aqui analisados, o vínculo surge como experiência emocional que dá densidade e valor à maternidade. O bebê, ao sorrir, ao demandar, ao reconhecer sua mãe, devolve a ela um espelho afetivo que a sustenta. Assim, o que parecia desafiante torna-se, aos poucos, possível.

Nesse movimento, o amor pelo filho coexiste com a dor física e o cansaço mental. Ser mãe, como apontam os relatos, é encontrar beleza no meio do caos e sentido nas pequenas conquistas do cotidiano.

É muito bom viver a maternidade, né, ter essa experiência, ter um filho, ver o quanto que é, a dedicação que vai e também o amor que volta. Mas você se coloca dentro de uma caixinha pra você poder proporcionar pro seu filho o melhor. Sendo que você ainda não se proporcionou, tudo aquilo que você idealizou pra si mesma. (M5)

Mas ela falava assim, é muito cansativo, mas às vezes a gente tá de madrugada, dá um chorinho, a gente chega no berço, vê aquele rostinho, parece que as coisas aliviam. E realmente, antes eu falava assim, não, acho que isso é meio como uma romantização, assim. Mas realmente alivia, assim, tem um quê de alívio, assim, nisso tudo, né. (M9)

É a experiência mais louca, mais intensa e mais maravilhosa que eu já passei, e eu acho que, não como imposição, mas por querer que todo mundo tenha a oportunidade de viver isso, eu acho que todo mundo deveria passar. (M20)

A teoria das transições, base desta análise, contribui para compreender essa ambivalência como parte do processo de adaptação e reconstrução identitária. Meleis (2010) enfatiza que toda transição envolve rupturas e reconfigurações que podem provocar sofrimento, mas que também criam espaço para o crescimento pessoal. As falas das puérperas confirmam isso: ao mesmo tempo em que se sentem sobrecarregadas ou emocionalmente esgotadas, relatam momentos de plenitude, um sorriso no berço, um olhar cúmplice, o simples fato de a criança estar ali torna tudo mais leve, mais suportável.

Somado ao misto de sensações, as participantes fizeram emergir um componente fundamental para a travessia do puerpério: a resiliência emocional. As narrativas revelaram que muitas foram capazes de elaborar estratégias internas de enfrentamento, sustentadas por estados de consciência, autorregulação emocional, suporte conjugal e senso de superação.

Difícil, né? Mas assim, e é claro que tem aqueles fatores emocionais que vêm mesmo assim, de vez em quando bate uma ansiedade, uma vontade de chorar,

tudo bem, né? Mas assim, eu entendi que eu não precisava me prender àquilo e viver aquilo, aquele sofrimento, assim, de remoer, sabe? (M12)

Deixei as coisas da casa pra lá. E até porque a comida já estava toda pronta. Eu preparei tudo durante a gestação. Deixei congelado. Fiz um estoque. Durou até, tipo, mais de um mês dela. Então, foi bom nesse sentido. Porque eu pude me ocupar dos cuidados dela, né? Poder vivenciar esses primeiros dias junto com ele, de fato. (M9)

Depois do parto, eu acho que por ter passado por parto normal é uma experiência que toda mulher deveria passar, toda mulher que quer gerar um filho né... eu diria que é uma experiência que você se sente incrível mesmo. Tenho amigas que se sentiram dessa forma e eu então, eu me senti totalmente empoderada, de verdade, me deu uma sensação de que se eu consegui, eu consigo qualquer coisa. Então, essa foi uma coisa muito positiva pra minha autoestima, nesse sentido de superação, que a dor é absurda mesmo. (M7)

A literatura científica reforça esse entendimento ao conceituar a resiliência como a capacidade de reorganização positiva diante de experiências desafiadoras (JULIANO & YUNES, 2014). Entende-se que mães com níveis elevados de resiliência apresentam menor incidência de quadros de ansiedade e depressão no ciclo gravídico-puerperal, o que contribui diretamente para o fortalecimento psicológico e a manutenção do bem-estar emocional (BHAMANI, 2023). Para essas mulheres, a maternidade não é apenas uma ruptura, mas também uma oportunidade de fortalecimento interno, como expressa uma das entrevistadas ao relatar que, após vivenciar a dor do parto normal, sentiu-se "capaz de qualquer coisa".

As falas revelam ainda que a resiliência não se manifesta apenas na ausência de sofrimento, mas na capacidade de reconhecer, acolher e transcender as dores, sem se deixar paralisar por elas. Como argumenta Yunes (2010), a resiliência é menos sobre resistir intacta e mais sobre transformar-se a partir da adversidade. Nesse sentido, ela não apenas permite a adaptação às novas condições da maternidade, mas inaugura um processo de autoconhecimento e empoderamento. As mulheres que se percebem aptas a atravessar os desafios do puerpério com consciência e presença emocional demonstram que a maternidade, embora marcada por renúncias e dores, também pode ser um território de conquista e afirmação subjetiva.

CATEGORIA V: Políticas e condições estruturais

Embora essa categoria seja quantitativamente menor, reunindo 24 UR e representando 3,9% do total da análise, sua relevância se faz grande dentro da contribuição científica desta pesquisa. Composta por 5 US, essa categoria destaca os desafios enfrentados pelas mulheres mães diante da precariedade de políticas públicas que garantam suporte no puerpério.

A experiência da maternidade não pode ser analisada de maneira isolada, desvinculada das condições estruturais e das políticas públicas que regulam o suporte à mulher no período puerperal. O contexto socioeconômico, a legislação trabalhista e a oferta de serviços de apoio são determinantes para a vivência da maternidade, impactando diretamente a possibilidade de conciliar o cuidado com o bebê e outras esferas da vida, como o trabalho e o desenvolvimento profissional (MOREIRA; PERRINI; RIBEIRO, 2016).

Os achados indicam que um dos principais obstáculos relatados foi a dificuldade em conciliar maternidade e carreira profissional, devido à insuficiência de licenças parentais e à falta de suporte institucional. A curta duração da licença-maternidade e a ausência de uma licença-paternidade prolongada reforçam a sobrecarga exclusiva da mulher no cuidado infantil, dificultando sua reinserção no mercado de trabalho e limitando suas possibilidades de crescimento profissional.

Mas, assim, é de fato uma questão e a rede de apoio influencia diretamente nisso. Porque, ainda que eu retorne, eu retornando, eu não tenho rede de apoio próxima, familiar, ou até mesmo muitos amigos. Os meus amigos moram um pouquinho mais distantes e cada um também tem o seu trabalho. E para eu conseguir retornar ao trabalho, eu teria que colocá-lo numa creche. E aí a creche do governo só aceita ela a partir de seis meses. A minha licença é de quatro meses e eu tenho um mês de férias, então cinco meses aí. O que eu faço com esse próximo mês? (M9)

Mas hoje eu me arrependo de ter tido o filho ainda com tendências internas minhas, sabe. Hoje eu teria tido mais pra frente, porque eu, por exemplo, não pude ter a licença maternidade que eu gostaria de ter tido em questão de paz financeiramente, porque eu tinha que voltar pro meu trabalho antes. (M10)

A licença-maternidade, apesar de ser um direito garantido, ainda é curta frente à complexidade do puerpério e da adaptação ao novo papel. Ainda, a licença-paternidade permanece irrisória, muitas vezes limitada a cinco dias corridos, o que empurra o cuidado infantil para o domínio materno, reiterando estereótipos de gênero e desigualdades. Como apontam outros estudos, políticas públicas que estendam a licença parental de forma equitativa não apenas promovem maior engajamento paterno, como também têm impacto direto na saúde mental da mãe e na dinâmica familiar como um todo (THOME, 2009; BIROLI, 2018). As falas aparecem como um pedido de ajuda, como uma forma de desabafo.

a licença paternidade não é nada, né? Assim, o meu marido, ele conseguiu ficar 20 dias em casa por conta da... ele tirou férias, né, pegou as férias dele para ficar em casa. (M8)

Eu queria uma licença paternidade maior, mais tempo. Assim, não só por mim, questão de apoio, mas para vê-lo mesmo com ela, sabe? Ontem ele teve uma

folga do mês, né, e aí acabou ficando em casa também. (...) Aí, eu falei, ué, você não vai vir pra cá, não? Não vai tomar café? Aí, ele eu quero ficar com ela, eu não fico com ela o tempo todo, você fica com ela todos os dias. Então, assim, acho que até pra relação deles dois, isso seria muito importante, assim, né, eles terem esse momento juntos, assim, eles ficarem mais tempo juntos. (M9)

Talvez os pais não criem o mesmo vínculo que as mães, óbvio, para além da gestação né (...) o pai com cinco dias, mesmo que ele emende numas férias e fique trinta e cinco dias não é suficiente pra ele criar o mesmo vínculo que a mãe durante os seis meses... Como ele não cria, esse vínculo acaba sendo demandado, posteriormente, de maneira inferior à mãe. A criança criou tanto vínculo com a mãe, que ela vai continuar sobrecarregando essa mãe e demandando mais dessa mãe. Se o pai pudesse ficar mais em casa, ele criaria uma dependência afetiva de estar com aquela criança, ele teria mais vontade de ficar, porque ele vai sentir mais falta no momento em que ele não estiver, e a criança vai demandar mais esse pai. Então, eu acho que isso, com certeza, deveria ser revisto. (M20)

O fato de muitos parceiros só poderem auxiliar durante as férias do trabalho é ilustrativo de uma estrutura laboral que não reconhece a parentalidade como responsabilidade compartilhada. A ausência de flexibilização de jornada, a falta de apoio institucional no retorno ao trabalho e a escassez de vagas em creches públicas reforçam a ideia de que o cuidado com os filhos continua sendo uma obrigação da mulher sozinha (HIRATA, 2003; IAGNECZ, 2021). Ainda que a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) preveja licenças e estabilidade para gestantes, tais medidas não são universais e não alcançam a maioria da população (VIEIRA, 2013).

Além disso, o impacto da desigualdade de gênero no ambiente de trabalho é acentuado no período pós-natal. Em outro estudo, constatou-se que, em 2016, quase metade das mulheres deixou seus empregos no primeiro ano após darem à luz (MACHADO; PINHO NETO, 2016). Este dado não deve ser lido como resultado de uma escolha individual, mas como sintoma de um sistema que empurra as mulheres à renúncia, enquanto idealiza a maternidade como missão natural e silenciosa.

A questão da creche. Qual é a realidade, assim, de qual mulher que a realidade é de uma creche integral que vai até 14:30h? Que trabalho, que carga horária de trabalho vai até 14:30h? Nenhuma. Nenhuma, assim. Não é viável isso, entendeu? (M9)

Então, como que a gente está assegurando a essas mulheres, a essas mães, uma possibilidade de vida para além da maternidade? E eu não coloco aqui a maternidade como um peso, como um fardo. Eu não tenho muito essa visão, assim, uma coisa quase como se fosse uma sentença, assim, acabou a vida da mulher. E não é isso, assim. Eu acho que pode ser muito difícil, justamente pela falta de apoio, pela falta de políticas públicas para isso, né? (M13)

A questão do horário também, da creche, de pensar, por exemplo, o período da manhã eu acho que é de sete a meio-dia, o período da tarde, de meio-dia, quatro e meia. E o período integral é até duas e meia. Eu trabalho de oito às cinco.

Como é que eu faço? Nenhum contempla completamente. Então, são muitas nuances. (M5)

É nesse cenário que se revela a urgência de políticas mais abrangentes, como a ampliação do acesso à educação infantil pública e a reformulação de leis trabalhistas que considerem as realidades contemporâneas da parentalidade. A maternidade é controlada, regulada e politicamente instrumentalizada (BIROLI, 2018). Romper com esse ciclo exige reconhecer que o cuidado deve ser redistribuído entre Estado, sociedade, família e instituições. Democratizar o cuidado é condição para garantir às mulheres a possibilidade de viver a maternidade sem que isso signifique abrir mão de sua autonomia, liberdade e identidade como sujeitos de direito.

