



Funcionalidade na perspectiva das redes de apoio no puerpério


Aline Bernardes Alves ¹

 <https://orcid.org/0000-0002-1605-4201>


Mariana Chaves Aveiro ³

 <https://orcid.org/0000-0003-0444-3178>

Thalita Rodrigues Christovam Pereira ²

 <https://orcid.org/0000-0002-5886-7972>

Fernanda Flávia Cockell ⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-4422-2935>

¹ Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva. Universidade Federal de São Paulo. *Campus* Baixada Santista. Rua Silva Jardim, 136. Térreo Vila Mathias. Santos, SP, Brasil. CEP: 11.015-020. E-mail: alinealves172@gmail.com

^{2,4} Departamento de Ciências do Movimento Humano (DCMH). Universidade Federal de São Paulo. Santos, SP, Brasil.

Resumo

Objetivos: investigar como o suporte social pela família nuclear, família estendida e extrafamiliar influenciam nos índices de funcionalidade das puérperas do Estado de São Paulo.

Métodos: a coleta de dados ocorreu via formulário online, divulgado em grupos de maternidade em redes sociais. Foi utilizado um questionário estruturado para a identificação do perfil da puérpera e de sua rede de apoio, bem como o Whodas 2.0 para avaliação da funcionalidade.

Resultados: o suporte do marido/companheiro ($p=0,012$), outros familiares ($p=0,001$), amigos/vizinhos ($p=0,003$) representaram melhor funcionalidade da puérpera, enquanto o apoio virtual ($p=0,043$) estava relacionado a piores índices nos domínios contemplados pelo Whodas 2.0. Em relação aos profissionais da saúde, o resultado não foi significativo ($p=0,721$), indicando frequência baixa deste tipo de apoio (12%).

Conclusão: a presença de apoio atuou positivamente na funcionalidade da mulher no puerpério.

Palavras-chave Período pós-parto, Apoio social, Promoção da saúde, Determinantes sociais da saúde, Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde



Introdução

O ciclo gravídico-puerperal modifica a funcionalidade e a rotina da mulher por diversos fatores biopsicossociais.¹ No puerpério, o retorno às condições pré-gestacionais interfere na saúde a partir de oscilações hormonais e da readaptação corporal.² Os riscos de vulnerabilidade emocional também se incluem nessa perspectiva, já que ansiedade, estresse, medo, instabilidade e cansaço são elementos presentes,³ junto à adaptação da nova rotina e aos cuidados do neonato.⁴ Não obstante, o meio físico e social em que se convive geram reações que, dependendo do contexto, podem ser negativas ou positivas.⁵ É necessário, portanto, entender os determinantes e condicionantes da saúde da puérpera e como os aspectos físicos, sociais e atitudinais influenciam a saúde no puerpério, desta forma, distanciando-se do modelo biomédico ainda utilizado por profissionais da saúde.⁶

Conforme Marin e Piccinini,⁷ além da rede de apoio, o perfil da mulher também modifica a atuação no papel materno e a saúde da mulher. Entre outros fatores, o nível socioeconômico, a idade, a etnia e a escolaridade são determinantes sociais capazes de gerar a desestabilização emocional e limitação da criação do vínculo parental entre mãe-bebê.⁷

A rede de apoio pode ser constituída pela família, amigos, vizinhos, profissionais da saúde, dentre outros. Engloba-se a família nuclear (marido/companheiro e filhos) e a família extensa (outros familiares) como um suporte disponível a se recorrer, quem traz significado e é considerado e quem realmente está presente.⁸ Já os profissionais da saúde têm sido considerados apenas como agentes informantes, afastados de um possível vínculo.⁹ Para a saúde, o bem-estar da mulher e a eficácia das relações com o novo integrante da família, a rede de apoio se apresenta com um papel positivo, o apoio social ajuda a amenizar ou superar as dificuldades e no lidar dos cuidados com o bebê.⁸

Para tanto, o objetivo deste estudo foi investigar a funcionalidade de puérperas conforme a assistência das redes de apoio da família nuclear, família estendida e extrafamiliar, e como contribuem para um novo olhar das condições de saúde no puerpério e de estratégias de cuidado na Rede Materno-Infantil para além do recém-nascido.

