

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LINA DOMÊNICA MAPELLI

Vivências de mulheres com sofrimento psíquico no período puerperal:
interpretações e significados

RIBEIRÃO PRETO

2023

LINA DOMÊNICA MAPELLI

Vivências de mulheres com sofrimento psíquico no período puerperal:
interpretações e significados.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo
vital

Orientador: Profa. Dra. Thais de Oliveira Gozzo

RIBEIRÃO PRETO

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Mapelli, Lina Domênica

Vivências de mulheres com sofrimento psíquico no período puerperal: interpretações e significados. Ribeirão Preto, 2023.

108 p.: il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Profa. Dra. Thais de Oliveira Gozzo

1. Período Pós-Parto. 2. Saúde da Mulher. 3. Distúrbios Psiquiátricos. 4. Pesquisa Qualitativa.

MAPELLI, Lina Domênica

Vivências de mulheres com sofrimento psíquico no período puerperal: interpretações e significados.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

AGRADECIMENTOS

Esta investigação corporificou-se pela **orquestração de amparos**:

As montanhas cafeeiras e as oliveiras que brilham as paisagens da minha terra natal - **São Sebastião da Grama/SP** me inspiraram à escrita.

*“[...] Quando rompe a madrugada, canta o galo carijó,
Pia triste a coruja na cumeeira do paió,
Quando chega o entardecer pia triste o jaó,
Só me alegra quando pia lá pra aqueles cafundó,
É o inhambu-chitã e o xororó [...]”*

Canção: Chitãozinho e Xororó. Interpretação: Sérgio Reis.

Das recordações de meus **antepassados** – intuições para compor esta investigação vieram à mente.

*“[...] Quando eu saí do meu sertão, não tinha nada de meu, a não ser esta viola que foi meu
pai quem me deu,
[...] Canta a minha alegria, canta para eu não chorar, entrarei no céu contigo quando, minha
hora chegar.”*

Canção: Minha Viola. Interpretação: Raul Seixas.

O **tape deck** do meu pai; a **caponata** da minha mãe e a **Ouro Preto/MG** da minha irmã – me embalsamaram profundamente enquanto elaborando esta investigação.

*“[...] Dorme enquanto teu pai faz músicas, que é a forma dele rezar,
Todos os sonhos na realidade,
São verdades, se eu puder cantar [...]·
[...] Eu lutei, mas perdi a guerra,
Eu só posso te dar meu nome.”*

Canção: Cantiga de Ninar. Interpretação/autoria: Raul Seixas.

Dos tantos cafés, conversas e sorrisos com os amigos de **infância/juventude**, da **Graduação** em Enfermagem da UFSCar, do **Mestrado** em Enfermagem da EERP- USP, relaciono-os ao documentário: **The Beatles: Get Back** devido ao valor imensurável deles no percorrer da caminhada ao título de mestra.

*“[...] You and I have memories,
Longer than the road,
That stretches out ahead,
Two of us wearing raincoats,
Standing solo in the sun,
You and me chasing paper,
Getting nowhere,
On our way back home [...]”*

Canção: Two Of Us. Interpretação/autoria: The Beatles.

Dos tantos cafés, diálogos e laços fraternais produzidos no **CEAM – Centro de Atendimento à Mulher**, cenário da presente investigação. Guardei-os com carinho junto à trilha sonora que comigo serpenteou montanhas até o CEAM, de ***Credence Clearwater Revival; Crosby, Stills & Nash; Electric Light Orchestra; Supertramp; Bread a Paul McCartney & Wings***, estes me fizeram chegar com semblantes alegres e que foram prontamente retribuídos.

“[...] Well, the rain exploded with a mighty crash,
As we fell into the sun,
And the first one said to the second one there,
“I hope you’re having fun”,
Band on the run, band on the run [...]”

Canção: *Band On The Run*. Interpretação/autoria: *Paul McCartney and Wings*.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP da Universidade de São Paulo – USP pela acolhida, sentimento de pertencimento e bem-estar. Na EERP/USP tive o privilégio de cursar disciplinas de **pesquisa qualitativa em saúde com docentes formidáveis!**

Em tempos pandêmicos, eu sabia que quando o **“cuco-cuco”** do relógio anunciava cinco da manhã era o chamado à escrita desta investigação ao som de ***Simon & Garfunkel***.

“[...] I’d rather feel the earth beneath my feet,
Yes, I would,
If I only could,
I surely would.”

Canção: *El Condor Pasa (If I Could)*. Interpretação: *Simon & Garfunkel*.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq pelo investimento (nº 130565/2021-0) no trazer à tona interpretações e significados de mulheres vivenciando sofrimentos psíquicos no universo puerperal.

“[...] Winter, spring, summer or fall,
All you have to do is call,
And I’ll be there,
You’ve got a friend [...]”

Canção: *You’ve got a friend*. Interpretação: *James Taylor*.

À Enfermeira, Mestra, Doutora – Thais de Oliveira Gozzo pelas conversas transformadoras acerca dos **sofrimentos psíquicos no universo puerperal**, mais também sobre ***William Shakespeare, Stratford-upon-Avon*** e o “[...] *To be or not to be, that’s the question.*” O brasileríssimo **Machado de Assis**, Dom Casmurro e “[...] A alma da gente, como sabes, é uma casa assim disposta, não raro com janelas para todos os lados, muita luz e ar puro [...]” Da ***Pietà*** de ***Michelangelo Buonarroti*** à ***L’annunciazione*** de ***Leonardo da Vinci*** ao ***Café Terrace at Night*** de ***Vincent van Gogh***. De ***Gabriel’s Oboe*** de ***Ennio Morricone***. ***Liverpool*** à ***Abbey Road***.

Admiração profunda à docente, à maestria em sua orientação e na assistência obstétrica que exerces!

Quando crescer, quero ser como você!

"[...] But I could have told you, Vincent,

This world was never meant for one,

As beautiful as you [...]."

Canção: Vincent. Interpretação/autoria: Don McLean.

O presente trabalho foi realizado com apoio do **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq** – Investimento nº 130565/2021-0 e com o apoio da **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES)** - Código de Financiamento 001.

DEDICATÓRIA

Às puérperas protagonistas desta investigação que me confessaram as mais intensas narrativas sobre os sofrimentos psíquicos no universo puerperal.

*"[...] All the lonely people (ah, look at all the lonely people),
Where do they all come from?*

*All the lonely people (ah, look at all the lonely people),
Where do they all belong?"*

Canção: Eleanor Rigby. Interpretação/autoria: The Beatles.



Casaquinho de crochê confeccionado à mão pelo grupo espírita – Luz e Caridade – cenário da investigação.

RESUMO

MAPELLI, Lina Domênica. **Vivências de mulheres com sofrimento psíquico no período puerperal: interpretações e significados**. 2023. 108p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2023.

Objetivo: conhecer as interpretações e os significados das vivências de mulheres que apresentaram indícios de sofrimento(os) psíquico(os) durante o período puerperal e/ou puerpério. **Método:** investigação qualitativa protagonizada por 27 puérperas paulistas. Norteadada pela bússola do referencial teórico do Interacionismo Simbólico e tramitada pelo referencial metodológico da Análise de Narrativa. Os critérios de inclusão foram: mulheres com idade \geq a 18 anos e \leq que 35 anos, que durante a gestação foram consideradas de risco habitual, com até seis meses de período puerperal e que apresentassem indícios de sofrimento(s) psíquico(s). Os critérios de exclusão foram: mulheres com diagnóstico(s) psíquico(s) prévio(s) de transtornos do neurodesenvolvimento, espectro da esquizofrenia, transtorno bipolar; mulheres que tiveram parto prematuro, óbito fetal, natimorto e aborto. Para a coleta dos dados utilizou-se de um formulário com dados sociodemográficos e obstétricos, e por entrevista semiestruturada com pergunta norteadora: Conte-me como têm sido suas vivências no período puerperal e/ou puerpério. As entrevistas foram realizadas de fevereiro a abril de 2022. **Resultados:** As narrativas analisadas produziram seis categorias e oito subcategorias: **I. Desencantos no período puerperal** – *Tateando o período puerperal na concretude; Cansaço inexorável na práxis da maternidade; Devoção nos cuidados com o recém-nascido; Intempéries corporais no período puerperal e o autocuidado à mingua*; **II. Via crucis da amamentação**; **III. Descortinando os laços de suporte**; **IV. Inquietudes no período puerperal** – *O terror do “cuco-cuco” do relógio*; **V. Nuances do sofrimento psíquico no período puerperal** – *Táticas para o enfrentamento dos sofrimentos psíquicos no período puerperal*; **VI. Tons de violência** - *Violência contra a mulher ocorrendo no lar; Violência contra a mulher nos espaços de saúde*. **Considerações finais:** ao ingressar no universo puerperal, as dificuldades encontradas com os cuidados com o recém-nascido e amamentação, entre outras situações, como a violência, que apontam para a susceptibilidade da mulher ao *blues* puerperal, à fadiga, à ansiedade e à depressão puerperal; além de outros sofrimentos como a autolesão não suicida, o transtorno de compulsão alimentar periódica e ao obsessivo-compulsivo puerperal. Neste universo, os profissionais de saúde devem se concentrar no apoio, aconselhamento e serem facilitadores do aleitamento materno. Não menos importante, os profissionais devem receber preparo para a detecção/tratamento/acompanhamento dos sofrimentos psíquicos no período puerperal e serem capacitados para a detecção de violência contra a mulher.

Descritores: Período Pós-Parto; Saúde da Mulher; Distúrbios Psiquiátricos; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

MAPELLI, Lina Domênica. **Experiences of women with psychological suffering in the puerperium: interpretations and meanings.** 2023. 108p. Dissertation (Master of Science) - Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo. Ribeirão Preto, 2023.

Objective: to know the interpretations and meanings of the experiences of women who presented signs of psychological suffering during the puerperium. **Method:** qualitative research conducted by 27 puerperae from São Paulo. Guided by the compass of the theoretical framework of Symbolic Interactionism and processed by the methodological framework of Narrative Analysis. Inclusion criteria were: women aged ≥ 18 years and ≤ 35 years, who during pregnancy were considered at usual risk, with up to six months of puerperal period and who presented evidence of psychic suffering(s). The exclusion criteria were: women with previous psychiatric diagnosis(s) of neurodevelopmental disorders, schizophrenia spectrum, bipolar disorder; women who had premature birth, foetal death, stillbirth and abortion. For data collection, a form was used with sociodemographic and obstetric data, and a semi-structured interview with a guiding question: Tell me about your experiences in the puerperal and/or puerperium period. The interviews were conducted from February to April 2022. **Results: I. Disenchantments in the puerperium:** *groping the puerperium in concreteness; inexorable fatigue in the praxis of maternity; devotion to the care of the newborn; unpleasant bodily changes in the puerperium and fragile self-care; II. Via crucis of breastfeeding; III. Unveiling the bond of support; IV. Restlessness in the puerperium: the terror of the "cuckoo-cuckoo" of the clock; V. Nuances of psychological suffering in the puerperium: tactics for coping with psychological suffering in the puerperium; VI. Tones of violence - Violence against women occurring in the home; Violence against women in health care spaces. Final considerations:* when entering the world of the puerperium, the difficulties encountered with the care of the newborn and breastfeeding point to the woman's susceptibility to puerperal blues, fatigue, anxiety, and puerperal depression. Moreover, other sufferings such as non-suicidal self-injury, periodic binge eating disorder, and puerperal obsessive-compulsive disorder may also occur. Nonetheless, professionals should be prepared for the detection, treatment, and follow-up of psychological depression and be trained to detect violence against women in the puerperium.

Descriptors: Postpartum; Women's Health; Psychiatric Disorders; Qualitative Research.

RESUMEN

MAPELLI, Lina Domênica. **Experiencias de las mujeres con malestar psicológico en el período puerperal: interpretaciones y significados.** 2023. 108p. Disertación (Maestría en Ciencias) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto, 2023.

Objetivo: conocer las interpretaciones y significados de las vivencias de las mujeres que mostraron señales de sufrimiento psicológico durante el puerperio y/o del periodo puerperal. **Método:** investigación cualitativa protagonizada por 27 puérperas paulistas. Guiado por la brújula del marco teórico del Interaccionismo Simbólico (IS) y procesado por el marco metodológico del Análisis Narrativo. Los criterios de inclusión fueron: mujeres de edad ≥ 18 años y ≤ 35 años, que durante el embarazo fueran consideradas de riesgo habitual, con hasta seis meses de puerperio y que presentaran evidencia de sufrimiento(s) psíquico(s). Los criterios de exclusión fueron: mujeres con diagnóstico(s) psiquiátrico(s) previo(s) de trastornos del neurodesarrollo, espectro esquizofrénico, trastorno bipolar; mujeres con parto prematuro, muerte fetal, mortinato y aborto. Para la recolección de datos se utilizó un formulario con datos sociodemográficos y obstétricos, y una entrevista semiestructurada con una pregunta guía: Cuénteme sus experiencias en el puerperio y/o puerperio. Las entrevistas se realizaron de febrero a abril de 2022. **Resultados:** **I. Desencantos en el puerperio** – *Tanteando el puerperio en lo concreto; Fatiga inexorable en la praxis de la maternidad; Devoción en el cuidado del recién nacido; Riesgos corporales en el puerperio y el autocuidado desnudo*; **II. Vía crucis de la lactancia materna**; **III. Desvelar los lazos de apoyo**; **IV. Preocupaciones en el periodo puerperal** – *El terror al "cuc-cuc" del reloj*; **V. Matices del sufrimiento psicológico en el periodo puerperal** – *Tácticas para hacer frente al sufrimiento psicológico en el período puerperal*; **VI. Tonos de violencia** - *Violencia contra las mujeres que se produce en el hogar; Violencia contra las mujeres en los espacios sanitarios.* **Consideraciones finales:** al entrar en el universo puerperal, las dificultades encontradas con el cuidado del recién nacido y la lactancia, entre otras situaciones, como la violencia, que apuntan a la susceptibilidad de la mujer a la melancolía puerperal, la fatiga, la ansiedad y la depresión puerperal; además de otros padecimientos como la autolesión no suicida, el trastorno por atracones periódicos y el trastorno obsesivo-compulsivo puerperal. En este universo, los profesionales sanitarios deben centrarse en el apoyo, el asesoramiento y ser facilitadores de la lactancia materna. No menos importante, los profesionales deben estar preparados para la detección/tratamiento/seguimiento del sufrimiento psicológico en el periodo puerperal y estar formados para detectar la violencia contra las mujeres.

Descriptor: Postparto; Salud de la mujer; Trastornos psiquiátricos; Investigación cualitativa.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	38
Quadro 2	41

LISTA DE SIGLAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.
Aleitamento Materno – AM.
Aleitamento Materno Exclusivo – AME.
Aleitamento Materno Misto – AMM.
Atenção Primária à Saúde – APS.
Autolesão Não Suicida – ALNS.
Centro de Atendimento à Mulher – CEAM.
Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE.
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP.
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.
Coronavírus/SARS-CoV-2 – COVID-19.
Dispositivo Intrauterino – DIU.
Escala de Depressão de Pós-Parto de Edimburgo – EPDS.
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP.
Estados Unidos da América – EUA.
G P A - Gestação/Parto/Aborto.
Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina – ISRSs.
Interacionismo Simbólico – IS.
Parto Cesáreo – PC.
Parto Normal – PN.
Pregnancy Risk Assessment Monitoring System – PRAMS.
Puérpera – P.
Sistema Único de Saúde – SUS.
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.
Transtorno de Ansiedade Generalizada – TAG.
Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica – TCAP.
Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT.
Transtorno de Pânico – TP.
Transtorno do Espectro Autista – TEA.
Transtorno Obsessivo-Compulsivo – TOC.
Violência por Parceiro Íntimo – VPPI.
Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV.

SUMÁRIO

Ficha catalográfica	3
Agradecimentos	5
Dedicatória	9
Resumo	10
1. Introdução	19
1.1. Sofrimentos psíquicos puerperais: realidade mundial	20
1.2. Justificativa.....	23
2. Objetivo	24
3. Método	26
3.1. Cenário da investigação	27
3.2. Considerações éticas	28
3.3. Puérperas protagonistas	28
3.4. Coleta dos dados	29
3.5. Referenciais teórico e metodológico	31
3.5.1. Referencial teórico	32
3.5.2. Referencial metodológico	34
3.6. Análise dos dados	35
4. Resultados	36
5. Discussão	63
6. Considerações finais	81
7. Implicações para a enfermagem	83
Referências	84
Apêndices	101
Anexos	106



Há 30 anos no lar, junto
ao pai, nas lentes de uma
Kodak.

*"[...] My gift is my song and
this one's for you,
And you can tell everybody
this is your song [...]."*

*Canção: Your Song·
Interpretação: Elton John·*

Há 30 anos no lar, junto à
mãe, nas lentes de uma
Kodak.

*"[...] I hope you don't mind
that I put down in words,
How wonderful life is while
you're in the world
[...]."*

*Canção: Your Song·
Interpretação: Elton John·*

APRESENTAÇÃO

Nascida no entardecer de doze de novembro de mil novecentos e noventa e três, pelas mãos do obstetra **Oscar Martins Pirajá Neto** e do pediatra **João Batista de Carvalho**, este último a quem cultivo imenso carinho e respeito pelas vezes que me socorreu *au chant du coq* durante a primeira infância.

Nascida em um berço de descendentes de imigrantes italianos, em que o *sono tutti buona gente* se perpetua pelas macarronadas de domingo e no ato de falar alto e com as mãos. Nascida em um berço em que meu pai, **José Renato Mapelli**, me introduziu à música e ao cinema, principalmente o sessentista e o setentista. Tenho a recordação vaga do dia em que meus pais, **José Renato Mapelli e Maria Angélica Parreira Mapelli**, penduraram dois quadros do *Charles Chaplin* na sala, aqueles quadros supervisionaram minhas brincadeiras nos tacos da sala da minha tia-avó, **Maria de Lourdes Mapelli (in memorian)**, a quem cultivo afeto pelo zelo comigo. Lembro-me de brincar de casinha com ela com um conjunto de louça que nos dias atuais está disposto no armário da cozinha de casa.

Lembro-me como se fosse hoje, das idas a casa de meus avós maternos, **Olga Mapelli Parreira (in memorian)** e **José Baptista Parreira (in memorian)** e de meus padrinhos de Batismo, **Helena Maria de Oliveira e José Romeu Parreira (in memorian)** em Araxá-MG. Nas idas ao Araxá-MG, lembro-me de meu pai **José Renato Mapelli** com seu toca-fitas e as coletâneas dos *60s and 70s Rock and Roll songs*. Em Araxá-MG, lembro-me na época do *Natale*, que meus avós maternos montavam o presépio e meus padrinhos de Batismo me levavam para passear no Grande Hotel Termas de Araxá.

Quando em São Sebastião da Gramma-SP, lembro-me do sítio de meus avós paternos, **Thereza Aparecida Mapelli e Manoel Mapelli (in memorian)**, onde brinquei muitas vezes com o café espalhado no terreirão.

Quando a fase escolar bateu à porta, lembro-me de me encantar pelos contos infantis. Saltando no tempo, fui agraciada com a oportunidade de cumprir um ano do colegial no estado norte-americano do *Texas*. Lugar em que me encantei pela anatomia humana. De volta a terras brasileiras e convicta de que encontraria “meu lugar ao sol” se fosse uma enfermeira. Tornei-me “Desgramada” (apelido carinhoso aos que deixam São Sebastião da Gramma-SP) para tornar-me **enfermeira pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCar**. Durante os anos da graduação, minha irmã **Lara Renata Mapelli**, muito me ajudou nas disciplinas que envolviam a matemática. Ainda nos anos da graduação, me interessei pela pesquisa qualitativa, e pude vivenciar, na primeira investigação científica, como é o cuidar de crianças com o diagnóstico

do transtorno do espectro autista (TEA) e, na segunda investigação científica, como os profissionais da atenção primária à saúde (APS) lidam com os casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Porém, o encantamento pela enfermagem obstétrica floresceu no escutar dos sons fascinantes das cardiocografias fetais. Formei-me enfermeira e convicta de que queria vivenciar o Mestrado na Enfermagem Obstétrica, tive o privilégio de conhecer a Enfermeira, Mestre e Doutora **Thais de Oliveira Gozzo**, a quem cultivo admiração profunda à docente, à maestria em sua orientação, na assistência obstétrica que exerces e que fez com que o Mestrado fosse vivido como um conto de fadas.

Foram e permanecem impulsos à confecção desta investigação, que aos poucos e com capricho, concretizou-se:

- i. A determinação de tornar-se mãe da Princesa Isabel e os desenrolares traumáticos de seus partos no século XIX, contidos na obra literária: Os partos da Princesa Isabel – A Redentora;
- ii. Os vínculos profundos e particulares de dois irmãos, Théo e Vincent van Gogh, contidos na obra literária: Cartas a Théo;
- iii. Os sofrimentos psíquicos em ciclos gravídico-puerperais exibidos na produção cinematográfica alemã – O Estranho em Mim (2008) e na produção cinematográfica norte-americana – O Bebê de Rosemary (1968);
- iv. No palco da vida: auscultar os sons fascinantes de cardiocografias fetais, assistir ao parir/nascer e o período puerperal e/ou puerpério em uma maternidade do interior do estado de São Paulo em 2019, possibilitou-me uma enriquecedora formação em enfermagem centrada na saúde materno-infantil;
- v. Diante destas circunstâncias, aguçou-se o conhecer factualmente os sofrimentos psíquicos puerperais de mulheres que vivem no interior do estado de São Paulo.

1. Introdução

1.1. Sofrimentos psíquicos puerperais: realidade mundial

Esta investigação emoldurou-se no conceito de período puerperal e/ou puerpério do obstetra brasileiro, Marcelo Zugaib, em arranjo a outras literaturas (BRASIL, 2014; ZUCHATTI *et al.*, 2022; ZUGAIB *et al.*, 2020).

O período puerperal e/ou puerpério instaura-se: pós – dequitação placentária e tem a duração de cerca de seis semanas, onde a estrutura anátomo-fisiológica feminina inicia seu retrocesso ao estado pré-gravídico (ZUGAIB *et al.*, 2020). Esta duração de seis semanas pode prolongar até os doze meses de puerpério, onde a estrutura anátomo-fisiológica feminina retrocedeu por completo ao estado pré-gravídico (ZUGAIB *et al.*, 2020).

Didaticamente, o período puerperal e/ou puerpério pode ser dividido em: imediato (até 2 horas de puerpério); mediato (até o 10º dia de puerpério); tardio (do 11º dia ao 45º dia puerperais) e remoto (após o 45º dia, podendo prolongar-se por mais ou menos doze meses de puerpério), (BRASIL, 2014; ZUCHATTI *et al.*, 2022; ZUGAIB *et al.*, 2020).

Esta cronologia de período puerperal coligada a fatores como: baixo nível econômico-social; históricos e/ou subdiagnósticos de sofrimentos psíquicos; históricos de tentativas de suicídio; submissão ao parto cesáreo; uso de psicofármacos, de drogas lícitas e/ou ilícitas no universo gravídico-puerperal; precibilidades em laços de suporte; violência no lar, entre outros fatores influenciaram nas vivências da maternidade pelas mulheres (BARBER; SHENASSA, 2021; BONDOC; MARINESCU; MARINESCU, 2019; MAHISHALE; BHATT, 2017; ODINKA *et al.*, 2018; POLES *et al.*, 2018; SUSSMANN; FAISAL-CURY; PEARSON, 2020).

As múltiplas vivências de mulheres durante o período puerperal demandam alto desempenho de saúde psíquica, tendo tendência natural à sobrecarga (HENDERSON; ALDERDICE; REDSHAW, 2019).

Explicita-se que ao ingressar no puerpério, as mulheres manifestam modificações no psiquismo e/ou humor, que podem ser de curta ou de longa duração. Para tais modificações, elegeu-se a terminologia sofrimento(s) psíquico(s), terminologia amena para transtorno(s) psíquico(s) do puerpério (ZUGAIB *et al.*, 2020).

Nota-se fragilidade na saúde psíquica puerperal ao redor do mundo e dentre os sofrimentos psíquicos que mais afligem mulheres destacou-se, a depressão puerperal (FAN *et al.*, 2020; FRIEDMAN; PRAKASH; NAGLE-YANG, 2019; ODINKA *et al.*, 2020; ODINKA *et al.*, 2018).

Esta condição psíquica lidera os rankings mundiais, atingindo 15% a 33% de puérperas (FAN *et al.*, 2020; FRIEDMAN; PRAKASH; NAGLE-YANG, 2019; ODINKA *et al.*, 2020; ODINKA *et al.*, 2018). A ocorrência de depressão puerperal interfere no autocuidado e restringe laços entre mãe e bebê – fragilizando o aleitamento materno (MYERS; EMMOTT, 2021; SHA *et al.*, 2019). Interligou-se depressão puerperal à ideação suicida (FAISAL-CURY; LEVY; MATIJASEVICH, 2021; SHI *et al.*, 2018).

A sintomatologia depressiva puerperal pode ter início em qualquer momento do primeiro ano de puerpério (ODINKA *et al.*, 2018), ocorrendo, entre dez dias e quatro semanas após o parto (FAN *et al.*, 2020).

As mulheres com depressão puerperal costumam ter: esgotamento de energia, sentimento de menos valia, perda de entusiasmo em atividades que eram consideradas prazerosas, distúrbios de sono e/ou de apetite, inabilidade materna (não acreditam estar aptas a cuidar de seus filhos) e recorrentes pensamentos de morte/morrer e/ou ideação suicida (FAN *et al.*, 2020; FRIEDMAN; PRAKASH; NAGLE-YANG, 2019; HENDERSON; ALDERDICE; REDSHAW, 2019; ODINKA *et al.*, 2018; STEWART; VIGOD, 2019; ZANARDO *et al.*, 2018).

Em revisão sistemática da literatura com o objetivo de avaliar as consequências maternas da depressão puerperal, foram analisados 68 estudos. Os autores apontaram que, puérperas com severa sintomatologia depressiva costumaram procurar ajuda nos profissionais de saúde mais do que aquelas com sintomatologia leve. As mulheres diagnosticadas com depressão puerperal mantiveram este diagnóstico no decorrer do primeiro ano de puerpério, porém, houve atenuação da sintomatologia depressiva, recuando de severa/moderada em seis semanas de puerpério para moderada/leve no primeiro ano de puerpério (SLOMIAN *et al.*, 2019).

Ressalta-se que as mulheres diagnosticadas com depressão puerperal exprimiram: descuido com si próprias e com seus lares, infelicidade, precariedades em laços de suporte, tendência ao consumo de tabaco e coexistência de depressão puerperal e sintomas de ansiedade puerperal. Os autores sublinharam como predispositores à depressão puerperal, o fenômeno da fadiga puerperal na primeira semana de puerpério e os laços de suporte precarizados ou precariedades em laços de suporte (SLOMIAN *et al.*, 2019).

Rente à depressão puerperal, grifou-se a ansiedade puerperal que acomete cerca de 31% de novas mães e a coexistência de ansiedade e depressão puerperal em 22% de puérperas (ODINKA *et al.*, 2020; ODINKA *et al.*, 2018).

Mulheres com ansiedade puerperal exprimiram: sintomas de transtorno de ansiedade generalizada; estado de vigília; fadiga puerperal; decréscimo da concentração; irritabilidade; insônia; esmorecimento da díade mãe-bebê e comprometimento do aleitamento materno exclusivo (ALI, 2018; DENNIS *et al.*, 2017; JORDAN; MINIKEL, 2019; ZAPPAS; BECKER; WALTON – MOSS, 2021).

Admitiram-se como predispositores de ansiedade puerperal em tempos pandêmicos: ter histórico de tratamento psíquico (psicoterápico e/ou uso de psicofármacos) e o intitular-se solteira ou em um relacionamento informal (STEPOWICZ *et al.*, 2020). Realçaram-se que olhares atentos daqueles que cuidam àquelas que receberam os cuidados podem reduzir a ansiedade e fomentar oportuno suporte psíquico no universo gravídico-puerperal (STEPOWICZ *et al.*, 2020).