Além disso, é preciso refletir que as nações dependem dos nascimentos em quantidade e qualidade para existirem, por isso, toda a complexidade reprodutiva humana bio-psico-social deve ser objeto de políticas públicas, desde o período pré-concepcional até a primeira infância. A falta desse suporte se reflete em risco não só para saúde materno-infantil, mas para a sociedade na medida em que há diminuição dos nascimentos e envelhecimento da população.

É compreensível que tantas mulheres descrevam a maternidade como uma travessia solitária, como se, ao colocar os pés no rio da vida materna, muitas vezes se vissem diante de uma correnteza forte demais para se atravessar sozinha. Quando o Estado se omite, quando as instituições silenciam e até mesmo as redes íntimas de apoio falham em se fazer presentes, a mulher-mãe se vê remando contra a maré, sem ponte, sem margem, sem salva-vidas. Esta categoria, apesar de numericamente menos expressiva em termos analíticos, carrega em si o peso de uma ausência coletiva, de uma lacuna estrutural. E talvez tenha se mostrado mais tímida não por insignificância, mas porque reflete o perfil das participantes deste estudo, mulheres que, embora ainda inseridas em um contexto privilegiado de acesso a certos recursos institucionais, ainda assim relataram tropeços, desalento e cansaço nos primeiros passos dessa travessia. A maternidade, quando deixada à margem das políticas públicas e da responsabilidade social, torna-se um rio turbulento demais para ser cruzado com segurança, exigindo que cada mulher (re)invente sua própria travessia, muitas vezes sem mapa, sem guia e sem descanso.

Dessa forma, a análise desta categoria reforça que a maternidade não deve ser vista como uma responsabilidade individual da mulher, mas sim como uma questão social e política que demanda ações concretas para garantir condições mais justas e equitativas para todas as mães.

5 À LUZ DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES (ensaio)

A aplicação da Teoria das Transições de Meleis ao presente estudo foi construída com base na estrutura original da teoria, adaptada de forma crítica e interpretativa a partir das narrativas das mulheres participantes. Embora não estivesse prevista como um objetivo explícito, esta análise configurou-se como um ensaio teórico-interpretativo que emergiu ao longo do processo investigativo, ultrapassando o escopo inicial da pesquisa.

Tal movimento surgiu de forma orgânica, impulsionado pela necessidade de aprofundar a compreensão do fenômeno estudado e de tornar mais evidente a aplicabilidade da teoria na leitura das múltiplas dimensões da transição para a maternidade. Assim, o esquema apresentado busca refletir a complexidade, a fluidez e a singularidade dessa experiência, articulando os componentes teóricos com os dados empíricos coletados, de modo a revelar nuances e inter-relações que potencializam a compreensão do processo de transição puerperal sob a ótica da mulher-mãe.

A experiência da maternidade, enquanto transição vivida pelas mulheres no ciclo do puerpério, configura-se como um processo dinâmico que se alinha diretamente aos fundamentos da Teoria das Transições de Meleis. Sob essa ótica, a transição puerperal marca a travessia simbólica e existencial entre estados identitários distintos, da mulher que se reconhecia enquanto indivíduo singular àquela que, a partir da chegada do filho, passa a viver e significar-se como mulher-mãe.

Foi possível identificar, assim, a **natureza** desta transição de uma forma clara. No que se refere ao **tipo de transição**, essa jornada pode ser compreendida de maneira composta, incorporando múltiplas dimensões: ela foi percebida, primeiramente, como **desenvolvimental**, pois insere-se na sequência natural do ciclo vital, passando da condição de mulher para gestante e, posteriormente, para mãe. Essa progressão, no entanto, é atravessada por aspectos **situacionais**, considerando a mudança nos papéis sociais, familiares e afetivos, como evidenciado nos relatos sobre a alteração na dinâmica conjugal, na rotina de vida e na percepção de si. Soma-se a isso o aspecto **saúde/doença**, visto que o puerpério, sob a perspectiva ampliada de saúde da Organização Mundial da Saúde, entendida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”, pode desencadear tanto experiências de plenitude quanto agravos emocionais, como angústias, transtornos depressivos, sentimentos de insuficiência ou colapsos de identidade, também reportados nas falas das mulheres.

Quanto ao **padrão** dessa transição, ela se apresenta de forma marcadamente **múltipla, simultânea e relacionada**. Múltipla, pois envolve diferentes camadas de transição vividas de forma entrelaçada: mudanças na rotina, nos relacionamentos, na sexualidade, na

carreira profissional, na espiritualidade e nos próprios desejos. Simultânea, pois essas mudanças ocorrem de forma sobreposta, exigindo da mulher uma reorganização interna constante. E relacionada, já que essas transições são consequência direta do evento maior que é a maternidade, cada microtransição está ligada à presença do filho e à nova identidade que se constrói a partir dele.

As **propriedades** da transição, conforme Meleis (2010), dizem respeito à forma como esse processo é vivido, percebido e integrado pela mulher. Na presente investigação, foi possível observar a consciência em diferentes intensidades. Algumas mulheres verbalizam explicitamente estarem em processo de mudança, outras apenas nomeiam os efeitos da transição sem reconhecê-la enquanto tal. O **compromisso** aparece nos esforços para se adaptar à nova rotina, desenvolver vínculo com o bebê, buscar apoio ou simplesmente "tentar dar conta". A **mudança e a diferença** são evidentes na comparação entre a mulher de antes e a mulher de agora, muitas entrevistadas verbalizaram que “uma parte morreu para que outra nascesse”, evidenciando a transformação subjetiva. O **espaço temporal** da transição se mostra fluido e pessoal: para algumas, o processo de adaptação foi vivido nas primeiras semanas; para outras, persiste até meses após o parto, confirmando que a travessia não é linear nem previsível. Por fim, os **eventos críticos** assumem papéis distintos ao longo do caminho: o nascimento do bebê é o evento-chave que inaugura a transição, mas outros momentos se revelaram centrais, como a primeira noite em casa, o início da amamentação, o retorno ao trabalho, a colocação da criança na escola, a ausência do parceiro ou a falta das relações de apoio esperadas. Reforçando ainda sua característica múltipla e simultânea enquanto travessia.

Assim como toda travessia exige uma ponte, uma canoa ou mesmo coragem para entrar nas águas desconhecidas, a transição para a maternidade não ocorre em um terreno firme, mas sim em um fluxo dinâmico, em um rio existencial que desestabiliza certezas, arrasta identidades e redefine margens. Dentro da Teoria das Transições, as **condições que facilitam ou inibem** esse processo têm papel fundamental no delineamento de experiências que podem ser vividas com potência ou marcadas pela vulnerabilidade. No presente estudo, a ótica das mulheres-mães permitiu identificar elementos subjetivos e contextuais que acenderam os facilitadores e inibidores dessa travessia.

Entre os **facilitadores pessoais** mais significativos, destacou-se a presença de relações de apoio sociais. O simples fato de poder contar com alguém, um parceiro ou parceira que divide a travessia, uma mãe que acolhe sem julgar, ou ainda outras mulheres que já percorreram o mesmo caminho, foi considerado um alicerce, capaz de amortecer os impactos da transição. As redes femininas, especialmente com outras mães, surgiram como correntes que sustentam e orientam, proporcionando validação e escuta. Esses vínculos

afetivos possibilitaram não apenas o cuidado compartilhado, mas também momentos para si, espaços de respiro onde a mulher podia, ainda que brevemente, se reconectar com sua individualidade e reorganizar internamente suas forças.

O amor à criança, por sua vez, se apresentou não como um romantismo imposto, mas como ancoragem subjetiva: uma presença que dava sentido ao esforço e que, muitas vezes, suavizava a exaustão ao gerar pequenos momentos de encanto. Esse vínculo afetivo, descrito pelas participantes com palavras como “inexplicável” ou “maior amor do mundo”, foi um eixo de reorganização interna, que, mesmo em meio ao cansaço, oferecia um tipo de fonte de prazer e realização. Nesse campo simbólico, algumas participantes também destacaram que viver a maternidade era um sonho realizado, conferindo ao processo um sentimento de propósito que ressignificava os desafios e alimentava a resistência emocional.

Outro facilitador foi o tempo, não como um cronômetro objetivo, mas como um tempo vivido, que, à medida que passava, permitia às mulheres elaborarem a nova rotina, reconhecerem seus próprios limites e reconstruírem o cotidiano. Esse “acostumar-se” com a nova realidade se mostrou como aprendizado em movimento: as mulheres narraram que, com os meses, a rotina começou a ganhar contornos, e a adaptação se tornou mais possível. Também foram observadas facilidades econômicas como fator facilitador, pois possibilitaram o acesso a apoios formais, como terapia, consultorias, ajuda domiciliar e creches de qualidade, realidades nem sempre disponíveis para todas. Essa variável revelou-se como um diferencial estruturante, mesmo entre mulheres que também enfrentaram dificuldades emocionais, reforçando a ideia de que o acesso à estrutura não anula a vivência da vulnerabilidade, mas a qualifica com mais possibilidade de cuidado.

Por outro lado, os **inibidores pessoais** apareceram como ondas contrárias, muitas vezes invisíveis, que freavam a travessia e minavam a força de quem navegava. Entre os relatos, emergiu como importante inibidor a sobrecarga física e emocional da mulher-mãe, que frequentemente se via absorvida por demandas constantes, sem pausas, sem sono e sem espaço para si. Essa carga mental invisível, como nomearam, colocava-as em um lugar de constante prontidão, exigindo não apenas o cuidado com o bebê, mas a antecipação de tudo que poderia dar errado. A privação de sono, narrada quase como uma forma de diluição da consciência, impedia o raciocínio claro, dificultando a tomada de decisões e intensificando a sensação de esgotamento.

Além disso, a dissociação entre ser mulher e ser mãe apareceu como um processo doloroso de apagamento subjetivo. Muitas participantes relataram não se reconhecerem mais no espelho, não conseguirem acessar desejos próprios, tampouco retomarem atividades que as conectavam com sua individualidade. O corpo, antes fonte de prazer ou vaidade, transformava-se em instrumento de cuidado, doado, exaurido. Somado a isso,

intercorrências de saúde, tanto da mulher quanto do recém-nascido, como dificuldades com a amamentação ou dores persistentes, atuavam como eventos críticos que desestabilizavam emocionalmente e comprometiam a sensação de competência materna.

Outro ponto relevante foi a vivência de exaustão emocional e ambivalência, em que as mulheres se percebiam amando seus filhos profundamente, mas simultaneamente exaustas, confusas, e até irritadas, o que as levava a se sentirem culpadas. A própria autonomia, antes estruturada em rotinas, escolhas e liberdade, era interrompida ou suspensa, provocando conflitos internos e o sentimento de perda de si. Para algumas, essa travessia envolveu ainda o luto silencioso pela vida anterior, pelas roupas que não cabem mais, pelos planos adiados ou pelos sonhos interrompidos.

Diante de tais achados, é possível compreender que as condições pessoais da transição puerperal, tanto as que facilitam quanto as que inibem, não são absolutas ou fixas. Elas coexistem, flutuam e, muitas vezes, se contradizem, tal como o próprio rio da vida. A maternidade, nesse sentido, não é uma margem estável a ser alcançada, mas uma travessia contínua, na qual o apoio recebido, o amor experimentado, as dificuldades enfrentadas e as perdas sentidas coexistem em um mesmo corpo.

No entanto, nenhuma travessia acontece sozinha. A Teoria das Transições já pressupõe em suas condições a influência externa às pessoais em qualquer transição. Meleis (2010) traz que a comunidade e a sociedade são terrenos vivos, que podem tanto sustentar como afundar uma experiência de mudança. No caso da transição puerperal, os relatos das mulheres-mães escutadas neste estudo revelaram que o entorno social não é neutro: ele pode ser um amparo que fortalece a travessia ou uma ausência que a torna mais turbulenta.