Métodos

Este é um estudo transversal, com abordagem quantitativa e descritiva e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Paulo (CEP-UNIFESP - parecer 1206/2017, CAAE 78025717.4.0000.5505). O presente estudo baseou-se

nas respostas de um formulário estruturado *online*. Este foi divulgado em grupos de uma rede social voltados às gestantes e/ou maternidade. Este foi divulgado em aproximadamente 25 grupos voltados às gestantes e/ou maternidade da rede social *Facebook*. A postagem inicial também foi compartilhada na rede social por perfis diversos. Logo, não foi possível mensurar a repercussão final da publicação inicial.

Foram incluídas mulheres maiores de 18 anos, moradoras do Estado de São Paulo e que estavam entre o 10º e o 180º dia do puerpério. Todas as participantes do estudo concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas do estudo as participantes que responderam de forma incompleta os formulários e que não atendiam aos critérios de inclusão do estudo (período pós-parto).

O formulário *online* era composto por questões abertas sobre o perfil das puérperas, contendo idade, gênero, raça, escolaridade, cidade, estado civil, renda familiar, questões relacionadas à gestação, tipo de parto, período do pós-parto, número de filhos e gestações anteriores, retorno ao trabalho, tipo de amamentação e o uso de bicos artificiais para a compreensão dos determinantes e condicionantes de saúde das puérperas.

Para compreensão sobre a presença ou não da rede de apoio, o formulário online contava com perguntas estruturadas sobre o apoio emocional, financeiro, nas atividades domésticas, nos cuidados com o bebê e para sair de casa, tendo como opções pré-estabelecidas: família nuclear (marido/companheiro), família estendida (pais e outros familiares) e extrafamiliar (amigos, vizinhos, alguém contratado, profissionais da saúde, apoio virtual).

Para avaliar a funcionalidade, foi aplicado a versão de 36 questões auto administradas do questionário *Whodas 2.0*, sendo as atividades qualificadas entre “nenhuma”, “leve”, “moderada”, “grave” e “extrema ou não consegue fazer”. Este instrumento contempla os domínios baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) perante a mobilidade, comunicação, autocuidado, relações interpessoais, atividade de vida e participação social. Maiores pontuações significam prejuízos na funcionalidade.

A variável-resposta considerada para o dimensionamento amostral foi o questionário *Whodas 2.0* e os dados do estudo de Silveira *et al.*² que utilizou este instrumento em população semelhante à do presente estudo para avaliar a morbidade materna. O cálculo amostral foi baseado no tamanho do efeito e no desvio padrão, resultando 64 indivíduos para cada grupo dos períodos do puerpério.

A amostra total alcançada foi de 209 puérperas, sendo divididas em dois grupos: puerpério tardio e remoto. Os resultados dos grupos foram avaliados de acordo com o tempo de dias após o parto. Do 10º ao 45º dia após o parto

é considerado puerpério tardio, após o 46° até o 180° dia após o parto é o puerpério remoto.

Para a análise dos dados foi utilizado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk para identificar a distribuição das variáveis. Para a análise da influência do apoio sob a funcionalidade, as variáveis ordinais não paramétricas obtidas pelo *Whodas 2.0* foi utilizado o teste de Mann-Whitney U e as variáveis numéricas referentes ao índice de funcionalidade nos domínios do *Whodas 2.0* de mulheres com ou sem apoio foram apresentadas em medianas e interquartis. As demais informações de variáveis categóricas foram representadas por porcentagens e frequências. Para todos os testes, o nível de significância considerado foi de 5% ($p < 0,05$).