Reportam-se três fatores-chave à saúde psíquica no universo puerperal: o robustecimento de laços de suporte (família e/ou amigos); a satisfação com o trabalho de parto e a severidade da fadiga puerperal (LIU *et al.*, 2020). Quanto menos robustecidos estiverem os laços de suporte da puérpera, maior susceptibilidade à sintomatologia ansiosa puerperal. Um trabalho de parto que, na ótica da puérpera, tenha seguido de forma descomplicada, contribuiu para a não expressão de sintomatologia ansiosa puerperal e quanto maior a severidade da fadiga puerperal, maior susceptibilidade à sintomatologia ansiosa puerperal. Aos atuantes na saúde do binômio mãe-bebê, a captação prévia desses três fatores-chave, assinalou-se como intervenção próspera (LIU *et al.*, 2020).

Debruçar-se sobre uma entrevista clínica que se aprofunda nos indícios de ansiedade puerperal, no rastreamento desta condição e em viabilizar modalidades de tratamento (psicoterápico de abordagem cognitivo-comportamental e/ou tratamento com psicofármacos) cooperaram para a decaída de prevalência e de subdiagnósticos (ZAPPAS; BECKER; WANTON-MOSS, 2021).

Ataram-se à depressão e a ansiedade puerperais, a fadiga puerperal ou *burnout* materno (HENDERSON; ALDERDICE; REDSHAW, 2019; SANCHEZ RODRIGUEZ *et al.*, 2020), que se caracteriza pelo esgotamento de energia e/ou concentração por privação de sono (HENDERSON; ALDERDICE; REDSHAW, 2019; SANCHEZ RODRIGUEZ *et al.*, 2020). Revelaram-se predispositores à fadiga puerperal: idade entre 30 a 34 anos; esgotamento/exaustão em 10 dias de puerpério e primiparidade (HENDERSON; ALDERDICE; REDSHAW, 2019).

Somam-se aos usuais sofrimentos psíquicos puerperais, o *blues* puerperal ou pós-parto *blues* ou *baby blues*, que sensibilizou de 50% a 80% de puérperas no mundo (FRIEDMAN; PRAKASH; NAGLE-YANG, 2019; STEWART; VIGOD, 2019). O *blues* puerperal se caracteriza por um quadro de melancolia transitória, acometendo a puérpera por volta do 2º ao 5º dia de puerpério e com duração de menos de duas semanas (FRIEDMAN; PRAKASH; NAGLE-YANG, 2019; STEWART; VIGOD, 2019).

Destaca-se que, preocupações desmedidas e a ideação suicida são condições psíquicas que demandaram tempo para arquitetar-las, não sendo frequentes nos casos de *blues* puerperal (FRIEDMAN; PRAKASH; NAGLE-YANG, 2019; STEWART; VIGOD, 2019). A melhora do quadro acoplou-se à detecção dos fatores geradores de melancolia no puerpério e se diagnosticados precocemente, menores chances de ascensão à depressão puerperal (FRIEDMAN; PRAKASH; NAGLE-YANG, 2019; STEWART; VIGOD, 2019).

Em síntese, qualquer sofrimento psíquico no universo puerperal, implica na diminuição do bem-estar materno (SLOMIAN *et al.*, 2019). Cabe aos profissionais de saúde que atuam no universo puerperal: apuração de históricos e/ou subdiagnósticos de sofrimentos psíquicos e/ou de tentativas de suicídio; uso de psicofármacos; de drogas lícitas e/ou ilícitas; atenção aos indícios de sofrimentos psíquicos no universo puerperal acompanhada de acurada avaliação caso-a-caso, e para complementação, solicitação de exames laboratoriais e de imagem (BONDOC; MARINESCU, I; MARINESCU, D, 2019; FRIEDMAN; PRAKASH; NAGLE-YANG, 2019; POLES *et al.*, 2018; STEWART; VIGOD, 2019).

1.2. Justificativa

Na atualidade, as condutas assistenciais ao universo gravídico-puerperal brasileiro sustentam-se em manuais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022; BRASIL, 2014) e em amplo sentido na Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

Às brasileiras, tem-se garantido o direito a uma consulta puerperal até o 42º dia de puerpério (BARATIERI; NATAL, 2019; DOMINGUES *et al.*, 2020). No entanto, atestaram-se que estas comparecerem aos serviços de saúde somente para as consultas de puericultura, além de que, a conduta assistencial se direciona aos recém-nascidos. Esta conduta culmina em insatisfações, instruções e atendimentos pouco resolutivos à saúde puerperal (BARATIERI; NATAL, 2019; DOMINGUES *et al.*, 2020).

O cerne deste trabalho concentrou-se na saúde psíquica puerperal. Face ao exposto, elencou-se como pergunta de pesquisa: “Como as mulheres que apresentaram indícios de sofrimento (os) psíquico (os), interpretam e significam as vivências puerperais?”.



Há 30 anos,
Funchicórea para
cólicas, nas lentes
de uma *Kodak*.

Acervo pessoal.

2. OBJETIVO

2. Objetivo

Conhecer as interpretações e os significados das vivências de mulheres que apresentaram indícios de sofrimento(s) psíquico(s) durante o período puerperal e/ou puerpério.



Há 30 anos, banho pós - maternidade, nas lentes de uma *Kodak*.

Acervo pessoal.

Há 30 anos, aleitamento materno misto - AMM, nas lentes de uma *Kodak*.

Acervo pessoal.



3. MÉTODO

3. Método

Investigação qualitativa, norteada pela bússola do referencial teórico do Interacionismo Simbólico (IS) e tramitada pelo referencial metodológico da Análise de Narrativa, explanados com maiores detalhes adiante.

Pesquisas qualitativas empenham-se em trazer à tona, transmitir ao mundo externo: anseios, teorias, valores, atitudes e porquês do íntimo de alguém (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2018; MINAYO, 2017; NUNES, 2019; OLIVEIRA; BAIXINHO; PRESADO, 2019; RAMOS; PAIVA; GUIMARÃES, 2019).

Para a nortear a descrição dos procedimentos metodológicos utilizados no presente estudo foi utilizado o COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) (SOUZA *et al.*, 2021).

3.1. Cenário da investigação

O cenário desta investigação endereçou-se a um município de pequeno porte, localizado no interior paulista, com uma população estimada em 19.031 pessoas, distanciando da capital do estado à 292km (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2022).

A atenção à saúde neste município conta com um hospital de média complexidade, que atende os pacientes do SUS (Sistema Único de Saúde) e ressalta-se a inexistência de Maternidade. A gestantes têm disponível para a realização do pré-natal o Centro de Atendimento à Mulher (CEAM), e em torno de 40 semanas, a mulher é referenciada a uma maternidade em um município situado à 42km. A consulta de puerpério e seguimento à mulher é feito no CEAM.

Compõe-se o corpo clínico e técnico-administrativo do CEAM: dois ginecologistas/obstetras, um enfermeiro e dois técnicos/auxiliares de enfermagem, um fonoaudiólogo e quatro técnico-administrativos. O CEAM funciona de segunda a sexta-feira das 07:00 às 16:00.

No desenrolar da coleta dos dados puerperais, a investigadora visitou os registros físicos do CEAM e apurou que, eram realizadas cerca de 20 consultas de pré-natal/mês; 15 consultas de puerpério/mês; 13/mês de remoção de pontos de parto cesáreo; 40 testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C/mês; 15 consultas de planejamento familiar e inserção de dispositivo intrauterino (DIU)/mês; citologia oncótica cérvico-vaginal (Papanicolau) e colposcopia, respectivamente, 90/mês e 20/mês e 72 consultas de fonoaudiologia/mês.

Por ser um serviço “porta de entrada” ao atendimento gravídico-puerperal e referência na assistência primária à saúde do público feminino do município, a coleta dos dados puerperais sucedeu-se no CEAM.

3.2. Considerações éticas

Esta pesquisa se desenvolveu segundo as diretrizes e normas envolvendo pesquisas com seres humanos, regulamentadas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e pela Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

O estudo recebeu aprovação da Secretaria Municipal de Saúde e do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 52894921.2.0000.5393 e Nº do Parecer Consubstanciado Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): 5.238.536 {Anexo A}.

3.3. Puérperas protagonistas

Para participar desta investigação, os critérios de inclusão foram: mulheres com idade \geq a 18 anos e \leq que 35 anos, que durante a gestação foram consideradas de risco habitual, que estivessem em até seis meses de período puerperal e que apresentassem indícios de sofrimento(s) psíquico(s). Os critérios de exclusão foram: mulheres com diagnóstico(s) psíquico(s) prévio(s) de transtornos do neurodesenvolvimento, espectro da esquizofrenia, transtorno bipolar; mulheres que tiveram parto prematuro, óbito fetal, natimorto e aborto.

A identificação de possíveis participantes desta investigação sucedeu-se pela aproximação da investigadora com o corpo clínico do CEAM e com as mulheres que frequentavam o serviço no período da coleta dos dados. No período da coleta dos dados, a investigadora observava puérperas na sala de espera. Existiram duas abordagens para aproximação/conversa com a puérpera: a) aproximação/conversa pela puérpera estar apresentando choro repentino; b) aproximação/conversa pela puérpera chegar no serviço perguntando pela investigadora, pela pesquisa e tentando exteriorizar seu (seus) sofrimento (os) psíquico (os) no puerpério.

As puérperas que se enquadraram nos critérios de inclusão desta investigação, receberam convite à participação. Neste momento eram expostos: o objetivo geral; o sigilo de identidade, assegurando ainda, a possibilidade de recusar a participar ou interromper sua participação a qualquer momento. Foram salientados os riscos e benefícios da participação, quanto aos riscos: lembrar de momentos difíceis do período puerperal, o que poderia gerar

alguns desconfortos. E os benefícios, que poderiam não ser diretos, mas que os resultados da pesquisa puderam subsidiar avanços à saúde psíquica puerperal brasileira.

Após, houve a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) {Apêndice I}, coleta de assinatura e entrega de uma via impressa do TCLE à participante e armazenamento de uma via impressa pela investigadora.

As entrevistas semiestruturadas aconteceram no CEAM, conforme explicitados em maiores detalhes no item **3.4. Coleta de dados**.

3.4. Coleta de dados

A coleta dos dados puerperais iniciou-se com a aplicação de um instrumento {Apêndice II} para a caracterização sociodemográfica, elaborado com base nas experiências das pesquisadoras e na literatura nacional e internacional (COSTA *et al.*, 2018; DOMINGUES *et al.*, 2020; HENDERSON; ALDERDICE; REDSHAW, 2019; McALLISTER-WILLIAMS *et al.*, 2017; PEREIRA *et al.*, 2019; SUSSMANN; FAISAL-CURY; PEARSON, 2020; ZUGAIB *et al.*, 2020). Os dados sociodemográficos de interesse foram: data de nascimento, cor autorreferida, escolaridade, ocupação, estado civil, número de gestações, filhos vivos, abortos, óbito fetal ou infantil, uso de drogas lícitas e ilícitas e uso de medicamentos.

As entrevistas semiestruturadas enfatizavam as perspectivas das participantes, em que estas entregavam seus universos particulares (JOSHI, D; SHRESTHA, S; SHRESTHA, N, 2019; MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2015; MINAYO, 2017; SURYAVANSHI *et al.*, 2018). Compete aos investigadores o engajamento e a responsabilidade com as informações que lhes foram confidenciais (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2015; MINAYO, 2017; PRITCHETT *et al.*, 2020; RICE; WILLIAMS, 2021; SILVA; PINTO; MARTINS, 2021).

Encaixa-se um lembrete, a investigadora estudou o roteiro semiestruturado, outrora às entrevistas para que pudesse inspirar as entrevistadas a assumirem posturas ativas, traduzindo com palavras o que vem sendo enclausurado sobre o(s) sofrimento(s) psíquico(s) no universo puerperal. Entretanto, usá-lo como guia não remeteu se prender a ele, a investigadora possuía abertura para acrescentar questões/colocações que investigassem com profundidade o narrar das participantes (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2015; MINAYO, 2017; PRITCHETT *et al.*, 2020; RICE; WILLIAMS, 2021; SILVA; PINTO; MARTINS, 2021).

Foram utilizados elementos norteadores como: Conte-me como têm sido suas vivências no período puerperal e/ou puerpério. Quando e com que frequência você se vê indisposta, triste ou cansada para os cuidados com o bebê? Quando e com que frequência você se vê indisposta, triste ou cansada para atividades diárias? Como e com que frequência você se cuida? Quem e

quais estratégias, você costuma recorrer para te ajudar a enfrentar os desafios do período puerperal e/ou puerpério?

A coleta de dados foi encerrada após a saturação de significados que responderam ao objetivo proposto (HENNINK; KAISER; MARCONI, 2017; SILVA; PINTO; MARTINS, 2021).

As entrevistas foram realizadas no período de 25 de fevereiro de 2022 a 04 de abril de 2022. Todas transcorreram de modo individual, em sala reservada no CEAM, e foram gravadas mediante autorização de cada participante. Como a coleta se cumpriu durante a pandemia da COVID-19, foram seguidas as recomendações da Nota Técnica 04/2020 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2020) que preconiza: uso de máscaras; higienização das mãos e higienização da sala a cada nova entrevista.

As 27 entrevistas tiveram duração média de trinta e seis minutos, destas emergiram-se oitenta e sete páginas de transcrições provindas de aproximadamente dezesseis horas de gravações, que se conjugaram às notas de campo da investigadora, complementando os achados. Os achados foram sucessivamente tramitados à luz da Análise de Narrativa, prosseguindo o percurso teórico do Interacionismo Simbólico (IS).



3.5. REFERENCIAIS TEÓRICO E METODOLÓGICO

3.5.1. Referencial teórico

O berço do referencial teórico do Interacionismo Simbólico (IS) localiza-se na Universidade de Chicago (EUA) e tem como precursor George Herbert Mead. Em seus anos de docência (1893 – 1931) na universidade mencionada, formula a estrutura primária do IS. Este referencial respalda-se no estudo do comportamento social, atentando-se para o jeito de agir de um indivíduo com seu círculo social e com ele próprio (BLUMER, 1980; CARTER; FULLER, 2016; CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010; ENNES, 2013; MEAD, 1972).

Adepto a estrutura primária do IS idealizada por Mead, Herbert Blumer, também da Universidade de Chicago, sistematiza as premissas primordiais da abordagem interacionista. Esta abordagem concentra-se nos significados e interpretações típicas de um ser (sujeito) acerca dos acontecimentos do mundo, embasando-se em suas condutas. Em outras palavras, como os indivíduos elaboram os acontecimentos do mundo e por que se portam como se portam (BLUMER, 1980; CARTER; FULLER, 2016; CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010; ENNES, 2013; MEAD, 1972; YU; BOWERS, 2020).

O IS sustenta-se em três premissas primordiais (BLUMER, 1980; ENNES, 2013; MEAD, 1972):

1. O ser humano lidera condutas aos acontecimentos do mundo em virtude de interpretações e significações concedidas;
2. As condutas, as interpretações e significações concedidas aos acontecimentos do mundo são produtos de relações sociais que cada indivíduo mantém com o próximo (relação da pessoa com família, amigos, objetos físicos, ações humanas e/ ou palavras, etc.);
3. As condutas, as interpretações e significações concedidas aos acontecimentos do mundo e as relações sociais não são estáticas, perpassam por releituras. O ser humano vive em processo de ressignificação do seu entorno, na medida em que muda, este pode ressignificar alguma(s) percepção(ões). Acentua-se que seus repertórios (vivências prévias) não são anulados, não determinarão suas próximas condutas, suas próximas interpretações/significações dos acontecimentos do mundo e suas próximas relações sociais, mas poderão ajudar a construir novas percepções desse conglomerado.

Explanam-se os conceitos de *Eu*, *Mim* e *Self* que se concebem as bases do IS: onde o ‘*Eu*’ consiste na auto percepção do indivíduo, como ele se vê; ‘*Mim*’ consiste na forma como o indivíduo interage socialmente; ‘*Self*’ consiste no raciocínio (envolto por significados e interpretações concebidos aos acontecimentos do mundo) que serão manifestados nas condutas humanas (BLUMER, 1980; CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010; MEAD, 1972).

Este referencial teórico propicia a ideia de que o comportamento humano advém da relação consigo mesmo (*eu*), com a forma de interagir socialmente (*mim*), estruturando seu raciocínio (*Self*) sobre algo. Privilegiando interpretações e significações que importam para o proprietário delas (BLUMER, 1980; CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010; ENNES, 2013; MEAD, 1972).

Incorpora-se ao IS outros quatro conceitos: símbolo, mente, sociedade e interação social (BLUMER, 1980; CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010; CHARON, 1989; HAGUETTE, 2013; MEAD, 1972).

- i. Os símbolos equivalem-se aos facilitadores de comunicabilidades com o círculo social e na relação do indivíduo com ele mesmo. Palavras, objetos, gestos, linguagens, ações humanas, etc., podem tomar conformação simbólica nas ocasiões em que estes têm intencionalidades. Símbolos são definidos e empregados de acordo com aquilo que as pessoas consentem que eles (símbolos) representam para elas;
- ii. O conceito de mente, ato de auto comunicação com uso de símbolos, desempenha ação junto ao *Self*. A mente se origina de comunicações exteriores (interações sociais) em contextos de experiências. O indivíduo articula o *Eu*, *Mim*, *Self*, Símbolos e Mente para agir em sociedade;
- iii. Visualiza-se na sociedade, grupos de atores sociais que convivem e se inter-relacionam. Cada indivíduo possui uma maneira própria de se posicionar na sociedade, de se enxergar nela e de produzir comportamentos para as interações sociais. A sociedade tem natureza fluída, pois, os comportamentos dos atores sociais para as interações sociais se metamorfoseiam, posto que eles (atores sociais) estão em constante processo de significação e ressignificação do seu entorno;
- iv. As interações sociais compõem-se de atividades sociais entre os atores sociais, onde se imputam interpretações e significações, ao mesmo tempo que as compartilham. Logo, os produtos de interações sociais poderão cotejar condutas/comportamentos diante de uma ou mais circunstâncias.

O referencial teórico do IS tem sido utilizado pelos pesquisadores da enfermagem no sentido de decifrar relações sociais, relações internas, simbolismos, condutas, percepções, interpretações, significações e ressignificações para acontecimentos de saúde (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

3.5.2. Referencial metodológico

Agregam-se ao referencial metodológico da Análise de Narrativa, por encorajar o relatar de histórias de vida, em que os protagonistas recorrem às histórias cheias de sentimentos, emoções e pensamentos, de suas visões sobre os coadjuvantes, com cenários temporais e culturais específicos dos protagonistas (CAMPBELL; HART, 2019; CASTELLANOS, 2014). Dessa maneira, tal referencial autoriza o investigador alcançar informações intrínsecas que se tornaram públicas no gesto de velejar por histórias de vida (CAMPBELL; HART, 2019; CASTELLANOS, 2014).

O velejar por estas histórias constitui-se “conhecer o outro” pelo que ele fisga na memória e verbaliza no momento da entrevista. O processo de exteriorizar memórias sobre um fato vivido, não denota que este fato avance exatamente como tem sido verbalizado, mas para aquele narrador, as cenas do fato vivido e os demais elementos imbricados ali, seguem em simetria com seu jeito interpretativo. No entrosamento entre o investigador e o protagonista da investigação, busca-se acessar representações e conformações simbólicas das vivências narradas (MUYLAERT *et al.*, 2014; REYNOLDS; BERESFORD, 2020).

Recapitulações de histórias de vida sintetizam-se aos ouvintes (investigadores) como: fatos, protagonistas e coadjuvantes, espaços e ambientes. Solicitam-se aos ouvintes posturas críticas, não as delimitando em elementos narrativos a serem estudados, mas transformando-as em fontes de entusiasmo e coragem para quem as retratam (CAMPBELL; HART, 2019; CASTELLANOS, 2014).

Em histórias de vida interlaçam-se presente, passado e futuro. No presente, o protagonista aborda cruciais recortes ou partes de uma determinada vivência. Revisita o passado, eliminando recortes ou partes que o mesmo julga não serem relevantes e intensifica recortes ou partes tocantes (MUYLAERT *et al.*, 2014; REYNOLDS; BERESFORD, 2020).

Explorando seu repositório, a protagonista projeta ações para o futuro que vão ao encontro (se teve boas recordações) com o já vivenciado ou ponderando itinerário diferente ao que precisa ser melhorado (MUYLAERT *et al.*, 2014; REYNOLDS; BERESFORD, 2020). Ao emitir interpretações e significações, o protagonista “mostra o seu interior” e concede

identidade, marca e personalidade às narrativas de vida (CAMPBELL; HART, 2019; CASTELLANOS, 2014; MUYLAERT *et al.*, 2014; REYNOLDS; BERESFORD, 2020).

Aos ouvintes frisam-se os desafios de interpretá-las, enaltecendo os sentidos vividos (CAMPBELL; HART, 2019; CASTELLANOS, 2014; MUYLAERT *et al.*, 2014; REYNOLDS; BERESFORD, 2020).

3.6. Análise dos dados

Para a análise de narrativas puerperais foram realizados (LIEBLICH; TUVAL-MASHIACH; ZILBER, 1998):

- Transcrições de áudios – respeitando características e convicções das protagonistas, atenção para as expressões verbais/não verbais e demais detalhes no entorno das gravações;
- Compenetrada leitura primária das transcrições;
- Apontamentos de traços globais;
- Clarificação de demais traços, esmiuçando os que não foram distinguidos à primeira vista;
- Propagação dos resultados *a posteriori* releituras reflexivas dos trechos emblemáticos.

Ressalta-se que as transcrições das entrevistas ocorreram simultaneamente às análises das mesmas (ADAMY; ZOCHE; ALMEIDA, 2020; NASCIMENTO *et al.*, 2018).



Há 30 anos, banho de sol junto ao pai – 15 min às 8h30 min, nas lentes de uma *Kodak*.

Acervo pessoal.

Há 30 anos, no Batismo, o aleitamento materno exclusivo – AME, nas lentes de uma *Kodak*.

Acervo pessoal.



4. RESULTADOS

4. Resultados

As narrativas analisadas produziram seis categorias e oito subcategorias.

Foram incluídas 27 puérperas protagonistas, com idade que variou de 18 a 35 anos, 14 se autorreferiram brancas e 13 pretas/pardas/morenas ou negras. Em consideração ao estado civil, quatro se designaram solteiras, 14 eram solteiras, mas com companheiro e nove eram casadas. Em relação à escolaridade, 13 puérperas possuíam o ensino médio completo e seis o ensino superior completo, 13 tinham como ocupação as atividades do lar (**Quadro 1**).

No que se refere ao uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, 25 negaram ao uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, uma relata o consumo de álcool e uma faz uso de tabaco (**Quadro 1**).

Quanto à história obstétrica, 24 estavam no puerpério de parto cesáreo e três de parto normal; para 13 delas era o primeiro parto, seis após o segundo, sete após o terceiro e uma puérpera após o quarto parto (**Quadro 1**).

O tempo de puerpério em que as mulheres estavam no momento de entrevista está apresentado no **Quadro 1**.

No que concerne aos medicamentos em uso, duas referiram ao uso de anticoncepcional hormonal, três referiram ao uso de cloridrato de sertralina e uma possuía prescrição do mesmo medicamento, mas não fazia uso (**Quadro 1**).

Quadro 1. Dados sociodemográficos das puérperas protagonistas. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2022.

Mulher	Idade (anos)	Cor autorreferida	Escolaridade	Estado civil	GPA*	Tempo de puerpério	Ocupação	Medicamentos em uso
P1	24	Parda	Ensino médio incompleto	Casada	G ₁ PC ₁ A ₀	Nove dias de puerpério	Do lar	Não
P2	35	Branca	Ensino superior completo	Solteira (com companheiro)	G ₁ PC ₁ A ₀	Cinco meses de puerpério	Bibliotecônomia	Não
P3	18	Branca	Ensino médio completo	Solteira (com companheiro)	G ₁ PC ₁ A ₀	Três meses de puerpério	Do lar	Não
P4	25	Negra	Ensino médio incompleto	Solteira	G ₃ PC ₃ A ₀	Dezoito dias de puerpério	Do lar	Não
P5	34	Branca	Ensino médio completo	Casada	G ₃ P(N ₁ C ₂) A ₀ Puerpério atual: PC	Dois meses e quinze dias de puerpério	Do lar	Não
P6	23	Morena	Ensino médio incompleto	Solteira (com companheiro)	G ₂ PC ₂ A ₀	Um mês e quinze dias de puerpério	Do lar	Não
P7	22	Preta	Ensino médio completo	Solteira (com companheiro)	G ₁ PC ₁ A ₀	Um mês e dez dias de puerpério	Do lar	Não
P8	25	Branca	Ensino médio completo	Casada	G ₁ PN ₁ A ₀	Sete dias de puerpério	Do lar	Não
P9	18	Preta	Ensino médio completo	Solteira	G ₁ PC ₁ A ₀	Quatro meses de puerpério	Guarda Mirim	Não
P10	28	Branca	Ensino médio completo	Casada	G ₁ PC ₁ A ₀	Nove dias de puerpério	Do lar	Não

P11	23	Branca	Ensino superior completo	Solteira (com companheiro)	G ₁ PC ₁ A ₀	Oito dias de puerpério	Psicóloga	Não
P12	27	Negra	Ensino médio completo	Casada	G ₃ PC ₃ A ₀	Dois meses de puerpério	Do lar	Cloridrato de Sertralina (50 mg)
P13	30	Parda	Ensino fundamental incompleto	Solteira (com companheiro)	G ₁ PC ₁ A ₀	Um mês de puerpério	Do lar	Não
P14	22	Morena	Ensino médio incompleto	Casada	G ₂ P(N ₁ C ₁) A ₀ Puerpério atual: PC	Três meses de puerpério	Do lar/ Trabalhadora rural	Cloridrato de Sertralina (50 mg)
P15	32	Parda	Ensino superior completo	Solteira (com companheiro)	G ₂ PC ₂ A ₀	Doze dias de puerpério	Enfermeira	Não
P16	28	Branca	Ensino médio incompleto	Solteira (com companheiro)	G ₂ PC ₂ A ₀	Doze dias de puerpério	Do lar	Não
P17	34	Branca	Ensino médio completo	Casada	G ₄ PC ₄ A ₀	Três meses de puerpério	Empresária	Não
P18	23	Negra	Ensino médio completo	Solteira	G ₂ PC ₂ A ₀	Dois meses de puerpério	Do lar	Não
P19	27	Parda	Ensino superior incompleto	Solteira (com companheiro)	G ₁ PC ₁ A ₀	Seis meses de puerpério	Autônoma	Cloridrato de Sertralina (100mg); Desogestrel
P20	29	Branca	Ensino médio incompleto	Casada	G ₃ PC ₃ A ₀	Quatro meses de puerpério	Do lar	Não
P21	18	Parda	Ensino fundamental completo	Solteira (com companheiro)	G ₁ PN ₁ A ₀	Oito dias de puerpério	Do lar	Não

P22	34	Branca	Ensino superior completo	Solteira (com companheiro)	G ₃ PC ₃ A ₀	Três meses de puerpério	Pedagoga	Não
P23	35	Parda	Ensino médio completo	Casada	G ₃ PN ₃ A ₀	Dois meses de puerpério	Empresária	Não
P24	20	Branca	Ensino médio completo	Solteira (com companheiro)	G ₁ PC ₁ A ₀	Dez dias de puerpério	Do lar	Não
P25	32	Branca	Ensino superior completo	Solteira (com companheiro)	G ₁ PC ₁ A ₀	Um mês e vinte dias de puerpério	Assistente social	Cloridrato de Sertralina (25 mg)
P26	33	Branca	Ensino superior completo	Solteira	G ₂ PC ₂ A ₀	Três meses de puerpério	Cartorária	Não
P27	28	Branca	Ensino médio completo	Solteira (com companheiro)	G ₃ P(N ₁ C ₂) A ₀ Puerpério atual: PC	Cinco meses de puerpério	Produtora rural/ Cabeleireira	Desogestrel

***Legenda:** G P A - Gestação/Parto/Aborto. C - Parto Cesáreo; N - Parto Normal.

As narrativas analisadas produziram seis categorias e oito subcategorias, como apresentadas no **Quadro 2**.

