



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Damaris Aparecida Rodrigues Soler

QUALIDADE DE VIDA NO PUERPÉRIO.

São José do Rio Preto

2014

DAMARIS APARECIDA RODRIGUES SOLER

QUALIDADE DE VIDA NO PUERPÉRIO

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP, para obtenção do Título de Mestre no Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Tópicos Avançados do Trabalho em Saúde e em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Gerales Soler

São José do Rio Preto
2014

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

Soler, Damaris Aparecida Rodrigues
Qualidade de vida no puerpério / Damaris Aparecida Rodrigues Soler.
São José do Rio Preto, 2014.
134 p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP
Eixo Temático: Tópicos Avançados no Trabalho em Saúde em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldês Soler

1. Período Pós-Parto. 2. Qualidade de Vida. 3. Enfermagem.

WY100

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^a Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler
Orientadora
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Prof^a Dr^a Gisele Martins
Membro Titular Externo
Universidade de Brasília

Prof^o Dr^o Marcolino Braile
Membro Suplente Interno
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Prof^o Dr^o Reinaldo Azoubel
Membro Titular Interno
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Prof^a Dr^a Anneliese Domingues Wysocki
Membro Suplente Externo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP / USP

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| Dedicatória | i |
| Agradecimentos | ii |
| Epigrafe | iv |
| Lista de Figuras | v |
| Lista de Tabelas | vi |
| Lista de Abreviaturas | vii |
| Resumo | viii |
| Resumem | iv |
| Abstract | x |
| Introdução | 1 |
| Objetivo | 10 |
| Método | 12 |
| Aspectos Éticos | 13 |
| Tipo de estudo | 13 |
| Sujeito e Local do Estudo | 14 |
| Procedimentos e Instrumentos de Coleta de dados | 15 |
| Tratamento e Análise de Dados | 18 |
| Resultados | 20 |
| Discussão | 28 |
| Considerações finais | 52 |
| Referências Bibliográficas | 54 |
| Apêndices | 66 |
| Anexo | 72 |
| Divulgação | 80 |

Dedicatória

A **Deus** por ter me sustentado e me abençoado em todos os dias da olminha vida.

À minha Mãe Aparecida,

Meu exemplo de força, perseverança e fé.
Seu exemplo de dedicação sobre a importância de cuidar e respeitar o ser humano com amor e carinho se tornou uma inspiração na minha vida.
Agradeço a Deus por sua vida.

Ao meu Pai Dorival Rodrigues

Obrigada por sempre me incentivar a caminhar nos estudos.
Obrigada por me ensinar a amar o trabalho e por seu cuidado especial que sempre me dedicou.
Meu exemplo de responsabilidade e caráter.

Ao meu marido João José

Obrigada por ser meu companheiro, por me incentivar a prosseguir na vida acadêmica.
Por ter paciência, ser amigo, conselheiro. Meu exemplo de persistência e honestidade.
Te amo.

À minha filha Beatriz

A minha razão de viver, minha força para prosseguir com esta pesquisa.
Em meu ventre participou comigo de todas as entrevistas.
Obrigada por ensinar a viver um amor verdadeiro.

Agradecimentos

- ✓ À **minha orientadora Prof^a Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler**, exemplo de dedicação à profissão, por ter incentivado meu crescimento profissional, me direcionando na elaboração desse trabalho.
- ✓ **A todos profissionais (Médicos e Enfermeiros)** que contribuíram com este estudo, possibilitando a realização dessa pesquisa. Muito obrigada cederem parte do seu tempo e compartilharem suas experiências.
- ✓ À **Sonia, Murilo e Juliana**, grandes parceiros. Muito obrigada pelo carinho e dedicação em todos os momentos. Obrigada por tudo.
- ✓ À **Unimed São José do Rio Preto**, por conceder o campo de estudo para a realização desta pesquisa.
- ✓ À **Profa. Dra. Maria de Lourdes Geraldes - Lurdinha**, por sua generosidade, amizade, disponibilidade e apoio desde a minha graduação, me adotando como filha.
- ✓ Às minhas amigas **Maria Amélia, Natália, Ana Paula, Maria Luiza, Juliana Pedregosa, Camila Takao, Anneliese e Stefânia** grandes exemplo de força, determinação e superação. Aprendi e aprendo muito com você. Obrigada por tudo.
- ✓ Aos **meus irmãos Dóris, Dorival, Demétrius, Douver e Draucio** que sempre acreditaram e apoiaram minha carreira acadêmica. Amo vocês.
- ✓ Aos **meus sobrinhos Bruno, Marcelo, Giovana, Daiane, Enrico, Sofia e Laura** vocês dão real sentido à minha jornada. Amo vocês.
- ✓ **A todos os membros da minha família**, avós, tios e primos que sempre acreditaram em mim e me estimularam a conquistar todos os meus sonhos.

- ✓ Aos **meus cunhados Eduardo, Juba e minhas cunhadas Sandra, Rosana, Ana Paula e Gabriela** que ocuparam importante papel na minha vida.
- ✓ Aos **meus amigos (as) da Unimed São José do Rio Preto**, em especial o departamento de Medicina Preventiva, que me acolheram nesta grande família.
- ✓ A professora **Dra. Maria da Graça Girade Sousa** por sua contribuição durante o exame de qualificação.
- ✓ A **todas as docentes** do curso de Graduação em Enfermagem e Pós Graduação da FAMERP, que apoiaram e incentivaram minha caminhada.
- ✓ A **todas as mulheres que participaram como sujeitos desta pesquisa**, obrigada por me receber em seus domicílios, com muito carinho, dispostas a contribuir com a pesquisa e me ensinarem o verdadeiro significado das palavras mulher e mãe.
- ✓ A **todos** aqueles que fizeram parte desta etapa de minha vida e, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste sonho. A presença de pessoas especiais em nossa vida facilita a concretização dos nossos ideais.

Epígrafe

"There are only two ways to live your life. One is as though nothing is a miracle. The other is as though everything is a miracle."