Resultados

Inicialmente 369 puérperas responderam os instrumentos do estudo, porém, foram excluídos 10 formulários incompletos e 150 pelo critério de “período de pós-parto” fora do puerpério tardio (10 à 45 dias) e remoto (45 à 180 dias). A amostra final contou com 209 puérperas, sendo que 68,4% (n=143) estavam no período do puerpério remoto (46° ao 180° dia após o parto).

O perfil da amostra caracterizou-se por puérperas com faixa etária mediana de 31 anos de idade (entre 27 a 34 anos), com ensino superior completo (52,2%, n=109), casada ou em união estável (85,6%, n=179) e com renda familiar per capita maior que 3,75 salários mínimos (53,6%, n=112).

Em relação à maternidade, os dados demonstraram maior número para partos via cesárea (57,9%) quando contraposto ao de via vaginal (42,1%). Já no que diz respeito à amamentação, a prevalência foi do leite materno (75,1%), contudo, é visível a substituição ou suplementação pelo leite artificial (Tabela 1).

Para além da maternidade, a presença do apoio influenciou os índices de funcionalidade dos domínios do *Whodas 2.0*. As participantes demonstraram melhor desempenho de atividades/participação quando declararam apoio de “marido/companheiro”, “outros familiares”, e “amigos/vizinhos”. Entretanto, demonstraram pior desempenho quando declararam que buscaram “apoio virtual” (Tabela 2).

Discussão

O perfil da amostra do presente estudo é representativo da classe média da população do Estado de São Paulo, onde a maioria informou ter ensino superior completo (52,2%, n=109) e renda familiar per capita maior que R\$ 3.748,00 (53,6%, n=112). É notável que, apesar de estarem distantes das condições de vulnerabilidade, as mesmas apresentaram

Tabela 1

Características referentes ao puerpério (n=209).		
Variáveis	N	%
Período do puerpério, n(%)		
Tardio	66	31,6
Remoto	143	68,4
Via de parto, n(%)		
Cesárea	121	57,9
Vaginal	88	42,1
Nº filhos, n(%)		
1	144	68,9
2	55	26,3
Acima de 3	10	4,8
Amamentação, n(%)		
Aleitamento materno	157	75,1
Leite artificial	10	4,8
Misto	42	20,1
Bicos artificiais, n(%)		
Não usa	99	47,4
Mamadeira e chuquinha	24	11,5
Chupeta	49	23,4
Mamadeira/chuquinha + chupeta	37	17,7
Redes de Apoio, n(%)		
Marido/ Companheiro	191	91,4
Pais	151	72,2
Amigos/ vizinhos	116	55,5
Outros familiares	102	48,8
Apoio virtual (redes sociais)	86	41,1
Alguém contratado (ajudante empregada doméstica, etc.)	50	23,9
Serviços de saúde e profissionais de saúde	25	12,0

incapacidades de acordo com o *Whodas 2.0* pela condição de saúde observada no período pós-parto.

As puérperas que tiveram o apoio da família nuclear, família estendida e extrafamiliar atingiram escores menores, isto é, melhor funcionalidade quando comparadas a ausência do suporte.

Além de proporcionar estabilidade no período de transformação da mulher à maternidade,⁸ a rede de apoio torna-se também um facilitador a partir das orientações, do apoio emocional, do auxílio nos cuidados com o bebê, na alimentação, dentre outro.¹⁰ Logo, mostra-se a importância do fortalecimento das redes que fomentem condutas de promoção e prevenção em saúde, evitando-se situações de morbidades e agravamento da saúde.¹¹

Quando há a presença ativa da figura paterna para além da estruturação econômica do lar, os índices de funcionalidade da mulher são melhores. É visto que os domínios de mobilidade, participação social e autocuidado apontaram menores índices quando comparados à ausência deste apoio.