Quadro 2. Categorias e subcategorias dos resultados. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2022.

Categorias	Subcategorias
I. Desencantos no período puerperal	<i>Tateando o período puerperal na concretude</i>
	<i>Cansaço inexorável na práxis da maternidade</i>
	<i>Devoção nos cuidados com o recém-nascido</i>
	<i>Intempéries corporais no período puerperal e o autocuidado à mingua</i>
II. Via <i>crucis</i> da amamentação	
III. Descortinando os laços de suporte	
IV. Inquietudes no período puerperal	<i>O terror do “cuco-cuco” do relógio</i>
V. Nuances do sofrimento psíquico no período puerperal	<i>Táticas para o enfrentamento do sofrimento psíquico no período puerperal</i>
VI. Tons de violência	<i>Violência contra a mulher ocorrendo no lar</i>
	<i>Violência contra a mulher nos espaços de saúde</i>

Fonte: banco de dados da pesquisa.

Os trechos emblemáticos das narrativas das puérperas protagonistas estão ordenados da seguinte forma: a letra **P** corresponde a palavra **Puérpera**, seguida de um número que indica a sequência da entrevista, sendo a P1, a primeira entrevista, e a P27, a última entrevista. O sinal [...] indica remanejamento de falas com o intuito de conferir destaques às interpretações e significados contidos nas narrativas de puérperas protagonistas.

A sigla **CEAM** corresponde ao **Centro de Atendimento à Mulher**, cenário da presente investigação.

A seguir serão expostas as categorias e subcategorias. Nas categorias lê-se um *briefing*, aprofundamentos estarão dispendidos nas subcategorias.

Categoria I – Desencantos no período puerperal

Perpetuam-se desencantos, os desencantos pouco a pouco brotam no tateio da concretude do período puerperal. Há um cansaço inexorável na *práxis* da maternidade, sob este cansaço, repousam-se sensações de melancolia e inaptidão quanto a serem mães. Despontam-se intempéries relacionadas ao corpo, aborrecimentos quanto às modificações corporais trazidas pela gestação e pelo período puerperal.

Tateando o período puerperal na concretude

Com a chegada do recém-nascido e adentrando no período puerperal, tateiam na concretude e constataam fatos que as distanciam dos encantamentos sobre a maternidade e do ser mãe que reina na sociedade.

“Eu imaginava diferente {período puerperal}, eu imaginava mais calmo, imaginava que o bebezinho não fosse dar tanto trabalho! [...] A gente fica tão perdida no pós-parto que chega a chorar junto com a criança! [...] Depois que eles {profissionais de saúde da maternidade} o colocam {RN} no seu colo, você vê que a sua vida é dele!” (P21).

“[...] A gente imagina mil maravilhas de ser mãe, só que não são mil maravilhas, você não dorme direito, eu não dormi direito depois que ele nasceu. É pressa para comer, tomar banho, se trocar. Não são mil maravilhas!” (P24).

Para as puérperas, os desencantos pouco a pouco brotam, junto com amarguras de mudanças no cotidiano, de equívocos maternos e até de um repensar sutil da vontade de ser mãe.

“Desânimo, cansaço, frustração porque você vê que a maternidade não é como as pessoas falam, as pessoas falam que a maternidade é ‘um mar de rosas’. No pós-parto ‘cai a ficha’ de que a maternidade é muito custosa! Se eu soubesse que a maternidade é tão custosa, eu pensaria 10x antes de ser mãe!” (P7).

“[...] Quando você chega em casa {pós-maternidade} com a criança, que você vai ver que a maternidade não é um ‘sonho de princesa!’ Eu leio muitos textos no *Facebook* que dizem: ‘A maternidade é linda’; ‘A maternidade é gratificante’, não, não é! A maternidade é um ‘pão que o diabo amassou!’ A parte boa da maternidade é a bebê sorrindo para você, mas tem os sentimentos de culpa e tristeza. Culpa e tristeza por não sentir que a maternidade é linda e gratificante {voz embargada}. Vem na cabeça que eu estou errando como mãe!” {choro} (P9).

“[...] Tem dias que o cansaço é tão grande que eu penso, hoje eu não queria ser mãe; onde que eu estava com a cabeça para ter uma criança?” (P9).

Destaca-se a perplexidade das puérperas ao constatarem sinais de sofrimento(s) psíquico(s). Há o ímpeto de alertarem futuras mães sobre os possíveis sinais deste(s) sofrimento(s) no período puerperal.

“As pessoas que eu conheço falam que o pós-parto é lindo! Mas na verdade, não tem muita beleza no pós-parto. Eu não acho uma beleza, ter crises de choro, não dormir de madrugada, ter angústia e agonia no peito, solidão.” {choro} (P6).

“As mulheres romantizam muito o pós-parto! [...] Tem que falar para as mulheres que querem ser mães que o pós-parto é uma fase que não é fácil como todo mundo acha que é. Tem o *baby blues* e tem que tomar cuidado para não cair em depressão! [...]” (P11).

“[...] Nesse pós-parto, eu pensei que por estar em casa e por poder escutar música, que eu gosto de escutar música porque a música me acalma. Pensei que o pós-parto dele fosse ser mais tranquilo, [...] que eu não fosse sentir tristeza, angústia, medo de não dar conta de cuidar dos dois {RN e primogênito – criança com condição crônica de saúde}, mas tem esses sentimentos sim!” (P15).

Cansaço inexorável na práxis da maternidade

Há um cansaço inexorável, inesgotável na *práxis* da maternidade. Encontra-se imbuído no ser mãe, o vocábulo “exaustão” em virtude de múltiplos itinerários (cuidar do recém-nascido e/ou de outros filhos e/ou demais membros da família, atividades dentro e fora do domicílio, etc.) e quase que feitos solo.

“Eu que cuido do bebê e mais dois {filhos} praticamente sozinha. A minha mãe pouco me ajuda porque tenho duas irmãs que são deficientes. [...] Do pai deles {ex-companheiro}, eu estou querendo ficar longe [...]” (P4).

“Eu imaginava que fosse cansativo {período puerperal} porque a criança chora e depende da mãe, mas você só conhece o cansaço da maternidade, depois que a criança nasce. É um cansaço que afeta o psicológico! Tem hora que eu acho que vou ficar louca de tanto cansaço! [...] Eu fico acordada a madrugada inteira, assistindo televisão com ela {RN} para ver se ela ‘pega no sono’. [...] É estressante porque eu tenho que ficar ‘de olho’ nela 48 horas! [...]” (P7).

“Eu me sinto cansada todos os dias, ainda mais agora que voltei a trabalhar! Eu acordo às quatro da manhã, troco ela {RN} e deixo na creche. Volto para casa e já arrumo o almoço, tomo banho e vou para o curso de auxiliar administrativo. Volto para casa e vou ajudar a cuidar dos meus irmãos. No final do dia, eu estou ‘um bagaço!’ [...]” (P9).

“Eu não imaginava que cuidar de duas crianças fosse pedir tanta dedicação da mãe! [...] Eu ando cansada de dar conta dos serviços de casa; eu sou preocupada em dar uma boa educação para eles {filhos}. [...] Junta que eu acabo pensando nos problemas do escritório, vida desgastante! [...] E agora eu tenho um bebê para cuidar, um bebê que depende totalmente de mim! [...] Tem que acordar na madrugada para fazer a amamentação, trocar a fralda. [...] A mãe tem muitas tarefas!” (P26).

O vocábulo “exaustão” acena-se como pujante indicativo do fenômeno da fadiga puerperal ou *burnout* materno, pois representa o cansaço avassalador que toca a puérpera em seus múltiplos itinerários. Este fenômeno acopla-se veemente à privação de sono e ao aleitamento materno (AM).

“Cuidar de dois {filhos} fica bem cansativo! A primeira {filha} usa fralda à noite, eu tenho que trocá-la na madrugada, o bebê, eu tenho que dar de mamar e a mãe acaba não dormindo. [...] O pesado e a responsabilidade de cuidar das crianças é da mãe! [...] O pesado de tomar conta de casa é sempre ‘nas costas da mãe!’ (P6).

“À noite, eu tento dormir com a bebê no meu braço e a outra {filha} tem ciúme da bebê, mas eu a deixei {filha} dormir no berço e a bebê no meu braço. [...] Eu sinto cansaço de dia porque eu não estou dormindo à noite, [...] essa noite eu passei acordada, três horas da manhã e eu acordada. [...] Mãe não dorme muito!” (P14).

“[...] Sobrecarrega, eu estou sobrecarregada! {voz embargada}. [...] Saindo daqui {CEAM}, eu levo o primeiro {filho – criança com condição crônica de saúde} na fisioterapia e logo tem a amamentação do bebê. [...] O dia começa bem e sempre termina com choro, eu tenho muita angústia porque eu sinto que não vou dar conta dos dois!” (P15).

“[...] A gente demora para se ajustar em ser mãe, por exemplo, dormir, eu não lembro como é dormir uma noite toda. A mãe tem a obrigação de acordar de madrugada para amamentar!” (P19).

“[...] Eu tenho vontade de ficar na cama o dia todo porque parece que eu estou sem energia para dar conta de todas as tarefas de mãe!” (P26).

Devoção nos cuidados com o recém-nascido

Nas narrativas das puérperas protagonistas, expressa-se uma devoção suprema aos cuidados com o recém-nascido, suprimindo as atividades elementares de vida.

“Depois que você ganha o bebê, você pensa assim, é uma vida que você colocou no mundo. [...] Ser mãe é deixar de comer por causa deles {filhos}, deixar de tomar banho em paz por causa deles, deixar de dormir por causa deles; [...] ser mãe é lutar pelos filhos!” (P20).

“Eu penso muito na criança, mas esqueço de mim, eu me apago. [...] Eu quero fazer os cuidados dela {RN}, eu quero fazer tudo para ela! [...] A mãe tem que viver para os filhos, só para os filhos! Cuidar de mim é se der tempo!” (P23).

“Virou mãe? Não dá mais tempo para se cuidar! Tomar banho? Eu coloco o carrinho dela {RN} no banheiro e tomo o meu banho olhando-a, banho de dois minutos. [...] No pós-parto, a gente fica bem largada!” (P5).

O fenômeno da fadiga puerperal ou *burnout* materno que se iniciou no *Cansaço inexorável na práxis da maternidade*, se complementa na supervalorização das demandas dos recém-nascidos, associando-se à abdicção de hábitos relativos ao bem-estar materno.

“O bebê nasceu, a mãe tem que entrar na rotina dele! Se ele dormir bem durante o dia, pode esperar que de madrugada, ele vai estar acordado e você também! Eu passei a almoçar às 15 horas, 16 horas, [...] as horas de comer ficam bagunçadas. Eu queria poder ir à missa, mas tenho que ficar acalmado-o por causa das cólicas. Tem a amamentação! [...] Quando vira mãe, você põe o filho em primeiro lugar sempre! [...]” (P8).

“Ela {RN} é muito apegada a mim, só quer meu colo e eu não quero deixá-la no berço, mas ao mesmo tempo, a gente está cansada. [...] Durante o dia na casa da minha mãe, eu consigo até dormir um pouco para me preparar para a noite, [...] tem vezes que eu vou ficando triste porque eu sei que vou ter que ficar acordada de noite. Vem o pensamento, eu podia estar dormindo de noite, mas não vou dormir porque ela precisa de mim, ela precisa 100% de mim!” (P11).

“[...] Tem dia que eu fico sem comer para cuidar dela {RN}. [...] Às vezes, eu preciso esperar meu companheiro chegar do serviço, às 16 horas, para eu poder comer. [...] Já aconteceu de estar tomando banho, eu ter que desligar o chuveiro porque ela está com cólicas [...]” (P13).

“Eu já deixei de me cuidar para cuidar dele {RN}, [...] já saí do chuveiro enrolada na toalha para ver o porquê do bebê estar chorando. [...] Eu não gosto de deixá-lo sozinho nem um minuto, por isso, eu fiz meus três filhos me prometerem que eles sempre irão me ajudar a cuidar dele! {RN com Síndrome de Down}. [...] Eu levanto às 5 horas da manhã para dar conta de todos os serviços de casa porque a hora que ele {RN} acorda, minha atenção é dele. [...] Se ele chora é porque quer a mãe, se você não der atenção para o seu filho, você não está sendo uma boa mãe!” (P17).

“Eu já senti vontade de deixar de comer [...]. Eu preocupo em como que eu vou ajeitá-la {RN} no meu peito para que ela não grite enquanto eu estou comendo, só que vai indo você perde a fome.” (P22).

Intempéries corporais no período puerperal e o autocuidado à mingua

Despontam-se intempéries relacionadas ao corpo, aborrecimentos quanto às modificações corporais trazidas pela gestação e pelo período puerperal. Dentre estas, mencionam-se hematomas em abdome por tribulações em parto cesáreo.

“[...] Na cesárea, a médica {obstetra da maternidade} forçou muito a minha barriga para tirá-la {RN}. Nesse forçar muito a minha barriga, eu fiquei com muitos hematomas! [...] Hoje, ela está com cinco meses de vida e eu ainda estou com a faixa roxa na barriga. [...] Eu tenho vontade de chorar porque tem essa faixa roxa na barriga! {choro} (P2).

Por conta da perda de peso no período puerperal, interesse em renunciar o aleitamento materno exclusivo (AME).

“Eu me esforço para comer por causa dele {RN}, eu sei que eu preciso comer para passar os alimentos para ele. Mas eu estou ‘por um fio’ de parar com a amamentação porque eu estou emagrecendo {voz embargada} e eu não quero emagrecer! Eu olho no espelho e eu não me sinto bem com o corpo! [...]” (P4).

Suposta idade avançada como desafio na *práxis* da maternidade.

“[...] Eu já estou mais velha {35 anos}, ser mãe mais velha é difícil porque você desespera super fácil! [...] Eu acho que eu sofri menos no primeiro e no segundo pós-partos. [...] Você se olha no espelho e vê que a idade ‘bateu’ e dá ansiedade! [...] A idade faz as dores ficarem mais pesadas! [...] É a dor de parto, dor nas costas, dor para dar de mamar. [...] Você se olha no espelho e se acha um ‘bagaço!’ [...]” (P23).

Vinculação da idade avançada com a dificuldade na perda de peso, o uso de cinta modeladora e de roupas largas que, ao contrário do que se acredita, oferecem unicamente desconfortos.

“[...] Nesse pós-parto, eu estou com mais idade {34 anos}, tem demorado para diminuir a barriga, a barriga está mais flácida, um drama emagrecer com essa idade! Eu fico ansiosa de não emagrecer! Eu estou usando a cinta modeladora de pós-parto, só que incomoda muito! Eu tenho que ficar colocando roupas largas para não marcar a cinta. [...] Dá desânimo! [...]” (P22).

Afloram-se sintomas de ansiedade por desagradados com a balança (ser magra ou ganho de peso) e com o espelho, com o surgimento de flacidez e de estrias, revelando por último, o anseio pelo corpo anterior ao ciclo gravídico-puerperal.

“[...] Meu peito está com estrias. Eu não estou me sentindo bem com meu corpo no pós-parto, eu não estou feliz com meu corpo no pós-parto!” {choro} (P2).

“No pós-parto, o corpo é a pior parte porque eu estou com um ‘punhado’ de estrias e a barriga ficou flácida! [...] O corpo que está afetando o meu psicológico, num ponto que eu não consigo olhá-lo. Me dá angústia e eu quero ficar chorando! Eu chego a pensar que, eu queria meu corpo de volta, mas não com o arrependimento de ter tido ele {RN}, só que eu queria meu corpo de volta porque aquele corpo estava mais bonito.” (P3).

“Fui conseguindo entrar em algumas roupas de antes da gravidez e deu uma acalmada, mas a gente fica querendo que o corpo de antes da gravidez volte. [...] Eu olho para as minhas roupas e eu falo: ‘Eu tenho só roupas de grávida! Roupas de grávida não vestem tão bem no pós-parto!’ Tem vezes que eu fico triste.” (P21).

“[...] Eu sou magrinha, eu nunca aceitei ser magrinha, me deixa ansiosa! Para resolver a magreza, eu vou pedir para o médico {ginecologista/obstetra do CEAM} me passar umas vitaminas!” (P23).

“[...] Eu estou me sentindo mal por conta do meu peso, por estar acima do peso; [...] me olho no espelho e eu não gosto de me ver, se eu ficar me olhando no espelho, eu choro! Por exemplo, de te falar que eu estou acima do peso, bate a ansiedade! A ansiedade parece que fala na minha cabeça: ‘Você não perdeu peso ainda?’; ‘Está passando da hora de perder peso!’ {voz embargada} bate a tristeza! [...]” (P26).

Categoria II – Via *crucis* da amamentação

Concomitante ao ingresso no período puerperal, principia-se a **Via *crucis* da amamentação** que se apresenta como uma etapa de provações. As provações abarcam as descorçoadas tentativas na posição/pega/sucção do AME, suscitando entraves como, ingurgitamento mamário e os traumas mamilares, oportunizando o aleitamento materno misto (AMM).

“[...] De madrugada, eu estou sabendo a hora de dar de mamar, eu olho no relógio e penso, está chegando a hora da dor! Eu estou nervosa com a amamentação! Só que eu ‘não sou de ferro’, eu estou dando ‘X’ {fórmula infantil} também, com ‘X’, eu acho que ele {RN} fica mais saciado. [...] O pós-parto me faz lembrar do peito que racha demais!” (P1).

“[...] Em casa {pós-maternidade}, ela {RN} não pegava o peito porque empedrou e rachou. [...] Como ela estava chorando de fome; [...] andei dando ‘X’ {fórmula infantil} porque eu não estava aguentando de dor! [...]” (P13).

“A amamentação é uma prova gigante! [...] Já dei só o peito e só o peito estressa e dá nervoso! Dá tanto nervoso que você chega a sentir raiva da amamentação! Sabe o que eu faço? Paro o peito e dou a mamadeira de ‘X’ {fórmula infantil} [...]” (P15).

Observa-se o parco engajamento dos profissionais de saúde da maternidade quanto a serem facilitadores do AME, com a inóspita assistência ao binômio mãe-bebê. As puérperas protagonistas dirigiram a este serviço, a origem do suplício da **Via *crucis* da amamentação**.

“[...] A maternidade parece prisão! As enfermeiras pouco visitam os quartos, lá {maternidade} é ‘se vira’ para dar de mamar e para cuidar da tua filha {RN}!” (P5).

“Não tem ajuda na maternidade! Eu fiquei naquele quartão {alojamento conjunto} e as enfermeiras pouco explicavam como que eu teria que cuidar dele {RN}, por fim, para não o deixar sem comer, eu comprei ‘X’ {fórmula infantil}.” (P10).

“[...] Ninguém me explicou {profissionais de saúde da maternidade} de amamentação. Acho que pensaram, não é o primeiro filho dessa moça, essa moça já deve saber como dar de mamar. Eu fiquei tão nervosa na maternidade que o meu leite secou! [...] Eu só não me senti sozinha lá {maternidade} porque tinha a minha mãe. Eu acho que muitas mães sentem solidão naquela maternidade. [...] Por causa do leite que secou, eu estou dando ‘X’ {fórmula infantil} na mamadeira.” (P17).

Em narrativa de aleitamento cruzado transcorrendo na maternidade, ratifica-se à incúria na assistência ao binômio mãe-bebê.

“[...] As enfermeiras {enfermagem da maternidade} não explicam como faz para amamentar! [...] Tinha uma moça na cama ao lado, que não estava conseguindo amamentar, eu o peguei e o amamentei {o outro RN}.” (P20).

O AM é mais uma crença arraigada no coletivo de que é instintivo da *práxis* da maternidade.

“Eu acho a amamentação um desafio enorme! Não é porque a criança {RN} nasce, que a amamentação acontece; dói, dói muito para amamentar! [...]” (P25).

“[...] Não imaginava que a amamentação dava tanto trabalho! Eu pensei que o bebê nascia, colocava-o {RN} no peito e dava tudo certinho. Mas não funciona assim, se você errar na amamentação, teu peito racha demais!” (P1).

O suplício da **Via *crucis* da amamentação** junto ao insucesso no AME impulsionam os sofrimentos psíquicos puerperais.

“Meu sonho era dar de mamar de primeira e eu não estou conseguindo! {choro e pede para pausar a entrevista por 10 minutos}. Eu olho ele {RN} e eu choro! [...] Eu sinto que eu não estou sendo capaz de alimentar meu filho e que não estou sendo uma boa mãe!” (P10).

“[...] As meninas daqui {enfermagem e fonoaudiologia do CEAM} me viram com uma tristeza que nada acalmava, culpa por não estar conseguindo dar de mamar e com medo dela {RN} morrer de fome! [...] Se não tomar cuidado, o pós-parto dá depressão!” (P13).

“[...] Dos outros três filhos, eu não tive problemas com amamentação, mas com a amamentação dele {RN com Síndrome de *Down*}; {pausa extensa e cabisbaixa} falhei! [...]” (P17).

“[...] Quando eu cheguei em casa {pós-maternidade}, me bateu o desespero por causa dele {RN} não mamar! A gente chora, perde a vontade de comer. Acredita que eu cheguei até vomitar de nervoso? [...] Ver que ele não está mamando direito, apavora! Vêm os pensamentos que mexem com o psicológico, que não vou conseguir amamentar, o leite vai empedrar e eu vou ter dor! Acredita que eu fiquei dois dias passando a água? Ele não mamando direito e eu com vontade de vomitar, com dor de cabeça de nervoso! Eu pensei que essa dor de cabeça fosse da cesárea, mas a dor de cabeça é na hora que vai chegando amamentação.” (P24).

Na contramão da **Via *crucis* da amamentação**, têm-se sopros de afabilidade, evidenciado no acolhimento e nas orientações acerca do AM.

“Meu leite empedrou e o peito machucou, mas eu fui colocando a nata que a minha mãe fez e a dor foi aliviando. As enfermeiras do postinho {CEAM} me falaram que eu tinha que tomar banho morno, fazer massagem para ajudar a tirar as pedras e antes de dar de mamar é para tirar um pouco do leite [...]” (P18).

Acolhimento este proporcionado pelos profissionais de saúde do CEAM, onde os dados da presente investigação foram coletados e/ou de atendimento privado, assim como, o grupo (nome fictício) “*Here Comes The Sun*” de consultoria em amamentação que promovem orientações sobre o AM e conversas acolhedoras, içando o otimismo no período puerperal.

“[...] Eu fico pensando de parar de amamentar porque racha e dói! [...] Eu queria dar o leite de lata para ver como ela {RN} vai reagir. [...] Mas as meninas daqui {enfermagem e fonoaudiologia do CEAM} me falaram para eu passar o meu leite para ir melhorando e ajuda mesmo! Me falaram de me ajudar a dar de mamar porque o meu leite é melhor que o leite de lata [...]” (P14).

“Eu sempre tive o sonho de amamentar, mas quando eu estava no hospital {maternidade} foi duro porque rachou demais! [...] Amamentar é com a ajuda das meninas aqui {enfermagem e fonoaudiologia do CEAM}, [...] e elas conversam bastante comigo! [...]” (P21).

“[...] Hoje, a amamentação está indo super bem! Graças a atenção delas! {enfermagem e fonoaudiologia do CEAM}. [...] Elas são a salvação das mulheres no pós-parto dessa cidade!” (P19).

“[...] Eu só agradeço as meninas daqui {enfermagem e fonoaudiologia do CEAM} por me ajudarem com a amamentação. [...] Elas têm muita calma! [...] Não são todas as pessoas da saúde que perguntam da mulher no pós-parto, as meninas daqui e você {investigadora} foram as únicas pessoas que perguntaram de mim no pós-parto. [...]. Obrigada por me ouvir!” (P24).

“[...] As meninas do grupo ‘*Here Comes The Sun*’ de consultoria em amamentação (nome fictício) me ajudam demais com o apoio emocional! [...]” (P15).

Categoria III – Descortinando os laços de suporte

Adicional à categoria anterior, têm-se narrativas acerca dos laços de suporte. Descortinam-se diversificados laços de suporte, nos quais as mães das puérperas protagonistas, mostram-se quase por unanimidade, apoiadoras principais, seguidas dos companheiros e de outros familiares.

“[...] A minha mãe e o meu companheiro estão me ajudando muito no pós-parto! [...] Eles falam: ‘Se Deus te deu o presente de ser mãe é porque você consegue!’ (P3).

“[...] Quando eu estava grávida, eu via na *internet* que a mulher no pós-parto tem que ter uma rede de apoio para evitar ter ansiedade e depressão, mas eu escolhi só o apoio do meu marido [...]” (P8).

“A minha mãe me ajuda bastante com ele {RN} e me ajuda com os serviços de casa. A minha mãe é que me ajuda a segurar as pontas do pós-parto! Ela me ajuda fazendo as refeições, ela conversa comigo para eu não ficar sozinha, [...] minha mãe é dez!” (P10).

“[...] Eu tenho muita ajuda da minha mãe, se eu não tivesse ajuda dela, eu acho que seria bem difícil. Porque você não dorme direito e ainda tem que dar conta de casa? [...] Tem mulher que não tem ajuda no pós-parto, eu chego a ter dó porque não dá para dar conta sozinha!” (P11).

“Eu estou conseguindo tomar banho e escovar os dentes porque a minha irmã fica cuidando dele {RN}. [...] Eu sou de conversar com as pessoas, conversar com os meus vizinhos, conversar com a minha irmã e com meu marido, conversar sempre ajuda!” (P1).

Nas narrativas se identificam apoiadores sem consanguinidade, cujos amparos são notoriamente valiosos, constituem-se de amigos e da religião/religiosidade/espiritualidade.

“Eu tenho uma amiga, que é a madrinha da minha filha, com ela eu converso de um monte de assuntos! [...]” (P9).

“[...] Tenho duas amigas que estão me ajudando nos cuidados do primeiro {filho primogênito – criança com condição crônica de saúde} e no pós-parto dele {RN}, elas conversam nas horas que eu estou com angústia, elas são maravilhosas!” (P15).

“[...] Quando eu estou nervosa, eu converso com as irmãs da igreja {religião evangélica}, elas vão na minha casa para conversar comigo e eu distraio a cabeça. [...] Os irmãos da igreja me deram quase o enxoval todo da bebê {RN}, ganhei o carrinho da bebê, a banheirinha dela. Os irmãos da igreja me ajudam demais! [...] A igreja me ajuda porque quando eu tenho as crises de ansiedade, eu vou na igreja e oro para Deus me ajudar a passar pelas crises [...]” (P14).

“[...] Quando me dá crise de ansiedade, eu rezo, rezar me acalma [...]” (P3).

“Eu rezo muito para Deus! [...] Eu só desabafo da angústia, de medo dele {RN} desidratar, para Deus e com a minha mãe.” (P10).

“[...] Eu sento na minha cama e eu falo das dificuldades do pós-parto com Jesus. Eu também converso das dificuldades do pós-parto com a minha mãe [...]” (P23).

Entretanto, nas narrativas das puérperas também sobressaem críticas insultuosas em relação à desenvoltura destas quanto à *práxis* da maternidade. Estas críticas tendem partir daqueles que *a priori* deveriam ser os laços de suporte.

“[...] Eu escolhi só o apoio dele {companheiro}. Para não ficar ouvindo: ‘Você não faz nada direito!’ [...] Se eu não cuidar do bebê do jeito que a minha mãe quer, eu estou cuidado errado do meu filho, ‘dá nos nervos!’ [...] Se você sai de casa com o bebê, não é para você estar saindo com um bebê porque pode ficar doente e se você não sai de casa, você está fazendo ‘corpo mole’ porque tem mulher que depois do parto normal já está até trabalhando! [...] Eu sei que ficar ouvindo ‘falatórios’ de como eu devo cuidar do meu filho, afeta o psicológico! Chateia!” (P8).