("Há somente duas maneiras de viver sua vida. Uma é acreditar que não existe milagre e a outra é que tudo é um milagre")

Albert Einstein (1879-1955)

Lista de Figuras

- Figura 1. Percentual das pacientes segundo ter entrado ou não em trabalho de parto. São José do Rio Preto, 2013. 25
- Figura 2. Tendência da qualidade de vida das puérperas nos três momentos pós-parto avaliados em relação aos domínios estudados. São José do Rio Preto, 2013. 27

Lista de Tabelas

- Tabela 1. Percentuais das variáveis de caracterização das puérperas avaliadas. 24
São José do Rio Preto, 2013..
- Tabela 2. Estatísticas descritivas da qualidade de vida das puérperas em 26
relação aos três momentos pós-parto. São José do Rio Preto, 2013.
- Quadro 1. Caracterização Sócio-Demográfica das Puérperas. São José do Rio 22
Preto, 2013.
- Quadro 2. Principais dificuldades expressadas pelas puérperas, segundo fase 23
do puerpério. São José do Rio Preto,2013.

Lista de Abreviaturas

- QV - Qualidade de Vida
ESF - Estratégia de Saúde da Família

Resumo

Soler DAR. “Qualidade de Vida no Puerpério. [Dissertação] São José do Rio Preto (SP), Brasil: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, 2014.

Introdução: O puerpério divide-se em três fases: imediato, tardio e remoto. Em todas estes períodos ocorrem transformações físicas e fisiológicas e psicológicas que podem interferir na qualidade de vida (QV) da mulher. **Objetivo:** avaliar a QV de puérperas primíparas que realizaram o curso preparatório de gestante nas três fases do puerpério. **Método:** Pesquisa descritiva, exploratória de abordagem quanti-qualitativa, desenvolvida com puérperas primíparas residentes em São José do Rio Preto, que tiveram gravidez a termo, realizaram curso preparatório de gestante gratuito oferecido por uma instituição particular de São José do Rio Preto e recém-nascido de termo com boas condições de vitalidade ao nascimento e na alta hospitalar. Para coleta de dados foi utilizado o SF-36 versão brasileira, questionário sócio econômico e questionário qualitativo. **Resultados:** Na análise quantitativa a QV na puérpera apresentou pior avaliação em relação ao *componente físico*, principalmente nos domínios da Capacidade Funcional, Aspectos Físicos e Dor, sendo o pós-parto imediato mais prejudicado, apresentando uma melhora progressiva com o aumento do tempo do período puerperal. No *componente mental*, encontrou-se que os domínios vitalidade e aspectos sociais apresentaram diferenças na QV em relação ao período imediato e remoto, sendo que a maior QV se deu no período remoto. **Conclusão:** Esse estudo apresentou a relevância da assistência de enfermagem no pré natal e no puerpério para garantir o cuidado a essa clientela possibilitando maior QV.

Palavras Chave: Puerpério; Qualidade de Vida; Enfermagem.

Resumen

Soler DAR. "Quality of life in the puerperium. [Tesis doctoral] São José do Rio Preto (SP), Brasil: Facultad de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, 2014

Introducción: El puerperio humano se desarrolla en tres fases: inmediato, mediato y tardío, con cambios físicos, fisiológicos y psicológicos que pueden afectar la calidad de vida (CV) de las mujeres. **Objetivo:** evaluar la calidad de vida de mujeres puérperas-primíparas que realizaron un curso preparatorio para mujeres embarazadas durante las tres fases del puerperio. **Métodos:** Se trata de un estudio cuantitativo, exploratorio descriptivo, del que participaron mujeres puérperas-primíparas que viven en São José do Rio Preto – SP. Esas mujeres realizaron un curso preparatorio gratuito para mujeres embarazadas ofrecido por una institución privada de São José do Rio Preto, tenían embarazos a término y sus recién nacidos tenían buenos signos vitales al nacer y en el alta hospitalaria. Para la recolección de datos se utilizaron: un cuestionario socioeconómico, un cuestionario cualitativo y la versión brasileña del cuestionario de CV SF-36. **Resultados:** En el análisis cuantitativo, las mujeres presentaron peor calidad de vida en el **componente físico**, especialmente en los dominios capacidad funcional, aspectos físicos y dolor. Las mujeres presentaron peor calidad de vida en el postparto inmediato, con una mejora progresiva a medida que aumentaba el tiempo de puerperio. En el **componente mental**, los dominios vitalidad y funcionamiento social mostraron diferencias entre el posparto inmediato y el puerperio tardío en relación a la calidad de vida, con mayor calidad de vida en el puerperio tardío. **Conclusión:** Este estudio demostró la importancia de los cuidados de enfermería en la atención prenatal y posparto para asegurar una mayor calidad de vida para las puérperas .

Palabras Clave: Período de Postparto, Calidad de Vida; Enfermería.

Abstract

Soler DAR. “Quality of life in the puerperium”. [Doctoral thesis] São José do Rio Preto (SP), Brasil: Faculty of Medicine of São José do Rio Preto - FAMERP, 2013.

Introduction: The human postpartum period is divided into three phases: the immediate postpartum, the early puerperium and the remote puerperium. It brings with it physical, physiological and psychological changes that may affect women’s quality of life (QoL). **Objective:** to evaluate the QoL of primiparous postpartum women who took a preparatory course for pregnant women during the three phases of the puerperium. **Methods:** This descriptive, exploratory, quantitative study was conducted with primiparous postpartum women living in São José do Rio Preto – SP. These women attended a free preparatory course for pregnant women offered by a private institution in São José do Rio Preto, had term pregnancy and their newborn had good vital signs at birth and at discharge. Data collection occurred through the use of a socio-economic questionnaire, a qualitative questionnaire and the Brazilian version of the SF-36 QoL questionnaire. **Results:** In the quantitative analysis, women presented lower scores of quality of life in the **physical component**, especially in the domains functional capacity, physical aspects and pain. The QoL was more compromised in the immediate postpartum period and showed improvements as the postpartum period advanced. In the **mental component**, it was found that the domains vitality and social function showed differences in QoL scores between the immediate postpartum and the remote puerperium, with higher QoL scores in the remote puerperium. **Conclusion:** This study reveals the importance of nursing care in the prenatal and postpartum period in order to guarantee a better quality of life for puerperal women.

Keywords: Postpartum Period, Quality of Life; Nursing.