A funcionalidade da puérpera é facilitada quando a figura paterna dispense cuidados com a mulher e o bebê, auxiliando em afazeres da rotina doméstica, no transporte e no deslocamento para locais públicos e consultas médicas.^{10,12} Do mesmo modo, o entendimento paterno de que a lactação demanda tempo e dedicação ao bebê

Tabela 2

Comparação da funcionalidade em relação à rede de apoio.				
Referência	Domínios <i>Whodas 2.0</i>	Redes de apoio		p
		Sim	Não	
Marido/ Companheiro	<u>Nº de participantes</u>	191	18	
	Comunicação e Compreensão	25 (17-38)	33 (21-48)	0,378
	Mobilidade	15 (05-30)	33 (15-35)	0,019
	Autocuidado	13 (0-31)	31 (22-38)	0,014
	Relações Interpessoais	20 (10-35)	25 (20-58)	0,204
	Atividade de Vida	47 (25-63)	56 (44-31)	0,064
	Participação Social	25 (16-38)	31 (31-52)	0,044
	Escore total	27 (16-36)	35 (28-48)	0,012
Pais	<u>Nº de participantes</u>	58	151	
	Comunicação e Compreensão	25 (17-38)	33 (19-40)	0,474
	Mobilidade	15 (05-30)	20 (10-30)	0,171
	Autocuidado	13 (0-31)	19 (06-31)	0,165
	Relações Interpessoais	20 (10-35)	25 (10-40)	0,296
	Atividade de Vida	44 (22-60)	50 (33-69)	0,061
	Participação Social	28 (16-38)	28 (17-42)	0,256
	Escore total	27 (16-36)	27 (20-43)	0,180
Outros familiares	<u>Nº de participantes</u>	102	107	
	Comunicação e Compreensão	25 (13-38)	29 (21-38)	0,009
	Mobilidade	15 (0-30)	15 (10-30)	0,034
	Autocuidado	06 (0-31)	19 (06-31)	0,004
	Relações Interpessoais	20 (10-35)	25 (10-35)	0,053
	Atividade de Vida	44 (22-63)	47 (28-66)	0,035
	Participação Social	25 (16-34)	28 (19-44)	0,001
	Escore total	25 (15-36)	28 (20-37)	0,001
Apoio virtual	<u>Nº de participantes</u>	123	86	
	Comunicação e Compreensão	33 (21-38)	25 (13-38)	0,028
	Mobilidade	18 (05-30)	15 (05-30)	0,693
	Autocuidado	19 (06-30)	13 (0-31)	0,276
	Relações Interpessoais	28 (15-40)	20 (05-35)	0,035
	Atividade de Vida	50 (35-66)	41 (19-63)	0,045
	Participação Social	30 (19-38)	25 (13-38)	0,289
	Escore total	29 (23-36)	22 (15-36)	0,043
Amigos/ Vizinhos	<u>Nº de participantes</u>	116	93	
	Comunicação e Compreensão	25 (17-38)	29 (17-38)	0,090
	Mobilidade	10 (05-30)	20 (06-30)	0,002
	Autocuidado	13 (06-31)	13 (02-31)	0,103
	Relações Interpessoais	20 (10-30)	30 (11-40)	0,001
	Atividade de Vida	44 (25-59)	50 (29-72)	0,038
	Participação Social	25 (16-38)	28 (16-43)	0,073
	Escore total	27 (15-34)	29 (19-39)	0,003
Alguém contratado	<u>Nº de participantes</u>	50	159	
	Comunicação e Compreensão	25 (17-38)	29 (17-38)	0,376
	Mobilidade	15 (10-30)	15 (05-30)	0,873
	Autocuidado	19 (06-31)	13 (0-31)	0,528
	Relações Interpessoais	25 (10-35)	20 (10-40)	0,917
	Atividade de Vida	47 (31-64)	47 (24-63)	0,933
	Participação Social	28 (19-34)	28 (16-41)	0,950
	Escore total	28 (19-33)	27 (16-36)	0,760
Serviços de saúde	<u>Nº de participantes</u>	25	184	
	Comunicação e Compreensão	21 (17-38)	29 (17-38)	0,814
	Mobilidade	25 (05-35)	15 (05-29)	0,779
	Autocuidado	19 (0-31)	13 (05-29)	0,968
	Relações Interpessoais	15 (10-35)	20 (10-40)	0,558
	Atividade de Vida	56 (44-66)	44 (25-63)	0,413
	Participação Social	28 (19-44)	25 (16-38)	0,140
	Escore total	31 (27-34)	26 (17-37)	0,721