“[...] As pessoas não podem sair para a rua espalhando coisas de uma mulher que está no pós-parto, dá até depressão! [...] Eu estou tentando ‘não dar bola’, mas elas {informações errôneas} doem! [...] Eu estou deixando de sair por causa dos ‘falatórios’. [...] Eu de ‘recém cesárea’ e ouvir que o meu filho está passando fome? É perigoso me deixar com depressão!” (P10).

“[...] Quando alguém fala que vai na minha casa é uma tortura! As pessoas palpitam demais! O jeito que eu estou educando a bebê, se eu estou usando a cinta modeladora ou se não estou usando a cinta modeladora, que eu deveria fazer dieta [...] ou que eu não deveria fazer dieta porque eu estou amamentando. [...] Que você é ‘mãe de primeira viagem’ e não sabe cuidar de criança direito! [...] Quer ajudar? Ajude

conversando, limpando a casa, não ‘fala na cabeça’ da mãe do cuidado com a criança!” (P19).

O acesso à *internet* tem se mostrado como aliado às puérperas protagonistas na busca de apoio e informação acerca dos cuidados com os recém-nascidos e também para entretenimento.

“[...] Para não ficar com pensamentos ruins, eu vejo vídeos na *internet* de mães cuidando dos filhos, tem muitos vídeos que ensinam as mães fazerem os cuidados com as crianças, eu tento aprender com esses vídeos para eu poder fazer com ela {RN}.” (P13).

Categoria IV – Inquietudes no período puerperal

Nesta categoria, congregam-se aflições vivenciadas pelas puérperas nas categorias anteriores, e deparam-se com inquietudes que podem assolar as mulheres, que constatarem que a maternidade, muitas vezes está longe dos encantamentos imaginados. Cruzando as incessantes corridas do cantar do galo ao piar da coruja e vice-versa, a assiduidade do sentimento medo e de pensamentos intrusivos de morte/morrer.

O terror do “cuco-cuco” do relógio

O “cuco-cuco” do relógio anunciando o passar das horas, o compassar do tempo aterrorizava as puérperas protagonistas, disputam-se incessantes corridas contra o tempo.

“[...] Hoje em dia, o relógio marca meio-dia e eu não escovei os dentes e meu cabelo não foi escovado. [...] Tem às correrias com os horários de almoço e janta. [...] Eu quebrei um dedo da mão e fui conseguir vir no hospital só depois de três dias! [...]. Pior ponto da maternidade são as correrias contra o tempo!” (P27).

A maioria das puérperas sinalizou que os “cuco-cucos” noturnos eram mais penosos, em razão das repetidas noites em claro e/ou dos sucessivos despertares *au chant du coq* que muito conjuga-se com o AM, com o fenômeno da fadiga puerperal ou *burnout* materno e outros sofrimentos psíquicos puerperais.

“[...] Quando o despertador bate cinco e trinta da manhã, eu já levanto pensando, eu não vou dar conta do dia de hoje! Eu estou dando de mamar e eu estou cochilando! [...]” (P7).

“[...] Eu estou com muitas crises de ansiedade de madrugada, eu tento melhorar fazendo os serviços de casa, como lavar as roupas às quatro horas da manhã. [...] Teve uma vez que eu fui tomar banho nessa hora e deu uma crise de ansiedade dentro do

banheiro. Chamei meu companheiro para me acudir, ele me ajudou a vestir a roupa e foi conversando comigo até eu melhorar [...]” (P14).

“[...] À noite o ‘bicho pega’ e eu estou ficando mais cansada, eu falo que o ‘bicho pega’ porque para ficar amamentando de madrugada, bate a canseira que eu não sei te falar bem, mas é uma canseira que você não aguenta teu corpo. [...] A cabeça da gente já está cansada, parece que o choro dele {RN} entra na minha cabeça e eu estou acordando brava. [...] Durante o dia, se eu não consigo fazer as atividades da casa do jeito como eu gostaria, me machuca e me dá angústia no coração!” (P16).

“[...] A hora que a bebê dorme é a hora de lavar a louça, lavar as roupas das crianças {filhos}. [...] Eu já vou tentar dormir com pânico, eu sei que eu vou deitar na cama e não vou conseguir dormir à noite inteira.” (P22).

“Parece que na madrugada, o escuro faz o sentimento de angústia vir e demora a passar, você fica com angústia de não estar dormindo e [...] preocupada se está tudo bem com ele {RN}. No outro dia, cansaço!” (P25).

Categoria V – Nuances do sofrimento psíquico no período puerperal

Os sinais do(s) sofrimento(s) psíquico(s) no período puerperal estampam-se heterogêneos. Um quadro de soturnidade nomeado *blues* puerperal, pós-parto *blues* ou *baby blues* pode recair sobre a puérpera no ambiente da maternidade. O sinal mais proeminente ao *blues* puerperal é o choro ininterrupto, sem causa(s) aparente(s). A puérpera pode receber a alta da maternidade mantendo este quadro, facilitando a evolução para outros sofrimentos psíquicos puerperais.

“[...] Estou para te falar que quando eu saí da maternidade, eu já pensei que estava com depressão. Saí chorando! Em casa, choro. Eu já não queria amamentar, eu já não queria ficar perto do bebê. Vem do nada o aperto no coração e choro. Eu não sei explicar porque eu choro tanto! [...]” (P16).

“Eu estou chorando bem, eu seguro um pouco o choro, mas logo eu estou na ‘choradeira!’ Se for ver, tem hora que dá vontade de largar da vida de ser mãe! [...]” (P21).

A puérpera com instrução/escolaridade elevada propende-se aos laços de suporte, pois há maior consciência da situação, há clareza de que os laços de suporte fazem a diferença na involução do quadro para outros sofrimentos psíquicos puerperais.

“Eu estudei que no pós-parto a mulher fica triste. Tem o *baby blues* e sentimento de culpa e de cansaço. [...] Às vezes, eu sinto um sufocamento, vontade de chorar do nada! [...] Eu imaginava que o *baby blues* fosse ser mais sossegado. Não sabia que fosse chorar por quatro horas seguidas por causa do *baby blues*! [...] Por chorar por quatro horas seguidas, eu pensei, vou ficar perto das pessoas porque eu posso ficar com depressão no pós-parto!” (P11- psicóloga).

“Li que a mulher no pós-parto passa por tristeza, eu sabia que ia acontecer essa tristeza, só não pensava que essa tristeza fosse tão intensa! [...] Conversar com a família e com eles {profissionais de saúde do CEAM} sobre as dificuldades do

primeiro pós-parto, dificuldades de ser mãe pela primeira vez, ajuda demais!” (P25-assistente social).

Abordado no **Cansaço inexorável da *práxis* da maternidade**, o fenômeno da fadiga puerperal ou *burnout* materno prossegue-se em ampla escala, independentemente da quantidade de partos e/ou da escolaridade. A privação de sono é evento-chave no aparecimento, na permanência e na severidade deste fenômeno.

“Eu acho que de ficar no ‘corre-corre’ o dia inteiro com eles {filhos}, a noite parece que eu vou pifar! Eu preciso dormir, mas eu sei que não vou dormir direito porque eu tenho dois filhos para cuidar. De noite parece que o ‘será que eu vou dar conta?’ Fica mais forte! De noite parece que o sentimento de não ser capaz de cuidar deles fica muito forte! [...]” {voz embargada} (P15).

“Chega um ponto que a gente está tão cansada, esgotada; [...] fiquei dois dias sem pentear o cabelo! [...] Eu sinto que eu não consigo ser uma mãe melhor por causa do cansaço, do esgotamento! {choro}. [...] Eu não consigo dormir e comer com calma, eu acordo cansada. [...] O cansaço é muito grande, só que eu não comento com o marido e não comento com os filhos. Se tiver que chorar, eu choro sozinha, eu choro no horário que eles não estão em casa.” (P20).

“Durante o dia, sou só eu e ele {RN}, [...] é muito, muito cansativo! É o bebê no seu colo o dia todo. Eu não estou conseguindo dormir porque ele acorda de uma em uma hora, [...] você fica um ‘caco!’ (P24).

“[...] Acaba que tudo é a mãe! Banco, supermercado, pagar contas, cuidar de casa, cuidar das crianças {filhos}, os penteados aos finais de semana {ocupação: cabelereira}, ajudo meu companheiro na lida do gado e na cultura do café, sobrecarrega a mãe! [...]” (P27).

Existe a camuflagem do vocábulo “exaustão” no riso e no choro às escondidas. Sob o cansaço inexorável da *práxis* da maternidade, repousam-se sensações de melancolia e inaptidão quanto a serem mães.

“[...] Eu imaginava que o pós-parto fosse ser difícil porque é a primeira vez que eu sou mãe. Eu coloco a culpa toda em mim, [...] choro muito! Vem na minha cabeça, ‘eu não vou dar conta!’ Ou ‘eu não vou ser uma boa mãe!’ [...]” (P3).

“[...] Várias vezes, eu choro e falo sozinha: ‘Eu não vou dar conta de ser mãe!’; ‘Eu estou esgotada!’; ‘Eu não quero viver a maternidade, eu não estou aguentando ser mãe!’ (P7).

“[...] No pós-parto, você tem que fingir sorrisos. Eu sinto culpa, parece que nada do que você faz está bom, e eu me culpo por achar que estou falhando como mãe! [...]” {choro} (P19).

O fenômeno da fadiga puerperal ou *burnout* materno concatena-se com laços de suporte e com a **Via crucis da amamentação**.

“[...] Eu cheguei no postinho {CEAM} no maior choro por causa do peito mega rachado! As pessoas falam que a cesárea é perigosa, que nada, a amamentação que é um perigo para o psicológico da mulher! [...]” (P9).

“A ideia da amamentação só no peito é linda, mas na prática, fica levantando de madrugada para ver se é lindo, não é lindo! [...]” (P15).

“[...] Eu não fico conversando, nem pedindo ajuda para minha mãe porquê [...] fica falando que eu não deveria ter tido ele {RN}. [...] Vai chegando a hora da amamentação de madrugada, eu fico angustiada. [...] Saíram umas ínguas em baixo do braço, do pescoço porque meu peito está empedrado e ele não consegue pegar direito [...]” (P16).

“[...] Eu sempre ‘me virei como mãe’ para cuidar das crianças {filhos}, eu estou acostumada sem a ajuda de pessoas da família. [...] Às quatro horas da manhã, eu ‘estou em pé’, mas a mãe [...] acaba ‘virando a madrugada’ por causa da amamentação dele {RN}, [...] passa a madrugada sem descansar! Depois que vira mãe é ‘tchau sono!’” (P27).

Embrenham-se aos sofrimentos psíquicos supracitados, indícios de ansiedade puerperal, que se solidificam em preocupações desmedidas em vários setores da vida da puérpera.

“[...] Eu acho que no pós-parto de agora, eu estou com ansiedade, ansiedade para cuidar dos dois {filhos}, ansiedade para dar conta de casa, ansiedade para dar conta do escritório, ansiedade de querer comer certo e ansiedade para emagrecer.” (P26).

Aglutinam-se aos indícios de ansiedade puerperal, a falta de sono reparador, a irritabilidade e estresse infundável.

“[...] Não dormir direito, faz a gente perder a paciência, estressa, dá ansiedade! Você estressa com a casa, com o marido, com os filhos, não dormir não é brincadeira! [...]. Dá ansiedade! [...] Sabe o que dá vontade de fazer? Ir para uma ilha e levar só a bebê que precisa de mim. Marido e os dois {filhos} ficam em casa!” (P23).

Nas narrativas das puérperas protagonistas, têm-se suspeitas de estarem experimentando crises ansiosas e/ou crises de pânico (indícios de transtorno de pânico – TP). Frutos de sintomas físicos aflitivos, como dor precordial, taquicardia e dispneia, que com facilidade podem ser confundidos com condições cardiológicas. Mesclam-se às suspeitas, choros persistentes, tremores, palidez, sensação de enfraquecimento, sudorese, formigamentos, náuseas e diminuição de apetite.

“[...] Você está fazendo a janta, varrendo a casa, passando a roupa e a bebê começa a chorar, parece que o choro dela {RN} vai dando um sufoco no meu peito! [...]” (P7).

“[...] Eu estou com crises de ansiedade e pânico. [...] Eu não tenho vontade de fazer comida e nem de comer, nelas, eu só consigo beber café e água. Tem dias que eu quero ficar na cama o dia inteiro, mas a minha mãe não deixa, a minha mãe me fala que eu preciso levantar da cama e ‘tocar a vida’. [...] Se eu fico sozinha, eu acabo chorando, eu choro porque tira a angústia. O peso que é o pós-parto!” (P9).

“Nas crises de ansiedade, eu choro, dá dor no peito, falta de ar, tremedeira, ‘fico branca’, ‘dá moleza no corpo.’ (P14).

“[...] Eu acho que estou com síndrome de pânico ou crises de ansiedade. Eu fico suando frio, meu coração dispara, vontade de vomitar, me dá tremedeira, eu sinto que as minhas mãos formigam e parece que eu estou infartando! [...] Está sendo assim no pós-parto de agora, no primeiro pós-parto foi normal e eu estava feliz [...]” (P18).

Existem componentes que potencializam estes sintomas, os medos desproporcionais e/ou sensação de risco iminente de morte.

“Os dois pós-partos {anteriores} foram muito sossegados, [...] o de agora que eu tenho essas crises fortes de medo, [...] eu não imaginava que fosse ter crises fortes de medo, ansiedade, muito choro! Até eu chegar na maternidade, não passou pela cabeça que ela {RN} poderia morrer na minha barriga ou que eu poderia não sair viva da maternidade! [...] Se acontecer algo de ruim com alguém que conheço, eu acho que vai acontecer comigo igual, eu fico com medo, depois que ela {RN} nasceu esse medo ficou mais forte!” (P12).

Mediante as narrativas de puérperas protagonistas, têm-se suspeitas de estarem experimentando indícios de depressão puerperal. Frutos de amargos sintomas como, diminuição de apetite, esgotamento de energia, isolamento social, sentimento de menos valia, restrição de laços entre mãe e bebê. Misturam-se aos indícios de depressão puerperal, os choros incessantes, consternação com o ser mãe, a falta de sono reparador e a solidão.

“[...] Semana passada, eu senti vontade de não comer, ficar na cama o dia inteiro, ficar longe de todos os conhecidos. Você se sente incapaz, parece que nada que você faz tem valor. [...] Eu quis ficar longe, longe até do bebê {RN}, [...] só que ele chora, você fica com dó e vai pegá-lo.” (P16).

“[...] Se eu a vejo chorar {RN} porque quer mamar, não sei nem explicar, mas tenho uns choros que parecem que vêm da alma! [...] A minha mãe me vê chorar os ‘choros da alma’ e ela está com medo de me dar depressão [...]” (P5).

“[...] Entra em desespero e chora, se a bebê chora, a gente chora junto. [...] Chega num ponto de ficar sentada sozinha chorando porque eu não sei se eu cuidei dela {RN} ou se eu vou resolver os problemas.” (P13).

“[...] As palavras que aparecem na cabeça são culpa, eu não estou satisfeita de ser mãe e tristeza. [...] Não dormir incomoda muito! Tem dias que a minha filha não dorme e chora, eu choro junto com ela, eu choro [...] de muito sono!” (P9).

“[...] Eu estou achando que é começo de depressão porque a minha vida está sendo chorar. Dá agonia de ficar eu e eles {filhos} em casa e para resolver a agonia, {voz embargada} eu os pego {filhos} e vou ‘dar umas voltas’ no meu bairro. [...] No primeiro pós-parto, eu não tive crises de choro, angústia e agonia no peito e solidão, por isso, eu acho que são sentimentos de começo de depressão.” (P6).

“A gente se sente sozinha, muito sozinha no pós-parto! Eu tive medo de morrer na mesa {parto} e deixá-la {RN} sem ninguém para cuidar porque eu sou bem sozinha nessa vida.” {P13}.

Na sociedade, perenizam-se o estigma e o desconhecimento a respeito dos sofrimentos psíquicos, mais ferrenhamente, com os sofrimentos psíquicos dentro do universo puerperal.

“[...] Eu acho que eu estou com depressão, mas a minha depressão, não é aquela que a mãe bate na criança, não! [...] Pode chegar na minha casa em qualquer hora do dia que a minha filha vai estar sempre trocada e alimentada. Eu não sou uma mãe relaxada, só que as pessoas não entendem a depressão pós-parto {choro} [...]” (P19).

Nas narrativas subsequentes, têm-se indicativos de transtorno de compulsão alimentar periódica – TCAP, os indicativos se coadunam com a ideia de busca de acalento emocional na alimentação, bem como se coadunam com os outros sofrimentos psíquicos puerperais.

“[...] Tem um pensamento que eu tenho que mudar, se eu estou feliz, eu como ou se eu estou triste, eu como. Tenho que parar de colocar as emoções na comida! [...]” (P2).

“[...] O médico pediatra {maternidade} foi no quarto {alojamento conjunto} para me liberar [...] e mandou essa: ‘Acho que ele {RN} tem Síndrome de *Down*.’ {pausa extensa} parecia que tinha aberto um buraco no chão e eu estava no fundo do buraco, travei! [...] A minha gravidez foi perfeita! [...] Fiz todos os ultrassons, mas nenhum pegou o *Down*! [...] Saí de lá chorando, chorando como eu nunca tinha chorado, não era um choro de felicidade, era um choro de desespero! [...] Eu comecei a descontar na comida, só que você desconta na comida e sente culpa porque descontou na comida. Dói engordar e não entrar nas roupas.” {pausa extensa e cabisbaixa} (P17).

Em movimento antagônico à autolesão não suicida (ALNS), procura-se acalento emocional na alimentação, flexionando para os indicativos de TCAP.

“[...] Eu estou com problema de compulsão alimentar, se eu tiver crise de ansiedade, eu como para valer! Eu acho que o não poder me machucar {ALNS}, faz eu pender para a compulsão alimentar, [...] e eu não estou sabendo como que eu faço para parar com a compulsão alimentar! {choro}. [...] Eu queria saber controlar a minha compulsão alimentar, de parar de descontar na comida a frustração, a frustração de não servir as roupas! {choro}. [...] Toda vez que eu penso em machucar, eu troco o pensamento por comida! É muito triste!” {choro} (P19).

Nas narrativas subsequentes, têm-se indicativos de transtorno obsessivo-compulsivo puerperal, os indicativos se coadunam com pensamentos obsessivos relacionados à contaminação, e que para alívio destes, manifestam-se comportamentos compulsivos relacionados à esterilização.

“Eu acho que nesse pós-parto, eu estou ficando muito neurótica com bactéria! [...] Eu tenho medo da visita passar bactéria para ela {RN}. [...] Eu fico limpando a minha casa toda hora! Eu não gosto que meu companheiro coloque a roupa dele perto da roupa dela, me deixa nervosa! [...] Se alguém da minha família entrar no quarto que ela está, assim que eles saem, já tiro toda a roupa dela e coloco para lavar!” (P22).

“[...] Na hora que saíram da minha casa {amigos e/ou familiares}, eu tirei toda a roupinha dele {RN} e dei banho nele. [...] Eu fico nervosa das pessoas passarem perfume e pegar um bebê, de ficar pegando as mãozinhas do bebê e passando no rosto {da pessoa}. É de deixar qualquer mãe brava! [...] Se começarem {amigos e/ou familiares} a ficar relando nele, pego o lenço umedecido e saio limpando as mãos dele [...]” (P25).

Na sucessão, as narrativas das puérperas protagonistas impressionaram pela solidez do medo do mau e pensamentos intrusivos de morte/morrer. Atentam-se para a assiduidade do sentimento de medo do mau, do medo presente desde a internação na maternidade (particularmente medo do parto cesáreo), medo de que algo catastrófico venha a se cumprir com ela e com o recém-nascido (principalmente nos cuidados com o mesmo).

“[...] Minha mãe foi ver a minha cesárea, quando eu estava indo para a mesa da cesárea, eu lembro de falar para ela: ‘Mãe, se acontecer algo ruim comigo, que tiver que escolher entre eu e o meu filho, escolhe meu filho!’ Eu pensei que não fosse sobreviver a cesárea! [...] Eu tenho medo, medo de dar banho, de trocar as roupinhas, de curar o umbigo, eu gosto da ajuda da minha mãe e do meu companheiro para fazer os cuidados dele {RN}. Eles me ajudam a ficar menos agitada na hora de fazer os cuidados dele [...]” (P3).

“[...] Na hora da cirurgia {parto cesáreo}, no corredor do hospital {maternidade}, eu falei para a enfermeira para não me deixar sozinha porque eu achava que fosse morrer e estava com medo de levá-lo comigo {de morrerem no parto}. Eu ouvia aqueles apitos {monitor multiparamétrico} e achava que era o meu coração e o dele parando de bater! [...] Na maternidade, eu colocava na cabeça: ‘Será que eu vou conseguir sair daqui {sobreviver}?’ (P18).

“[...] Sempre tem que ter alguém comigo porque eu tenho medo de acontecer algo mau com meus filhos. [...] Eu tenho muito medo de fazer os cuidados da bebê. Na hora do banho dela, eu tenho medo dela afogar na banheira. [...] Tenho medo dos meus filhos morrerem. Vem na cabeça que é para trancá-los {filhos} dentro de casa. [...] Eu não consigo colocá-la {RN} no carrinho e ir com ela no portão de casa porque eu tenho medo de alguém passar e pegá-la de mim! [...] A crise de medo vem forte, vem tão forte que eu até tremo! Medo de morrer; [...] todos os acidentes que ouço falar, ‘puxo para mim’ e fico com medo de acontecer igual comigo e com os outros!” (P12).

“[...] Eu a {RN} sondo dormindo várias vezes no dia. ‘Dá gelo’ de pensar que ela está chorando e eu não estou vendo. [...] Eu tenho muita preocupação com ela porque eu moro na roça e eu tenho medo de aranha ou cobra subir nas roupinhas dela. As

roupinhas dela estão passadas e eu as pego para passar de novo para ver se não tem nada mesmo. [...] Eu tenho tanta preocupação com ela que eu coloco na cabeça que a minha pressão arterial pode subir e eu vou deixá-la com quem para ir ao médico? [...].” (P13).

“Eu tenho muito medo de acontecer algo ruim com ele {RN}. Uma noite eu estava deitada e comecei a delirar que ele tinha enfiado a cabeça na grade do berço. Levantei da cama A-PA-VO-RA-DA! Fui vê-lo, mas não era absolutamente nada! Eu tenho esses pesadelos dele ficar preso na grade do berço, arrepia só de pensar nisso! [...]” (P25).

Em função do sentimento medo do mau e de pensamentos intrusivos de morte/morrer, a puérpera recorre a estratégias que buscam abrandar estes sentimentos e pensamentos.

“[...] Eu sou acelerada e quero fazer os serviços de casa rápido para ficar perto deles {filhos}, eu não gosto de deixá-los sozinhos, eu sei que eles estão bem, só que eu tenho medo de acontecer algo mau com eles! [...] Eu tento não ficar sozinha, sozinha, eu entro em pânico! [...] Eu já tentei ficar em casa com eles e [...] para eu pensar que tem alguém comigo, [...] eu ligo a televisão ou rádio, eu ligo para alguém [...] e até tiro as roupinhas dele {RN} da mala para passar o ferro de novo. [...] Tem vezes que eu vou nas minhas cunhadas para ver se passa o desespero, o desespero de sentir medo de morrer e de acontecer algo mau com as crianças {filhos} [...]” (P18).

O parto quando acompanhado por tribulações tende a desencadear o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) e, por conseguinte, a ideação suicida.

“[...] Eu comecei a ficar com medo de morrer desde o dia que eu fui para a mesa {parto}; [...] eu não dormi um dia na Maternidade por medo de dormir e morrer ou dormir e ele {RN} sumir. [...] Quando eu estava uns dias em casa {pós-maternidade}, eu fui no quarto pegar o carrinho dele e do nada, eu queria bater a minha cabeça no carrinho! [...] Hoje, eu tenho medo de ficar sozinha!” (P18).

Para aquelas com teor de ideação suicida, tentaram-se mobilizações, junto ao serviço onde os dados foram coletados, para que estas fossem avaliadas pelo profissional psicólogo e/ou pelo profissional psiquiatra do município de coleta dos dados. No entanto, até o final da coleta dos dados, não havia previsão de atendimento, mesmo em caráter de urgência.

“Na Maternidade, passou na cabeça a vontade de tomar uma cartela de remédio. Na primeira semana em casa {pós-maternidade}, eu queria que meu companheiro ficasse perto de mim porque eu sentia que iria tomar a cartela de remédio. [...] Para não tomar a cartela de remédio, eu fui catar café [...]” (P14).

“[...] Comecei a puxar o meu cabelo porque eu falei para o meu pai que eu não estava aguentando mais e que eu queria acabar com tudo! {morrer} [...]” (P18).

“[...] Os sentimentos que aparecem na cabeça [...] é de angústia e o de morte. Eu falei: ‘Jesus, eu não quero mais, Jesus, eu quero morrer, Jesus, me leva daqui!’ {morrer}. [...] Eu já pensei até em suicidar. [...] De escutar vozes de colocar um ponto final {na vida}. Por mais que eu seja evangélica, bate a angústia! Vêm os pensamentos de suicidar, sim. [...] Eu cheguei a pegar remédio na mão. A minha casa tem uma sacada e eu fiquei várias horas na sacada pensando no suicídio; o que me segurou foi lembrar

de cuidar das crianças {filhos}. Lembrei que eu sou da igreja e não posso pular, mas várias vezes vêm os pensamentos de suicidar.” (P16).

Táticas para o enfrentamento dos sofrimentos psíquicos no período puerperal

Frisa-se que no momento da coleta dos dados, duas puérperas relataram estar em acompanhamento psicoterápico. A investigadora em consenso com o corpo clínico do CEAM se mobilizou para que catorze puérperas protagonistas fossem avaliadas pelo profissional psicólogo, todavia esbarrou-se em falta de vagas e sem previsão para atendimento devido ao excesso de demandas do único profissional psicólogo do SUS.

Dessa maneira, autentica-se o *déficit* da rede de suporte à saúde psíquica dentro do universo puerperal.

“[...] Eu cheguei a tentar a psicologia, mas a lista de espera é muito grande! [...] Do SUS {Sistema Único de Saúde} é difícil de conseguir vaga e particular {psicologia} estava puxado para pagar [...]” (P12).

“[...] Me deu crise de ansiedade na frente da psicóloga [...] e não melhorou, parei de ir [...]” (P14).

Das 27 puérperas protagonistas, seis delas tiveram algum contato com psicofármacos. Há cisma quanto ao uso do psicofármaco cloridrato de sertralina, com o aumento de apetite e de possíveis prejuízos no AM.

“[...] Ela {cloridrato de sertralina} me acalma, mas dá muita fome! [...] Eu não sei se eu paro de amamentar e tomo a sertralina no horário certinho, sem falhar, ou se eu continuo com a amamentação que eu adoro! [...] Eu não tomo certinho a sertralina por medo de afetar a amamentação [...]” (P19).

“Não gosto de tomar de jeito nenhum! {cloridrato de sertralina}. [...] Com a sertralina, eu fico mais calma e acabo comendo mais. [...] Eu não gosto de engordar, por causa de engordar, eu queria parar com a sertralina.” (P12).

“[...] Eu acho que com a sertralina, eu vou ficar menos nervosa, não vai engordar, vai abafar a vontade de comer doce. [...] O médico {ginecologista/obstetra do CEAM} me passou a sertralina em um dia que me deu uma crise de ansiedade forte, mas não perguntei se pode com a amamentação [...]” (P14).

Há desconfiança nos efeitos, na durabilidade e no propósito do tratamento com o psicofármaco cloridrato de sertralina.