1. Introdução

Os avanços do conhecimento científico dos fenômenos físicos em obstetrícia e ginecologia têm proporcionado habilidades fundamentais aos profissionais da saúde, permitindo-lhes a prática de assistência que atendem às necessidades mais específicas das mulheres. No entanto, as condutas baseadas apenas nos aspectos biológicos não são suficientes. Elas precisam ser potencializadas, especialmente pela compreensão das variáveis que envolvem a QV no período puerperal¹.

Estudos que abordam a atenção à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, revelam que vem sendo cada vez mais violada a capacidade delas para definirem, analisarem e atuarem sobre o seu próprio corpo. No contexto internacional a temática do pós-parto temática é muito debatida e divulgada no meio científico, mas no Brasil as investigações são mais focadas no parto e no aleitamento natural².

De acordo com um estudo bibliográfico, que teve como fonte a base de dados Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), a participação da mulher nas decisões sobre sua saúde é área temática abordada por enfermeiros, relacionada ao ensino, pesquisa ou assistência³.

O paradigma da promoção à saúde engloba como elementos constituintes: a integralidade do cuidado; a prevenção de agravos, o foco na QV e a participação comunitária, com vistas ao planejamento e avaliação dos serviços. Atualmente a QV no puerpério é tida como medida importante para a verificação dos resultados dos cuidados à saúde da população em geral⁴.

Apesar de existir no Brasil, desde 1984, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), em 2000 o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de incrementar a qualidade, ampliar o acesso, a capacidade instalada e a organização da assistência obstétrica e neonatal no Brasil. Foram realizados alguns ajustes em 2005 na política de

de atenção à saúde da mulher no decorrer do período gravídico puerperal, mas geralmente insuficientes ou aplicadas de forma inadequada para atender aos interesses e necessidades clínicas e sociais do binômio mãe-filho⁵⁻⁹.

O processo de nascimento envolve a gestação, parto e puerpério e constitui-se em uma experiência complexa, com transformações nos aspectos biológicos, psicológicos, emocionais, relacionais e socioculturais, que podem afetar a QV^{10,11}. Nas últimas décadas fica evidente no Brasil a ocorrência de distorções na assistência obstétrica, com excessiva medicalização durante o ciclo gravídico puerperal e índices abusivos de cesárea, deixando a mulher submissa a regras ditadas pelos profissionais e instituições de saúde².

O período puerperal começa logo após a expulsão da maior parte do conteúdo do útero gravídico, estendendo-se por seis semanas ou mais, dividindo-se em pós parto imediato (0 a 10 dias após o parto), pós-parto tardio (11 a 45 dias após o parto) e pós-parto remoto (46 a 60 dias após o parto)¹². Outra classificação do período puerperal é: imediato (primeiras 2 horas após a dequitação placentária); mediato, (iniciado após a segunda hora e estendendo-se até o 10º dia); tardio (iniciado no 11º dia até o 45º dia) e remoto (após 45 dias do parto ou quando a mulher ainda estiver em processo de amamentação)⁵.

Após o parto a mulher tem transformações tanto do ponto de vista fisiológico, quanto psíquico e sócio-familiar, revelando-se um período de muitas vulnerabilidades e que pode prejudicar vários aspectos de sua QV¹³.

As transformações físicas e emocionais que ocorrem no puerpério trazem às puérperas desconforto e dor, principalmente abdominal, perineal, muscular, articular, mamária, nos membros superiores, na região dorsal, na eliminação intestinal,

principalmente, além de uma mistura de sentimentos como euforia, alívio, medo, decepção. Todas essas alterações interferem na QV das puérperas^{14,15}.

Assim, desde sua reintegração em seu ambiente familiar, a puérpera fica vulnerável tanto física como psicologicamente, necessitando de ajuda dos familiares e orientação dos profissionais de saúde. A puérpera tem necessidade de atenção física e psíquica e a relação com seu filho ainda não está bem elaborada, mesmo porque geralmente as atenções da família ficam concentradas na criança¹⁶.

Soma-se aos desconfortos do pós-parto a sensação de exaustão e relaxamento, sobretudo se houve um longo período sem adequada hidratação e/ou alimentação. Pode haver sonolência, que exige repouso, mas nem sempre se respeita essa necessidade de descanso, afetando desta forma as variáveis que compõem a QV da mulher no período pós-parto⁴.

No Brasil, até os anos 2000 principalmente, a maioria dos estudos voltados para a saúde da puérpera, foram mais direcionados ao processo de aleitamento materno e ao cuidado com a criança. No entanto, nos últimos anos estão aumentando as pesquisas a respeito de questões objetivas e subjetivas que envolvem a vivência e QV da mulher no puerpério e as deficiências da assistência que recebem, distante da preconizada pelos órgãos governamentais de Saúde¹⁷.

O conceito de QV é abrangente e guarda relação com os aspectos multidimensionais da saúde, da independência, das interações sociais e das características do meio ambiente¹⁷⁻¹⁹. A QV é definida como a percepção individual da posição do indivíduo na vida, levando em consideração sua cultura e seu sistema de valores, segundo seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações^{20,21}.

Os profissionais de saúde têm muito a contribuir na atenção às puérperas, já que podem colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê,

reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para melhorar a saúde e a QV de ambos².

Além da condição clínica de saúde da puérpera, deve-se levar em conta os aspectos perceptuais quanto ao seu bem-estar pessoal e autoestima. Para isso, é exigida a avaliação de questões relativas à percepção: do estado de saúde; do estilo de vida; da capacidade funcional; autocuidado, suporte familiar, interação social, atividade intelectual, nível socioeconômico, estado emocional, valores culturais e religiosos e satisfação pessoal quanto às atividades diárias e o ambiente onde vive⁹.

Ressalta-se neste enfoque o cuidado promovido pelo enfermeiro, em especial o enfermeiro obstetra, que pelas especificidades de atuação profissional, tem competências para atuar nas diferentes fases do ciclo gravídico-puerperal. Assim, pode planejar a assistência de forma sistematizada, considerando as reais necessidades afetadas da mulher, conhecimento que é indispensável para agir em busca de melhorar a QV da puérpera^{2,22}.