Entre os **facilitadores comunitários e sociais**, a presença ativa das relações de apoio social, como o(a) parceiro(a), a mãe (avó da criança) e outras mulheres, mostrou-se decisiva. Essas presenças operam como margens firmes do rio, onde a mulher-mãe pode apoiar os pés em segurança por um momento, encontrar um respiro e então seguir. Ter outra mulher como referência de suporte, alguém que já tenha atravessado aquele mesmo fluxo de maternidade, permitiu o reconhecimento de si no outro, aliviando a solidão existencial que marca tantas experiências maternas. A atuação dessas pessoas da comunidade ampliada foi capaz de promover autonomia, permitindo o retorno gradual às atividades fora da esfera exclusivamente materna, como trabalhar, estudar, se exercitar ou simplesmente estar sozinha por um tempo.

Essas relações ampliadas de apoio também incluíram profissionais de saúde, cuja presença qualificada, especialmente no cuidado de enfermagem, na assistência psicológica e nos acompanhamentos especializados, possibilitou escuta, orientação e prevenção de agravos emocionais e físicos. O papel da psicoterapia foi citado por algumas como espaço

de reconstrução da identidade, e de reinterpretação dos significados da maternidade para além da culpa, da dor e da exigência. Da mesma forma, o acesso a apoios formais contratados, como serviços domésticos, alimentação e cuidados técnicos, apareceu como uma forma concreta de reduzir a sobrecarga e garantir espaço de respiro. As creches, quando acessíveis, também surgiram como agentes de facilitação: sua presença permitiu a redistribuição prática do cuidado, condição essencial para que a mulher-mãe pudesse retomar sua própria história.

No campo das políticas públicas, ainda que com alcance limitado, alguns direitos trabalhistas, como a licença-maternidade, foram reconhecidos como facilitadores importantes para essa fase, principalmente por garantirem um tempo mínimo de adaptação física e emocional sem a cobrança imediata de produtividade. Quando esses direitos foram aplicados com efetividade, possibilitaram uma travessia menos abrupta entre o nascimento e a reorganização da vida cotidiana.

No entanto, o rio também tem suas correntezas adversas. Os **inibidores sociais e comunitários** surgiram nas narrativas, especialmente no que tange à pressão cultural e à idealização social do papel materno. As mulheres relataram sentir-se oprimidas por expectativas inatingíveis de perfeição, abnegação e competência ininterrupta, como se o amor materno devesse ser suficiente para dar conta de toda a jornada. Esse estigma social, que define o que é “ser uma boa mãe”, torna-se um fardo psíquico silencioso, muitas vezes mais cruel que a própria privação de sono ou as dores físicas do pós-parto. O corpo materno passa a ser visto apenas como instrumento de cuidado, e a subjetividade da mulher é obscurecida por um papel social normativo.

Além disso, as desigualdades estruturais apareceram como grandes inibidores, mesmo entre participantes que pertencem a um grupo relativamente privilegiado. A escassez de políticas públicas abrangentes, a falta de acesso universal a creches, a precariedade dos serviços de atenção básica à saúde mental e a rigidez do mercado de trabalho foram apontadas como barreiras que limitam a autonomia e acentuam a sobrecarga da mulher-mãe. O retorno precoce ao trabalho, sem tempo ou estrutura adequada de apoio, foi sentido como um rompimento brusco com o processo de reorganização da maternidade, que ainda se encontra em curso quando as demandas externas já batem à porta. A ausência de um cuidado coletivo, que proteja, valide e sustente a mulher em um momento de vulnerabilidade e reconstrução, marca essa fase com a sensação de desamparo institucional.

Ser vista apenas enquanto reprodutora e cuidadora, e não como sujeito de direito e cuidado, foi outro dado levantado. Muitas participantes descreveram que, após o parto, sentiam-se invisíveis para os sistemas de saúde, como se, com o nascimento do bebê, a mulher desaparecesse da cena do cuidado. Essa ruptura entre o reconhecimento social da

mãe e o apagamento da mulher amplia o risco de transições insalubres, como já prevê Meleis (MELEIS, 2010).

Diante de um processo de transição tão denso de tornar-se mãe, a atuação da enfermagem revela-se não apenas necessária, mas transformadora. Segundo Meleis (2010), a **terapêutica de enfermagem** deve atuar diretamente sobre os condicionantes da transição e seus padrões, promovendo ajustes nos papéis, fornecendo suporte informacional e emocional, e criando condições seguras para a reorganização da identidade. No contexto da transição puerperal, essa função assume contornos ainda mais significativos.

Desde o pré-natal até o pós-parto, a presença de uma enfermeira obstetra preparada e sensível pode ser a diferença entre uma travessia solitária e uma travessia assistida. As participantes deste estudo apontaram, ainda que indiretamente, a importância de um acompanhamento que respeite seus desejos, ritmos e escolhas, desde o parto até o momento de se reorganizarem enquanto mulheres que agora maternam. Nesse sentido, a enfermagem, ao reconhecer e validar a mulher como protagonista do seu processo de gestar, parir e maternar, ajuda a construir um solo seguro para o florescimento da autonomia, da autoestima e da confiança.

A terapêutica de enfermagem nesse cenário se traduz, antes de tudo, em escuta ativa e comunicação respeitosa. É através do vínculo empático, do diálogo e da presença que a enfermeira oferece o que Meleis nomeia como "suplementação de papel": uma ação que vai além do cuidado técnico, envolvendo o esclarecimento de dúvidas, a legitimação das emoções e a preparação para o novo papel que se inaugura. Essa suplementação é vital para a mulher-mãe que, no limiar de tantas renúncias e descobertas, busca significar sua nova identidade sem abrir mão de si mesma.

Na experiência das mulheres participantes, o acompanhamento profissional durante o puerpério foi percebido como uma das formas mais eficazes de identificação precoce de riscos e necessidades, permitindo o encaminhamento adequado a outros profissionais quando necessário, e oferecendo conforto em um período marcado por intensas mudanças físicas, emocionais e sociais. É por meio desse acompanhamento que se torna possível reconhecer as nuances do sofrimento materno e, ao mesmo tempo, valorizar suas conquistas e capacidades. Afinal, como indicam os relatos, a construção do vínculo com o bebê, o exercício da maternagem com segurança e até a capacidade de ressignificar o cansaço através do amor são indicadores de que o processo de transição está encontrando caminhos saudáveis.

Nesse contexto, é fundamental reconhecer que a própria atuação da enfermagem se constitui, em si, como uma **relação de apoio social estruturada**. A presença ativa da enfermeira, sua escuta qualificada, sua capacidade de identificar fragilidades e promover

orientações, torna-se não apenas uma mediação técnica, mas também um vínculo humano fundamental para a sustentação emocional da mulher-mãe durante o puerpério. Ao facilitar o acesso a outras redes de apoio e ao fortalecer os laços já existentes, a terapêutica de enfermagem opera como um elo integrador que amplia o raio de proteção social dessa mulher. Por isso, não se trata apenas de prevenir agravos ou acompanhar procedimentos, mas de atuar diretamente na arquitetura das relações de apoio que sustentam o processo de transição. Tal terapêutica, sensível às nuances da vivência materna, pode e deve ser continuamente reavaliada e moldada, de modo a assegurar que a travessia para a maternidade não seja apenas possível, mas também saudável, digna e amparada.

No que se refere aos **padrões de resposta**, a teoria apresenta dois conjuntos centrais: os indicadores de processo e os indicadores de resultado. Entre os **indicadores de processo** identificados neste estudo, destacam-se o sentimento de conexão e a interação, tanto com o bebê quanto com as relações de apoio social; a capacidade de se localizar dentro da nova rotina e dos novos papéis; e o desenvolvimento da confiança e enfrentamento frente aos desafios do puerpério. Esses indicadores foram visíveis nas narrativas que descreviam a construção de rotinas possíveis, a retomada de atividades pessoais e profissionais, e o reconhecimento, mesmo diante do cansaço, da beleza e profundidade da experiência materna.

Já entre os **indicadores de resultado**, foi possível observar a conquista progressiva da maestria nos cuidados com o bebê, desde a alimentação até a regulação emocional, e, sobretudo, a integração identitária da mulher com sua nova condição, sua própria resiliência. Muitas participantes relataram que passaram a se reconhecer não apenas como mães, mas também como mulheres. Essa fluidez identitária, que Meleis chama de "identidade integrativa fluida", é o principal sinal de uma transição saudável: quando a mulher não se dissolve no papel materno, mas o incorpora como mais uma dimensão de sua existência.

A travessia para a maternidade não é uma linha reta, mas um percurso sinuoso, repleto de curvas emocionais, afluentes de dor e margens de prazer. As relações de apoio, ao se posicionar como ponte e bússola nesse caminho, não apenas oferecem cuidado, mas também reafirmam o direito da mulher-mãe de ser vista, ouvida e acompanhada em cada passo do processo. Porque toda mulher que materna merece não apenas sobreviver à travessia, mas atravessá-la com dignidade, amparo e significado. O diagrama a seguir, representado na figura 4, sintetiza a adaptação dos resultados aplicados ao esquema da teoria das transições de Meleis:

Figura 4 - Esquema das transições segundo Meleis adaptado de acordo com o processo de transição puerperal e suas relações de apoio social, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2025.



Fonte: Meleis (2010), adaptação das autoras.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta pesquisa reiteram que a maternidade é um processo de transição complexo, permeado por transformações identitárias, emocionais e estruturais. Nesse contexto, os resultados indicaram que o apoio recebido é determinante para a vivência desse período, reduzindo vulnerabilidades e promovendo maior bem-estar materno durante a adaptação. A própria Teoria das Transições reforça que a adaptação a um novo papel social é facilitada quando há suporte adequado, clareza nos papéis desempenhados e um preparo adequado para as mudanças envolvidas.

Assim, as relações de apoio social se revelam, portanto, como um dos principais pilares para a adaptação materna e a vivência saudável do puerpério. Desde garantir necessidades básicas até promover o respeito às escolhas da mãe e influenciar decisões futuras, essa relação de apoio social desempenhou um papel central na transição para a maternidade. No entanto, a necessidade desse suporte também aponta para desafios estruturais que ainda recaem desproporcionalmente sobre as mulheres, evidenciando a urgência de políticas públicas e mudanças culturais que promovam uma distribuição mais equitativa das responsabilidades parentais.

Essa ambivalência reflete o paradoxo da maternidade contemporânea: ao mesmo tempo em que a mulher necessita de suporte para garantir sua recuperação e bem-estar, a

cultura da maternidade ainda impõe sobre ela a expectativa de que seja plenamente capaz de lidar sozinha com todas as demandas desse período. Meleis (2010) destaca que é necessário um equilíbrio entre dependência e autonomia, permitindo que a mulher receba suporte sem que isso implique em perda de controle sobre sua própria experiência.

Desta forma, os achados deste estudo evidenciam que as relações de apoio das mulheres mães foram compostas predominantemente por familiares próximos, especialmente parceiros(as), mães, sogras e irmãs. O suporte emocional e instrumental fornecido por figuras femininas também se destacou, refletindo padrões socioculturais em que o cuidado materno continua sendo sustentado por outras mulheres.

No que tange aos facilitadores e inibidores do processo de transição puerperal, os resultados indicaram que a presença de suporte contínuo foi importante para minimizar a sobrecarga materna, proporcionando um ambiente mais favorável ao enfrentamento das demandas do puerpério. Estratégias como a divisão equitativa das tarefas domésticas e do cuidado com o bebê, o respeito às decisões maternas e a presença de profissionais de saúde acessíveis se mostraram elementos que favoreceram uma transição mais saudável. Em contrapartida, a ausência de suporte adequado, a idealização da maternidade e a falta de tempo para autocuidado emergiram como inibidores.

A influência dessas relações de apoio na saúde da mulher foi notável. Aquelas que contaram com uma rede estruturada relataram menor nível de estresse, maior segurança emocional e maior facilidade na adaptação ao novo papel materno. Além disso, o suporte familiar e profissional contribuiu para a continuidade da amamentação e para a recuperação física e emocional das puérperas. Por outro lado, a sobrecarga materna sem suporte adequado esteve associada a impactos negativos na saúde, incluindo sintomas de ansiedade, exaustão e sentimentos de solidão.