“[...] Eu estava saindo na rua desesperada com medo de estar com depressão. Vim no postinho e o médico {ginecologista/obstetra do CEAM} me passou a sertralina, mas eu já parei de tomar, eu não quero ficar tomando esse remédio o resto da vida. [...] Eu não quero ficar abobada e as pessoas ‘tirarem com a minha cara’ [...]” (P20).

“O médico ginecologista {ginecologista/obstetra do CEAM} me passou esse remédio {cloridrato de sertralina} porque eu falei que a tristeza bate no pós-parto. Ele me disse para eu tomar se eu sentir que precisa. A receita está no meu prontuário.” (P25).

Há o desejo em fazer uso de psicofármaco buscando suavizar sinais de sofrimento(s) psíquico(s) puerperal(is).

[...] Eu fico tão preocupada com ela {RN}, tão preocupada que eu pensei até em tomar diazepam para ver se me acalma.” (P13).

VI – Tons de violência

Embora a violência contra a mulher não tenha sido objetivo desta investigação, esta se infiltra e se dissipa com tirania pelas narrativas das puérperas protagonistas. De modo súbito, golpeia e assusta àquelas que se defrontam com ela. Isto posto, enxergaram-se duas vertentes:

- a) Violência contra a mulher ocorrendo no lar, envolvendo laços de suporte;
- b) Violência contra a mulher nos espaços de saúde.

Em ambas vertentes, a violência entremeia e endossa o desenvolvimento dos sofrimentos psíquicos puerperais. A violência embaça as vistas de suas vítimas, enevoando o entendimento da gravidade ou mesmo que entendam da gravidade, a violência espalha amedrontamento, o amedrontamento tolhe a procura de ressarcimento em serviços especializados de proteção à mulher.

a) Violência contra a mulher ocorrendo no lar, envolvendo laços de suporte.

No âmbito do lar, as figuras masculinas (ex-companheiros e/ou pai) conectaram-se aos casos de violência contra a mulher.

Quanto às naturezas da violência, notaram-se a violência moral e a violência física, que ficaram gravadas na memória, contribuindo para a difusão de sofrimentos psíquicos puerperais.

“Eu larguei do pai da minha filha na primeira semana em casa {pós-maternidade}, larguei porque eu pensei, tenho uma filha para criar e ele {ex-companheiro} não me apoia e só reclama! Ele não aceitou a separação. [...] Acredita que ele me mandou uma mensagem falando que achava que não era o pai da bebê! [...] Comecei a ter crises de ansiedade e pânico [...]” (P9).

[...] Eu decidi separar do pai do meu menino mais velho porque ele {ex-companheiro} me falava: ‘Eu só te vejo mal arrumada!’; ‘A tua barriga está horrorosa! A tua barriga está cheia de estrias!’; ‘Você está fedendo!’ {infecção na cicatriz de parto cesáreo} {choro}. [...] Meu pai faleceu com 43 anos; em dois anos, meu pai se transformou, ele começou a mexer com drogas; [...] agrediu a minha mãe, me agrediu, agrediu meus irmãos {choro}. [...] Meu pai chegou a apontar a arma para mim e dizer: ‘Se você chorar, eu puxo o gatilho!’ {choro intenso e pausa na entrevista} (P27).

b) Violência contra a mulher nos espaços de saúde

Nos espaços de saúde, em especial, na maternidade, têm-se abismos comunicacionais entre profissionais do serviço e de outros níveis de atenção à saúde. Permeiam estes abismos, falas carregadas de julgamentos e/ou cuidados rudes e/ou ínfimos dirigidos às mulheres e seus familiares/acompanhantes.

“[...] Uma enfermeira {maternidade} disse ao meu companheiro: ‘[...] Não vai dar certo você ficar aqui {alojamento conjunto}, o certo é ficar uma mulher para ajudá-la com a amamentação e trocar as fraldas’. Meu companheiro abaixou a cabeça e não respondeu [...]” (P19).

“Na hora da cesárea, ela {obstetra da maternidade} não me maltratou. Mas na chegada na maternidade, ela me falou que eu não deveria ter ido na maternidade de 40 semanas e que era para o ginecologista/obstetra do posto esperar até 41 semanas, que ele só vai mandando para lá. [...] Eu senti que ela descontou em mim [...]” (P12).

“[...] Eu não tinha noção que cinco meses depois dela {RN} nascer, eu estaria com essa faixa roxa na barriga, essa faixa roxa por causa da cesárea! [...]” (P2).

Também se observa culpabilização e/ou delegação de responsabilidade a mulher por possíveis complicações no desenrolar do trabalho de parto.

“[...] O anestesista {maternidade} me falou: ‘Desde que horas, você estava com as dores de parto?’ Falei: ‘Por volta de uma da tarde’. Ele falou: ‘Você procurou o médico só agora?’ Falei: ‘Não, eu fui no hospital {do município} e acabou demorando para vir para cá {maternidade}’. Só que na cesárea, ninguém te explica nada direito; do verde que é o mecônio, eu apavorei! [...]” (P26).

“Eu passei estresse para sair da cidade porque o médico do hospital {do município} não queria me mandar para a maternidade, ele falou que eu não tinha dilatação. [...] Lá {maternidade} já estava com mecônio! Foi um susto! [...]” (P19).

“[...] Chegando na maternidade, a médica {obstetra da maternidade} ficou brava porque estava com mecônio [...]” (P2).

Estas situações põem em xeque, na opinião das mulheres, a qualidade da assistência prestada pelos profissionais do SUS.

“[...] Eu sei que se um dia eu ficar grávida de novo, eu quero tentar parto normal, e eu vou pagar {parto – particular} [...]” (P2).

“[...] Os médicos {maternidade} estavam todos bravos porque eu deveria estar na maternidade mais cedo. Eu falei que tinha tentado ir mais cedo, mas não foi minha culpa, a ambulância que atrasou na estrada. Fiz a cesárea com um médico que nem falou o nome dele! [...] As enfermeiras {maternidade} quase não fazem visita. [...] Essa última cesárea foi a primeira que fiz pelo SUS e não foi uma boa experiência [...]” (P22).

“[...] O resto é silêncio.”

(*Hamlet/William Shakespeare, 2012, p.139*).



Há 30 anos, pai e filha sob o sol matutino, nas lentes de uma *Kodak*.

Acervo pessoal.

No sétimo mês de puerpério: filha em recuperação da alopecia e a mãe implementando o aleitamento materno misto - AMM, nas lentes de uma *Kodak*.

Acervo pessoal.



5. DISCUSSÃO

5. Discussão

Esta investigação mergulhou no sofrimento psíquico dentro do universo puerperal. Dados do delineamento sociodemográfico de puerpério como, estado civil, instrução/escolaridade, uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, história obstétrica e medicamentos em uso nos auxiliam na compreensão do todo.

As puérperas majoritariamente se designaram com companheiro, embora estes posicionados secundariamente nos laços de suporte. Dados semelhantes foram observados em um estudo com 12 refugiadas sírias no Canadá, sendo oito gestantes e quatro puérperas, a maioria posicionou os companheiros como apoiadores principais e todas responderam negativo para violência por parceiro íntimo (VPPD), (AHMED; BOWEN; FENG, 2017). Um estudo indonésio averiguou que, quanto mais equilibrado for o relacionamento entre pais e mães, maior o envolvimento paterno na gravidez, parto e puerpério e decréscimo de sintomatologia depressiva puerperal (PEBRYATIE *et al.*, 2022).

Um estudo japonês que avaliou 90.194 puérperas, observou que 14,5% e 11,8% apresentaram depressão entre um e seis meses (respectivamente) após o parto. Ressaltaram que baixos níveis educacionais estiveram relacionados com maior prevalência de depressão puerperal e a sintomatologia ansiosa puerperal (MATSUMURA *et al.*, 2019).

Quanto ao uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, somente uma puérpera faz uso de álcool e outra de tabaco. Dados que divergem do estudo brasileiro (PEREIRA *et al.*, 2019) que entrevistou presencialmente 638 mulheres, destas 315 com morbidade materna grave e 323 sem esta condição, sendo que 165 (25,8%) relatam ao uso de drogas lícitas e/ou ilícitas no puerpério. O álcool se posicionou em primeiro lugar (n = 133 – 20,6%), o tabaco em segundo lugar (n = 85 – 13,2%), a cocaína em terceiro lugar (n = 15 – 2,3%) e a maconha em quarto lugar (n = 6 – 0,9%).

No estudo norte-americano, o *Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS)*, analisou os dados de 2012 a 2015, relativos às experiências, atitudes e comportamentos de mulheres face ao ciclo gravídico-puerperal. Foram avaliadas 134.345 mulheres, destas 84% se declararam não-fumantes, mas 1% relatou ter consumido tabaco na gestação, 5% no puerpério e 10% no ciclo gravídico-puerperal. Exceto as 84% que se declararam não fumantes todas as outras propenderam a experienciar a depressão puerperal (BARBER; SHENASSA, 2021).

No vigente estudo, imperaram os partos cesáreos sobre os partos normais. No estudo prospectivo observacional italiano com 2.234 puérperas, 76,1% foram submetidas a partos normais e 23,8% submetidas a partos cesáreos, onde 264 (11,8%) foram de emergência e 268 (12%) foram eletivos. Com a aplicação da Escala de Depressão de Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), os autores observaram que 12% das mulheres submetidas a partos normais, 13,6% das submetidas a cesáreas de emergência e 13,1% das submetidas a cesáreas eletivas, pontuaram ≥ 12 , indicando elevada sintomatologia depressiva puerperal. Destaca-se que as submetidas a cesáreas eletivas obtiveram pontuações mais altas para ansiedade e as submetidas a cesáreas de emergência obtiveram pontuações mais altas para anedonia (ZANARDO *et al.*, 2018).

Dados corroborados por um estudo indiano com 170 puérperas, sendo que 85 foram submetidas a partos cesáreos, e destas, 21,17% exprimiram sintomatologia depressiva puerperal e das 85 submetidas a partos normais, 8,23% apresentaram sintomatologia depressiva puerperal (MAHISHALE; BHATT, 2017).

Um estudo brasileiro com uma amostra de 1.099 puérperas residentes em um município no interior do estado de São Paulo registrou que, 585 (53,2%) foram submetidas a partos cesáreos e 514 (46,8%) a partos normais. Os autores encontraram 6,7% de prevalência de sintomatologia depressiva puerperal, e concluíram que, ser vítima de violência e uso de medicação antidepressiva na gestação e ser submetida ao parto cesáreo se estamparam como predispositores de sintomatologia depressiva puerperal (POLES *et al.*, 2018).

Para as mulheres com sintomatologia depressiva durante a gestação, o uso de psicofármacos deve ser avaliado e prescrito com critérios. Entretanto, se houve uso desta classe de medicamentos na gestação, o uso no puerpério tende a ser mantido, visto que as mulheres com sintomatologia depressiva na gestação tendem a carregar esta sintomatologia no puerpério (McALLISTER-WILLIAMS *et al.*, 2017). O mesmo se aplica aos casos de ansiedade e insônia, se estiverem ocasionando graves tormentos ao bem-estar materno, após avaliação minuciosa caso a caso, funciona como opção o tratamento farmacológico (McALLISTER-WILLIAMS *et al.*, 2017). Na presente investigação, as participantes não foram questionadas sobre sinais de sofrimento(s) psíquico(s) e ao uso de psicofármacos durante a gestação.

Nas categorias e subcategorias do presente estudo, apurou-se que, havia sonhos entusiasmados sobre a maternidade e o ser mãe, mas ao despertarem no puerpério, estes sonhos se transformaram em esforços para lidar com a realidade. Esta realidade é marcada pelas quebras nas idealizações somadas com terem em seus braços recém-nascidos que demandam esmeros cuidados, propiciando inclinação para sintomatologia depressiva puerperal (LI *et al.*, 2021).

As mulheres, na concretude do puerpério, se confrontaram com quebras nas idealizações sobre a maternidade e o ser mãe, as idealizações foram substituídas por fatos e/ou imagens reais, gerando sensações de não estarem aptas e/ou visão negativa da maternidade e do ser mãe (HARRISON; MOORE; LAZARD, 2020; McLEISH; REDSHAW, 2017). Esta realidade da maternidade e do ser mãe tomaram suas mentes, e, em conluio com pressões de perfeições ficcionais destas, favoreceram à sintomatologia ansiosa puerperal (HARRISON; MOORE; LAZARD, 2020).

Um estudo qualitativo norte-americano abarcou 20 adolescentes, sendo 8 gestantes e 12 puérperas, que, quando questionadas, 17 relataram que se sentiram depressivas durante a gestação e/ou no puerpério. E complementaram que o tornar-se mãe exige supremo desempenho da mulher, a mesma precisa conciliar as responsabilidades do dia a dia com atenção perene ao recém-nascido. A exigência de supremo desempenho da mulher ao torna-se mãe desencadeou estresse nas participantes (RECTO; DIMMITT CHAMPION, 2018).

A síntese de evidências qualitativas de 13 estudos, salientou que, o tornar-se mãe, contemplando a atenção perene ao recém-nascido e sobrecarga de responsabilidades femininas, provocou estresse e ansiedade. Tornar-se mãe pode ser sintetizada em “ríspida”, “difícil, mas recompensadora”, “frustrante” e “afletiva”, estes vocábulos auxiliam na aproximação dos porquês do estresse e da ansiedade no período puerperal (McCARTHY; HOUGHTON; MATVIENKO-SIKAR, 2021).

Em um estudo britânico com 148 puérperas, 35,8% reportaram tensões ao tornar-se mães, destacam-se tensões acerca de: lidar com o recém-nascido e com o choro deste, discordância ao cuidar dos filhos, sobrecarga de responsabilidades, privação de sono e a exaustão materna, além da solidão (AYERS *et al.*, 2019).

O repensar sùtil da vontade de ser mãe apresentado pelas participantes desta investigação, converge com uma metassíntese sobre experiências de depressão puerperal entre mulheres consideradas marginalizadas (negras, latinas, nativas americanas e de baixo nível social) em países da América do Norte. Os resultados apontaram para pressão em ser uma boa mãe e falhas relacionadas à maternidade, estando presentes em todos os estudos analisados, com três subtemas: a maternidade idealizada, falta de apoio social e o “eu não queria isso” (MAXWELL; ROBINSON; ROGERS, 2018).

A ruína do tornar-se mãe tem estrito elo com o malogro no AM. No estudo britânico citado anteriormente (AYERS *et al.*, 2019), das 148 puérperas, 35 se sentiram “mães ruins” por não querer amamentar e/ou querer, mas não conseguir. Ademais, 23 se referiram ao AM com os vocábulos “agonia” e “dor constante” e se sentiram ansiosas, com sentimento de culpa e com

interesse em desistir do AM; outras oito se sentiram “mães ruins” pela não escolha do AM e quatro não conseguiram amamentar as deixando chateadas e com o sentimento de fracasso (AYERS *et al.*, 2019).

Paralelamente, outro estudo com evidências qualitativas (n = 6) apontou a ruína do tornar-se mãe com o malogro no AM, com locuções de que uma “boa mãe” amamenta o filho e se as mulheres não amamentaram, elas apareceram como “mães fracassadas”. Os autores também relacionaram o malogro no AM e o desencadeamento de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva entre as puérperas (TANGANHITO; BICK; CHANG, 2020).

Encontra-se imbuído no ser mãe, os vocábulos “exaustão” e “melancolia” que se conectaram ao fenômeno da fadiga puerperal ou *burnout materno* e que se perpetraram na transição para a maternidade (TSAI; WANG, 2019). Os primeiros instantes com o recém-nascido marcaram o início do *burnout materno* sendo, “exaustão” vinculada ao cuidar do recém-nascido e dos demais filhos (SANCHEZ RODRIGUEZ *et al.*, 2020), e por regulação no sono do recém-nascido (HANEFELD *et al.*, 2021). A fadiga puerperal se instala pela mãe não estar habituada em ter em seus braços um recém-nascido rogando atenção absoluta, sem que a mesma não consiga repouso e/ou noites de sono reparadoras (MORI *et al.*, 2017).

Este fenômeno acomete mulheres de todas as nacionalidades, como constatou um estudo de revisão: 67% de japonesas com um mês de puerpério; 82% de africanas com três meses de puerpério; 69% de australianas no sexto/sétimo meses de puerpério e 18% de holandesas com um ano de puerpério (GAI *et al.*, 2020). Estudos apontam que a fadiga mais rigorosa transcorre no primeiro mês de puerpério, com queda paulatina nos meses subsequentes (HENDERSON; ALDERDICE; REDSHAW, 2019; IWATA *et al.*, 2018), que pode ser explicada por maior frequência de noites em vigília (BADR; ZAUSZNIEWSKI, 2017). Este fenômeno acomete mais primíparas do que múltiparas (MORI *et al.*, 2017) e houve deterioração do sono e ocorrência de fadiga tanto para puérperas efetuando o AME quanto para aquelas em uso de fórmula infantil na mamadeira (TOBBACK *et al.*, 2017).

Um estudo francês encontrou correlação entre o *burnout* materno, a sintomatologia ansiosa e/ou depressiva puerperal e o histórico de depressão puerperal. Entretanto, os resultados apontaram que, aquelas que compartilhavam os afazeres do lar com seus companheiros, apresentaram menores índices de *burnout*, o que sugere a importância do companheiro nestas situações (SÉJOURNÉ *et al.*, 2018).

As puérperas com fadiga expressaram insatisfação com o sono/repouso, preocupação no cuidar dos filhos, abatimento no cuidar de si e do entorno (filhos e/ou demais membros da família), solidão, choro e impaciência, além da multiplicidade de tarefas diárias (atividades

dentro e fora do domicílio) e percibibilidades nos laços de suporte (companheiro, família e/ou amigos) (IWATA *et al.*, 2018; SANCHEZ RODRIGUEZ *et al.*, 2020).

No atual estudo, o “cuco-cuco” do relógio anunciando o compassar das horas aterrorizava as puérperas. Em consonância com este estudo, um estudo qualitativo finlandês com 250 mães registrou que, o tornar-se mãe gerou preocupação com o compassar das horas, além de que, despontaram-se outras preocupações, como: as noites mal dormidas, os despertares *au chant du coq*, a solidão e as percibibilidades nos laços de suporte (WILSKA *et al.*, 2021).

Um estudo transversal com 1.598 mães finlandesas apresentou uma díade desencadeadora de sintomatologia depressiva puerperal, os despertares dos recém-nascidos *au chant du coq* mais as noites mal dormidas das mães (GUNST *et al.*, 2021). Dados observados também em estudo desenvolvido com 319 mães chinesas, que apresentou relação entre o padrão de sono do recém-nascido e o fenômeno da fadiga puerperal, que se anunciou austero quando os despertares duravam mais que sessenta minutos e quando tinham três ou mais despertares na madrugada (YAN; CHEN; ZHANG, 2022).

A devoção nos cuidados ao recém-nascido divulgada nesta investigação assemelhou-se a um estudo com 162 puérperas britânicas, com sintomatologia depressiva puerperal durante o primeiro *lockdown* da COVID-19. As puérperas se devotaram à maternidade e o vocábulo “exaustão” se exteriorizou devido sobrecarga de responsabilidades ao cuidar do recém-nascido/filhos e com as tarefas domésticas, que as fizeram abdicar de zelo com outros setores de suas vidas e com si próprias (MYERS; EMMOTT, 2021). Essa supressão de atividades elementares de vida e de hábitos relativos ao bem-estar materno, a exemplo, o alimentar-se, está relacionado à devoção aos cuidados com recém-nascidos/filhos (SANCHEZ RODRIGUEZ *et al.*, 2020).

Como forma de prevenção do pensamento “mãe ruim” por experienciar a fadiga puerperal, as mães francesas locucionaram sobre alertar da constância/regularidade deste fenômeno (SANCHEZ RODRIGUEZ *et al.*, 2020). Um estudo entrevistou 22 mães belgas e detectou as seguintes necessidades maternas: dialogar sobre o tornar-se mãe e possíveis dificuldades deste período, consultoria em amamentação, também explicação quanto às mudanças no padrão do sono (privação de sono) e ajustamento ao novo cotidiano, fortalecimento dos laços de suporte (família, profissionais de saúde – integração de psicólogos e psiquiatras e eventualmente o uso de antidepressivos) objetivando um robusto apoio emocional/psíquico (SLOMIAN *et al.*, 2017).

Em um estudo qualitativo alemão, houve locuções de relutância do recém-nascido à sucção do leite materno, de dificuldades na posição/pega e sentimento de culpa materna pelo uso da mamadeira. De 15 puérperas, 13 optaram pelo AMM, e o duo sobrecarga e sensação de menos valia por carregar mamadeira, água e fórmula infantil recaiu sobre elas (SPANNHAKE *et al.*, 2021).

O vocábulo “exaustão” e a privação de sono, que as puérperas relacionaram com os cuidados com os recém-nascidos e com o AM, também se apresentam associados com as tentativas e o insucesso na amamentação. O ingurgitamento mamário e os traumas mamilares se revelaram ameadados entraves do AM (FEENSTRA *et al.*, 2018; TIRUYE *et al.*, 2018). Dados corroborados por estudos com diferentes populações, como o realizado na Dinamarca com 1.437 puérperas, que 576 atestaram entraves no AM, sendo 222 por ingurgitamento mamário e 212 pelos traumas mamilares (FEENSTRA *et al.*, 2018). Em estudo nepalês com 574 binômios, 371 mães comunicaram ter tido ao menos um entrave no AM em seis meses de puerpério, dentre estes, destacaram o ingurgitamento mamário e os traumas mamilares (DHAREL *et al.*, 2020). Um estudo etíope que reiterou esse dado, com uma amostra de 414 puérperas, 263 experienciaram descorçoadas tentativas na posição/pega/sucção do AM (YILAK *et al.*, 2020).

Nesta investigação, apreenderam-se focos de parco engajamento de profissionais de saúde como facilitadores do AM, frisados também por revisão sistemática que analisou 34 estudos. Os principais resultados apontaram para: a falta de orientação à puérpera acerca da técnica adequada do AM, preocupação de que o leite materno não estava nutrindo o recém-nascido e novamente as intercorrências como o ingurgitamento mamário e os traumas mamilares (KARAÇAM; SAGLIK, 2018).

Em concordância com a vigente investigação, puérperas britânicas afirmaram que a falta de apoio associada à inóspita assistência dos profissionais de saúde ao binômio mãe-bebê gerou tensões durante a gestação, parto e puerpério (AYERS *et al.*, 2019). Um estudo de revisão detectou que, unissonante, puérperas propuseram que os profissionais de saúde se concentrem em aconselhamento e apoio ao AM por todo o ciclo gravídico-puerperal (KARAÇAM; SAGLIK, 2018).

As puérperas irlandesas locucionaram que efetivaram o AM nos primeiros meses de vida dos recém-nascidos graças ao incentivo e apoio recebidos na maternidade e no pós-maternidade. O aconselhamento dos profissionais de saúde viabilizou o sucesso do AM (MURPHY *et al.*, 2022). As puérperas brasileiras locucionaram que a equipe de enfermagem focou em ações educacionais sobre AM, reforçando posição/pega/sucção para o AM no

alojamento conjunto, orientações sobre ordenha do leite materno, orientações sobre a realização de massagem para aldar o ingurgitamento mamário e de banho de sol para os traumas mamilares (DODOU *et al.*, 2017).

Os profissionais de saúde devem posicionar-se como facilitadores do AM, orientando desde o pré-natal os cuidados a serem realizados visando o sucesso da amamentação, bem como orientando quanto aos possíveis entraves e manejos do AM, o que podem gerar sensação de alívio para as puérperas (SPANNHAKE *et al.*, 2021; TANGANHITO; BICK; CHANG, 2020). Ações educacionais sobre AM e seu manejo no ciclo gravídico-puerperal, além de incentivo e apoio dos profissionais de saúde e de grupos de consultoria em amamentação evidenciaram-se estratégias inestimáveis para desenlaces efetivos do AM (KARAÇAM; SAGLIK, 2018; MURPHY *et al.*, 2022; SPANNHAKE *et al.*, 2021).

Um estudo irlandês com 3.205 puérperas observou que, embora estas quisessem realizar o AM, devido à falta de aconselhamento e apoio dos profissionais de saúde, 930 optaram pelo uso exclusivo de fórmula infantil (MURPHY *et al.*, 2022). A origem da via *crucis* da amamentação relatadas pelas participantes da presente investigação, esteve vinculada à maternidade, dados corroborados pelo estudo de Murphy *et al.*, 2022, onde as puérperas revelaram que o incentivo ao AM foi proveniente das consultas de pré-natal, não do período puerperal.

A via *crucis* da amamentação com os supraditos entraves, fez ruir a crença de que o amamentar consiste em um movimento instintivo ou inato da *práxis* da maternidade, adicionando falta de aconselhamento e apoio dos profissionais de saúde, assistiu-se ao esvaecimento do AM (AYERS *et al.*, 2019; FEENSTRA *et al.*, 2018; HUANG *et al.*, 2017; MURPHY *et al.*, 2022; TIRUYE *et al.*, 2018; YILAK *et al.*, 2020).

Essas dificuldades encontradas na amamentação impulsionaram os sofrimentos psíquicos puerperais. Como demonstrou um estudo qualitativo alemão com 15 puérperas, e destas, 13 descreveram padecimento ao se deparar com entraves no AM, o choro manente suavizou este padecimento. Apesar de 10 puérperas negarem sintomatologia depressiva, três descreveram sentimento de tristeza paulatina, sensação de desamparo, sensação de enfraquecimento, etc., e destas, uma recebeu o diagnóstico de depressão puerperal, fez uso de antidepressivos e recebeu tratamento psicoterápico (SPANNHAKE *et al.*, 2021).

Por outra ótica, os sofrimentos psíquicos puerperais podem reverberar negativamente no AM, como em um estudo chinês, onde a sintomatologia depressiva no primeiro mês de puerpério, repercutiu na cessação do AME ou do AMM aos seis meses de puerpério e de

nutrição do recém-nascido apenas por fórmula infantil aos 12 meses de puerpério (SHA *et al.*, 2019).

Uma metanálise com 38 estudos, 32 estudos reportaram fatores de risco para o desenvolvimento de depressão puerperal, citaram-se: dificuldades financeiras, histórico(s) de sofrimento(s) psíquico(s) na mulher ou na família, violência doméstica e os laços de suporte precípeis ou precibilidades nos laços de suporte (companheiros/familiares), o nascimento do recém-nascido do sexo feminino, passagem recente por evento(s) estressante(s) de vida e o abuso de substâncias pelo companheiro (UPADHYAY *et al.*, 2017).

Em conformidade com a presente investigação, os laços de suporte com e sem consanguinidade (amigos e religião/religiosidade/espiritualidade) se incumbiram de abraçar a puérpera no decorrer do ciclo gravídico-puerperal, promovendo o alívio de sofrimentos psíquicos (sintomatologia ansiosa e/ou solidão), a criação de uma atmosfera de aconchego e bem-estar ao binômio mãe-bebê e o revigoramento de forças para *práxis* da maternidade (ASADI; NOROOZI; ALAVI, 2022; ASHABA *et al.*, 2017; CARLIN; ATKINSON; MARLEY, 2019; RECTO; DIMMITT CHAMPION, 2018).

Um estudo qualitativo com 20 adolescentes norte-americanas, sendo que 8 eram gestantes e 12 puérperas, enfatizou que, os familiares foram posicionados primeiramente nos laços de suporte e na sequência, os amigos, sobretudo quando havia precibilidades nos laços de suporte familiar e com os companheiros (RECTO; DIMMITT CHAMPION, 2018).

A religião/religiosidade/espiritualidade agiu como um bálsamo para as tensões da maternidade, as protegendo de sofrimentos psíquicos por todo o ciclo gravídico-puerperal (ASHABA *et al.*, 2017; CARLIN; ATKINSON; MARLEY, 2019).

A *internet* aliou-se às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, elas efetuaram buscas na *internet* sobre entraves e correções do AM (SPANNHAKE *et al.*, 2021) e acerca de sintomatologia depressiva (RECTO; DIMMITT CHAMPION, 2018).