O papel do enfermeiro na promoção de melhor QV da puérpera é relevante, pois suas intervenções possibilitam a troca de experiências entre as mães e pais, com a exposição de sentimentos em relação à maternidade e paternidade, e as dificuldades que estejam enfrentando no cuidado com seus filhos. Para o alcance desses resultados, este profissional deve iniciar seu trabalho durante o período gestacional, na assistência pré natal e em cursos de preparo para o nascimento Tanto na gestação como no puerpério, a mulher deve ser atendida pela equipe multidisciplinar e de forma integrada e compartilhada, de modo a esclarecer dúvidas sobre assuntos relacionados à sua área de atuação²³.

O atendimento ao binômio mãe-filho, deve ser feito de forma sistemática, de modo que, mesmo com um tempo de internação menor, mãe e pai possam participar

juntos dos cuidados com o recém nascido. Cabe ao enfermeiro a orientação de diferentes aspectos desde a gestação, na tentativa de minimizar os efeitos da insegurança trazida pela maternidade e de outras responsabilidades com o bebê e os afazeres do lar, que podem afetar as diversas variáveis envolvidas na QV. Tais situações poderão funcionar como fonte geradora de ansiedade, medo, inquietação e angústia, capazes de transmitir sentimentos negativos para o filho e provocar desconforto²⁴.

Nos últimos anos tem ficado em destaque no Brasil a atuação do enfermeiro obstetra no atendimento das necessidades relacionadas à QV na gravidez, no trabalho de parto e parto e no período puerperal. Assim, a percepção do parto é de acontecimento natural, benévolo e benigno e o puerpério compreende adaptações que exigem tomada de decisões baseadas em aspectos técnico-científicos e humanísticos, facilitando o enfrentamento e adaptação ao papel materno^{25,26}.

Observa-se, atualmente, na enfermagem obstétrica um avanço no conhecimento técnico-científico, com a crescente qualificação de enfermeiros obstetras, que buscam obter um melhor preparo técnico para atender com mais qualidade à gestante, à parturiente e à puérpera, no âmbito ambulatorial e hospitalar. No entanto, tais cuidados nem sempre são usados na atenção primária, como por exemplo nos cursos de gestantes, além das consultas puerperais com visitas domiciliares ainda não serem comuns^{2, 26-29}.

A cobertura deficiente e cuidados de enfermagem precários no período puerperal, distanciando-se do que é preconizado pelos organismos oficiais, é atribuída, entre outros fatores à formação profissional nas escolas médicas e de enfermagem, que orientadas pelo modelo biomédico fazem da clínica o sentido da atenção. Assim, apesar da crescente preocupação com a humanização dos cuidados à saúde da mulher em todas as fases do ciclo vital, é visível a pouca valorização que é dada as demandas que emergem da vivência da mulher no período puerperal, especialmente as relativas à

subjetividade feminina e a sua QV, que se alteram com a chegada de um(a) filho(a), segundo o contexto sócio cultural e emocional em que se inserem o puerpério^{28,29}.

A definição global de QV leva em conta as condições externas de vida e as experiências subjetivas do indivíduo. Não é tarefa fácil quantificar QV. Para tanto, existem várias propostas de instrumentos que foram validados por diversos estudos. Alguns autores ainda acreditam que a avaliação da QV por meio de inventários devidamente validados, pode vir a ser um instrumento complementar aos tradicionais métodos utilizados pelas ciências da saúde para avaliar os resultados de suas intervenções terapêuticas. Destaca-se também uma importante mudança nestes parâmetros de avaliação, que incluiria a perspectiva do indivíduo sobre seu estado de saúde e sua satisfação com os serviços oferecidos pelas redes sanitárias^{24,25,30-36}.

Atualmente existem diversas escalas de avaliação de QV, referindo-se mais de trezentos instrumentos de avaliação de QV geral ou relacionado à saúde de grupos específicos publicados na literatura³³. Os instrumentos de QV devem conter indicadores sociométricos, demográficos, ocupacionais, de bem estar, psicológico, sintomas mentais, saúde física, relação de suporte social, finanças e atividades cotidianas. Esses questionários podem ser auto aplicáveis, onde o entrevistado determina o peso de cada item na sua vida, baseado na própria percepção. Os resultados das escalas agrupadas formam o escore final e para aumentar a confiabilidade, os questionários devem ser adaptados a cada grupo de estudo³⁴.

Há que destacar que a vida tem dimensões qualitativas e quantitativas, de forma que a QV não deve ser medida apenas por instrumentos quantitativos, mas também qualitativamente, baseando-se na percepção individual e subjetiva. Critérios qualitativos sólidos podem ser alcançados através de entrevistas, observação do cotidiano, da resolução de problemas reais, conhecendo sonhos, as aspirações e ideias do indivíduo³⁵.

Ainda, a QV deve ser analisada sob a óptica temporal, envolvendo variáveis sobre valores, respeito, saúde, integridade moral, física e psicológicas³⁶.

O Short – Form Health Survey (SF-36) é um questionário utilizado para avaliar a QV, através da saúde mental e física. Foi elaborado por pesquisadores de 14 países, a partir de 1991, pelo Health Assessment Lab em Boston, traduzido e validado para uso internacional pela International Quality of Life Assessment (IQOLA). É composto de 36 itens, dividido em oito dimensões: funcionamento físico, limitações causadas por problemas da saúde física, limitações causadas por problemas da saúde emocional, funcionamento social, saúde mental, dor, vitalidade (energia/fadiga), percepções da saúde geral e estado de saúde atual comparado há um ano atrás, que é computado à parte. O SF36 é aplicado em grupos saudáveis e em grupos com problemas crônicos de saúde e limitações e encontra-se traduzido em diferentes idiomas³⁷.

O presente trabalho tem como finalidade colaborar para a maior compreensão do período puerperal humano e mensurar o conceito de QV, no que diz respeito à satisfação, e a importância desta fase do ciclo gravídico-puerperal na perspectiva das puérperas primíparas, considerando seus valores e crenças. Ainda é incipiente a bibliografia a respeito da QV da puérpera e nesta pesquisa busca-se não só um novo enfoque para a QV, resgatando o significado de QV, ouvindo e respeitando as opiniões, sentimentos e necessidades da mulher³⁸.

Embora o puerpério seja um evento comum na vida da maioria das mulheres, é possível perceber na atuação na área obstétrica e na análise de bibliografia atualizada sobre o assunto que pouca atenção tem sido dada quanto às modificações normais percebidas nos domínios físico e psicológico de seu estado de saúde e sua percepção quanto a sua QV. Pelo contrário, a puérpera tem sido negligenciada em seus sentimentos e necessidades e no foco da humanização do nascimento.