Apesar de as participantes desta pesquisa se inserirem majoritariamente em contextos considerados facilitadores, com elevado nível de escolaridade, acesso a serviços de saúde suplementar, suporte profissional especializado e renda familiar superior à média nacional, os relatos analisados evidenciam que o puerpério, ainda assim, permanece permeado por desafios significativos.

Tal constatação convida a uma reflexão crítica sobre o modo como se compreende a experiência puerperal, que, a despeito de sua complexidade, segue sendo invisibilizada pelas classificações clínicas e pelas políticas públicas. No campo da obstetrícia, convencionou-se nomear como “gestação de risco habitual” aquela que não apresenta agravos adicionais, além daqueles intrínsecos ao próprio processo gestacional, reconhecendo que, mesmo em condições ideais, gestar já pressupõe uma série de demandas físicas, emocionais e sociais.

De forma análoga, seria pertinente pensar o puerpério sob o mesmo olhar ampliado, em que a ausência de complicações graves não significa ausência de sofrimento ou vulnerabilidade. O conceito de "puerpério de risco habitual", ainda inexistente na literatura científica e nos protocolos assistenciais, poderia representar uma importante mudança de paradigma, reconhecendo que todas as mulheres, independentemente de seu perfil socioeconômico, estão inseridas em um período crítico de transição e potencial desequilíbrio. Quando agravado por fatores como a falta de apoio, complicações clínicas ou adoecimento mental, esse período exigiria, então, o reconhecimento como "puerpério de alto risco", demandando intervenções específicas e cuidadosas. Tal compreensão ampliaria não apenas a sensibilidade do cuidado, mas a responsabilização institucional frente às necessidades da mulher mãe nesse ciclo tão decisivo.

Embora interrelacionadas, essas dimensões possuem particularidades importantes: enquanto a percepção da saúde diz respeito ao funcionamento físico, emocional e social relatado pela própria mulher, a qualidade de vida inclui também o nível de satisfação com esses aspectos, ampliando a compreensão sobre como a mulher vivencia e avalia sua realidade após o parto. Dessa forma, ao reconhecer que múltiplos fatores, como a privação de sono, a sobrecarga do cuidado, as dificuldades na amamentação ou complicações clínicas, podem impactar negativamente a experiência do puerpério, torna-se indispensável considerar esses indicadores não apenas como marcadores individuais, mas como elementos orientadores de decisões clínicas e de formulações em políticas públicas voltadas ao cuidado integral e humanizado da mulher no ciclo gravídico-puerperal, aqui com ênfase no puerpério.

Percebe-se como essa transição se deu de forma solitária e silenciosa, muitas vezes carregada de ambivalência e sobrecarga mental. É como se o tempo se reconfigurasse, e a mulher, antes inteira em si, fosse convocada a se refazer por dentro, em fragmentos, diante da exigência de se tornar outra: mãe. As participantes verbalizam com intensidade esse estado de suspensão psíquica, de exaustão emocional, que é difícil nomear, mas fácil sentir. Palavras como “brutal”, “intenso”, “abalo psicológico” e “vontade de fugir” revelam que não se trata apenas de adaptação a um novo papel, mas de um verdadeiro colapso da identidade anterior para que uma nova possa emergir, por vezes, sem suporte, sem leveza, sem pausa.

A mulher-mãe é, portanto, uma figura em travessia, que caminha entre os papéis sociais esperados e os desejos individuais, entre a função materna e a subjetividade feminina, entre o cuidado com o outro e o cuidado de si. Ao escolher este termo composto como representativo, optou-se por uma linguagem que abriga tensões, coexistências e atravessamentos identitários. Como uma ponte entre dois territórios, o da mulher e o da mãe,

esse termo aponta para a necessidade de se reconhecer que, embora se cruzem, esses caminhos não se sobrepõem por completo. Há experiências que falam do feminino que excede a maternidade, assim como há vivências maternas que não esgotam o ser-mulher. A mulher-mãe, neste trabalho, é, portanto, nome e metáfora de uma existência plural, que exige tempo, escuta e reconhecimento, não como uma fusão de identidades, mas como uma costura cuidadosa entre elas.

Ao contrário de processos que se encerram com marcos definidos, tornar-se mãe não estabelece um ponto de chegada definitivo, mas inaugura um novo modo de ser no mundo. Mesmo que se identifiquem fases, eventos críticos, avanços e recuos, a experiência da maternidade não se esgota, ela se desdobra ao longo da vida, moldando e sendo moldada pela história de cada mulher.

Nesta perspectiva, compreende-se que a transição puerperal ultrapassa os limites cronológicos do pós-parto imediato e se prolonga como uma reconfiguração permanente de sentidos, identidades e vínculos. O que se viu nas narrativas analisadas foi menos um caminho linear e mais um rio em constante curso, em que cada margem representa os desafios, perdas e conquistas que marcam essa mulher em sua travessia. A estabilidade, nesse contexto, não está na ausência de movimento, mas na capacidade de continuar atravessando, mesmo em meio às correntezas da maternidade.

Assim, ao reconhecer que não há um encerramento definitivo nessa experiência, afirma-se também que o cuidado, sobretudo aquele ofertado pelas relações de apoio social, precisa acompanhar essa continuidade. Apoiar a mulher-mãe nesse processo é acolher suas singularidades, escutar seus silêncios e sustentar sua travessia, para que ela possa, pouco a pouco, ressignificar sua própria existência à luz dessa nova identidade em construção.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos achados. Primeiramente, trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada com um número restrito de participantes em um contexto geográfico e sociocultural específico, mesmo que não intencionalmente, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras populações. Embora a análise tenha buscado a saturação teórica, diferentes experiências maternas podem não ter sido contempladas, especialmente aquelas de mulheres que vivenciam contextos de maior vulnerabilidade social ou com menor acesso a redes de apoio.

Além disso, a coleta de dados foi baseada em relatos autorreferidos, o que pode implicar vieses de memória ou de desejabilidade social, considerando que as participantes

podem ter omitido ou suavizado experiências negativas em função de constrangimento ou expectativas sociais associadas à maternidade. A influência do momento da entrevista, realizado em períodos distintos do puerpério, também pode ter impactado as percepções e narrativas apresentadas, uma vez que as necessidades e sentimentos podem variar ao longo dessa transição.

Apesar do rigor metodológico adotado na análise de conteúdo, a interpretação dos dados envolve certo grau de subjetividade, inerente às pesquisas qualitativas. Ademais, não foram exploradas de forma aprofundada as interações com serviços de saúde em diferentes níveis de atenção, o que poderia enriquecer a compreensão sobre o papel institucional no suporte à mulher no puerpério.

Ainda assim, as limitações não comprometem a relevância dos achados, que contribuem para o entendimento das relações de apoio social e seus efeitos no processo de transição puerperal, fornecendo subsídios para práticas de cuidado mais efetivas e sensíveis às necessidades maternas.

8 REFERÊNCIAS

AGNEESSENS, F.; WAEGE, H.; LIEVENS, J. Diversity in social support by role relations: a typology. **Social Networks**, v. 28, p. 427-441, 2006.

ALVES, A. B. et al. Functioning and support networks during postpartum. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, n. 3, p. 667-673, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200030013>. Acesso em: 25 jan. 2025.

ANDO, H. et al. Association between postpartum depression and social support satisfaction levels at four months after childbirth. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 35, n. 4, p. 341-346, 2021. ISSN 0883-9417. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.03.010>. Acesso em: 20 jan. 2025.

ANTONUCCI, T. C. Social support, psychology of. In: SMELSER, N. J.; BALTES, P. B. International encyclopedia of the social & behavioral sciences. Central Flórida: Elsevier Science, 2004. p. 14465-14469.

ASTON, M.; SHERI, P.; ETOWA, J.; VUKIC, A.; YOUNG, L.; HART, C.; MACLEOD, E.; RANDEL, P. The power of relationships: exploring how public health nurses support mothers and families during postpartum home visits. **Journal of Family Nursing**, v. 21, n. 1, p. 11-34, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1177/1074840714561524>.

BADINTER, E. O conflito: a mulher e a mãe. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BHAMANI, S. S. et al. Development and validation of Safe Motherhood-Accessible Resilience Training (SM-ART) intervention to improve perinatal mental health. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 8, p. 5517, 14 abr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph20085517>. Acesso em: 10 mar. 2025.

BARBOSA, K. F. A.; BARBOSA, F. C. Subjetividade na maternidade: um estudo com puérperas de Sete Lagoas – MG. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em

Psicologia) – **Faculdade Ciências da Vida, Sete Lagoas, MG, 2021.** Disponível em: https://www.faculadecienciasdavid.com.br/sig/www/openged/ensinoBibliotecaVirtual/000148_624b75097e766_048611_5fec76bbf350f_TCC_Subjetividade_na_Maternidade_Kellen_finalizado_5_1_1.pdf. Acesso em: 20 jan. 2025.

BERNARDI, MC.; CARRARO, TE.; SEBOLD, LF. Visita domiciliária puerperal como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. esp., p.1074-1080, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027978025.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2023.

BITTENCOURT, SDA et al. Nascer no Brasil: continuidade do cuidado na gestação e pós-parto à mulher e ao recém-nato. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 100, 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196.. Diário Oficial da União. 12 dez. 2012 Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> . Acesso em: 24.Nov 2023

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.** Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 ago. 2018. Disponível em: 2. Acesso em: 29 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008.** Dispõe sobre a criação do Programa Empresa Cidadã, destinado a prorrogar por até 60 (sessenta) dias a duração da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111770.htm

_____. Ministério da Saúde. Parto e Nascimento Saudáveis: manual do curso. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_saudaveis_manual_curso.pdf. Acesso em: 21 de abril de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2020: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2018: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_causas_externas.pdf. Acesso em: 21 de abril de 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5). ISBN 85-334-0885-4

_____. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica – n.º 23. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 112 p.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Rede Cegonha. Diretrizes Gerais e Operacionais da Rede Cegonha. Brasília, 2011.

BULLOCK, K. Family social support. In: BOMAR, P. J. Promoting health in families. Applying family research and theory to nursing practice. Philadelphia: Saunders, 2004. p. 143-161.

CALZAVARA, M. G. P.; FERREIRA, M. A. V. A função materna e o seu lugar na constituição subjetiva da criança. *Estilos da Clínica*, v. 24, n. 3, p. 432-444, 2019.

CARLOS, D. M. Rede social pessoal de mães adolescentes durante o puerpério. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [S. l.], v. 13, n. 41, p. 400-411, 2023. Disponível em: <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/750>. Acesso em: 15 jun. 2023.

CARNEIRO, C.; DARÓZ, E. P. Bela, recatada e do l/bar: o imaginário da mulher na contemporaneidade. **Letras Escreve**, v. 7, n. 1, p. 185-201, 2017.

CASTILLO ESPITIA, E.; OCAMPO GONZALEZ, M. P. Recuperando a prole e cuidando dela durante a primeira noite em casa. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 31, n. 3, p. 354-363, 2013. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072013000300003&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 10 Mai 2025.

CHEN, J. et al. The association between social support and postpartum post-traumatic stress disorder. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 24, n. 1, p. 874, 2024. Disponível em: <https://doi-org.ez39.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12884-024-07088-5>. Acesso em: 25 jan. 2025.

CHICK, N.; MELEIS, A.I. Transitions: a nursing concern. In: CHINN, P. L. Nursing research methodology. Rockeville: Aspen, 1986. p. 237-257.

CIAMPO, L. A. D.; CIAMPO, I. R. L. D. Breastfeeding and the benefits of lactation for women's health. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 40, n. 6, p. 354-359, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1657766>. Acesso em: 10 maio 2025.

ÇINAR, N.; YALNIZOĞLU ÇAKA, S.; TOPAL, S.; USLU YUVACI, H. Relação entre apego pré-natal e materno: um estudo longitudinal na Turquia. **Jornal de Obstetrícia e Ginecologia**, [S. l.], v. 42, n. 2, p. 220-227, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01443615.2021.1904223>. Acesso em: 10 maio 2025.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, n. 38, p.300-314, 1976.