Em coligação com os supramencionados, as puérperas protagonistas relataram aborrecimentos quanto às modificações corporais trazidas pela gestação e pelo período puerperal e/ou puerpério. Uma das questões foi a perda de peso associada ao AM, dado divergente de um estudo nacional, onde essa questão foi vista como aspecto positivo da realização da amamentação (ROCHA *et al.*, 2018). Entretanto, o ganho de peso e as modificações corporais do universo gravídico-puerperal têm sido mais frequentes em estudos pelos vértices de que, para as puérperas iranianas, o ganho de peso e surgimento de flacidez e de estrias foram modificações corporais desagradáveis. E que para retomada do corpo anterior

ao ciclo gravídico-puerperal se submeteram a dieta e prática de exercício físico (ASADI; NOROOZI; AVALI, 2022).

Em um estudo qualitativo australiano puérperas elencaram que: a má alimentação, a falta de exercício físico, roupas que não vestem bem, perecibilidades nos laços de suporte e sintomatologia ansiosa, foram fatores geradores de melancolia e de visão negativa corporal no puerpério (HARTLEY *et al.*, 2021).

Também esteve presente em uma das narrativas das puérperas protagonistas, os hematomas abdominais por tribulações em parto cesáreo. Laceração e episiotomia em parto vaginal, o não funcionamento ou a não espera de ação analgésica por bloqueadores de dor, parto instrumentalizado com uso de fórceps ou de vácuo extrator (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2017), a aplicação de manobra de *Kristeller* (YOUSSEF *et al.*, 2019), anestesia epidural em horário errôneo ou com técnica inapropriada se conchavaram ao vocábulo “traumático” (RODRÍGUEZ-ALMAGRO *et al.*, 2019).

O parto cesáreo de emergência se denotou como tendência à sintomatologia de transtorno de estresse pós-traumático – TEPT (BENTON *et al.*, 2019). Circundam o TEPT, *flashbacks* e evitar de pensar na experiência traumática do nascimento, estado de hipervigilância, desesperança e comportamento autodestrutivo (GRISBROOK *et al.*, 2022; KJERULFF *et al.*, 2021). Em suma, o parto cesáreo de emergência se entrelaçou à sintomatologia depressiva puerperal via TEPT (GRISBROOK *et al.*, 2022).

Atentam-se para a assiduidade do sentimento de medo do mau, de medo presente desde a internação na maternidade, particularmente medo do parto cesáreo. Uma revisão narrativa desvelou que, mulheres que optaram pelo parto cesáreo eletivo, mas foram submetidas a partos normais apresentaram TEPT e depressão puerperal (SORRETINO *et al.*, 2022).

Uma revisão de escopo inquiriu que, as mulheres que experienciaram partos traumáticos encontraram nos laços de suporte (companheiros e/ou amigos) refúgio para processamento e ressignificação do trauma, também na restauração de si próprias (WATSON *et al.*, 2021). Como demonstrado em um estudo francês com 102 gestantes que inquiriu que, partilhar experiências sobre maternidade com os laços de suporte sem consanguinidade (amigos) pode refrear o desenvolvimento de sofrimentos psíquicos no universo gravídico-puerperal (GOUTAUDIER *et al.*, 2019). Os laços de suporte oferecem sensação de segurança e de equilíbrio, auxiliando na efetivação de uma maternidade serena (WATSON *et al.*, 2021).

Um quadro de soturnidade nomeado *blues* puerperal, pós-parto *blues* ou *baby blues* recai sobre a puérpera no ambiente da maternidade. Um estudo longitudinal italiano com 359 mães no terceiro dia de puerpério constatou que, 83 – 23,1% apresentaram *blues* puerperal

(LUCIANO *et al.*, 2021). Uma metanálise de 26 estudos contendo 5.667 puérperas com idades entre 18 a 39 anos, 2.210 puérperas – 39% obtiveram prevalência de *blues* puerperal, sendo que a maior prevalência (2.810 puérperas – 49,6%) foi no continente africano (REZAIKE-KEIKHAIE *et al.*, 2020).

Um estudo croata com a amostra de 112 puérperas atestou que, 25% apresentaram *blues* puerperal e destas, 34,38% apresentaram após o primeiro parto, 16,67% após o segundo parto e não houve *blues* puerperal entre mães com três ou mais filhos (ZIVODER *et al.*, 2019). Um estudo indonésio autenticou que, houve maior incidência de *blues* puerperal entre primíparas do que entre múltiparas (HANDAYANI *et al.*, 2021).

O sinal mais proeminente ao *blues* puerperal é o choro ininterrupto. Um estudo longitudinal norte-americano com puérperas árabes assentiu que, o choro constante e a fadiga puerperal se destacaram no *blues* puerperal, quadro de soturnidade durante o primeiro mês de puerpério. Além de destacar que percibilidades nos laços de suporte (família/amigos/companheiros) e o *blues* puerperal estiveram intimamente ligados à depressão puerperal (ALHASANAT; FRY-McCOMISH; YARANDI, 2017).

Um estudo italiano observou que, histórico de depressão e/ou ansiedade e percibilidades nos laços de suporte com companheiros e/ou familiares, se pronunciaram preditores ao *blues* puerperal. Os autores aventaram que, os profissionais de saúde devem ser capacitados para a detecção/tratamento/acompanhamento do *blues* puerperal, durante o primeiro ano de puerpério, minorando a ascensão à depressão puerperal (LUCIANO *et al.*, 2021).

Destaca-se que, a exaustão materna vinculada aos despertares dos recém-nascido e a privação de sono, influenciaram no surgimento do *blues* puerperal (STANKOVIC; STOJANOV; ANTONIJEVIC, 2019). Para que este seja evitado e/ou atenuado, há a necessidade de fortalecer os laços de suporte, o restabelecimento do sono/descanso e o tratamento psicoterápico de abordagem cognitivo-comportamental (STANKOVIC; STOJANOV; ANTONIJEVIC, 2019).

Em conclave com os sofrimentos psíquicos anteriores, resplandecem indícios de ansiedade puerperal. A ansiedade puerperal representa a recrudescência do TAG, marcada por preocupações desmedidas em vários setores de vida da puérpera por seis meses ou mais e/ou um quadro situacional ansiogênico decorrente da transição para a maternidade (ALI, 2018; JORDAN; MINIKEL, 2019). Os indícios de ansiedade puerperal da investigação vigente se enquadraram aos dispostos em estudos internacionais (ALI, 2018; JORDAN; MINIKEL, 2019;

LADD; DECKER, 2022): preocupações desmedidas em vários setores da vida, irritabilidade, estresse/angústia/sobrecarga de responsabilidades, fadiga e sono não reparador.

Um estudo de coorte canadense com 522 puérperas apurou a prevalência de 12,6% de ansiedade puerperal, onde estresse e percibibilidades nos laços de suporte, em especial com os companheiros, foram os principais preditores (DENNIS *et al.*, 2017). Um estudo transversal chinês com 1.204 puérperas apontou a prevalência de sintomatologia ansiosa puerperal em 15,2%, a fadiga e sintomas de depressão puerperal se conferiram preditores da ansiedade puerperal (LIU *et al.*, 2020). A satisfação com o parto e laços de suporte foram protetores da sintomatologia ansiosa puerperal (LIU *et al.*, 2020), enquanto que ser submetida ao parto cesáreo e AMM ou utilização de fórmula infantil se conferiram preditores da ansiedade puerperal (ABULAITI *et al.*, 2022).

Nas narrativas das puérperas protagonistas, têm-se indícios de estarem experimentando crises de ansiedade e/ou de pânico. Frutos de sintomas físicos aflitivos que se comungam nestes dois sofrimentos psíquicos, como dor precordial, taquicardia e dispneia. Mesclam-se às suspeitas os relatos de choros persistentes, tremores, palidez, sensação de enfraquecimento, sudorese, formigamentos, náuseas e diminuição do apetite.

Estudos internacionais clarificaram que, a matriz de uma crise de pânico (indícios de TP) se localizou na recrudescência da ansiedade (ALI *et al.*, 2018; GAUTAM *et al.*, 2017). Além de enfatizarem os sintomas físicos aflitivos comuns de ocorrer em uma crise de pânico: dor precordial, taquicardia, dispneia, choros persistentes, tremores, sudorese, formigamentos, náuseas, sensação de enfraquecimento e medos desproporcionais, inclusive medo iminente de morte e/ou morrer (ALI *et al.*, 2018; BECK, 2021; GAUTAM *et al.*, 2017), corroborados pelas participantes deste estudo.

Uma revisão narrativa alertou que, o universo puerperal pode configurar como indutor de sintomas físicos aflitivos em mulheres com ou sem histórico de TP. Os autores valorizaram a participação de profissionais de saúde na capacitação para detecção/tratamento da ansiedade puerperal (ALI *et al.*, 2018).

Como medidas para a ansiedade puerperal e para a derivação – TP, os ISRSs – sertralina e paroxetina têm sido ideais devido baixas transferências ao leite materno, em associação com o tratamento psicoterápico de abordagem cognitivo-comportamental, estas medidas são apontadas como primeira linha de escolha (JORDAN; MINIKEL, 2019; ZAPPAS; BECKER; WALTON – MOSS, 2021). Um estudo indonésio frisou o coprotagonismo dos laços de suporte no enfrentamento da ansiedade puerperal (MARCELINA; RACHMAWATI; KURNIAWATI, 2020).

Mediante as narrativas das puérperas protagonistas, têm-se suspeitas de estarem experimentando indícios de depressão puerperal. Frutos de amargos sintomas como, diminuição do apetite, esgotamento de energia, falta de sono reparador, afastamento social, sentimento de menos valia, restrição de laços entre mãe e bebê, misturam-se a choros incessantes e consternação com o ser mãe.

Um estudo malásio com 387 puérperas averiguou que, 308 delas experimentaram sintomatologia depressiva puerperal (WAN MOHAMED RADZI; SALARZADEH JENATABADI; SAMSUDIN, 2021). Um *pool* de estudos internacionais grifou a amarga sintomatologia da depressão puerperal: diminuição do apetite ocasionando perda de peso não intencional e por este motivo; aborrecimento com a autoimagem corporal; esgotamento de energia pela autocobrança e sobrecarga de responsabilidades; choros incessantes; afastamento social; falta de sono reparador; sentimentos de consternação/inabilidade/fracasso maternal; restrição de laços entre mãe e bebê e pretensão de morte – ideiação suicida (ATUHAIRE *et al.*, 2021; JOHANSSON; BENDERIX; SVENSSON, 2020; KROSKA; STOWE, 2020; RECTO; DIMMITT CHAMPION, 2018; REID *et al.*, 2022; SCHMIED *et al.*, 2017).

Por outra vertente, uma revisão sistemática de 13 estudos qualitativos, inferiu que houve cerceamento/silenciamento dos sofrimentos psíquicos no universo gravídico-puerperal por medo da sentença – “fracasso maternal”, vinda de uma sociedade crente que, o “sucesso maternal” reside na demonstração perene de alegria com o “tornar-se mãe” (McCARTHY; HOUGHTON; MATVIENKO-SIKAR, 2021). O medo desta sentença – “fracasso maternal” obstaculiza a busca por ajuda/apoio (McCARTHY; HOUGHTON; MATVIENKO-SIKAR, 2021).

O estudo qualitativo com 8 gestantes e 12 puérperas norte-americanas apontou que, houve o comprometimento no reconhecimento de sintomatologias de sofrimento(s) psíquico(s) no universo gravídico-puerperal por sobrecarga de responsabilidades e o silenciamento destas por medo de julgamentos e críticas (RECTO; DIMMITT CHAMPION, 2018).

Uma revisão sistemática qualitativa adicionou que, puérperas que experimentaram algum(uns) sofrimento(s) psíquico(s) buscaram ajuda/apoio *online*, o que permitiu exposição de sintomatologias, sem medo de julgamentos ou críticas e atmosfera de acolhimento/pertencimento/bem-estar (MOORE; DREY; AYERS, 2019).

Estudos apontam preditores para o desenvolvimento da depressão puerperal: idade materna, tanto acima dos 35 anos (KROSKA; STOWE, 2020) quanto abaixo dos 26 anos (DENNIS *et al.*, 2018; NAKANO *et al.*, 2020). Associados também, ao *blues*, a fadiga, a ansiedade puerperal, a via *crucis* da amamentação, o sentimento de menos valia e

percebibilidades nos laços de suporte também são elencados como preditores (DENNIS *et al.*, 2018; KOUTRA *et al.*, 2018; KROSKA; STOWE, 2020; LIU *et al.*, 2020; NAKANO *et al.*, 2020). Não foram observadas relação entre: o número de filhos, a etnia, a escolaridade da mulher e a sintomatologia depressiva puerperal (HAIROL *et al.*, 2021).

A maior frequência da depressão puerperal ocorre entre o primeiro e o terceiro mês de puerpério, variando entre 16,8% e 5,1% respectivamente (HAIROL *et al.*, 2021; NAKANO *et al.*, 2020). Essa variação pode estar relacionada ao tipo de estudo e aos instrumentos de medição utilizados (RUSLAN *et al.*, 2022).

Outros sofrimentos psíquicos puerperais contidos na investigação vigente, estão a ALNS e a procura de acalento emocional na alimentação, flexionando para os indicativos de transtorno de TCAP (grande ingesta alimentar em até duas horas).

O comportamento de ALNS foi corroborado por um estudo qualitativo ugandês, empregado como forma de breçar a ideação suicida no período puerperal (ATUHAIRE *et al.*, 2021). Pensamentos de ALNS também foram observados em 10,4% de 6.558 puérperas canadenses, em que estes cingiram-se à sintomatologia depressiva puerperal e de ansiedade generalizada (PALLADINO *et al.*, 2020).

Não se avistaram estudos relacionando ALNS e o TCAP no período puerperal. Entretanto, em relação ao TCAP no universo gravídico-puerperal, um estudo coorte brasileiro com 1.958 mulheres diagnosticadas com diabetes gestacional demonstrou a prevalência de 31,6% gestantes e 30% de puérperas com este transtorno (SILVANI *et al.*, 2020).

Para findar os sofrimentos psíquicos, têm-se indicativos de transtorno obsessivo-compulsivo puerperal, que consistem em pensamentos ou imagens intrusivas e espontâneas (obsessão) seguidas de rituais, mentais ou físicos, para alívio da obsessão (HUDEPOHL; MacLEAN; OSBORNE, 2022).

No universo gravídico-puerperal, houve o brotamento de pensamentos obsessivos geradores de ansiedade, e para o alívio da ansiedade, os comportamentos compulsivos entraram em cena (ALI, 2018). Observou-se o duo – pensamentos obsessivos relacionados à contaminação (microrganismos) e comportamentos compulsivos como, lavagem de mãos e de limpeza, para combatê-los; (ALI, 2018).

Ainda, as narrativas das puérperas protagonistas impressionaram pela solidez de pensamentos intrusivos de morte/morrer e/ou de ideação suicida. Um estudo transversal com 358 puérperas brasileiras identificou que, 154 apresentaram depressão puerperal e 37 externaram ideação suicida (FAISAL-CURY; LEVY; MATIJASEVICH, 2021).

Mesmo entre mulheres sem sintomas de depressão puerperal, a ideação suicida pode estar presente. Como observado em estudo qualitativo realizado com 30 puérperas com histórico de tratamento para depressão puerperal em Uganda, a ideação suicida esteve presente nos pensamentos, e para algumas houve tentativa de suicídio (ATUHAIRE *et al.*, 2021). Como óbices para ideação suicida e/ou na superação de sintomas depressivos citaram: reflexões sobre a candura da infância, de deixar os filhos órfãos de mãe, chorar, assistir televisão, terminar relações conjugais, sintonizar com a religião/religiosidade/espiritualidade e buscar aconselhamento/apoio dos profissionais de saúde (ATUHAIRE *et al.*, 2021).

Dados semelhantes aos encontrados em estudo com 213 chinesas no período gravídico-puerperal que verificou que, houve mais ideação suicida no puerpério (25) do que no pré-natal (11). As razões para o panorama acima tendem a se relacionar com o surgimento dos vocábulos “exaustão”, “desesperança” e “desamparo”, pela sobrecarga de responsabilidades ao cuidar do recém-nascido e pela multiplicidade de tarefas diárias (SHI *et al.*, 2018).

A matriz do transtorno-obsessivo compulsivo se localizou na ansiedade, assim a terapêutica indicada foi similar aos apresentados anteriormente para tratamento de ansiedade, sendo o tratamento psicoterápico de abordagem cognitivo-comportamental indicado aos casos mais brandos (BRASIL, 2022). Já para os casos moderados e severos o uso da psicoterapia deve ser associado à prescrição dos ISRSs – sertralina, fluoxetina, fluvoxamina, citalopram e paroxetina (HUDEPOHL; MacLEAN; OSBORNE, 2022; ZUGAIB *et al.*, 2020), evitando a fluoxetina enquanto em AM (STANKOVIC; STOJANOV; ANTONIJEVIC, 2019).

Apesar de poucas participantes usarem psicofármacos, o medicamento de escolha foi o cloridrato de sertralina. Os antidepressivos – inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs), classe farmacológica de primeira linha para TAG, TP, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) em gestantes (McALLISTER-WILLIAMS *et al.*, 2017). Dos ISRSs, a sertralina se elegeu como tratamento farmacológico ideal (BRASIL, 2022; McALLISTER-WILLIAMS *et al.*, 2017). Além de que a sertralina (primeira opção) e a paroxetina (segunda opção) também são consideradas seguras para o uso durante a amamentação devido baixas transferências para o leite materno (BRASIL, 2022; JORDAN; MINIKEL, 2019; McALLISTER-WILLIAMS *et al.*, 2017; STANKOVIC; STOJANOV; ANTONIJEVIC, 2019; STEWART; VIGOD, 2019; ZUGAIB *et al.*, 2020). E a preocupação apresentada pelas puérperas participantes deste estudo quando ao uso da medicação e interferências/prejuízos no AM, poderiam ser sanadas ou pelo menos minimizadas com educação em saúde no universo gravídico-puerperal.

Entre as três puérperas que usavam sertralina, houve o desejo de cessar o uso devido ao aumento de apetite/ganho de peso. No entanto, não houve relação entre o uso deste psicofármaco e o ganho de peso (RICARDO-SILGADO *et al.*, 2022), e os principais eventos adversos relatados são: perda de apetite, náusea/vômito e diarreia (BRASIL, 2022; KARROURI *et al.*, 2021).

No tocante ao risco de depressão puerperal e de uso de antidepressivos, em um estudo retrospectivo (2012-2014) norte-americano, que avaliou 75.528 puérperas, observou que 41,7% fez uso de métodos anticoncepcionais hormonais em doze meses de puerpério (ROBERTS; HANSEN, 2017). O estudo norte-americano reiterou que, a depender da escolha do método anticoncepcional hormonal se amplificaram os riscos para depressão puerperal e uso de antidepressivos (ROBERTS; HANSEN, 2017).

O método anticoncepcional hormonal oral de progestógenos se elegeu ideal a nutrízes por não prejudicar o AM, sendo implementado na sexta semana de puerpério (ZUBAIB *et al.*, 2020). Uma revisão sistemática de 26 estudos, sinalizou que, o uso deste tipo de anticoncepcional hormonal conectou-se à redução do uso de antidepressivos no puerpério (TI; CURTIS, 2019).

Os achados servem de alerta aos profissionais de saúde, para o redobramento da atenção à saúde psíquica no ciclo gravídico-puerperal e autentica o *déficit* da rede de suporte para esta população (SHI *et al.*, 2018). Este achado alinhou-se ao estudo transversal brasileiro com a amostra de 358 puérperas, onde os profissionais de saúde brasileiros resvalaram na detecção e tratamento da depressão puerperal e da ideação suicida por penúria de preparação/atualização do manejo e terapêutica oportunos (FAISAL-CURY; LEVY; MATIJASEVICH, 2021).

E a última categoria deste estudo, ***Tons de violência***, tem o intento de esclarecer que, embora a violência contra a mulher não tenha sido objetivo desta investigação, esta se infiltra e se dissipa com tirania pelas narrativas das puérperas protagonistas. De modo súbito, golpeia e assusta àquelas que se defrontam com ela. Isto posto, enxergaram-se duas vertentes: *a) violência contra a mulher ocorrendo no lar, envolvendo laços de suporte precíbeis ou precibidades em laços de suporte; b) violência contra a mulher nos espaços de saúde.*

Na investigação em vigor, as figuras masculinas (ex-companheiros e/ou pai) conectaram-se aos casos de violência contra a mulher, sendo corroborado por um estudo com 414 puérperas etíopes que averiguou que 31,4% dos relatos de violência, esta era provocada por parceiro íntimo (VPPI), sendo que 104 evidenciaram os insultos e 71 evidenciaram os espancamentos (DIRIRSA *et al.*, 2022). E por outro estudo etíope, de abordagem qualitativa, realizado com 22 mulheres, sendo que 16 delas experienciaram VPPI no ciclo gravídico-

puerperal, destacando os insultos, xingamentos e humilhações, chegando a espancamentos, chutes, socos, empurrões e estrangulamento. Além de serem vítimas de chacotas proferidas por sogros e/ou amigos (ABOTA; GASHE; KABETA, 2021).

Ser vítima de violência no lar, associado ao histórico de depressão puerperal e precariedades nos laços de suporte (com os companheiros) configuraram-se predispositores de sintomas de depressão puerperal (ADAMU; ADINEW, 2018). Como demonstrou um estudo com 497 puérperas bengalesas que, 58,6% já havia experienciado violência física e/ou psicológica/emocional no lar proferidas por companheiros e/ou sogros e que se computou a prevalência de depressão puerperal em 34% (TASNIM *et al.*, 2021).

Aglutinam-se aos indícios da violência no lar no universo gravídico-puerperal: a deterioração do sono, o trauma psicológico/emocional, sintomatologia depressiva puerperal, não realização do AM e a ideação/tentativa de suicídio (ABOTA; GASHE; KABETA, 2021; CHAVES *et al.*, 2019).

A fim de amenizar as repercussões da violência no lar no ciclo gravídico-puerperal mencionaram-se: capacitação/treinamento profissional para a detecção do duo – violência no lar e brotamento de sintomas depressivos, intervenções sociais promovidas por autoridades de saúde visando o controle e a prevenção deste tipo de violência e o estabelecimento de uma rede multiprofissional para o suporte às vítimas (ADAMU; ADINEW, 2018; DIRIRSA *et al.*, 2022; ISLAM *et al.*, 2017; McCAULEY *et al.*, 2017).

Nos espaços de saúde, em especial, na maternidade, têm-se falas prescindíveis carregadas de julgamentos e/ou cuidados rudes e/ou cuidados ínfimos dirigidos às mulheres e seus familiares/acompanhantes. Também se observa culpabilização e/ou delegação de responsabilidade a mulher por possíveis complicações no desenrolar do trabalho de parto. Dados também observados em um estudo transversal com 512 puérperas mexicanas, onde 29% relataram violência no trabalho de parto, com berros, insultos, falas com tom pejorativo, desatenção aos relatos de dor e/ou gestos de desaprovação/negativa de auxílio no primeiro banho após o trabalho de parto, além de culpabilização e/ou delegação de responsabilidade a mãe por tribulações à saúde do recém-nascido (SANTIAGO *et al.*, 2018). E corroborados por um estudo russo, com 611 puérperas, em que 4,4% experienciaram constrangimentos durante o trabalho de parto, 3,1% foram submetidas à manobra de *Kristeller* e 3,1% não receberam assistência para alívio de dor no trabalho de parto (YAKUPOVA; SUAREZ, 2022).

Um estudo transversal nacional com 10.468 puérperas identificou, relação da violência contra a mulher nas maternidades brasileiras e a prevalência de depressão puerperal, elencou-se como preditores: violência física – contida no exagero do exame de toque vaginal; ação de

ferir, empurrar e/ou amarrar a parturiente; violência por negligência – contida na negativa de alívio de dor, de auxílio/assistência e de explicação de procedimento; violência verbal – contida em gritos e falas com tom pejorativo direcionadas à parturiente. Ressalvou-se como fator protetivo à depressão puerperal, a presença do acompanhante no trabalho de parto (SOUZA; RATTNER; GUBERT, 2017).

Cunhou-se a terminologia *tokophobia* para se referir ao medo desproporcional do parir (JOMEEN *et al.*, 2021). Um estudo libanês que revisou 122 artigos, apontou que, a sintomatologia ansiosa e/ou depressiva na gestação e o histórico de depressão e de ansiedade se atrelaram à *tokophobia*, que também foi associada às mulheres que experienciaram partos cesáreos de emergência e/ou partos instrumentalizados ou que tiveram laceração perineal ou foram submetidas à episiotomia (BADAOU; KASSM; NAJA, 2019).

Conectou-se à *tokophobia*, o medo de que algo mau venha a se cumprir com ela e com o recém-nascido na gestação, parto e puerpério (RAMALINGAPPA; GOWDA; SRINIVASAMURTHY, 2022). Preocupações de equívocos nos cuidados à saúde e ao bem-estar dos recém-nascidos inundaram os pensamentos maternos, se estariam garantindo aportes apropriados de sono e de amamentação, além de preocupações com adoecimentos na infância (WILSKA *et al.*, 2021).

As situações de violência apontadas nos estudos preditos corroboraram com situações de violência nos espaços de saúde, em especial, na maternidade de referência utilizada pelas mulheres que participaram desta investigação. Ainda no presente estudo, estas situações põem em xeque, na opinião das mulheres, a qualidade da assistência disponibilizadas pelos profissionais do SUS.

Em nível nacional, viabilizaram-se estratégias contundentes para a contenção da violência contra a mulher nos espaços de saúde com a sensibilização/conscientização profissional e da sociedade sobre a manifestação da violência nestes locais. Além disso, proporcionar ao profissional, o estabelecimento de um ambiente institucional para reflexão acerca da violência contra a mulher, sublinhando práticas de obstetrícia baseadas em evidências científicas, e consequentemente, qualificando o SUS (MENEZEZ *et al.*, 2021).

Como limitação deste estudo, o mesmo cumpriu-se em um município de pequeno porte e em um único serviço de saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referencial metodológico da **Análise de Narrativa** permitiu que a investigadora submergisse no universo de narrativas com sofrimentos psíquicos puerperais, esta submersão possibilitou: o escutar e o retransmitir ao insípido papel – a comoção e a magnitude de tais narrativas. No desenrolar da coleta dos dados simultaneamente às análises, norteou-se pela bússola do referencial teórico do **Interacionismo Simbólico** que tutelou e amplificou – interpretações e significados dos sofrimentos psíquicos puerperais.

Esta investigação desvelou a crença popular que, o ingresso no período puerperal transcorre de maneira espontânea e instintiva. Ao ingressar no período puerperal, a mulher se depara com a realidade, substituindo idealizações por fatos e/ou imagens reais do “tornar-se mãe” e/ou da transição para a maternidade.

Fatos e/ou imagens reais que contemplam, o **Cansaço inexorável na práxis da maternidade**, onde a mulher se depara com o vocábulo “exaustão” devido sobrecarga de responsabilidades (cuidar do recém-nascido/filhos, tarefas dentro e fora do domicílio, etc.). **Devoção aos cuidados do recém-nascido**, onde a mulher se devota supremamente às demandas dos recém-nascidos, abdicando de hábitos relativos ao bem-estar e cuidados direcionado a si próprias. **Intempéries corporais no período puerperal e o autocuidado à míngua**, trazidos pelos aborrecimentos quanto às modificações corporais ocasionadas pela gestação e pelo período puerperal. A **Via crucis da amamentação**, em que a mulher se depara com descorçoadas tentativas na posição/pega/sucção do AM e com os entraves, como o ingurgitamento mamário e os traumas mamilares, oportunizando o AMM. Além do parco engajamento de profissionais de saúde quanto a serem facilitadores do AM.