O enfermeiro obstetra tem muito a contribuir ao estudar o puerpério, reconhecendo a individualidade de cada puérpera na definição do que sente e de suas expectativas. Deste modo, a mulher pode receber a ajuda que precisa em seu meio familiar e ter adequada assistência profissional, em especial nas situações que levam a riscos para grandes ou persistentes declínios em sua QV.

2. Objetivo

OBJETIVO

- Avaliar a Qualidade de Vida de puérperas primíparas, que realizaram o curso de gestante Beabá Bebê da Unimed São José do Rio Preto, sem morbidade relacionada ao ciclo gravídico, com gravidez a termo, nas três fase do puerpério.

3. Métodos

ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, Parecer nº 134.133 (Anexo 1). Está incluído no projeto-mãe *“Estudos sobre a humanização no preparo e assistência para o nascimento e parto e na atenção ao neonato e lactente – ênfase na atuação do enfermeiro obstetra”*, sob responsabilidade da Profa Dra Zaida Aurora Sperli Geraldese Soler, orientadora desta pesquisa, aprovado sob o Parecer nº 323/2011 e protocolo nº 3921/2011 (Anexo 2).

TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa é descritiva, exploratória, de abordagem mista - **quantitativa**. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações sobre um fenômeno do que se poderia conseguir isoladamente. Nas últimas décadas, as pesquisas que associam os métodos qualitativos e quantitativos passaram a ser muito utilizadas nas investigações sociais, ao considerar que cada uma tem fragilidades e fortalezas, que se complementam e permitem maior desenvolvimento da Ciência³⁹.

A pesquisa **quantitativa** é centrada na objetividade, tem suas raízes no pensamento positivista lógico, que tende a enfatizar as regras da lógica e o que se pode mensurar, com dados obtidos com auxílio de instrumentos padronizados e neutros, que podem ser quantificados, feitas análises matemáticas e realizada em amostras geralmente grandes e representativas da população alvo da pesquisa. Por outro lado, a pesquisa qualitativa tende a salientar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da

experiência humana, para apreender a totalidade no contexto daqueles que estão vivenciando o fenômeno. Enfatiza o subjetivo na coleta e análise dos dados, como forma de captar, interpretar e compreender o contexto estudado na totalidade³⁸⁻⁴⁰.

A pesquisa **descritiva** possibilita a descrição de características de determinadas populações ou fenômenos, tendo como peculiaridade a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. A pesquisa **exploratória** proporciona maior familiaridade com o problema pesquisado, explicitando-o em diferentes nuances³⁹⁻⁴¹.

O referencial metodológico escolhido para a abordagem qualitativa foi o *Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)*, que é uma forma de sistematizar dados qualitativos verbais, obtidos de grupos sociais. São feitos a partir de expressões chave, agrupadas em torno de ideias centrais ou ancoragens semelhantes, compondo um ou vários discursos sínteses, na primeira pessoa do singular⁴².

SUJEITOS E LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi realizado junto a 15 puérperas primíparas, residentes em São José do Rio Preto – SP, com recém-nascido a termo, com boas condições de vitalidade ao nascimento e na alta hospitalar, participantes de um curso de preparo para o nascimento, ministrado gratuitamente por profissionais de um plano privado de saúde da cidade de São José do Rio Preto – São Paulo. O tamanho da amostra foi definido por saturação, de acordo com a metodologia qualitativa definida.

A cidade de São José do Rio Preto é sede da 8ª Região Administrativa do Estado de São Paulo – DRS – XV. Está subdividida em 14 áreas administrativas e nos Distritos de Engenheiro Schmidt, Talhados e Ipiruá. O município tem sua economia direcionada, principalmente à agropecuária, ao comércio atacadista e varejista, à prestação de

serviços, além de Centros Universitários. Destaca – se no atendimento prestado à população do município e pessoas oriundas de vários estados, em especial Minas Gerais, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás. Conta com uma ampla e bem estruturada rede de serviços de saúde privada, filantrópica e pública, abrangendo a atenção primária, secundária e terciária, além de referência na produção de tecnologia de ponta em materiais cirúrgico-hospitalares ⁴³.

PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu de março a agosto de 2013 e foi realizada pela própria pesquisadora, em quatro etapas, como segue:

A primeira etapa foi realizada com a abordagem das mulheres ainda durante a gestação, durante o curso preparatório de gestante, quando a pesquisadora informou os objetivos da pesquisa às gestantes primíparas que residirem em São José do Rio Preto e coletou a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1). Nesta etapa foi explicado para a gestante que ela seria acompanhada por dois meses, em três encontros (segunda, terceira e quarta etapa do trabalho) em seus respectivos domicílios a fim de ser mensurada sua QV nas diferentes fases do puerpério. A pesquisadora ligou para as gestantes, que aceitaram participar da pesquisa, na data próxima ao parto, agendando uma visita no puerpério imediato, para iniciar a coleta de dados.

Na segunda etapa, foi realizado a visita domiciliar. A pesquisadora nesta etapa apresentou o instrumento livre e esclarecido para assinatura da puérpera, se concordasse e preencheu os seguintes instrumentos: 1), ficha de identificação para coleta de dados sócio-demográficos (apêndice 2), elaborada especificamente para este estudo. Neste momento a pesquisadora realizou perguntas qualitativas, (Apêndice 3) que foram

gravadas por meio de um gravador, e posteriormente transcreveu os dados e aplicou o Questionário de Qualidade de Vida SF-36 versão brasileira (anexo 3).

Na terceira etapa, no pós parto tardio, realizada entre o trigésimo e quadragésimo quinto dia após o parto (30-45 dias), quando a pesquisadora fez contato com as participantes, para agendar a segunda visita domiciliar. Nesta visita foi novamente pedido para que a puérpera assinasse o termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisadora realizou perguntas qualitativas (apêndice 3) e aplicou o Questionário de Qualidade de Vida SF-36 versão brasileira (anexo 3).