CONDELES, Paulo César et al. Qualidade de vida no período puerperal: importância e satisfação. **Rev Rene**, p. e41421-e41421, 2019. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192041421>. Acesso em: 21 Out. 2023.

CONTRERAS-GARCIA, Y.; SOBARZO, P. R.; MANRIQUEZ-VIDAL, C. Caracterização do apoio social permitido durante o pós-parto e a presença de depressão materna. **Revista Cubana de Obstetrícia y Ginecología**, Ciudad de la Habana, v. 1, mar. 2017. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 jan. 2025.

CONSTANTINOU, CS.; GEORGIU, M.; PERDIKOGIANNI, M. A comparative method for themes saturation (CoMeTS) in qualitative interviews. *Qualitative Research*, v. 17, n. 5, p. 571-588, 2017. DOI: 10.1177/1468794116686650.

CORNISH, D. L.; DOBIE, S. R. Social Support in the "Fourth Trimester": A Qualitative Analysis of Women at 1 Month and 3 Months Postpartum. **The Journal of Perinatal Education**, v. 27, n. 4, p. 233-242, 2018. Disponível em: <https://doi-org.ez39.periodicos.capes.gov.br/10.1891/1058-1243.27.4.233>. Acesso em: 20 jan. 2025.

CORRÊA, MSM et al. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cad.Saúde Pública*. 2017, vol.33, n.3, e00136215. ISSN 1678- 4464. DOI : <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00136215>. Acesso em: 21 de agosto de 2023.

COSTA, C. C. da et al. Construction and validation of an educational technology for the prevention of congenital syphilis. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 33, n., p. 1-8, 26 out. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/apc/a/KqJmCVzGL3XbdQ3rsCDWGwN/?lang=em>. Acesso em: 10 maio 2025.

COUTINHO, S. M. dos S.; MENANDRO, P. R. M. Representações sociais do ser mulher no contexto familiar: um estudo intergeracional. **Psicologia e Saber Social**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 52–71, 2015. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/psisabersocial/article/view/13538>. Acesso em: 25 mar. 2025.

DE OLIVINDO, Dean Douglas Ferreira et al. Assistência de enfermagem a mulher em período puerperal: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. e600101422713-e600101422713, 2021

DEMORI, CC. Representações sociais da rede de apoio social de adolescentes grávidas. 2017. 130f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem/files/2017/07/TESE-Carolina-Carbonell-Demori.pdf>.

DUE, P. *et al.* Social relations: network, support and relational strain. **Social Science & Medicine**, v. 48, p. 661-673, 1999.

EMÍDIO, T. S. et al (2023). Solidão e Sobrecarga Materna em Tempos de Pandemia de COVID-19 à Luz da Escuta Psicanalítica dos Vínculos. **Psico-usf**, 28(3), 505–520. <https://doi.org/10.1590/1413-82712023280307>

EMÍDIO, T. S.; HASHIMOTO, F. Poder feminino e poder materno: reflexões sobre a construção da identidade feminina e da maternidade. **Colloquium Humanarum**, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 27–36, 2010. Disponível em: <https://journal.unoeste.br/index.php/ch/article/view/289>. Acesso em: 28 mar. 2025.

FAHEY, JO.; SHENASSA, E. Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the perinatal maternal health promotion model. **Journal of Midwifery & Women's Health**. 2013;58 (6): 613-21.

FARIAS, DHR. Vivências de cuidado da mulher: a voz das puérperas. 2008. 83 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS, 2008.

FELIGRERAS-ALCALÁ, D.; FRÍAS-OSUNA, A.; DEL-PINO-CASADO, R. Recursos Pessoais e Familiares Relacionados aos Sintomas Depressivos e Ansiosos em Mulheres no Puerpério. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, 5230, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17145230>. Acesso em: 30 maio 2023.

FINLAYSON, K.; CROSSLAND, N.; BONET, M.; DOWNE, S. O que importa para as mulheres no período pós-parto: uma meta-síntese de estudos qualitativos. **PLoS ONE**, v. 15, n. 4, e0231415, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231415>. Acesso em: 25 jan. 2025.

FONTANELLA, BJB et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008

GARNELO, L. et al. Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. supl 3, 2019. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/3996>. Acesso em: 21 fev. 2025.

GIL, A. C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4a ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIORDANI, R. C. F. et al. Maternidade e amamentação: identidade, corpo e gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2731-2739, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.14612016>. Acesso em: 13 maio 2025.

GONÇALVES, T. R. *et al.* Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1755–1769, mar. 2011.

GONZAGA, Paula Rita Bacellar; MAYORGA, Claudia. Violencias y la Institución Maternidad: una reflexión feminista decolonial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 39, n. spe2, p. 59–73, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/TBYV3XG9hyGn8NxknjnnyKP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2025.

GREINERT, B. R. M.; MILANI, R. G. Compreensão psicossocial. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 26-36, abr. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000100003. Acesso em: 27 jun. 2023.

GREINERT, B. R. M. et al. A relação mãe-bebê no contexto da depressão pós-parto: estudo qualitativo. **Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 1, p. 81–88, 2018. DOI: <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n1p81-88>. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n1p81-88>. Acesso em: 27 jun. 2023.

HAJIMIRI, K. et al. The impact of general health and social support on health promoting lifestyle in the first year postpartum: the structural equation modelling. **Electronic Physician**, v. 10, n. 1, p. 6231-6239, 2018. Disponível em: <https://doi-org.ez39.periodicos.capes.gov.br/10.19082/6231>. Acesso em: 25 jan. 2025.

HARTMANN, J. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; CESAR, J. A. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, e00094016, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00094016>. Acesso em: 10 maio 2025.

HORBE, B. P. Ferramenta tecnológica interativa para a promoção da rede de apoio no puerpério / Betina Pereira Horbe; orientação Josiane Lieberknecht Wathier Abaid – Santa Maria: Universidade Franciscana, UFN – 2022.

IACONELLI, V. Mal-estar na maternidade. 2. ed. São Paulo: Zagodoni, 2019.

IACONELLI, Vera. Criar filhos no século XXI. São Paulo: Contexto, 2019. Edição de 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD. 2018. Disponível em: Acesso em: 25 Abr. 2025.

IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf> Acesso em: 20 Abr. 2025.

IBGE. Desemprego. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php> Acesso em: 20 Abr. 2025.

KABUL, F.; ÇINAR, N. Análise da relação entre a percepção de apoio social das mães e os comportamentos obsessivo-compulsivos relacionados aos cuidados com seus bebês por meio de modelos de equações estruturais. **Sakarya University Journal of Holistic Health**, Sakarya, v. 6, n. 1, p. 107-123, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.54803/sauhsd.1125916>. Acesso em: 12 maio 2025.

KALIL, I. R.; AGUIAR, A. C. de. Aquilo que a amamentação retira e o desmame restaura: relatos maternos sobre tensionamentos e materiais de comunicação e informação em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde – RECIIS**, v. 15, n. 3, 2021. Disponível em: <https://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/2328>. Acesso em: 13 maio 2025.

LANDIM, Fátima Luna Pinheiro. Community helping services: dynamic of formation and expressiveness of the cultural care. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 14, n. 6, p. 930-938, 2006.

LEFKOVICS, E. et al. Effect of maternal depression and anxiety on mother's perception of child and the protective role of social support. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 36, n. 4, p. 434-448, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1475726> . Acesso em: 19 maio 2023.

LOPES, M. N.; ZANON, L. L.; BOECKEL, M. G. A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 917-928, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.4-18>. Acesso em: Abril 2025.

MACEDO, P. L.; SOUZA, V. P.; JOVINIANO, T. L.; ANDRADE, É. R. O impacto da culpa e sobrecarga na vida das mulheres na maternidade. **Perspectivas Online: Humanas e Sociais Aplicadas**, v. 14, n. 42, 2024. DOI: 10.25242/8876144220243020.

MAZZETTO, FMC. *et al.* Presença do acompanhante na perspectiva da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. **Rev Enferm UFPE on line**. 2022;16:e252582 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2022.252582>

MAZZO MHSN, *et al.* **Percepção das puérperas sobre seu período pós-parto**. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2018; 20(2): 2027-128X

MELEIS, AI. Transitions theory: Middle range and situations specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company. 2010

MELEIS, AI. Theoretical nursing: development and progress. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott; 1991

MINAYO MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cien Saude Colet* 2012; 17(3):621-626.

MINAYO, MCS e GUERRIERO, IC. Zito Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2014, v. 19, n. 04, pp. 1103-1112. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.18912013>> Acesso em: 15 de outubro de 2023.

MONTENEGRO, CAB; REZENDE FILHO, J de. **Obstetrícia fundamental**, Rezende. 14.ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2019, 1002 .

MOURA, CDA.; GRECO, RM.; LEONEL, M. Saúde do trabalhador: produção científica da enfermagem na primeira década do século XXI. **Rev Enferm UFJF**. 2016;1(2). Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/3800/1575>. Acesso em: 15 de junho de 2023.

MOURA, T. N. B. et al. Educação em saúde como ferramenta para o cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido: uma abordagem multidisciplinar. **Revista Eletrônica de Gestão e Saúde**, v. 5, n. 4, p. 2343-2352, 2014.

MUNHOZ, N. T.; SCHMIDT, K. T.; FONTES, K. B. Dificuldades vivenciadas por puérperas no cuidado domiciliar do recém-nascido. **Revista da Universidade Federal de Pernambuco – Rev. UFPE**, v. 9, n. 3, p. 7516-7523, 2015.

MURPHY, S.A. Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. *Holistic Nursing Practice*, v. 4, n. 3, p. 1-7, 1990.

NADER, M. *Os filhos da mãe: como viver a maternidade sem culpa e sem o mito da perfeição*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

NASCIMENTO, Sara Diniz. Precarização do trabalho feminino: a realidade das mulheres no mundo do trabalho. **Revista de Políticas Públicas**, [s. l.], v.10, n. 10, p. 339-346, 2016.

Observatório Obstétrico Brasileiro. OOBBr Indicadores Obstétricos, 2022. Disponível em <https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/indicadores-obstetricos>. DOI: <https://doi.org/10.7303/syn52503703.3>

OLIVEIRA, DC. Análise De Conteúdo Temático-Categorial: Uma Proposta De Sistematização. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):569-76 Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a569-576.pdf>. Acessado em: 6 de Nov de 2023.

OLIVEIRA, NGS et. al. A percepção da puérpera sobre os cuidados recebidos pela sua rede de apoio. **Glob Clin Res**. v. 1, n. 1, p. e4, 2021. DOI: 10.5935/2763-8847.20210004.. Disponível em: <<https://globalclinicalresearchj.com/index.php/globclinres/article/view/10>> Acessado em: 6 de Ago de 2023.

OXLEY, M. E. et al. Perception of Social Support and its Relationship With the Biological Rhythm of Women in the Postpartum Period. **Interpersona: An International Journal on Personal Relationships**, v. 18, n. 1, p. 143-154, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.5964/ijpr.10377>. Acesso em: 25 jan. 2025.

PEDRO, I. C. S.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 324-327, mar./abr. 2008.

PHANG, K. N.; KOH, S. S. L.; CHEN, H.-c. Postpartum social support in Singapore. *International Journal of Nursing Practice*, v. 21, p. 99-107, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ijn.12340>. Acesso em: 25 jan. 2025.

PICCININI, C. A.; GOMES, A. G.; NARDI, T.; LOPES, R. S. Gestação e constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008.

PINHEIRO, V. S. As mães e a ética do cuidado pessoal. In: *Doses Filosóficas*, 2017. Disponível em: <http://pontocriticonet.br/as-maes-e-a-etica-do-cuidado-pessoa>. Acesso em: 21 maio 2025.

QI, Weijing et al. Effects of family relationship and social support on the mental health of Chinese postpartum women. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 22, n. 1, p. 65, 25 jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04392-w>. Acesso em: 25 jan. 2025.