Os dados referentes ao escore do *Whodas 2.0* para cada domínio são expressos em mediana (intervalo interquartil). Teste de Mann-Whitney U. Nível de significância de $p < 0,05$.

oportuniza o prosseguimento da amamentação materna exclusiva.¹²

É notável a interferência na funcionalidade da mulher quando o apoio paterno é ineficaz ou ausente, pois esta passa a se dedicar exclusivamente aos cuidados e desenvolvimento do filho. Porém, quando criado o suporte social com outros personagens da vida da puérpera, são criadas novas estratégias e adaptações frente às dificuldades geradas pela ausência da figura paterna.⁷

De acordo com os resultados do presente estudo, constatou-se a relevância do apoio de outros familiares e de amigos/vizinhos. Estes contribuíram para a mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida e participação social quando comparados ao grupo sem apoio. No estudo de Silveira *et al.*,² mulheres no puerpério com e sem morbidade materna severa alcançaram pontuações altas de incapacidade nos mesmos domínios do *Whodas 2.0* que o presente estudo, todavia, os autores não analisaram como o apoio social poderia melhorar tais índices.

Na Etiópia, a cultura atua como um facilitador do apoio durante os primeiros meses do puerpério e, em consequência disso, as mulheres tendem a se recuperar rapidamente.¹³ Logo, é possível perceber como o apoio é fundamental para estabilidade e restabelecimento da funcionalidade no puerpério.

Quando analisados os escores de funcionalidade do *Whodas 2.0* em relação ao apoio virtual, identificamos índices maiores nos domínios comunicação, relação interpessoal, atividade de vida e escore total. Foram pontuadas as dificuldades em concentrar-se, evocar memórias, resolver problemas, aprender novas tarefas, compreender e manter um diálogo, lidar com desconhecidos, manter uma amizade, relacionar-se com pessoas próximas, fazer novas amizades, ter relações sexuais, dificuldades para concluir responsabilidades domésticas e ocupacionais com primor e velocidade necessárias.

O estudo de Kaufmann *et al.*,¹⁴ analisou se os determinantes de saúde e a frequência do uso do *Facebook* estavam relacionados com os níveis de saúde mental. A pior condição econômica e menor qualidade de saúde mental foram associadas ao maior uso de redes sociais. A diminuição da funcionalidade não está, necessariamente, como um efeito causal do uso das redes sociais, ao contrário, quanto menor a qualidade da saúde mental, mais frequente era o uso do *Facebook*. Contudo, não foram investigados os motivos pelos quais o uso dessa rede social interferiu negativamente na saúde mental da amostra.

A responsabilidade exigida pela maternidade faz com que a mulher passe por uma desestruturação da própria identidade, muitas vezes causando conflitos internos sobre os próprios desejos e anseios inconscientes do papel materno projetado para o mundo versus à

autopercepção da realidade.⁹ Além do mais, o contexto socioeconômico e atitudinal podem ampliar os sentimentos de ansiedade, medo e insegurança.¹⁴ Quando confrontado os benefícios do apoio virtual, é visto que, geralmente está atrelado à busca por um espaço de interação, desabafo, compartilhamento de informações e dúvidas.¹⁵

No entanto, esse recurso também pode disseminar mitos e crenças culturais baseados em informações errôneas de autopercepção e de experiências individuais.¹⁶ Dentro da maternidade, as supostas “*fakenews*” são capazes de interferir nos processos de adaptação entre a díade mãe-filho, por exemplo, na amamentação e na criação baseada na teoria do apego.⁴

No presente estudo, foi verificada a baixa frequência da presença de profissionais e serviços de saúde, na qual apenas 12% das mulheres do presente estudo relataram ter esse tipo de apoio. O puerpério demanda conhecimentos para além do modelo biomédico. Nesse período, o profissional de saúde deve se aproximar da mulher para ajudá-la.¹¹ Apesar disso, os resultados demonstram uma distância entre a relação profissional de saúde e usuárias do serviço.¹⁷