Na quarta etapa de avaliação da QV no pós-parto tardio, feita após 45 dias do parto, foi adotado como critério de coleta entre sessenta e setenta e cinco dias após o parto (60-75), também foi realizado o contato com as participantes da fase 3 e por telefone primeiramente, agendando uma visita domiciliar. Nesta visita foi novamente pedido para que a puérpera assinasse o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 1), e novamente pesquisadora realizou perguntas qualitativas (apêndice 3) e aplicou o Questionário de Qualidade de Vida SF-36 versão brasileira (anexo 3).

Para caracterizar as puéperas entrevistadas foram coletadas variáveis sociodemográficas e tipo de parto. A QV nos diferentes períodos do puerpério foi avaliada por meio da utilização do instrumento validado de QV- SF-36. Esse instrumento é constituído por 35 itens que abrangem oito domínios, que podem ser subdivididos em dois componentes: *componente físico* que inclui os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, a dor e estado geral de saúde e o *componente mental* que abrange os domínios saúde mental, aspectos funcionais, aspectos sociais e vitalidade.

A pontuação da QV desse instrumento de medição se dá por meio de percentuais padronizados (0 a 100%), sendo que percentuais acima de 50% indicam boa QV, ao

passo que valores abaixo desse percentual indicam baixa QV em relação ao domínio avaliado.

A escala de capacidade funcional avaliou tanto a presença como a extensão das limitações relacionadas à capacidade física. A escala de vitalidade considerou o nível de energia e de fadiga, como a disposição para procurar e enfrentar novas tarefas. Em relação aos aspectos físicos e emocionais, avaliou-se o quanto essas limitações influenciaram a vida diária do paciente dificultando as suas atividades regulares. Quanto à dor, avaliaram-se a sua intensidade e se era causa de alguma limitação à vida diária do paciente. Os aspectos sociais avaliaram a integração do paciente com atividades sociais. O componente saúde mental verificou a ansiedade, depressão, alterações do comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico.

Para a coleta de dados qualitativa, foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada em que o pesquisador busca obter dados objetivos ou subjetivos. Como exemplo de conteúdos subjetivos, podem ser citadas as expressões faciais e gestos que o informante demonstra durante a entrevista. A entrevista em profundidade possibilita um diálogo de intensa correspondência entre entrevistador e informante. Nela, geralmente, acontece a liberação de um pensamento crítico reprimido, que muitas vezes chega em tom de confiança. É um olhar cuidadoso sobre a própria vivência ou sobre determinado fato⁴¹.

O referencial metodológico escolhido, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), é forma de sistematizar dados qualitativos verbais, obtidos de grupos sociais, a partir de expressões chave, agrupadas em torno de ideias centrais ou ancoragens semelhantes, compondo um ou vários discursos síntese na primeira pessoa do singular⁴².

A construção do roteiro de entrevista é baseada nos objetivos do estudo, também chamados de pontos de análise. São esses pontos que, na análise, se converteram em

eixos temáticos fundamentais para a formulação e sistematização dos resultados e conclusões. Foram criadas cinco perguntas norteadoras, as respostas foram gravadas por meio de um gravador, e posteriormente foi feita a transcrição dos dados. As perguntas norteadoras foram: O que é QV para você? / Como está a sua QV neste período?/ Que aspectos considera positivos nesta fase do pós –parto?/Que aspectos considera negativos nesta fase do pós –parto?/Quem está te orientando neste período?/Qual orientação do curso de gestante foi essencial para essa fase do puerpério, por que impactou positivamente a sua QV?/Você sugere algum tema que deve ser tratado no curso de gestante para melhorar a QV no puerpério?

TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A organização dos dados constou da transcrição dos discursos microgravados nas entrevistas, resultando no total de 38 páginas transcritas - Times New Roman, 12 – espaçamento simples. A tabulação seguiu a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo ⁴⁰. Essa proposta consiste basicamente em analisar o material verbal, transcrito das entrevistas, buscando as seguintes figuras metodológicas: as Expressões Chaves (ECH), as Idéias Centrais (IC) para a constituição do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Após a organização, tabulação dos dados e reflexão acerca dos DSCs elaborados os temas que emergiram no estudo, identificam como idéias centrais no período do pós – parto imediato, foram: compreensão sobre QV ; conflitos de sentimentos; autoestima; percepções e sugestões para curso de gestante; a quem recorre em casos dúvidas; palpites; dificuldade na realização das atividades cotidianas; amamentação; relacionamento conjugal.

Na análise quantitativa ocorreu o controle de variáveis confundidoras intencional: paridade e não intencional: 100% de parto cesáreas, homogeneidade sócio demográfica e acesso ao sistema de saúde.

Para a análise dos dados quantitativos foram utilizadas medidas de estatística descritiva (percentuais) para caracterização da amostra e o teste de comparação de médias não paramétrico de Kruskal-Wallis e o teste de Tukey ao nível de significância de 5% (ou 0,050) para avaliar a QV nos três períodos do puerpério.

4. Resultados

RESULTADOS

O **Quadro 1** e a **Tabela 1** mostram a caracterização sócio-demográfica das puérperas participantes desta pesquisa. De forma mais detalhada as **Figuras 1 a 9** representam esta caracterização. Os resultados mostraram que todas as puérperas (100%) eram casadas, tiveram o parto resolvido por cesárea, tinham atividade profissional remunerada e com vínculo empregatício. Vale lembrar que todas eram primíparas e informar que não tinham vícios, como tabagismo e etilismo. A idade média das puérperas foi de 30,73 anos com desvio padrão de 5,46 anos e mediana de 30,00 anos. A idade mínima atestada foi de 19 anos e a máxima de 40 anos. O coeficiente de variação da idade foi de 17,76%, caracterizando uma distribuição com baixa dispersão. Não foi atestada a presença de valores discrepantes (*outliers*) na distribuição, mostrando que os dados seguiram normalidade.