RESTA, D. G. et al. Maternidade na adolescência: significado e implicações. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 68–74, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/50491>. Acesso em: 25 jan. 2025.

RIBEIRO, JSST et.al. Atitudes de enfermeiros nos cuidados com famílias no contexto do parto e puerpério imediato. **Rev Fund Care Online**. 2018 jul./set.; 10(3):784-792. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.784-79>

RIBEIRO, SG et al. Fatores Que Interferem Na Qualidade De Vida Relacionada À Saúde De Puérperas Do Nordeste Brasileiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 30, e20190009, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072021000100303&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 12 Abr. 2023.

ROCHA, N. L. Constituições da maternidade: narrativas autobiográficas de uma mãe múltipara. 2023. 50 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2023. Orientadora: Mirna Albuquerque Frota.

SAMPSON, McClain; VILLARREAL, Yolanda; PADILLA, Yolanda. Associação entre apoio e estresse materno em um ano pós-parto: o tipo importa? **Social Work Research**, v. 39, n. 1, p. 49-60, mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/swr/svu031>. Acesso em: 25 jan. 2025.

SANICOLA, L. As dinâmicas de rede e o trabalho social. São Paulo: Veras Editora, 2015.

SANTOS, FK. et al. Percepção de enfermeiros sobre diagnóstico e acompanhamento de mulheres com depressão pós-parto. **Revista Nursing**, v. 23, n. 271, p. 4999-5005, 2020.

SOUZA, W. P. da S. et al. Gravidez tardia: relações entre características sociodemográficas, gestacionais e apoio social. *Boletim de Psicologia*, São Paulo, v. 66, n. 144, p. 53–65, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432016000100005. Acesso em: 10 maio 2025.

SCHNEIDER, R. *Imagens simbólicas da maternidade a partir de mães youtubers*. 2020. 196 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação Social) – Escola de Comunicação, Artes e Design – FAMECOS, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/16631/1/000498200-TEXT0%2BCOMPLETE0-0.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2025.

SHUMAKER, Sally A.; BROWNELL, Arlene. Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. **Journal of social issues**, v. 40, n. 4, p. 11-36, 1984

SCHUMACHER, K.L.; MELEIS, A.I. Transitions: a central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, Indianápolis, v. 26, n. 2, p. 119-127, 1994.

SILVA, MPM. Significados da Maternidade: um olhar antropológico sobre a experiência do pós-parto / Marta Pereira Militão da Silva. Guarulhos, 2016.

SILVA, SGF. et al. Qualidade de vida e sintomas indicativos de depressão no puerpério. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 3, p. 416-426, 2020. Disponível em: <<https://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/4114/pdf>> . Acesso em: 21 Ago. 2023.

SLUZKI, CE. Rede Social na Prática Sistêmica, alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOLER, D. R. et al. Qualidade de vida no puerpério: avaliação no pós-parto imediato, tardio e remoto. **Rev enferm UFPE on line**, v. 9, n. 12, p. 1093-101, 2015.

SOUSA, AM; FRACOLLI, LA; ZOBOLI, ELCP. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 34, p. 127-134, 2013.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo). 2010 Mar; 8(1): 102-106. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en.

STRAPASSON, M.; NEDEL, M. N. B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 521-528, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000300016>. Acesso em: 10 maio 2025.

TEIXEIRA, R. A.; et al . Cuidado gravídico-puerperal em Rede: o vivido de enfermeiros, médicos e gestores. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 72, supl. 1, p. 151- 158, Feb. 2019 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0558>. Acesso em: 26 Out de 2023.

TEIXEIRA, R. C.; MANDÚ, ENT.; CORRÊA, ÁCDP.; MARCON, SS. Necessidades de saúde de mulheres em pós-parto. **Escola Anna Nery**, 19, 621-628. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/X7cVJ9PBj9Xt93fY9bYJmyw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 Out de 2023.

TROIANO, C. R. Vida de equilibrista: dores e delícias da mãe que trabalha. São Paulo: Cultrix, 2015.

TSUNECIRO, M. et al. Avaliação da assistência pré-natal conforme o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 4, p. 781-790, 2018. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/67469>. Acesso em: 12 maio 2025.

VAEZI, A. et al. The association between social support and postpartum depression in women: A cross sectional study. **Women and Birth**, v. 32, n. 2, p. e238-e242, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.014>. Acesso em: 25 jan. 2025.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Caderno Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 7-14, 1999.

VIEIRA, N. A.; PADILHA, M. I.; COSTA, R.; GREGÓRIO, V. R. P.; SILVA, A. R. Grupo de gestantes e/ou casais grávidos: um processo de construção coletiva (1996-2016). **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, e20180221, 2019.

VILARINHO, T. *Mãe recém-nascida*. São Paulo: Buzz Editora, 2019. 294 p.

VISINTIN, C. D. N.; MORAES, C. J. A.; GRANATO, T. M. M. Reflexões sobre a experiência materna veiculada por revistas femininas dirigidas a gestantes. In: AIELLO-VAISBERG, T. M. J. et al. (Org.). *Ser e fazer: maternidade em pesquisas qualitativas brasileiras*. São Paulo: [s. n.], 2015

WHO. Technical consultation on postpartum and postnatal care. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_10.03_eng.pdf?ua=1>. Acesso em 31 Abr. 2023.

WINNICOTT, D. W. Os bebês e suas mães. 4. ed. WMF Martins Fontes, 2013.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família. 5. ed. São Paulo: Roca, 2018.

YESILCINAR, I.; YAVAN, T.; KARASAHIN, K. E.; YENEN, M. C. Identificação da relação entre apoio social percebido, níveis de fadiga e apego materno durante o período pós-parto. **Revista de Medicina Materno-Fetal e Neonatal**, v. 30, n. 10, p. 1213–1220, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1209649>. Acesso em: 12 maio 2025.

YUNES, M. A. M. Panorama conceitual dos discursos sobre resiliência: implicações para a educação. In: BORUCHOVITCH, E.; BZUNECK, J. A. (org.). *A motivação em diferentes cenários*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. p. 173–183.

ZAGONEL, I.P.S. O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 25-32, julho 1999

APÊNDICE A - Termo de Anuência 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO - EEAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF

TERMO DE ANUÊNCIA

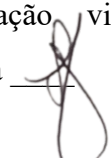
O Núcleo de Pesquisa, Estudos, Experimentação em Enfermagem na Área da Saúde da Mulher e da Criança (NuPEEMC) está de acordo com a execução do projeto “Relações de Apoio Social da Mulher Mãe no Processo de Transição Puerperal”, desenvolvido pela mestrandia Beatriz Valim Egito do Amaral, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, sob orientação da Professora Dra. Cristiane Rodrigues da Rocha, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição através de contatos dos membros do referido núcleo para fins de disseminação da pesquisa contribuindo com a coleta de dados. Esta instituição se compromete a assegurar a segurança e bem estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 e/ou 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

Rio de Janeiro, 04/12/2023



Prof.^a Dr.^a Laura Johanson da Silva

Coordenadora do NuPEEMC

(X) Autorizo a disponibilidade da lista de *e-mail* dos enfermeiros membros do núcleo e divulgação via grupo fechado do *whatsapp* para fins de coleta de dados
rubrica 

(X) Autorizo citar o nome do referido núcleo/instituição.
rubrica 

APÊNDICE B - Termo de Anuência 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO - EEAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF

TERMO DE ANUÊNCIA

O Projeto de Extensão nomeado Espaço Educativo para Cuidado de Mãe e Bebê vinculada à Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, está de acordo com a execução do projeto “Relações de Apoio Social da Mulher Mãe no Processo de Transição Puerperal”, desenvolvido pela mestrande Beatriz Valim Egito do Amaral, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, sob orientação da Professora Dra. Cristiane Rodrigues da Rocha, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição através dos contatos via rede social para fins de disseminação da pesquisa contribuindo com a coleta de dados. Esta instituição se compromete a assegurar a segurança e bem estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 e/ou 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

Rio de Janeiro, 04/12/2023



Prof.ª Dr.ª Cristiane Rodrigues da Rocha

Orientadora e Coordenadora do Projeto de Extensão

(X) Autorizo o uso da rede social do projeto para fins de captação da amostra e coleta de dados. Rubrica _____

(X) Autorizo citar o nome do referido projeto.

Rubrica _____

APÊNDICE C - Questionário disposto na Plataforma Online

LINK DO FORMULÁRIO: <https://forms.gle/fvSynQ2MwOUfsD1g7>

Seção 3 de 8

Perfil - Marque a alternativa de acordo com seu perfil:

Sou mulher maior de 18 anos?

Não

Sim

Seção 4 de 8

Perfil Pós Parto - Marque a alternativa de acordo com seu perfil:

Seu parto aconteceu há mais de 45 dias e menos de 2 anos?

Sim

Não

Você permaneceu hospitalizada logo após o parto por mais de 15 dias?

Sim

Não

Seção 5 de 8

Perfil Nascimento - Marque a alternativa de acordo com seu perfil:

Seu parto aconteceu entre 37 e 42 semanas de Idade Gestacional?

Sim

Não

Seu filho(a) nasceu com mais de 2500g (2,5kg)?

Sim

Não

Seu filho(a) permaneceu hospitalizado por mais de 7 dias após o parto ou apresenta alguma condição crônica hoje?

Sim

Não

Seção 6 de 8

Contato - As pesquisadoras têm interesse em realizar uma entrevista (duração média de 30min), com gravação de voz cujo horário, local e momento ideal serão acordados em comum acordo entre as partes (participante e pesquisador). Estes acordos se darão por meio de contato via telefone ou e-mail oferecido aqui por você.

Ressaltamos que esta etapa é de extrema importância para a composição da pesquisa e coleta de dados, além disso, também está prevista e detalhada nos Termos do TCLE.

Qual seu contato de telefone celular com DDD? ex: (21)9XXXX-XXXX

Qual seu e-mail?

Quais dias e horários são melhores de acordo com sua disponibilidade?

Seção 7 de 8 - Agradecimento de Participação

Agradecemos pela contribuição e iniciativa em participar da pesquisa, assim como a disposição em responder ao formulário em sua totalidade e agendar um próximo contato.

Reiteramos a importância de pesquisas científicas; sua contribuição é de extrema valia.

Lembre-se de guardar uma cópia do seu Termo Livre e Esclarecido disponível no link:

LINK APÓS APROVAÇÃO DO CEP

Não se esqueça de clicar em ENVIAR para finalizar sua participação.

Att,

Equipe de Pesquisa.

Seção 8 de 8 - AGRADECIMENTO

Agradecemos a disposição e iniciativa em participar da pesquisa, porém esse perfil não se encaixou aos critérios de inclusão e exclusão do estudo em questão.

Obrigada pelo interesse.

Att,

Equipe de Pesquisa.

APÊNDICE D - Carta Convite

CARTA CONVITE

Olá, tudo bem? Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa “RELAÇÕES DE APOIO SOCIAL DA MULHER MÃE NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO PUERPERAL” que tem como objetivos: descrever as relações de apoio social no período puerperal sob a ótica da mulher mãe; analisar facilitadores e inibidores do

processo de transição puerperal; discutir as influências das relações de apoio social para a saúde da mulher mãe no processo de transição puerperal.

Esta pesquisa está vinculada ao Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Saúde da Mulher e da Criança (NUPEEMC) da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e tem como pesquisadora principal a mestranda Beatriz Valim Egito do Amaral.. Esta pesquisa trata-se de uma dissertação de mestrado do curso de Pós Graduação em Enfermagem PPGENF-UNIRIO.

Sua participação nesta pesquisa consistirá, em um primeiro momento, com resposta a um questionário através de formulário online, a fim de verificar a adequação aos critérios para prosseguir na entrevista. A entrevista conta com a estrutura de perguntas abertas visando a compreensão do contexto do puerpério, podendo ser online na plataforma de conversa Google Meet, em dia e horário marcados de acordo com sua disponibilidade ou de forma presencial em local que seja acolhedor para você. O tempo da entrevista será em torno de 30 minutos e será direcionada através de um roteiro com perguntas a respeito do processo de transição puerperal, na ocasião documentos como cartão da gestante podem auxiliar na entrevista.