Os resultados do presente estudo não foram suficientes para que se façam inferências sobre a alta prevalência de apoio virtual e associação com a ausência de outros tipos de apoio, especialmente de profissionais de saúde. Estudos futuros que analisem se a busca do apoio virtual pode ter associação com ausência de suporte dos profissionais e serviços de saúde, considerando as diferenças regionais da Rede de Atenção à Saúde do(s) Município(s), serviços complementares da rede privada e o perfil dos participantes, seriam importantes para defesa de políticas de educação permanente para apoio à amamentação.

De acordo com o estudo de Corrêa *et al.*,¹⁷ onde foram entrevistadas 18 puérperas assistidas pela Estratégia Saúde da Família da cidade de Recife, a atenção ao período puerperal tem sido ineficaz. Como um dos motivos, o estudo apontou que, no puerpério, a atenção tem sido focada apenas nos cuidados ao neonato. Ademais, a dinâmica entre os fluxos de atendimentos domiciliares e consultas agendadas e a maneira que é estabelecida a relação entre profissional-puérpera têm sido insuficientes.

Para Jordão *et al.*,⁹ o puerpério proporciona fatores de riscos para a mulher: adaptação inadequada à mudança, autocontrole insuficiente, ambivalência do papel, ansiedade, depressão, estratégias inadequadas de enfrentamento, impotência, insatisfação com o papel materno, motivação insuficiente, pessimismo, tensão da responsabilidade. Por esse motivo, é preciso que haja visitas domiciliares frequentes por profissionais da saúde, principalmente no puerpério imediato, para o acolhimento e escuta aprimorada das dúvidas referentes à saúde da mulher-mãe e do filho.¹⁷ Quando detectados

os riscos de saúde desde a primeira semana do pós-parto, a partir da escuta qualificada, da criação de vínculo paciente e profissional e pela detecção das barreiras e dos facilitadores de promoção em saúde, é possível intervir e evitar agravos da funcionalidade da mulher.^{11,17}

Compreender a dinâmica das redes de apoio no puerpério contribui para o desenvolvimento de um olhar ampliado e humanizado sobre as condições de saúde da mulher e da efetividade da rede de atenção em saúde.^{8,11} A implementação da ação em saúde promove o aleitamento materno e maior segurança para os cuidados com o bebê, além de sensibilizar os indivíduos em torno da mulher sobre suas atuais condições de saúde.¹² Possibilita, ainda, a desconstrução da visão biomédica estruturada dentro dos serviços de saúde e exercida sobre a Rede Materno-Infantil.

O apoio é capaz de empoderar a mulher às questões da maternidade, principalmente na amamentação materna exclusiva.¹² Ademais, a seguridade favorece a criação de vínculo entre o binômio mãe-bebê, por consequência, diminui a insegurança nos cuidados com o bebê e propicia melhor desenvolvimento infantil.¹³ Estratégias facilitadoras durante todo o ciclo gravídico-puerperal devem ser construídas em conjunto à uma equipe multiprofissional, tendo a família a ser constituída como protagonista dessa ação.⁹ É preciso que as práticas acolhedoras sejam estimuladas, estabelecendo a humanização nos serviços de saúde e até mesmo dentro do suporte social ao redor de uma mulher-mãe.¹⁷

A partir dos resultados apresentados concluímos que a rede de apoio presencial favorece uma melhor funcionalidade no período puerperal. Porém, são necessários mais estudos com outros perfis de mulheres, principalmente das que se encontra em vulnerabilidade social, tendo como base, coletas que também incluam as puérperas sem acesso à *Internet*.