No **Quadro 1** pode-se verificar o perfil das puérperas do estudo, segundo cada variável selecionada, ficando em destaque que tinham renda familiar entre 2 a 16 salários mínimos - SM, sendo o menor da puérpera estudante e os maiores de advogadas (13 e 14 SM) e de uma arte finalista; apenas 3 (20%) puérperas não tinham casa própria e só 1 (6,7%) não tinha carro.

| PUÉRPERA | IDADE | RELIGIÃO | ESCOLARIDADE | PROFISSÃO | CONVENIO UNIMED | RENDA FAMILIAR | MORADIA | TRANSPORTE |
|----------|-------|------------|---------------------|---------------------|-----------------|----------------|---------|-------------|
| 1 | 28 | Católica | Superior | Professora | Não | 5 salários | Cedida | Carro |
| 2 | 40 | Católica | Superior | Advogada | Sim | 13 salários | Alugada | Carro |
| 3 | 36 | Evangélica | Superior | Administradora | Não | 5 salários | Própria | Carro |
| 4 | 29 | Católica | Superior | Advogada | Sim | 16 salários | Própria | Carro |
| 5 | 27 | Católica | Técnico | Tec. Segurança | Não | 4 salários | Própria | Ônibus/Moto |
| 6 | 30 | Católica | Superior | Enfermeira | Sim | 10 salários | Própria | Carro |
| 7 | 26 | Católica | Superior | Pedagoga | Não | 6 salários | Própria | Carro |
| 8 | 33 | Evangélica | Superior | Fisioterapeuta | Sim | 3 salários | Própria | Carro |
| 9 | 40 | Católica | Superior | Arte Finalista | Sim | 14 salários | Própria | Carro |
| 10 | 34 | Católica | Superior | Ciências Econômicas | Sim | 6 salários | Própria | Carro |
| 11 | 28 | Católica | Superior | Jornalista | Não | 8 salários | Própria | Carro |
| 12 | 32 | Espírita | Técnico | Técnica Dentária | Não | 5 salários | Alugada | Carro |
| 13 | 28 | Evangélica | Superior incompleto | Atendente Farmácia | Sim | 4 salários | Própria | Carro |
| 14 | 19 | Católica | Médio | Estudante | Sim | 2 salários | Própria | Carro |
| 15 | 31 | Católica | Superior | Pedagoga | Não | 5 salários | Própria | Carro |

Quadro 1: Caracterização sócio demográfica das puérperas. São José do Rio Preto, 2013.

No **Quadro 2** são enfatizadas as dificuldades das puérperas deste estudo, expressadas na principal queixa, que prejudicaram sua QV no pós-parto, durante o puerpério imediato, tardio e remoto.

As queixas principais no **puerpério imediato** foram relacionadas: amamentação (4 – 26,66%); dor da cesárea (3- 20%); não conseguir se cuidar sozinha e depender de outras pessoas (2- 13,33%) e as restantes tiveram cada uma queixa de não receber a atenção devida, cólica do recém-nascido, depender de outras pessoas e problema para se adaptar.

As queixas principais no **puerpério tardio** foram relacionadas ao cansaço por sobrecarga das atividades, sono prejudicado, falta de ajuda e cólica do bebê.

As queixas no **puerpério remoto** continuam a destacar cansaço e problemas na rotina diária, por privação das atividades sociais e no cuidado com o bebê (amamentação e cólica).

Quadro 2. Principais dificuldades expressadas pelas puérperas, segundo fase do puerpério. São José do Rio Preto, 2013.

| Puérpera | Puerpério Imediato | Puerpério Tardio | Puerpério Remoto |
|-----------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| 1 | Falta de atenção com a mulher | Dificuldades com a amamentação | Dificuldades com a amamentação |
| 2 | Sono prejudicado | Sono prejudicado | Readaptação da rotina |
| 3 | Dificuldades com a amamentação | Cólica do bebê | Sono prejudicado |
| 4 | Sono prejudicado | Sente-se Sobrecarregada | Sente-se sozinha |
| 5 | Depender de outras pessoas | Sente-se Sobrecarregada | Sono prejudicado |
| 6 | Auto- cuidado prejudicado | Readaptação da rotina | Readaptação da rotina |
| 7 | Cólica do Recém Nascido | Sono prejudicado | Preocupação com o bebê |
| 8 | Dificuldades com a amamentação | Privação das atividades sociais | Depender de outras pessoas |
| 9 | Depender de outras pessoas | Dificuldades com a amamentação | Sono prejudicado |
| 10 | Dor da cesárea | Cólica do bebê | Auto cuidado prejudicado |
| 11 | Dor da cesárea | Cansaço | Cansaço |

| | | | |
|----|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 12 | Sono prejudicado | Sono prejudicado | Sente-se Sobregarregada |
| 13 | Dificuldade de Adaptação | Falta de ajuda do companheiro | Privação das atividades sociais |
| 14 | Dificuldades com a amamentação | Cansaço | Privação das atividades sociais |
| 15 | Dificuldades com a amamentação | Cólica do bebê | Cólica do bebê |

Na **Tabela 1** observa-se que os seguintes dados ficam destacados das variáveis sócio-demográficas: 73,33% católicas; escolaridade de nível superior (80%); profissão na área de serviços (53,33%); ter convênio saúde privativo (53,33%); residência própria (80%) e carro (93,33%).

Tabela 1 – Percentuais das variáveis de caracterização das puérperas avaliadas. São José do Rio Preto, 2013.

| VARIÁVEIS | N | % |
|---------------------------------|----------|----------|
| Religião | 15 | 100 |
| Católica | 11 | 73,33 |
| Outras (espírita ou evangélica) | 4 | 26,67 |
| Escolaridade | 15 | 100 |
| Ensino médio e técnico | 3 | 20,00 |
| Superior | 12 | 80,00 |
| Profissão | 15 | 100 |
| Área da educação | 4 | 26,67 |
| Área da saúde | 3 | 20,00 |
| Área de serviços | 8 | 53,33 |
| Convênio | 15 | 100 |
| Sim | 8 | 53,33 |
| Não | 7 | 46,67 |
| Renda familiar | 15 | 100 |
| 2 a 5 salários | 8 | 53,33 |
| 6 ou mais salários | 7 | 46,67 |
| Residência | 15 | 100 |
| Cedida ou alugada | 3 | 20,00 |
| Própria | 12 | 80,00 |
| Transporte | 15 | 100 |
| Carro | 14 | 93,33 |
| Ônibus – moto | 1 | 6,67 |

Na figura 1 fica em destaque que 86,7% das puérperas não entraram em trabalho de parto.