Os critérios de inclusão englobam: Mulheres maiores de 18 anos, que deram à luz a crianças a termo há no mínimo 45 dias e no máximo 2 anos em condições supostamente saudáveis. Caso você tenha interesse em participar da pesquisa, solicito por gentileza que leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Pesquisa através deste link: <https://forms.gle/sf1pddAiQti6Wao87>

Esta pesquisa pode ser encaminhada para pessoas que você julgue se enquadrar nos critérios de inclusão. Desde já, grata pela atenção. Atenciosamente,

Beatriz Valim Egito do Amaral

Mestranda em Enfermagem pelo PPGENF/UNIRIO Pesquisadora Principal.



APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



1/4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Baseado nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que estabelecem as diretrizes éticas para pesquisa com seres humanos na área da saúde, ciências humanas e sociais envolvendo utilização de dados, apresenta-se a pesquisa.

TÍTULO DO PROJETO: Relações de Apoio Social da Mulher Mãe no Processo de Transição Puerperal;

Pesquisadoras Responsáveis: Prof^ª. Dr^ª. Cristiane Rodrigues da Rocha (orientadora) e Mestranda Beatriz Valim Egito do Amaral (orientanda); **Instituição que as pesquisadoras pertencem:** Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. **Contato:** (21)975278181

Você está sendo convidada a participar do estudo “RELAÇÕES DE APOIO SOCIAL DA MULHER MÃE NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO PUERPERAL”, de responsabilidade da pesquisadora Beatriz Valim Egito do Amaral sob Orientação da Prof^ª Dr^ª Cristiane Rodrigues da Rocha. Esta pesquisa tem como objetivos descrever as relações de apoio social no período puerperal sob a ótica da mulher mãe, analisar facilitadores e inibidores do processo de transição puerperal e discutir as influências das relações de apoio social para a saúde da mulher mãe no processo de transição puerperal. Trata-se de uma dissertação de mestrado do curso de Pós-graduação em Enfermagem PPGENF-UNIRIO.

Sua participação nesta pesquisa, primeiramente, será através de respostas no formato questionário online e posteriormente consistirá em uma entrevista com a pesquisadora principal em dia e horário marcados de acordo com sua disponibilidade, assim como local de acordo com sua conveniência. O questionário é formado por 7 perguntas de SIM e NÃO, com o objetivo de verificar a adequação com as características pretendidas no estudo, você poderá levar em média 3 minutos para respondê-las. Além das 7 perguntas, haverá uma opção de captação do seu contato telefônico e disponibilidade para marcação de um futuro encontro. Você poderá responder o formulário através de computadores, smartphones ou tablets e há de dispor de internet para respondê-lo, já que é um formulário em formato eletrônico.

Através do contato disponibilizado por você, serão acordadas a data, a hora e o local da entrevista com a pesquisadora, sendo essas o melhor momento e local de comum acordo entre as partes. O tempo de entrevista será em torno de 30 a 40 min, sendo esta direcionada por um roteiro com perguntas sobre a história obstétrica, as suas relações de apoio social e suas experiências no que diz respeito ao período pós-parto.

2/4

Não há respostas corretas ou incorretas, você deve baseá-las em sua convivência e vivências pessoais. Tendo em vista, a captação de alguns dados específicos vivenciados durante o pré-natal visando auxiliar a lembrança desse momento e otimizar a entrevista, a pesquisadora pode solicitar a leitura de três documentos, sendo de total autonomia a

possibilidade de apresentá-los, dessa forma não é de forma alguma obrigatório a posse desses documentos, são esses: cartão de pré-natal; cartão de vacinação da criança; documento de alta hospitalar da maternidade. A conversa será gravada através do smartphone da pesquisadora para posterior análise dos dados. Logo após, o arquivo será salvo em banco de armazenamento drive protegido por senha de posse somente da pesquisadora principal e apagado do aparelho. A pesquisa respeitará a privacidade e a confidencialidade dos dados, visando não expor os participantes, de forma que as informações serão tratadas de forma anônima, reforçando que em nenhum momento seu nome será divulgado. Todos os dados coletados serão utilizados apenas com o intuito científico dentro da pesquisa e os resultados divulgados em eventos/revistas científicas não terão identificação dos participantes. Os pesquisadores se responsabilizam pela confidencialidade dos dados e se comprometem em manter o comportamento ético em relação à condução da análise e apresentação dos dados.

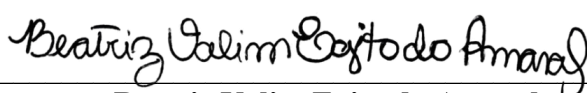
Os riscos da pesquisa são mínimos e relacionados ao desconforto emocional inerentes a rememoração, escrita e vocalização das experiências pessoais, além do desconforto decorrente da gravação das entrevistas. Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais, sendo assim, é garantido pelos pesquisadores que, em qualquer situação desagradável em relação a sua participação neste estudo, será oferecido à participante assistência imediata e integral, de forma gratuita. Além disso, é garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. É válido ressaltar que a entrevista será somente entre a pesquisa principal e o entrevistado, sendo o material resguardado em sigilo nos arquivos próprios da pesquisadora. É importante dizer que a equipe de pesquisa está plenamente ciente das demandas específicas do puerpério, incluindo a necessidade de amamentação e cuidados com o bebê. Para assegurar que esse momento seja respeitado, você pode realizar pausas e interrupções no decorrer da entrevista, se necessário, além disso, disponibilizamos a possibilidade de entrevista online caso seja a forma julgada mais confortável para a puérpera em questão, como participante. No caso de entrevista online, esta será realizada na plataforma Google Meet e todos os procedimentos de gravação e armazenamento serão os mesmos do modo presencial, visando

padronização. Informamos que a participação na pesquisa não é obrigatória, bem como, em caso de recusa em prosseguir no decurso do estudo e na solicitação de retirada do material fornecido à pesquisa, esclarece-se que tal decisão não resultará em qualquer ônus pessoal, tudo dependerá unicamente de sua vontade. Você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. A sua participação no estudo não implicará em despesas e também não haverá nenhuma forma de pagamento. Esta participação não



necessariamente trará benefícios diretos a você, mas, fazendo parte desta pesquisa, estará contribuindo para a investigação do tema. Nos comprometemos a seguir todas as recomendações do Conselho Nacional de Saúde e à Resolução 466/2012 e 510/2016 que trata sobre ética em pesquisa com seres humanos. Você terá livre acesso às informações e esclarecimentos do estudo, podendo pedi-la a qualquer momento, antes, durante ou depois de sua participação. Você receberá uma via deste termo de consentimento assinado pelos pesquisadores para guardar consigo, que é seu por direito, por meio do link aqui exposto (https://drive.google.com/file/d/1ewvZAUtsHHZI_SBCdyKiCh2caaJLnciQ/view?usp=sharing) e também recebido ao final do preenchimento do formulário, basta fazer o download (baixar). Caso seja necessário, você poderá pedir uma cópia extra por e-mail da pesquisadora responsável pelo referido projeto de pesquisa. Caso tenha alguma dúvida relacionada a este estudo, poderá entrar em contato com a Mestranda em Enfermagem Beatriz Valim Egito do Amaral (orientanda) ou Prof^a Dr^a Cristiane Rodrigues da Rocha (orientadora) no endereço: UNIRIO – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rua Dr. Xavier Sigaud, 290 - Urca, Rio de Janeiro e através do contato telefônico contido neste documento ou pelos e-mails: beatrizvalim.egito@gmail.com; cristiane.r.rocha@unirio.br. Em caso de dúvidas, ou maiores informações, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Avenida Pasteur, 296 subsolo do prédio da Nutrição – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240, no telefone 2542-7796 ou e-mail cep@unirio.br.

Diante dos parágrafos anteriores, tendo sido esclarecidas todas as informações quanto à pesquisa, estando totalmente ciente de todos os informes aqui expostos, você poderá manifestar seu livre consentimento em participar, ciente que é livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar e que tem plena liberdade para decidir acerca da sua espontânea participação nesta pesquisa. Basta marcar a opção a seguir, ao selecionar a opção abaixo “Li e declaro que concordo em participar da pesquisa”, estará concordando em participar da pesquisa conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta Pesquisa foi aprovada pelo CEP - UNIRIO em 01/03/2024, parecer número 6.679.554. Caso não concorde em participar, selecione “Li e não tenho interesse em participar da pesquisa” ou apenas feche a página do seu navegador.



Beatriz Valim Egito do Amaral

Pesquisadora Responsável; CPF: 1653489871 - COREN: 702.992
Rua Camarista Méier, 974, bl 2 ap 408 - Engenho de dentro - Rio de Janeiro, RJ.
Contato: 210975278181 / beatrizvalim.egito@gmail.com

APÊNDICE F - Roteiro da Entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS - PERGUNTAS OBJETIVAS:

1. Número de entrada na pesquisa:

2. Idade:

() entre 18 e 20 anos () 21-30 () 31-40 () 41-50 () 50 ou mais

3. Situação conjugal:

☐ Solteira ☐ Casada ☐ União Estável ☐ Companheiro/convivente ☐ Divorciada ☐ Viúva

4. Renda familiar:

☐ Até R\$ 3,2 mil ☐ De R\$ 3,2 mil a R\$ 7,6 mil ☐ De R\$ 7,6 mil a 12,8 mil ☐ De R\$ 12,8 mil a R\$ 23,8 mil ☐ < R\$ 23,8 mil

5. Escolaridade:

☐ Fundamental Incompleto ☐ Fundamental Completo ☐ Médio Incompleto ☐ Médio Completo ☐ Superior Incompleto ☐ Superior Completo ☐ Mestrado ☐ Doutorado

6. Trabalho/ocupação atual:

7. Vínculo com a APS:

☐ regular ☐ apenas para vacinação própria e/ou da criança ☐ não frequenta

8. Gestações/Paridade: G1 P0 A0

9. Quantos filhos? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ou mais

10. Data do último parto: 30/09/2023

11. Idade do último filho: ☐ 45 dias a 6 meses ☐ 7 meses a 1 ano ☐ 1 a 2 anos

12. Acompanhamento no pré-natal: ☐ Público ☐ Privado ☐ Misto

13. Quantas consultas pré natais?

☐ menos que 6 consultas ☐ de 6 a 10 consultas ☐ de 11 a 15 consultas ☐ mais de 15 consultas

14. Participou de grupo/roda de gestante? ☐ Sim ☐ Não

15. Foi realizado Pré-natal do parceiro? ☐ Sim ☐ Não

16. Gestação de Risco Habitual ou Alto Risco? ☐ Risco Habitual ☐ Alto Risco

17. Suporte profissional para o parto:

☐ Hospital/maternidade pública ☐ Hospital/maternidade privada ☐ Hospital/maternidade filantrópica ☐ Equipe particular de assistência hospitalar ☐ Equipe de Parto Domiciliar Planejado

18. Via de parto: ☐ Vaginal ☐ Cesárea

19. Complicações no puerpério:

20. Aleitamento materno:

Bebê até 6 meses: ☐ Exclusivo ☐ Predominante ☐ Complementado ☐ Misto ou Parcial ☐ Interrompido

Bebê 6 meses a 2 anos:

☐ AM Exclusivo até 6 meses e hoje Complementado (introdução alimentar)

☐ AM Exclusivo até 6 meses e hoje Complementado (introdução alimentar e outro tipo de leite

- () AM Exclusivo até 6 meses e hoje Interrompido
 - () AM Misto até 6 meses e hoje Complementado (introdução alimentar
 - () AM Misto até 6 meses e hoje Interrompido
 - () AM Predominante até 6 meses e hoje Complementado (introdução alimentar
 - () AM Predominante até 6 meses e hoje interrompido
 - () AM Interrompido antes de 6 meses
 - () Bebê menor que 6 meses
21. Motivo para a interrupção do AM se interrompido:

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - PERGUNTAS ABERTAS:

1. Conte-me sobre as suas vivências como mulher-mãe nos primeiros dias após seu parto até o momento atual? Como foi para você essa transição?
2. Como foi a saída da maternidade e a chegada em casa?
3. Que situações de mudança (positivas ou negativas) foram mais marcantes para você neste período puerperal?
4. Que condições/situações facilitaram ou dificultaram esse período puerperal, desde o momento após o parto até agora?
5. Quais foram as relações que mais te proporcionaram apoio neste período?
6. Conte-nos como esse apoio foi/é oferecido?
7. De que forma o apoio oferecido influenciou/influencia na sua saúde?
8. O que você gostaria que fosse diferente?
9. Você gostaria de me contar mais algo sobre essa fase de sua vida?