Contribuição dos autores

Alves AB ficou responsável pela elaboração do projeto de pesquisa, pela coleta dos dados, tabulação das variáveis, interpretação e análise dos dados, escrita e revisão do artigo. Pereira TRC e Aveiro MC ficaram responsáveis pela análise dos dados e revisão da escrita final. Cockell FF foi orientadora e supervisora do projeto, contribuindo no delineamento do estudo, revisão da escrita e análise dos dados. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesse.

Referências

1. Silveira C, Parpinelli MA, Pacagnella RC, Camargo RS, Costa ML, Zanardia DM, *et al.* Adaptação transcultural

da Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0) para o Português. *Rev Assoc Med Bras.* 2013; 59 (3): 234-40.

2. Silveira C, Parpinelli MA, Pacagnella RC, Andreucci CB, Ferreira EC, Angelini CR, *et al.* A cohort study of functioning and disability among women after severe maternal morbidity. *Int J Gynecol Obstetr.* 2016 Jul; 134 (1): 87-92.
3. Benítez NS. La experiencia de lamaternidad en mujeres feministas. *Nómadas.* 2016; 44: 255-67.
4. Hernandez BP. Alteraciones en el vínculo materno infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Rev Univ Ind Santander Salud.* 2016; 48 (2): 164-76.
5. Castro SS, Castaneda L, Araújo ES, Buchalla CM. Aferição de funcionalidade em inquéritos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev Bras Epidemiol.* 2016; 19 (3): 679-87.
6. Brasil ACO. Promoção de Saúde e a Funcionalidade Humana. *Rev Bras Prom Saúde.* 2013; 26 (1): 1-4.
7. Marin A, Piccinini CA. Famílias uniparentais: a mãe solteira na literatura. *Psico.* 2009 [acesso em 2020 jul 27]; 40 (4): 422-9. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/2683>
8. Rapoport A, Piccinini CA. Apoio social e experiência da maternidade. *J Hum Growth Dev.* 2006; 16 (1): 85-96.
9. Jordão RRR, Cavalcanti BMC, Marques DCR, Perrelli JGA, Manguiera SO, Guimarães FJ, *et al.* Acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Desempenho do Papel Ineficaz. *Rev Eletr Enf.* 2017 [acesso em 2020 jul 27]; 19: 1-10.
10. Cremonese L, Wilhelm LA, Prates LA, Paula CC, Sehnem GD, Ressel LB. Social support from the perspective of postpartum adolescents. *Esc Anna Nery.* 2017; 21 (4): e20170088.
11. Li Y, Long Z, Cao D, Cao F. Social support and depression across the perinatal period: a longitudinal study. *J Clin Nurs.* 2017 Sep; 26 (17-18): 2776-83.
12. Rêgo RMV, Souza AMA, Rocha TNA, Alves MDS. Paternidade e amamentação: mediação da enfermeira. *Acta Paulista Enferm.* 2016; 29 (4): 374-80.
13. Senturk V, Hanlon C, Medhin G, Dewey M, Araya M, Alem A, *et al.* Impact of perinatal somatic and common mental disorder symptoms on functioning in Ethiopian women: The P-MaMiE population-based cohort study. *J Affect Disord.* 2012 Feb; 136 (3): 340-9.

14. Kaufmann R, Buckner MM, Ledbetter AM. Having Fun on Facebook?: Mothers' Enjoyment as a Moderator of Mental Health and Facebook Use. *Health Commun.* 2017 Aug; 32 (8): 1014-23.
15. Holtz B, Smock A, Reyes-Gastelum D. Connected Motherhood: Social Support for Moms and Moms-to-Be on Facebook. *Telemed J E Health.* 2015 May; 21 (5): 415-21.
16. Sacramento I. A saúde numa sociedade de verdades. *Rev Eletrôn Comun Inf Inov Saúde.* 2018; 12 (1): 4-8.
17. Corrêa MSM, Feliciano KVO, Pedrosa EN, Souza AI. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cad Saúde Pública.* 2017; 33 (3): e00136215.

Recebido em 18 de Outubro de 2020

Versão final apresentada em 13 de Maio de 2022

Aprovado em 7 de Junho de 2022