No entanto, descortinam-se **diversificados laços de suporte**, cujos apoiadores com consanguinidade constituem: mães, companheiros e/ou outros familiares e os apoiadores sem consanguinidade constituem: amigos, religião/religiosidade/espiritualidade e a *internet*. Os sopros de afabilidade (substancialmente quanto ao AM) provém do CEAM e do grupo (nome fictício) “*Here Comes The Sun*” de consultoria em amamentação que oferecem orientações do AM e conversas acolhedoras que içam o otimismo no período puerperal.

Em contrapartida, houve a denominação – **o terror do “cuco-cuco” do relógio** referindo-se principalmente aos “cuco-cucos” noturnos em razão de repetidas noites em claro e/ou de sucessivos despertares *au chant du coq*. Conjugando o AM, o fenômeno da fadiga puerperal ou *burnout* materno e/ou outros sofrimentos psíquicos puerperais.

Ao ingressar no universo puerperal, há a susceptibilidade feminina ao **blues puerperal** com presença de choro ininterrupto e sem causa(s) aparente(s). O **fenômeno da fadiga**

puerperal e/ ou *burnout* materno com caudalosa privação de sono, concatenando-se aos **laços de suporte perecíveis ou pericibilidades nos laços de suporte** e com a **Via *crucis* da amamentação**. A **ansiedade puerperal** com preocupações desmedidas em vários setores de vida da puérpera e a sua recrudescência, a crise de pânico e/ou indicativos de **transtorno de pânico – TP**, promovendo sintomas físicos aflitivos sistêmicos, inclusive medo iminente de morte e/ou morrer. A **depressão puerperal** que promove amargos sintomas sistêmicos como: os choros incessantes, consternação com o ser mãe, a falta de sono reparador e a solidão. Em movimento antagônico à **autolesão não suicida (ALNS)**, procura-se acalento emocional na alimentação, flexionando para o **transtorno de compulsão alimentar periódica – TCAP**, que consiste em grande ingesta alimentar em até duas horas. E o **transtorno obsessivo-compulsivo puerperal**, em que uma vertente se direcionou ao **medo do mau e pensamentos intrusivos de morte/morrer**, e a outra, **obsessões relacionadas à contaminação**, e que para alívio destas, manifestam-se **comportamentos compulsivos relacionados à esterilização**.

Há susceptibilidade feminina à **violência no lar**, notaram-se violência moral/psicológica/emocional e a física propagando em lares. E susceptibilidade feminina à **violência nos espaços de saúde**, detectaram-se falas prescindíveis carregadas de julgamentos e/ou cuidados rudes e/ou cuidados ínfimos dirigidos a elas e aos familiares. Também se observa culpabilização e/ou delegação de responsabilidade à mulher por possíveis complicações no desenrolar do trabalho de parto, culminando na **difusão de sofrimentos psíquicos puerperais**.

Tratamento de primeira linha para os sofrimentos psíquicos no universo puerperal: tratamento psicoterápico de abordagem cognitivo-comportamental em alinhamento aos Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina – Sertralina e Paroxetina, que se compatibilizam com o universo gravídico-puerperal e o AME.

Esperança-se o nascer de estudos envolvendo o(s) sofrimento(s) psíquico(s) puerperal(ais) e as mulheres que vivenciaram gestações de alto risco.

7. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Explicamos às implicações para a enfermagem:

- i. No universo puerperal, os profissionais de saúde devem se concentrar no apoio, aconselhamento e serem facilitadores do AM, buscando ações de atenuação da **Via crucial da amamentação e dos seus entraves**. Esclarecer a puérpera e seus laços de suporte que, “tornar-se mãe” pede tentativas de reestabelecimento do sono/descanso.
- ii. Preparo e atualização dos profissionais da saúde para a detecção/tratamento/acompanhamento dos sofrimentos psíquicos no período puerperal. Os profissionais de saúde devem buscar gerar uma rede de suporte psíquica puerperal.
- iii. Capacitação e treinamento dos profissionais da saúde para a detecção do duo – violência no lar e de sintomatologia depressiva na gestante e/ou puérpera. Intervenções sociais promovidas por autoridades de saúde visando à prevenção da violência no lar e o estabelecimento de uma rede multiprofissional para o suporte a vítimas de violência no lar.
- iv. Em nível nacional, estratégias para a contenção da violência contra a mulher nos espaços de saúde: a) sensibilização/conscientização profissional e da sociedade sobre a manifestação da violência nestes locais; b) ao profissional, o estabelecimento de um ambiente institucional para reflexão acerca da violência contra a mulher, sublinhando práticas de obstetrícia baseadas em evidências científicas, e consequentemente, qualificando o SUS.



Há 30 anos, a mala maternidade,
nas lentes de uma *Kodak*.

Acervo pessoal.

REFERÊNCIAS

Referências

- ABOTA, T.L.; GASHE, F.E.; KABETA, N.D. Postpartum women's lived experiences of perinatal intimate partner violence in Wolaita zone, Southern Ethiopia: a phenomenological study approach. **International Journal of Women's Health**, v. 13, p. 1103–1114, 2021. DOI: 10.2147/IJWH.S332545. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S332545>. Acesso em: 22 jan. 2023.
- ABULAITI, A. *et al.* Analysis of the incidence and influencing factors of postpartum depression and anxiety: A cross-sectional study in Xinjiang from 2018 to 2021. **Journal of Affective Disorders**, v. 302, p. 15-24, 2022. DOI: 10.1016/j.jad.2022.01.069. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.069>. Acesso em: 22 jan. 2023.
- ADAMU, A.F.; ADINEW, Y.M. Domestic violence as a risk factor for postpartum depression among ethiopian women: facility based study. **Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health**, v. 14, p. 109–119, 2018. DOI: 10.2174/1745017901814010109. Disponível em: <https://doi.org/10.2174/1745017901814010109>. Acesso em: 22 jan. 2023.
- ADAMY, E.K.; ZOCHE, D.A.A.; ALMEIDA, M.A. Contribuição do processo de enfermagem para construção identitária dos profissionais de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, n. esp., p. 01-08, 2020. DOI: 10.1590/1983-1447.2020.20190143. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190143>. Acesso em: 20 jan. 2023.
- AHMED, A.; BOWEN, A.; FENG, C.X. Maternal depression in Syrian refugee women recently moved to Canada: a preliminary study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 240, p. 1-11, 2017. DOI: 10.1186/s12884-017-1433-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1433-2>. Acesso em: 20 jan. 2023.
- ALHASANAT, D.; FRY-McCOMISH, J.; YARANDI, H.N. Risk for postpartum depression among immigrant Arabic women in the United States: a feasibility study. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 62, n. 4, p. 470–476, 2017. DOI: 10.1111/jmwh.12617. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12617>. Acesso em: 22 jan. 2023.
- ALI, E. Women's experiences with postpartum anxiety disorders: a narrative literature review. **International Journal of Women's Health**, v. 10, p. 237–249, 2018. DOI: 10.2147/IJWH.S158621. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S158621>. Acesso em: 19 jan. 2023.
- ASADI, M.; NOROOZI, M.; ALAVI, M. Identifying women's needs to adjust to postpartum changes: a qualitative study in Iran. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 22, n. 115, p. 1-10, 2022. DOI: 10.1186/s12884-022-04459-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04459-8>. Acesso em: 21 jan. 2023.
- ASHABA, S. *et al.* Understanding coping strategies during pregnancy and the postpartum period: a qualitative study of women living with HIV in rural Uganda. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 138, p. 1-10, 2017. DOI: 10.1186/s12884-017-1321-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1321-9>. Acesso em: 21 jan. 2023.

ATUHAIRE, C. *et al.* Lived experiences of Ugandan women who had recovered from a clinical diagnosis of postpartum depression: a phenomenological study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 21, n. 826, p. 1-16, 2021. DOI: 10.1186/s12884-021-04287-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04287-2>. Acesso em: 21 jan. 2023.

AYERS, S. *et al.* What are women stressed about after birth? **Birth: Issues in Perinatal Care**, v. 46, n. 4, p. 678-685, 2019. DOI: 10.1111/birt.12455. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/birt.12455>. Acesso em 20 jan. 2023.

BADAOU, A.; KASSM, S.A.; NAJA, W. Fear and anxiety disorders related to childbirth: epidemiological and therapeutic issues. **Current Psychiatry Reports**, v. 21, n. 4, p. 1-14, 2019. DOI: 10.1007/s11920-019-1010-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1010-7>. Acesso em: 21 jan. 2023.

BADR, H.A.; ZAUSZNIIEWSKI, J.A. Meta-analysis of the predictive factors of postpartum fatigue. **Applied Nursing Research**, v. 36, p. 122-127, 2017. DOI: 10.1016/j.apnr.2017.06.010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.06.010>. Acesso em: 21 jan. 2023.

BARATIERI, T.; NATAL, S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4227-4238, 2019. DOI: 10.1590/1413-812320182411.28112017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.28112017>. Acesso em: 19 jan. 2023.

BARBER, G.A.; SHENASSA, E.D. Smoking status: A tacit screen for postpartum depression in primary care settings. **Journal of Affective Disorders**, v. 295, p. 1243-1250, 2021. DOI: 10.1016/j.jad.2021.09.033. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.033>. Acesso em: 19 jan. 2023.

BECK, C.T. Postpartum onset of panic disorder: A metaphor analysis. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 35, n. 4, p. 369-374, 2021. DOI: 10.1016/j.apnu.2021.05.004. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.05.004>. Acesso em: 22 jan. 2023.

BENTON, M. *et al.* Women's psychosocial outcomes following an emergency caesarean section: A systematic literature review. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 19, n. 535, p. 1-24, 2019. DOI: 10.1186/s12884-019-2687-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2687-7>. Acesso em: 21 jan. 2023.

BLUMER, H. **A natureza do interacionismo simbólico**. In: MORTENSEN, C.D. Teoria da comunicação: textos básicos. 1. ed. São Paulo: Mosaico, 1980. 496p.

BONDOC, E.N.; MARINESCU, I.; MARINESCU, D. Psychological and biological markers of the suicidal behavior in post-partum depressive disorder. **Current Health Sciences Journal**, v. 45, n. 2, p. 210-217, 2019. DOI: 10.12865/CHSJ.45.02.13. Disponível em: <https://doi.org/10.12865/CHSJ.45.02.13>. Acesso em: 19 jan. 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota técnica nº 04/2020 - GVIMS/GGTES/ANVISA, de 9 de setembro de 2021**. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/covid-19-orientacoes-da-anvisa-para-servicos-de-saude/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede da Cegonha. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 19 jan. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 19 jan. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União: seção 1, [Brasília], edição 98, p. 44, 07 de abril de 2016. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581. Acesso em: 19 jan. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. [Brasília]: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/amamentacao-e-uso-de-medicamentos/>. Acesso em: 17 jan. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Gestão de Alto Risco**. [Brasília]: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/>. Acesso em: 19 jan. 2023.

CAMPBELL, K.A.; HART, C. Presenting the good mother: experiences of Canadian adolescent mothers living in rural communities. **The Qualitative Report**, v. 24, n. 7, p. 1681-1702, 2019. DOI: 10.46743/2160-3715/2019.3704. Disponível em: <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2019.3704>. Acesso em: 20 jan. 2023.

CARLIN, E.; ATKINSON, D.; MARLEY, J.V. 'Having a quiet word': yarning with aboriginal women in the Pilbara Region of Western Australia about mental health and mental health screening during the perinatal period. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 21, p. 1-11, 2019. DOI: 10.3390/ijerph16214253. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16214253>. Acesso em: 21 jan. 2023.

CARTER, M.J.; FULLER, C. Symbols, meaning, and action: the past, present, and future of symbolic interactionism. **Current Sociology**, v. 64, n. 6, p. 931-961, 2016. DOI: 10.1177/0011392116638396. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0011392116638396>. Acesso em: 20 jan. 2023.

CARVALHO, V.D.; BORGES, L.O.; RÊGO, D.P. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. 1, p. 146-161, 2010. DOI: 10.1590/S1414-98932010000100011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000100011>. Acesso em: 20 jan. 2023.

CASTELLANOS, M.E.P. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1065-1076, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014194.12052013.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.12052013>. Acesso em: 20 jan. 2023.

CHARON, J.M. **Symbolic Interactionism**: an introduction, an interpretation, an integration. 3. ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1989. 205p.

CHAVES, K. *et al.* Intimate partner violence identified through routine antenatal screening and maternal and perinatal health outcomes. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 19, n. 357, p. 1-10, 2019. DOI: 10.1186/s12884-019-2527-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2527-9>. Acesso em: 22 jan. 2023.

COSTA, D.O. *et al.* Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 691-700, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018233.27772015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.27772015>. Acesso em: 19 jan. 2023.

DENNIS, C.L. *et al.* Determinants of comorbid depression and anxiety postnatally: A longitudinal cohort study of Chinese-Canadian women. **Journal of Affective Disorders**, v. 227, p. 24-30, 2018. DOI 10.1016/j.jad.2017.09.033. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.033>. Acesso em: 19 jan. 2023.

DENNIS, C.L. *et al.* Identifying women at risk for sustained postpartum anxiety. **Journal of Affective Disorders**, v. 213, p. 131-137, 2017. DOI: 10.1016/j.jad.2017.02.013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.013>. Acesso em: 22 jan. 2023.

DHAREL, D. *et al.* Breastfeeding practices within the first six months of age in mid-western and eastern regions of Nepal: a health facility-based cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 20, n. 59, p. 1-9, 2020. DOI: 10.1186/s12884-020-2754-0. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2754-0>. Acesso em: 21 jan. 2023.

DIRIRSA, D.E. *et al.* Intimate partner violence in the postpartum period and its associated factors among women attending a postnatal clinic in Central Ethiopia. **SAGE Open Medicine**, v. 10, p. 1-9, 2022. DOI: 10.1177/20503121221100136. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/20503121221100136>. Acesso em: 22 jan. 2023.

DODOU, H.D. *et al.* A prática educativa realizada pela enfermagem no puerpério: representações sociais de puérperas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1320-1328, 2017. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0136. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0136>. Acesso em: 21 jan. 2023.

DOMINGUES, R.M.S.M. *et al.* Utilização de serviços de saúde ambulatoriais no pós-parto por puérperas e recém-nascidos: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. 01-17, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00119519. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00119519>. Acesso em: 19 jan. 2023.

ENNES, M.A. Interacionismo simbólico: contribuições para se pensar os processos identitários. **Perspectivas: Revista de Ciências Sociais**, v. 43, p. 63-81, 2013. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/5956>. Acesso em: 20 jan. 2023.

FAISAL-CURY, A.; LEVY, R.B.; MATIJASEVICH, A. The relationship between mother-child bonding impairment and suicidal ideation in São Paulo, Brazil. **Maternal and Child Health Journal**, v. 25, n. 5, p. 706-714, 2021. DOI: 10.1007/s10995-020-03024-z. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03024-z>. Acesso em: 19 jan. 2023.

FAN, Q. *et al.* Prevalence and risk factors for postpartum depression in Sri Lanka: a population-based study. **Asian Journal of Psychiatric**, v. 47, p. 01-06, 2020. DOI: 10.1016/j.ajp.2019.101855. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101855>. Acesso em: 19 jan. 2023.

FEENSTRA, M.M. *et al.* Early breastfeeding problems: A mixed method study of mothers' experiences. **Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives**, v. 16, p. 167-174, 2018. DOI: 10.1016/j.srhc.2018.04.003. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.04.003>. Acesso em: 21 jan. 2023.

FELISBINO-MENDES, M.S. *et al.* O uso de analgesia farmacológica influencia no desfecho de parto? **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 5, p. 458-465, 2017. DOI: 10.1590/1982-0194201700067. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700067>. Acesso em: 21 jan. 2023.

FRIEDMAN, S.H.; PRAKASH, C.; NAGLE-YANG, S. Protecting mother and infant: urgent identification and treatment are needed to prevent potentially fatal consequences. **Current Psychiatry**, v. 18, n. 4, p. 13-21, 2019. Disponível em: <https://www.mdedge.com/psychiatry/article/197703/schizophrenia-other-psychotic-disorders/postpartum-psychosis-protecting>. Acesso em: 19 jan. 2023.

GAI, T.T. *et al.* Analysis of status quo and research progress in nursing of postpartum fatigue: a literature review. **Frontiers of Nursing**, v. 7, n. 1, 2020. DOI: 10.2478/fon-2020-0002. Disponível em: <https://doi.org/10.2478/fon-2020-0002>. Acesso em: 20 jan. 2023.

GAUTAM, S. *et al.* Clinical practice guidelines for the management of Generalized Anxiety Disorder (GAD) and Panic Disorder (PD). **Indian Journal of Psychiatry**, v. 50, suppl. 1, p. 67-73, 2017. DOI: 10.4103/0019-5545.196975. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196975>. Acesso em: 22 jan. 2023.

GOUTAUDIER, N. *et al.* Childbirth as a forthcoming traumatic event: pretraumatic stress disorder during pregnancy and its psychological correlates. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 37, n. 1, p. 44-55, 2019. DOI: 10.1080/02646838.2018.1504284. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1504284>. Acesso em: 21 jan. 2023.

GRISBROOK, M.A. *et al.* Associations among Caesarean Section Birth, Post-Traumatic Stress, and Postpartum Depression Symptoms. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 8, p. 1-13, 2022. DOI: 10.3390/ijerph19084900. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19084900>. Acesso em: 21 jan. 2023.

GUNST, A. *et al.* Postpartum depression and mother-offspring conflict over maternal investment. **Evolution, Medicine, and Public Health**, v. 9, n. 1, p. 11-23, 2021. DOI: 10.1093/emph/eoaa049. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/emph/eoaa049>. Acesso em: 21 jan. 2023.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. 224p.

- HAIROL, M.I. *et al.* Incidence and predictors of postpartum depression among postpartum mothers in Kuala Lumpur, Malaysia: A cross-sectional study. **PLoS ONE**, v. 16, n. 11, p. 1-12, 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0259782. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259782>. Acesso em: 22 jan. 2023.
- HANDAYANI, T.E. *et al.* Determinants of postpartum blues for postpartum mothers survey study at the Madiun City General Hospital. **Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences**, v. 9, n. G, p. 288-292, 2021. DOI: 10.3889/oamjms.2021.7348. Disponível em: <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.7348>. Acesso em: 22 jan. 2023.
- HANEFELD, N. *et al.* Women's experiences of using the Alexander Technique in the postpartum: '...in a way, it's just as beneficial as sleep'. **Midwifery**, v. 103, p. 1-8, 2021. DOI: 10.1016/j.midw.2021.103155. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103155>. Acesso em: 20 jan. 2023.
- HARRISON, V.; MOORE, D.; LAZARD, L. Supporting perinatal anxiety in the digital age; a qualitative exploration of stressors and support strategies. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 20, n. 363, p. 1-20, 2020. DOI: 10.1186/s12884-020-02990-0. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02990-0>. Acesso em: 20 jan. 2023.
- HARTLEY, E. *et al.* A qualitative insight into the relationship between postpartum depression and body image. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 39, n. 3, p. 288–300, 2021. DOI: 10.1080/02646838.2019.1710119. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1710119>. Acesso em: 21 jan. 2023.
- HENDERSON, J.; ALDERDICE, F.; REDSHAW, M. Factors associated with maternal postpartum fatigue: an observational study. **BMJ Open**, v. 9, n. 7, p. 01-09, 2019. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-025927. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025927>. Acesso em: 19 jan. 2023.
- HENNINK, M.M.; KAISER, B.N.; MARCONI, V.C. Code saturation versus meaning saturation: how many interviews are enough? **Qualitative Health Research**, v. 27, n. 4, p. 591-608. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732316665344>>. Acesso em: 12 abril 2023.
- HUANG, P. *et al.* Factors affecting breastfeeding adherence among Chinese mothers. **Medicine**, v. 96, n. 38, p. 1-6, 2017. DOI: 10.1097/MD.00000000000007619. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000007619>. Acesso em: 21 jan. 2023.
- HUDEPOHL, N.; MacLEAN, J.V.; OSBORNE, L.M. Perinatal obsessive-compulsive disorder: epidemiology, phenomenology, etiology, and treatment. **Current Psychiatry Reports**, v. 24, n. 4, p. 229–237, 2022. DOI: 10.1007/s11920-022-01333-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01333-4>. Acesso em: 22 jan. 2023.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades – São Paulo**: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/caconde.html>. Acesso em: 19 jan. 2023.
- ISLAM, M.J. *et al.* Intimate partner violence around the time of pregnancy and postpartum depression: The experience of women of Bangladesh. **PLoS ONE**, v. 12, n. 5, p. 1-24, 2017. DOI: 10.1371/journal.pone.0176211. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176211>. Acesso em: 22 jan. 2023.

- IWATA, H. *et al.* Course of maternal fatigue and its associated factors during the first 6 months postpartum: a prospective cohort study. **Nursing Open**, v. 5, n. 2, p. 186–196, 2018. DOI: 10.1002/nop2.130. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.130>. Acesso em: 20 jan. 2023.
- JOHANSSON, M.; BENDERIX, Y.; SVENSSON, I. Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, v. 15, n. 1, p. 1-10, 2020. DOI: 10.1080/17482631.2020.1722564. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1722564>. Acesso em: 22 jan. 2023.
- JOMEEN, J. *et al.* Tokophobia and fear of birth: a workshop consensus statement on current issues and recommendations for future research. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 39, n. 1, p. 2-15, 2021. DOI: 10.1080/02646838.2020.1843908. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1843908>. Acesso em: 21 jan. 2023.
- JORDAN, V.; MINIKEL, M. Postpartum anxiety: More common than you think. **The Journal of Family Practice**, v. 68, n. 3, p. 165-174, 2019. PMID: 31039214. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31039214/>. Acesso em: 19 jan. 2023.
- JOSHI, D.; SHRESTHA, S.; SHRESTHA, N. Understanding the antepartum depressive symptoms and its risk factors among the pregnant women visiting public health facilities of Nepal. **PLoS ONE**, v. 14, n. 4, p. 1-13, 2019. DOI: 10.1371/journal.pone.0214992. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214992>. Acesso em: 19 jan. 2023.
- KARAÇAM, Z.; SAGLIK, M. Breastfeeding problems and interventions performed on problems: systematic review based on studies made in Turkey. **Turk Pediatri Arsivi**, v. 53, n.3, p. 134-148, 2018. DOI: 10.5152/TurkPediatriArs.2018.6350. Disponível em: <https://doi.org/10.5152/TurkPediatriArs.2018.6350>. Acesso em: 21 jan. 2023.
- KARROURI, R. *et al.* Major depressive disorder: Validated treatments and future challenges. **World Journal of Clinical Cases**, v. 9, n. 31, p. 9350–9367, 2021. DOI: 10.12998/wjcc.v9.i31.9350. Disponível em: <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i31.9350>. Acesso em: 22 jan. 2023.
- KJERULFF, K.H. *et al.* A prospective cohort study of post-traumatic stress disorder and maternal-infant bonding after first childbirth. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 144, p. 1-11, 2021. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2021.110424. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110424>. Acesso em: 21 jan. 2023.
- KOUTRA, K. *et al.* Pregnancy, perinatal and postpartum complications as determinants of postpartum depression: the Rhea mother-child cohort in Crete, Greece. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 27, n. 3, p. 244-255, 2018. DOI: 10.1017/S2045796016001062. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S2045796016001062>. Acesso em: 22 jan. 2023.
- KROSKA, E.B.; STOWE, Z.N. Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 47, n. 3, p. 409-419, 2020. DOI: 10.1016/j.ogc.2020.05.001. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2020.05.001>. Acesso em: 22 jan. 2023.
- LADD, W.; DECKER, J.D. The lived experience of postpartum anxiety during COVID-19: a hermeneutic phenomenological study. **The Qualitative Report**, v. 27, n. 7, p. 1316-1340,

2022. DOI: 10.46743/2160-3715/2022.5420. Disponível em: <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2022.5420>. Acesso em: 22 jan. 2023.

LI, Q. *et al.* Experiences and perceptions of perinatal depression among new immigrant Chinese parents: a qualitative study. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 739, p. 1-9, 2021. DOI: 10.1186/s12913-021-06752-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06752-2>. Acesso em: 20 jan. 2023.

LIEBLICH, A.; TUVAL-MASHIACH, R.; ZILBER, T. **Narrative research: reading, analysis and interpretation**. 1. ed. Thousand Oaks: Sage, 1998. 187p.

LIU, Y. *et al.* Prevalence and associated factors of postpartum anxiety and depression symptoms among women in Shanghai, China. **Journal of Affective Disorders**, v. 274, p. 848-856, 2020. DOI: 10.1016/j.jad.2020.05.028. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.028>. Acesso em: 19 jan. 2023.

LUCIANO, M. *et al.* The transition from maternity blues to full-blown perinatal depression: results from a longitudinal study. **Frontiers in Psychiatry**, v. 12, p. 01-09, 2021. DOI: 10.3389/fpsy.2021.703180. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.703180>. Acesso em: 21 jan. 2023.

MAHISHALE, A.V.; BHATT, J.A. Comparison of level of depression among mothers with lower segment cesarean section and vaginal delivery: A cross-sectional study. **Journal of the Scientific Society**, v. 44, n. 1, p. 15-19, 2017. DOI: 10.4103/0974-5009.202547. Disponível em: <https://www.jscisociety.com/article.asp?issn=0974-5009;year=2017;volume=44;issue=1;spage=15;epage=19;aulast=Mahishale>. Acesso em: 19 jan. 2023.

MARCELINA, L.A.; RACHMAWATI, I.N.; KURNIAWATI, W. Supportive postpartum care reduces postpartum anxiety in mothers with twins: a pilot study. **Jurnal Info Kesehatan**, v. 18, n. 2, p. 149-156, 2020. DOI: 10.31965/infokes.Vol18.Iss2.475. Disponível em: <https://doi.org/10.31965/infokes.Vol18.Iss2.475>. Acesso em: 22 jan. 2023.

MATSUMURA, K. *et al.* Education level and risk of postpartum depression: results from the Japan Environment and Children's Study (JECS). **BMC Psychiatry**, v. 19, n. 1, p. 01-11, 2019. DOI: 10.1186/s12888-019-2401-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2401-3>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MAXWELL, D.; ROBINSON, S.R.; ROGERS, K. "I keep it to myself": A qualitative meta-interpretive synthesis of experiences of postpartum depression among marginalized women. **Health & Social Care in the Community**, v. 27, n. 3, p. 23-36, 2018. DOI: 10.1111/hsc.12645. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hsc.12645>. Acesso em: 20 jan. 2023.

McALLISTER-WILLIAMS, R.H. *et al.* British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication preconception, in pregnancy and postpartum 2017. **Journal of Psychopharmacology**, v. 31, n. 5, p. 519-552, 2017. DOI: 10.1177/0269881117699361. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0269881117699361>. Acesso em: 19 jan. 2023.

McCARTHY, M.; HOUGHTON, C.; MATVIENKO-SIKAR, K. Women's experiences and perceptions of anxiety and stress during the perinatal period: a systematic review and

qualitative evidence synthesis. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 21, n. 811, p. 1-12, 2021. DOI: 10.1186/s12884-021-04271-w. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04271-w>. Acesso em: 20 jan. 2023.

McCAULEY, M. *et al.* "Keeping family matters behind closed doors": healthcare providers' perceptions and experiences of identifying and managing domestic violence during and after pregnancy. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 318, p. 1-8, 2017. DOI: 10.1186/s12884-017-1520-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1520-4>. Acesso em: 22 jan. 2023.

McLEISH, J.; REDSHAW, M. Mothers' accounts of the impact on emotional wellbeing of organized peer support in pregnancy and early parenthood: a qualitative study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 17, n. 28, p. 1-14, 2017. DOI: 10.1186/s12884-017-1220-0. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1220-0>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MEAD, G.H. **Mind, self and society**: from the standpoint of a social behaviorist. 8. ed. Chicago: University of California Press, 1972. 424p.

MENEZEZ, F.R. *et al.* O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, v. 24, p. 1-14, 2021. DOI: 10.1590/Interface.180664. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180664>. Acesso em: 22 jan. 2023.

MINAYO, M.C.A. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 01, p. 16-17, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017221.30302016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.30302016>. Acesso em: 19 jan. 2023.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R.C. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015. 108 p.