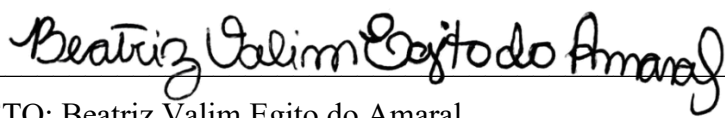
APÊNDICE G - Termo de Compromisso para uso dos dados

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS

Nós, BEATRIZ VALIM EGITO DO AMARAL e CRISTIANE RODRIGUES DA ROCHA, pesquisadores colaboradores da pesquisa intitulada “Relações de Apoio Social da Mulher Mãe no Processo de Transição Puerperal”, declaramos que conhecemos e cumpriremos as

normas vigentes expressas na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Assumimos mediante este Termo, o compromisso de, ao utilizar dados e/ou informações coletadas no *Google Forms*, gravadas via *records* pelo *smartphone* com armazenamento em mídia de *hardware* protegido por senha, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos dados de forma a proteger os participantes da pesquisa.

ASSINATURA: 
NOME COMPLETO: Beatriz Valim Egito do Amaral
Coren-RJ 702.992 / ID: 299417972 / CPF: 16534898713

ASSINATURA: 
NOME COMPLETO: Cristiane Rodrigues da Rocha
Coren-RJ 86534 / ID: 104632690 / CPF: 033.958.877-23

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÕES DE APOIO SOCIAL DA MULHER MÃE NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO PUERPERAL

Pesquisador: Beatriz Valim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 76501623.9.0000.5285

Instituição Proponente: Programa de Pós-graduação em Enfermagem - MESTRADO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.679.554

Apresentação do Projeto:

Textos dos itens "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" retirados dos documentos do projeto inseridos na Plataforma Brasil pelo(a) pesquisador(a) responsável ou qualquer membro da equipe de pesquisa.

"O presente estudo trata-se de um projeto de dissertação apresentado à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, cujo objeto de estudo é as relações de apoio social no processo de transição puerperal. No qual tem como proposta metodológica uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, buscando explorar as relações de apoio social da mulher mãe durante o processo de transição puerperal. Os objetivos são: descrever as relações de apoio social no período puerperal sob a ótica da mulher mãe, analisar facilitadores e inibidores do processo de transição puerperal e discutir as influências das relações de apoio social para a saúde da mulher mãe no processo de transição puerperal. Serão contatadas na possibilidade de participar da pesquisa mulheres mães no período puerperal. Dessa forma, os critérios de inclusão englobam: Mulheres maiores de 18 anos, que deram à luz a crianças a termo há no mínimo 45 dias

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep@unirio.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -
UNIRIO



Continuação do Parecer: 6.679.554

e no máximo 2 anos em condições supostamente saudáveis. Quanto aos critérios de exclusão, ficam estabelecidos: Mulheres após parto de natimorto; mulheres com filhos acometidos por agravo à saúde ao nascimento que determinaram hospitalização prolongada ou condições crônicas; mulheres cujos filhos nasceram com peso < 2.500g e mulheres que permaneceram hospitalizadas após o parto por um período maior que 15 dias. A pesquisa utilizará como recurso de recrutamento dos participantes a técnica de amostragem não probabilística Snowball (bola de neve), cujo contato inicial se faz através da cadeia de referência, que recruta ou indica dentre seus conhecidos outros participantes alvo, esses considerados cadeias subsequentes, que podem também indicar novos participantes. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, a ser desenvolvida em duas etapas, primeiramente uma triagem dos possíveis participantes com o intuito de captar ao estudo somente aquelas pessoas que cumprem os critérios de inclusão e exclusão, além da marcação de horário e local para a segunda etapa, que trata-se da coleta de dados através de uma entrevista semiestruturada. No que tange a segunda etapa da coleta, esta será através de uma entrevista semiestruturada, cujo roteiro consta uma parte voltada para a caracterização da participante e do período relativo ao pré-natal, parto e pós-parto, e, outra com perguntas abertas visando a compreensão do contexto do puerpério e suas relações de apoio sob a ótica desta mãe dentro dos objetivos da pesquisa. Este momento ocorrerá após o contato por telefone ou por mensagem via e-mail ou whatsapp, disponibilizados pela própria participante na primeira etapa.

Diante da complexidade do período puerperal e das inúmeras demandas que as puérperas enfrentam, surge a necessidade de oferecer flexibilidade na condução das entrevistas. Compreende-se que algumas mulheres podem sentir-se mais confortáveis em discutir suas experiências no puerpério no ambiente familiar, enquanto outras podem ter restrições em receber visitas ou se deslocar com um recém-nascido. Em reconhecimento a essa diversidade de contextos, a realização das entrevistas será tanto presencial, no local de comum acordo entre a participante e a equipe de pesquisa,

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep@unirio.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -
UNIRIO



Continuação do Parecer: 6.679.554

quanto virtualmente, via meeting, somente nos casos em que a participante tenha preferência ou se sinta mais segura por esta via.

Essa opção visa proporcionar aos participantes a flexibilidade de escolher a modalidade que melhor se adapta às suas circunstâncias individuais, garantindo que sua experiência no processo de pesquisa seja respeitosa e confortável. Os dados obtidos durante todo o processo de coleta serão submetidos à análise de conteúdo temático-categorial proposto por Oliveira (2008). Todos os aspectos éticos serão contemplados."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Descrever as relações de apoio social no período puerperal sob a ótica da mulher mãe; Analisar facilitadores e inibidores do processo de transição puerperal; Discutir as influências das relações de apoio social para a saúde da mulher mãe no processo de transição puerperal."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Quanto aos riscos, essa pesquisa prevê riscos mínimos relacionados ao desconforto emocional do participante perante rememoração, escrita e vocalização das experiências, envolvendo aspectos sensíveis da maternidade, que serão mitigados permitindo as interrupções que a participante julgar necessárias, inclusive a interrupção total da coleta de dados, se optar por não avançar no decorrer desta, tanto na interface virtual quanto na entrevista. Os riscos envolvem também o desconforto relacionado à gravação da entrevista, porém, ressalta-se que a entrevista será somente entre a pesquisa principal e o entrevistado. Sendo o material resguardado em sigilo nos arquivos próprios da pesquisadora.

É crucial ressaltar que, durante as entrevistas, a equipe de pesquisa está plenamente ciente das demandas específicas do puerpério, incluindo a necessidade de amamentação e cuidados com o bebê. Para assegurar que esse momento fundamental seja respeitado, a equipe está totalmente preparada para realizar pausas na entrevista, se necessário. Essas interrupções visam garantir que as puérperas possam atender às demandas imediatas do cuidado com o bebê, promovendo um ambiente de pesquisa que considere

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep@unirio.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -
UNIRIO



Continuação do Parecer: 6.679.554

integralmente o contexto delicado do pós-parto.

Em caso de recusa em prosseguir no decurso do estudo e na solicitação de retirada do material fornecido à pesquisa, esclarece-se que tal decisão

não resultará em qualquer ônus pessoal para o indivíduo em questão. Além disso, é garantido pelos pesquisadores que, em qualquer situação

desagradável em relação a participação neste estudo, será oferecido à participante assistência imediata e integral, de forma gratuita, assim como o

direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Considerando que o ambiente de pesquisa será determinado de maneira consensual entre a pesquisadora e a participante, com prioridade para a

conveniência desta última, é imperativo esclarecer que, tal determinação decorre da ênfase conferida à escolha da participante, sendo alternativas

que não hajam ônus serão oportunamente consideradas. Dessa forma, a pesquisa não visa gastos aos participantes, já que os custos relacionados

diretamente ao processo de pesquisa serão integralmente suportados pela equipe de pesquisa.

Benefícios:

Não são antecipados benefícios diretos para as participantes desta pesquisa. Os benefícios decorrentes desta investigação são caracterizados pelo

progresso no entendimento do objeto de pesquisa proposto e pelo fortalecimento deste alicerce no âmbito temático em consideração. Esses

benefícios permeiam uma variedade de perspectivas relacionadas à qualidade de vida e à preservação da saúde das mulheres no período pós-parto, com especial atenção para o estabelecimento de relações de apoio."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se da segunda versão do protocolo de pesquisa. É de um estudo que tem como objetivos descrever as relações de apoio social no período puerperal

sob a ótica da mulher mãe; analisar facilitadores e inibidores do processo de transição puerperal e discutir

as influências das relações de apoio social para a saúde da mulher mãe no processo de transição puerperal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados na segunda versão: Novo TCLE e TCUD adequados.

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep@unirio.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -
UNIRIO**



Continuação do Parecer: 6.679.554

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As respostas às pendências foram apreciadas pelo CEP-UNIRIO, e todas foram plenamente atendidas. O projeto atende à Resolução CNS 466/2012 e protege os participantes de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Inserir os relatórios parcial(is) (a cada 6 meses) e final da pesquisa na Plataforma Brasil por meio de Notificação.

Consulte o site do CEP UNIRIO (www.unirio.br/cep) para identificar materiais e informações que podem ser úteis, tais como:

- a) Modelos de relatórios e como submetê-los (sub abas "Relatórios" e "Notificações" e aba "Materiais de apoio e tutoriais");
- b) Situações que podem ocorrer após aprovação do projeto (mudança de cronograma e da equipe de pesquisa, alterações do protocolo pesquisa; observação de efeitos adversos, ...) e a forma de comunicação ao CEP (aba "Tramitação após aprovação do projeto" e suas sub abas).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2260273.pdf	25/01/2024 12:21:45		Aceito
Outros	Carta_de_atendimento_a_pendencia_.pdf	25/01/2024 12:18:08	Beatriz Valim	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_6580034.pdf	25/01/2024 12:14:46	Beatriz Valim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_.pdf	25/01/2024 12:13:59	Beatriz Valim	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_pesquisa_.pdf	25/01/2024 12:12:24	Beatriz Valim	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_PARA_USO_DE_DADOS.pdf	25/01/2024 12:11:42	Beatriz Valim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_.pdf	25/01/2024 12:10:55	Beatriz Valim	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep@unirio.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -
UNIRIO**



Continuação do Parecer: 6.679.554

Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E E ESCLARECIDO .pdf	25/01/2024 12:10:55	Beatriz Valim	Aceito
Outros	ROTEIRO_DE_ENTREVISTA.pdf	05/12/2023 21:27:41	Beatriz Valim	Aceito
Outros	Intrumento_ColetaDados.pdf	05/12/2023 21:24:31	Beatriz Valim	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Cristiane_Rocha.pdf	05/12/2023 21:12:02	Beatriz Valim	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_.pdf	05/12/2023 21:10:31	Beatriz Valim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_DE_ANUENCIA_Extensao_Ap endiceB.pdf	05/12/2023 20:49:08	Beatriz Valim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_DE_ANUENCIA_NuPEEMC_A pendiceA.pdf	05/12/2023 20:48:29	Beatriz Valim	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Beatriz_Valim.pdf	05/12/2023 20:43:26	Beatriz Valim	Aceito
Outros	CARTA_CONVITE.pdf	05/12/2023 20:41:43	Beatriz Valim	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 01 de Março de 2024

Assinado por:

**ANDRESSA TEOLI NUNCIARONI FERNANDES
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep@unirio.br