MOORE, D.; DREY, N.; AYERS, S. A meta-synthesis of women's experiences of online forums for maternal mental illness and stigma. **Archives of Women's Mental Health**, v. 23, n. 4, p. 507-515, 2019. DOI: 10.1007/s00737-019-01002-1. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00737-019-01002-1>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MORI, E. *et al.* Fatigue, depression, maternal confidence, and maternal satisfaction during the first month postpartum: a comparison of Japanese mothers by age and parity. **International Journal of Nursing Practice**, v. 23, n. 1, p. 1-10, 2017. DOI: 10.1111/ijn.12508. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ijn.12508>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MURPHY, R. *et al.* Women's experiences of initiating feeding shortly after birth in Ireland: A secondary analysis of quantitative and qualitative data from the National Maternity Experience Survey. **Midwifery**, v. 107, p. 1-9, 2022. DOI: 10.1016/j.midw.2022.103263. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103263>. Acesso em: 21 jan. 2023.

MUYLAERT, C.J. *et al.* Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. esp. 2, p. 193-199, 2014. DOI: 10.1590/S0080-623420140000800027. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800027>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MYERS, S.; EMMOTT, E.H. Communication across maternal social networks during England's first national lockdown and its association with postnatal depressive symptoms. **Frontiers in Psychology**, v. 12, p. 1-16, 2021. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.648002. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.648002>. Acesso em: 19 jan. 2023.

NAKANO, M. *et al.* Early risk factors for postpartum depression: a longitudinal Japanese population-based study. **Journal of Affective Disorders**, v. 269, p. 148-153, 2020. DOI: 10.1016/j.jad.2020.03.026. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.026>. Acesso em: 22 jan. 2023.

NASCIMENTO, L.C.N. *et al.* Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 243-248, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0616. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>. Acesso em: 20 jan. 2023.

NUNES, E.D. Dois exemplos de construções narrativas na sociologia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3463-3468, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018249.29272017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.29272017>. Acesso em: 19 jan. 2023.

ODINKA, J.I. *et al.* Dependent personality, mindful awareness, and marital satisfaction and their association with postpartum psychological distress in two tertiary hospitals, Southeast Nigeria. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 31, n. 3, p. 920-938, 2020. DOI: 10.1353/hpu.2020.0069. Disponível em: <https://doi.org/10.1353/hpu.2020.0069>. Acesso em: 19 jan. 2023.

ODINKA, J.I. *et al.* Post-partum depression, anxiety and marital satisfaction: a perspective from Southeastern Nigeria. **South African Journal of Psychiatry**, v. 24, p. 01-08, 2018. DOI: 10.4102/sajpsychiatry.v24i0.1109. Disponível em: <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v24i0.1109>. Acesso em: 19 jan. 2023.

OLIVEIRA, E.S.F.; BAIXINHO, C.L.; PRESADO, M.H.C.V. Pesquisa qualitativa em saúde: uma abordagem reflexiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 4, p. 830-831, 2019. DOI: 10.1590/0034-7167.2019-720401. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2019-720401>. Acesso em: 19 jan. 2023.

PALLADINO, E. *et al.* Thoughts of self-harm and associated risk factors among postpartum women in Canada. **Journal of Affective Disorders**, v. 270, p. 69-74, 2020. DOI: 10.1016/j.jad.2020.03.054. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.054>. Acesso em: 22 jan. 2023.

PEBRYATIE, E. *et al.* Associations between spousal relationship, husband involvement, and postpartum depression among postpartum mothers in West Java, Indonesia. **Journal of Primary Care & Community Health**, v. 13, p. 1-10, 2022. DOI: 10.1177/21501319221088355. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/21501319221088355>. Acesso em: 20 jan. 2023.

PEREIRA, C.M. *et al.* Postpartum psychoactive substance abuse after severe maternal morbidity. **International Journal of Gynecology and Obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynecology and Obstetrics**, v. 147, n. 3, p. 368-374, 2019. DOI:

10.1002/ijgo.12967. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12967>. Acesso em: 19 jan. 2023.

POLES, M.M. *et al.* Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 351-358, 2018. DOI: 10.1590/1982-0194201800050. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800050>. Acesso em: 19 jan. 2023.

PRITCHETT, R. *et al.* Women's experiences of exercise as a treatment for their postnatal depression: a nested qualitative study. **Journal of Health Psychology**, v. 25, n. 5, p. 684-691, 2020. DOI: 10.1177/1359105317726590. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1359105317726590>. Acesso em: 20 jan. 2023.

RAMALINGAPPA, P.; GOWDA, R.S.; SRINIVASAMURTHY, S.H. A study of factors associated with tokophobia and its effect on pregnancy. **International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology**, v. 11, n. 2, p. 798 – 802, 2022. DOI: 10.18203/2320-1770.ijrcog20220559. Disponível em: <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20220559>. Acesso em: 21 jan. 2023.

RAMOS, D.K.R; PAIVA, I.K.S.; GUIMARÃES, J. Pesquisa qualitativa no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira: vozes, lugares, saberes/fazeres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 839-852, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018243.00512017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.00512017>. Acesso em: 19 jan. 2023.

RECTO, P.; DIMMITT CHAMPION, J. Mexican-American adolescents' perceptions about causes of perinatal depression, self-help strategies, and how to obtain mental health information. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**, v. 31, n. 2-3, p. 61-69, 2018. DOI: 10.1111/jcap.12210. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jcap.12210>. Acesso em: 20 jan. 2023.

REID, H.E. *et al.* What makes a perinatal woman suicidal? A grounded theory study. **BMC Psychiatry**, v. 22, n. 1, p. 1-20, 2022. DOI: 10.1186/s12888-022-04015-w. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04015-w>. Acesso em: 22 jan. 2023.

REYNOLDS, J.; BERESFORD, R. “An Active, Productive Life”: narratives of, and through, participation in public and patient involvement in health research. **Qualitative Health Research**, v. 30, n. 14, p. 2265–2277, 2020. DOI: 10.1177/1049732320961053. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049732320961053>. Acesso em: 20 jan. 2023.

REZAIIE-KEIKHAIE, K. *et al.* Systematic review and meta-analysis of the prevalence of the maternity blues in the postpartum period. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 49, n. 2, p. 127-136, 2020. DOI: 10.1016/j.jogn.2020.01.00. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.01.00>. Acesso em: 21 jan. 2023.

RICARDO-SILGADO, M.L. *et al.* Association between CYP metabolizer phenotypes and selective serotonin reuptake inhibitors induced weight gain: a retrospective cohort study. **BMC Medicine**, v. 20, n. 261, p. 1-12, 2022. DOI: 10.1186/s12916-022-02433-x. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12916-022-02433-x>. Acesso em: 22 jan. 2023.

RICE, K.; WILLIAMS, S. Women's postpartum experiences in Canada during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. **CMAJ**, v. 9, n. 2, p. 556-562, 2021. DOI:

10.9778/cmajo.20210008. Disponível em: <https://doi.org/10.9778/cmajo.20210008>. Acesso em: 20 jan. 2023.

ROBERTS, T.A.; HANSEN, S. Association of hormonal contraception with depression in the postpartum period. **Contraception**, v. 96, n. 6, p. 446-452, 2017. DOI: 10.1016/j.contraception.2017.08.010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.08.010>. Acesso em: 20 jan. 2023.

ROCHA, G.P. *et al.* Condicionantes da amamentação exclusiva na perspectiva materna. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 1-13, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00045217. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00045217>. Acesso em: 21 jan. 2023.

RODRÍGUEZ-ALMAGRO, J. *et al.* Women's perceptions of living a traumatic childbirth experience and factors related to a birth experience. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 9, p. 1-13, 2019. DOI: 10.3390/ijerph16091654. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16091654>. Acesso em: 21 jan. 2023.

RUSLAN, N. L. S. *et al.* Assessment tools to measure postnatal mental illness: A 10-year scoping review. **Malaysian Family Physician: the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia**, v. 17, n. 2, p. 10-21, 2022. DOI: 10.51866/rv1289. Disponível em: <https://doi.org/10.51866/rv1289>. Acesso em: 22 jan. 2023.

SANCHEZ RODRIGUEZ, R. *et al.* Maternal fatigue and burnout: from self-forgetfulness to environmental expectations. **European Review of Applied Psychology**, v. 70, n. 6, 2020. DOI: 10.1016/j.erap.2020.100601. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.erap.2020.100601>. Acesso em: 19 jan. 2023.

SANTIAGO, R.V. *et al.* "If we're here, it's only because we have no money..." discrimination and violence in Mexican maternity wards. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 244, p. 1-10, 2018. DOI: 10.1186/s12884-018-1897-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1897-8>. Acesso em: 22 jan. 2023.

SCHMIED, V. *et al.* Migrant women's experiences, meanings and ways of dealing with postnatal depression: a meta-ethnographic study. **PLoS ONE**, v. 12, n. 3, p. 1-27, 2017. DOI: 10.1371/journal.pone.0172385. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172385>. Acesso em: 22 jan. 2023.

SÉJOURNÉ, N. *et al.* Maternal burn-out: an exploratory study. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 36, n. 3, p. 276-288, 2018. DOI: 10.1080/02646838.2018.1437896. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1437896>. Acesso em: 21 jan. 2023.

SHA, T. *et al.* A prospective study of maternal postnatal depressive symptoms with infant-feeding practices in a Chinese birth cohort. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 388, p. 1-9, 2019. DOI: 10.1186/s12884-019-2559-1. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2559-1>. Acesso em: 19 jan. 2023.

SHI, P. *et al.* Maternal depression and suicide at immediate prenatal and early postpartum periods and psychosocial risk factors. **Psychiatry Research**, v. 261, p. 298-306, 2018. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.12.085. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.085>. Acesso em: 19 jan. 2023.

SILVA, C.; PINTO, C.; MARTINS, C. Transição para a paternidade no período pré-natal: um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 465-474, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021262.41072020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.41072020>. Acesso em: 12 abril 2023.

SILVANI, J. *et al.* Impact of binge eating during pregnancy on gestational weight gain and postpartum weight retention among women with gestational diabetes mellitus: LINDA-Brasil. **The International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 11, p. 1818–1825, 2020. DOI: 10.1002/eat.23361. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.23361>. Acesso em: 22 jan. 2023.

SLOMIAN, J. *et al.* Consequences of maternal postpartum depression: a systematic review of maternal and infant outcomes. **Women's Health**, v. 15, p. 01-55, 2019. DOI: 10.1177/1745506519844044. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>. Acesso em: 19 jan. 2023.

SLOMIAN, J. *et al.* Identifying maternal needs following childbirth: a qualitative study among mothers, fathers and professionals. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 213, p. 1-13, 2017. DOI: 10.1186/s12884-017-1398-1. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1398-1>. Acesso em: 21 jan. 2023.

SORRETINO, F. *et al.* Caesarean section on maternal request-ethical and juridic issues: a narrative review. **Medicina**, v. 58, n. 9, p. 1-12, 2022. DOI: 10.3390/medicina58091255. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/medicina58091255>. Acesso em: 21 jan. 2023.

SOUZA, K.J.; RATTNER, D.; GUBERT, M.B. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-11, 2017. DOI: 10.1590/S1518-8787.2017051006549. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006549>. Acesso em: 22 jan. 2023.

SOUZA, V.R.S. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p.1-9, 2021. DOI: 10.37689/acta-ape/2021AO02631. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>. Acesso em: 12 abril 2023.

SPANNHAKE, M. *et al.* “It is a very emotional topic for me” - managing breastfeeding problems among German mothers: a qualitative approach. **Healthcare**, v. 9, n. 10, p. 1-13, 2021. DOI: 10.3390/healthcare9101352. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare9101352>. Acesso em: 21 jan. 2023.

STANKOVIC, M.; STOJANOV, J.; ANTONIJEVIC, J. Therapy of peripartum mental disorders. **Acta Facultatis Medicinae Naissensis**, v. 36, n. 4, p. 269-278, 2019. DOI: 10.5937/afmnai1904269S. Disponível em: <https://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0351-6083/2019/0351-60831904269S.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2023.

STEPOWICZ, A. *et al.* Stress and anxiety levels in pregnant and post-partum women during the COVID-19 pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 24, p. 1-9, 2020. DOI: 10.3390/ijerph17249450. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17249450>. Acesso em: 19 jan. 2023.

STEWART, D.E.; VIGOD, S.N. Postpartum depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. **Annual Review of Medicine**, v. 70, n. 1, p. 183-196, 2019. DOI:

10.1146/annurev-med-041217-011106. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>. Acesso em: 19 jan. 2023.

SURYAVANSHI, N. *et al.* Gender-based violence screening methods preferred by women visiting a public hospital in Pune, India. **BMC Women's Health**, v. 18, n. 1, p. 1-05, 2018. DOI: 10.1186/s12905-018-0515-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0515-2>. Acesso em: 20 jan. 2023.

SUSSMANN, L.G.P.R.; FAISAL-CURY, A.; PEARSON, R. Depressão como mediadora da relação entre violência por parceiro íntimo e dificuldades sexuais após o parto: uma análise estrutural. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. 01-12, 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200048. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200048>. Acesso em: 19 jan. 2023.

TANGANHITO, D.S.; BICK, D.; CHANG, YS. Breastfeeding experiences and perspectives among women with postnatal depression: A qualitative evidence synthesis. **Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives**, v. 33, n. 3, p. 231–239, 2020. DOI: 10.1016/j.wombi.2019.05.012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.05.012>. Acesso em: 20 jan. 2023.

TASNIM, F. *et al.* Exposure to domestic violence and the risk of developing depression within 6 months postpartum in Bangladesh. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 56, n. 7, p. 1189–1200, 2021. DOI: 10.1007/s00127-020-01998-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01998-3>. Acesso em: 22 jan. 2023.

TI, A.; CURTIS, K.M. Postpartum hormonal contraception use and incidence of postpartum depression: a systematic review. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v. 24, n. 2, p. 109–116, 2019. DOI: 10.1080/13625187.2019.1569610. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1569610>. Acesso em: 20 jan. 2023.

TIRUYE, G. *et al.* Breastfeeding technique and associated factors among breastfeeding mothers in Harar city, Eastern Ethiopia. **International Breastfeeding Journal**, v. 13, n. 5, p. 1-9, 2018. DOI: 10.1186/s13006-018-0147-z. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0147-z>. Acesso em: 21 jan. 2023.

TOBBACK, E. *et al.* Comparison of subjective sleep and fatigue in breast- and bottle-feeding mothers. **Midwifery**, v. 47, p. 22-27, 2017. DOI: 10.1016/j.midw.2017.01.009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.01.009>. Acesso em: 21 jan. 2023.

TSAI, S.S.; WANG, H.H. Role changes in primiparous women during ‘doing the month’ period. **Midwifery**, v. 74, p. 6-13, 2019. DOI: 10.1016/j.midw.2019.03.007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.007>. Acesso em: 20 jan. 2023.

UPADHYAY, R.P. *et al.* Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 95, n. 10, p. 706–717, 2017. DOI: 10.2471/BLT.17.192237. Disponível em: <https://doi.org/10.2471/BLT.17.192237>. Acesso em: 21 jan. 2023.

WAN MOHAMED RADZI, C.W.J.B.; SALARZADEH JENATABADI, H.; SAMSUDIN, N. Postpartum depression symptoms in survey-based research: a structural equation analysis. **BMC Public Health**, v. 21, n. 27, p. 1-12, 2021. DOI: 10.1186/s12889-020-09999-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09999-2>. Acesso em: 22 jan. 2023.

- WATSON, K. *et al.* Women's experiences of birth trauma: A scoping review. **Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives**, v. 34, n. 5, p. 417–424, 2021. DOI: 10.1016/j.wombi.2020.09.016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.016>. Acesso em: 21 jan. 2023.
- WILSKA, A. *et al.* Parenting fears and concerns during pregnancy: a qualitative survey. **Nursing Reports**, v. 11, n. 4, p. 891-900, 2021. DOI: 10.3390/nursrep11040082. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nursrep11040082>. Acesso em: 21 jan. 2023.
- YAKUPOVA, V.; SUAREZ, A. Postpartum PTSD and birth experience in Russian-speaking women. **Midwifery**, v. 112, p. 1-8, 2022. DOI: 10.1016/j.midw.2022.103385. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103385>. Acesso em: 22 jan. 2023.
- YAN, S.; CHEN, J; ZHANG, F. Infant sleep patterns and maternal postpartum fatigue: A cross-sectional study. **The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v. 48, n. 5, p. 1193–1201, 2022. DOI: 10.1111/jog.15191. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jog.15191>. Acesso em: 21 jan. 2023.
- YILAK, G. *et al.* Prevalence of ineffective breastfeeding technique and associated factors among lactating mothers attending public health facilities of South Ari district, Southern Ethiopia. **PLoS ONE**, v. 15, n. 2, p. 1-15, 2020. DOI: 10.1371/journal.pone.0228863. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228863>. Acesso em: 21 jan. 2023.
- YOUSSEF, A. *et al.* Fundal pressure in second stage of labor (Kristeller maneuver) is associated with increased risk of levator ani muscle avulsion. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**, v. 53, n. 1, p. 95-100, 2019. DOI: 10.1002/uog.19085. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/uog.19085>. Acesso em: 21 jan. 2023.
- YU, Z.; BOWERS, B. “Everything Is Greyscaled”: immigrant women’s experiences of postpartum distress. **Qualitative Health Research**, v. 30, n. 9, p. 1445–1461, 2020. DOI: 10.1177/1049732320914868. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049732320914868>. Acesso em: 20 jan. 2023.
- ZANARDO, V. *et al.* The role of elective and emergency cesarean delivery in maternal postpartum anhedonia, anxiety, and depression. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics**, v. 143, n. 3, p. 374-378, 2018. DOI: 10.1002/ijgo.12657. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12657>. Acesso em: 19 jan. 2023.
- ZAPPAS, M.P.; BECKER, K.; WANTON-MOSS, B. Postpartum Anxiety. **The Journal for Nurse Practitioners**, v. 17, p. 60-64, 2021. DOI: 10.1016/j.nurpra.2020.08.017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.08.017>. Acesso em: 19 jan. 2023.
- ZIVODER, I. *et al.* Mental disorders/difficulties in the postpartum period. **Psychiatra Danubina**, Zagreb, v. 31, suppl. 3, p. 338–344, 2019. PMID: 31488750. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31488750/>. Acesso em: 22 jan. 2023.
- ZUCHATTI, B.V. *et al.* Validação clínica do diagnóstico de enfermagem fadiga (00093) em mulheres no pós-parto hospitalar imediato. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. 1-8, 2022. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0530pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0530pt>. Acesso em: 19 jan. 2023.

ZUGAIB, M. *et al.* **Zugaib Obstetrícia**. 4. ed. Barueri: Manole, 2020. 1406p.

Apêndice I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: **Vivências de mulheres com sofrimento psíquico no período puerperal: interpretações e significados.**

Pesquisador responsável: Lina Domênica Mapelli, Enfermeira, Mestranda em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, pode-me contatar a qualquer momento por e-mail: linamapelli@usp.br ou por telefone/Whatsapp: (19) 992483133.

A senhora está sendo convidada a participar desta pesquisa, que tem como objetivo conhecer como as mulheres após o parto, que tiveram algum sofrimento psíquico, interpretam e dão significados para suas vivências. Qualquer mulher, depois de qualquer tipo de parto pode ter sofrimento psíquico, que pode ser uma mistura de sentimentos (bons e ruins), falta de energia para as atividades do dia a dia, perda de apetite, perda do sono, pouco cuidado consigo mesma, entre outros. Sua participação se dará na forma de entrevista, gravada desde que você autorize. Nessa entrevista você irá responder sua idade, cor, escolaridade, ocupação, estado civil. Depois terá perguntas sobre como tem sido o pós-parto, como você tem se sentido em relação aos cuidados com você, com o bebê e suas atividades diárias; se você tem a quem pedir ajuda para passar por estes momentos e como tem sido passar por isso? O tempo estimado da sua participação é de 30 minutos. As entrevistas acontecerão em locais de conveniência para você: na Unidade de Saúde ou em sua residência. Por causa da COVID-19, usaremos máscara, higiene das mãos com álcool gel, e se a entrevista acontecer na Unidade de Saúde também será realizada a higiene da sala a cada participante. Nas entrevistas: acresce-se a higienização da sala a cada nova entrevista, etc. Também solicito sua autorização para gravar a entrevista. Caso aceite participar, assumimos o compromisso de manter segredo sobre sua identidade. A senhora receberá a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento, dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa. Não haverá nenhum gasto decorrente da pesquisa. Também não terá benefício financeiro na sua participação. A senhora pode não ter benefícios diretos em participar, mas sua participação irá auxiliar na melhoria dos cuidados prestados à mulher após o parto. Em relação aos riscos, a senhora pode lembrar momentos difíceis do seu pós-parto, que poderão acarretar alguns desconfortos, mas assumimos o compromisso de prestar assistência caso seja necessário – pronunciando palavras de alento para as informações expressas; fazendo pequenas pausas para que o entrevistado no seu tempo, narre as experiências acerca do tema proposto; busca de suporte psíquico na rede municipal. Caso ocorra algum dano a você por causa da participação nessa pesquisa, você terá direito à indenização, por parte do pesquisador conforme as leis vigentes no país. A senhora pode se recusar a participar desta pesquisa, mas havendo o seu consentimento em participar, será respeitada sua decisão de desistir da participação, no momento que desejar, mesmo que já tenha iniciado. Sua recusa ou desistência na participação não irá interferir nas suas atividades no serviço de saúde. Os resultados do estudo, sendo estes favoráveis ou não, serão utilizados para elaboração de trabalhos e publicações no meio científico. Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (EERP/USP). O CEP tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com o CEP da EERP/USP pelo telefone (16) 3315-9197 ou pelo seu endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040- 902, no horário das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas em dias úteis. Eu, _____ declaro haver recebido os esclarecimentos acima e que pude fazer perguntas e esclarecer minhas dúvidas acerca do assunto. Aceito participar da

pesquisa acima referida. Recebi uma via original deste Termo, assinada por mim e pela pesquisadora responsável, e tive a oportunidade de discuti-lo com ela.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Apêndice II
Coleta de dados

Parte 1) Instrumento de caracterização sociodemográfica

Nome – iniciais:	Qual o número de vezes que ficou grávida?
Data de nascimento (DD/MM/AAAA):	Faz uso de drogas lícitas e ilícitas? Se sim: Qual(is): _____ Qual regularidade: _____
Cor autorreferida: a) Branca b) Preta c) Parda/mulata d) Amarela e) Vermelha (indígena) Não informado	Faz uso de medicamentos? Se sim, quais?
Qual a escolaridade? a) Não frequentou b) Até 4 anos c) De 5 a 8 anos d) De 9 a 12 anos e) Acima de 13 anos f) Não informado	
Ocupação:	
Estado civil: a) Casada b) Solteira c) Separada d) Viúva e) Não informado	

Segue alguma religião?

Parte 2) Roteiro semiestruturado

1) Conte-me como têm sido suas vivências no pós-parto.	- É mãe de “primeira viagem”? Se sim, durante a gestação, como você imaginava viver o pós-parto? O pós-parto que você imaginava enquanto grávida, está acontecendo agora? - Se não, você consegue dizer diferenças dos outros pós-partos para o pós-parto atual? Você acredita que o pós-parto atual tem sido melhor vivido que o (s) anterior (es)? O pós-parto atual está acontecendo conforme imaginado?
2) Quando e com que frequência você se vê indisposta, triste ou cansada para os cuidados com o bebê?	- Você gosta de receber ajuda de alguém para realização dos cuidados com o bebê?
3) Quando e com que frequência você se vê indisposta, triste ou cansada para as atividades diárias?	- Por exemplo, você já deixou de comer/de preparar refeições? Você já quis ficar na cama o dia todo? Você já quis ficar sem comunicação com amigos/familiares, isolar-se? Você já deixou de dirigir/usar o transporte público com medo de que algo acontecesse com você ou com o bebê? Você já quis deixar de ir a locais públicos (banco, supermercado, farmácia, etc.) para não ter contato com as pessoas? Por qual (quais) motivos? Você já sentiu vontade de deixar de tomar algum tipo de medicação ou tomá-la a mais?
4) Como e com que frequência você se cuida?	- Por exemplo, você já quis ficar sem tomar banho e/ou escovar os dentes e/ou não querer fazer algo para si?
5) Quando você olha para o pós-parto atual, quais sentimentos lhe vêm à cabeça?	
6) Como o pós-parto atual tem repercutido na sua vida? As mudanças que estão acontecendo no pós-parto, você imaginava vivê-las.	
7) Quais desafios você está enfrentando no atual pós-parto?	-Pensamentos sobre modificações corpóreas: ganho/perda de peso; alterações alimentares; características das mamas no aleitamento materno. - Modificações nas relações familiares e com amigos.

	-Modificações de hábitos de vida/rotina: não conseguir dormir satisfatoriamente.
8) Quem e quais estratégias, você costuma recorrer para te ajudar a enfrentar os desafios do pós-parto?	-Quais são os profissionais/serviços de pós-parto que estão te ajudando? De que maneira os profissionais/serviços de pós-parto estão te ajudando?

Anexo A



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIVÊNCIAS DE MULHERES COM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO PERÍODO PUERPERAL: INTERPRETAÇÕES E SIGNIFICADOS.

Pesquisador: Lina Domenica Mapelli

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52894921.2.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.238.536

Apresentação do Projeto:

Trata se de reanálise de projeto com pendência, em que foram incluídas as correções solicitadas às pesquisadoras.

Objetivo da Pesquisa:

Item apreciado anteriormente em reunião, sem alteração.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Item apreciado anteriormente em reunião, com inclusão da abordagem dos riscos/desconfortos, bem como dos benefícios do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Item apreciado anteriormente em reunião, sem alteração.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Item apreciado anteriormente em reunião, com solicitação de alterações e esclarecimentos no projeto de pesquisa e no TCLE, as quais foram atendidas pelas pesquisadoras.

Recomendações:

O CEP-EERP/USP considera que o protocolo de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatórios parcial e final "[...] após o encerramento da

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 5.238.536

pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório do CEP-EERP/USP se encontra disponível em:

<http://www.eerp.usp.br/research-comite-etica-pesquisa-relatorio/>

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram encontrados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado "ad referendum".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1808338.pdf	14/12/2021 10:12:38		Aceito
Outros	oficio_CEP_pendencias_14_10_2021_01.pdf	14/12/2021 09:56:32	Lina Domenica Mapelli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_hoje_14_12_2021_01.pdf	14/12/2021 09:50:59	Lina Domenica Mapelli	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado_hoje_14_12_2021.pdf	14/12/2021 09:49:31	Lina Domenica Mapelli	Aceito

Outros	oficio_caconde_hoje_14_10_21.pdf	14/10/2021 08:46:43	Lina Domenica Mapelli	Aceito
Outros	oficio_novo_cep_14_10_21.pdf	14/10/2021 08:45:34	Lina Domenica Mapelli	Aceito
Folha de Rosto	FR_Lina_hoje.pdf	19/08/2021 15:22:49	Lina Domenica Mapelli	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_hoje.pdf	16/08/2021 11:35:01	Lina Domenica Mapelli	Aceito
Orçamento	orcamento_hoje.pdf	16/08/2021 11:31:42	Lina Domenica Mapelli	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

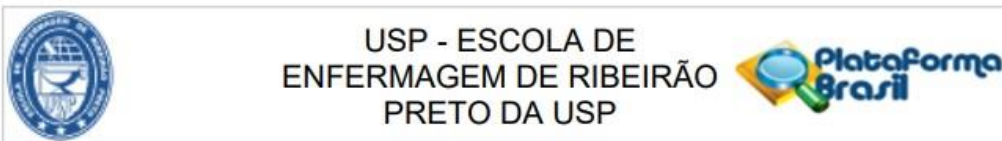
CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 5.238.536

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 11 de Fevereiro de 2022

Assinado por:
Rosane Pilot Pessa
(Coordenador(a))