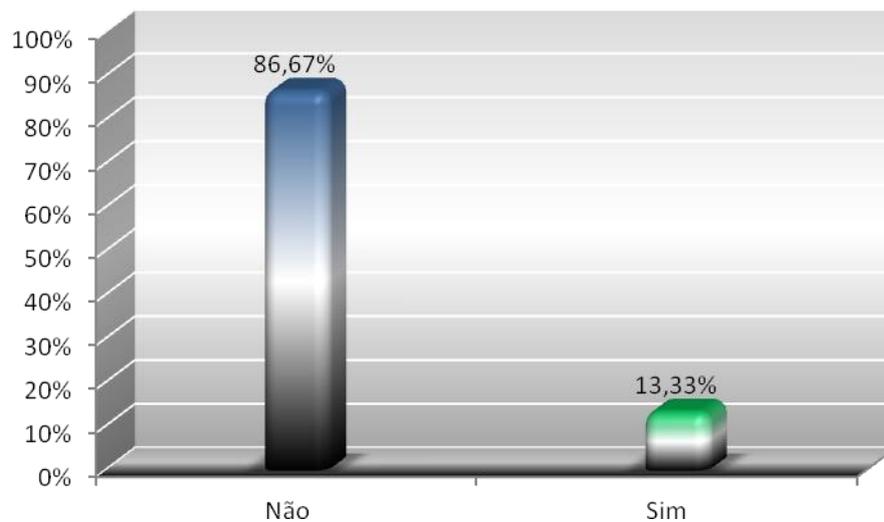


Figura 1: Percentual de puérperas segundo ter entrado ou não em trabalho de parto. São José do Rio Preto, 2013.

A **Tabela 2** mostra as estatísticas descritivas dos domínios que avaliam a QV das puérperas participantes, em relação aos três momentos pós-parto (imediatos, tardios e remotos). Verifica-se que dos oito domínios avaliados, cinco deles apresentaram diferenças estatisticamente significativas da QV das puérperas, segundo cada fase do pós-parto imediato, tardio e remoto, visto que apresentaram valor p inferior ao nível de significância adotado para o teste ($P < 0,050$).

A QV das puérperas foi inferior no período imediato quando comparada aos períodos tardio e remoto para os domínios capacidade funcional ($P < 0,001$), aspectos físicos ($P < 0,001$) e dor ($P < 0,001$). Isso mostra que as mulheres apresentaram maiores complicações para esses domínios no período imediato após o parto, sendo que a QV, após o período de 10 dias do parto aumentou de forma gradativa até o período remoto.

Para os domínios vitalidade ($p = 0,023$) e aspectos sociais ($p = 0,006$), as pacientes apresentaram diferenças na QV em relação ao período imediato e remoto, sendo que a maior QV se deu no período remoto. Esse resultado mostra que as pacientes

apresentaram menor vitalidade e menos qualidade nos aspectos sociais no período logo após o parto quando comparado ao período remoto.

Para os demais domínios não houve diferenças estatisticamente significativas em relação à QV das puérperas avaliadas, visto que os valores p foram superiores a 0,050.

Tabela 2 – Estatísticas descritivas da qualidade de vida das puérperas em relação aos três períodos pós-parto. São José do Rio Preto, 2013.

| Domínio | Pós-parto | N | $\bar{x} \pm s$ | Md | Mín | Máx | Valor P |
|-----------------------|-----------|----|-----------------|--------------------|------|------|---------|
| Capacidade funcional | Imediato | 15 | 40,0±26,9 | 35,0 ^b | 5,0 | 90,0 | <0,001 |
| | Tardio | 15 | 85,3±13,4 | 85,0 ^a | 60,0 | 100 | |
| | Remoto | 15 | 93,6±8,9 | 100 ^a | 70,0 | 100 | |
| Aspecto físico | Imediato | 15 | 13,3±35,2 | 0,0 ^b | 0,0 | 100 | <0,001 |
| | Tardio | 15 | 66,7±44,0 | 100 ^a | 0,0 | 100 | |
| | Remoto | 15 | 85,0±29,5 | 100 ^a | 0,0 | 100 | |
| Dor | Imediato | 15 | 34,6±13,9 | 41,0 ^b | 10,0 | 52,0 | <0,001 |
| | Tardio | 15 | 68,2±36,8 | 74,0 ^a | 0,0 | 100 | |
| | Remoto | 15 | 82,0±25,3 | 100 ^a | 22,0 | 100 | |
| Estado geral da saúde | Imediato | 15 | 84,0±14,5 | 87,0 | 41,0 | 100 | 0,342 |
| | Tardio | 15 | 82,6±17,2 | 87,0 | 35,0 | 100 | |
| | Remoto | 15 | 89,1±11,8 | 92,0 | 67,0 | 100 | |
| Vitalidade | Imediato | 15 | 47,0±17,7 | 45,0 ^b | 10,0 | 80,0 | 0,023 |
| | Tardio | 15 | 51,3±24,1 | 55,0 ^{ab} | 15,0 | 100 | |
| | Remoto | 15 | 67,0±19,2 | 80,0 ^a | 20,0 | 85,0 | |
| Aspectos sociais | Imediato | 15 | 49,8±27,8 | 50,0 ^b | 10,0 | 100 | 0,006 |
| | Tardio | 15 | 61,6±29,3 | 62,5 ^{ab} | 0,0 | 100 | |
| | Remoto | 15 | 82,5±23,5 | 100 ^a | 25,0 | 100 | |
| Aspecto emocional | Imediato | 15 | 64,3±44,5 | 100 | 0,0 | 100 | 0,929 |
| | Tardio | 15 | 55,6±44,8 | 34,0 | 0,0 | 100 | |
| | Remoto | 15 | 62,2±48,6 | 100 | 0,0 | 100 | |
| Saúde mental | Imediato | 15 | 71,2±16,3 | 72,0 | 40,0 | 92,0 | 0,353 |

| | | | | | | |
|--|--------|----|-----------|------|------|------|
| | Tardio | 15 | 72,8±13,2 | 72,0 | 44,0 | 92,0 |
| | Remoto | 15 | 78,2±11,4 | 84,0 | 52,0 | 92,0 |

Para todos os domínios, a qualidade de vida das pacientes apresentou uma tendência crescente, ou seja, certa tendência de que a qualidade de vida das puérperas vá melhorando no decorrer do pós-parto (**Figura 02**).

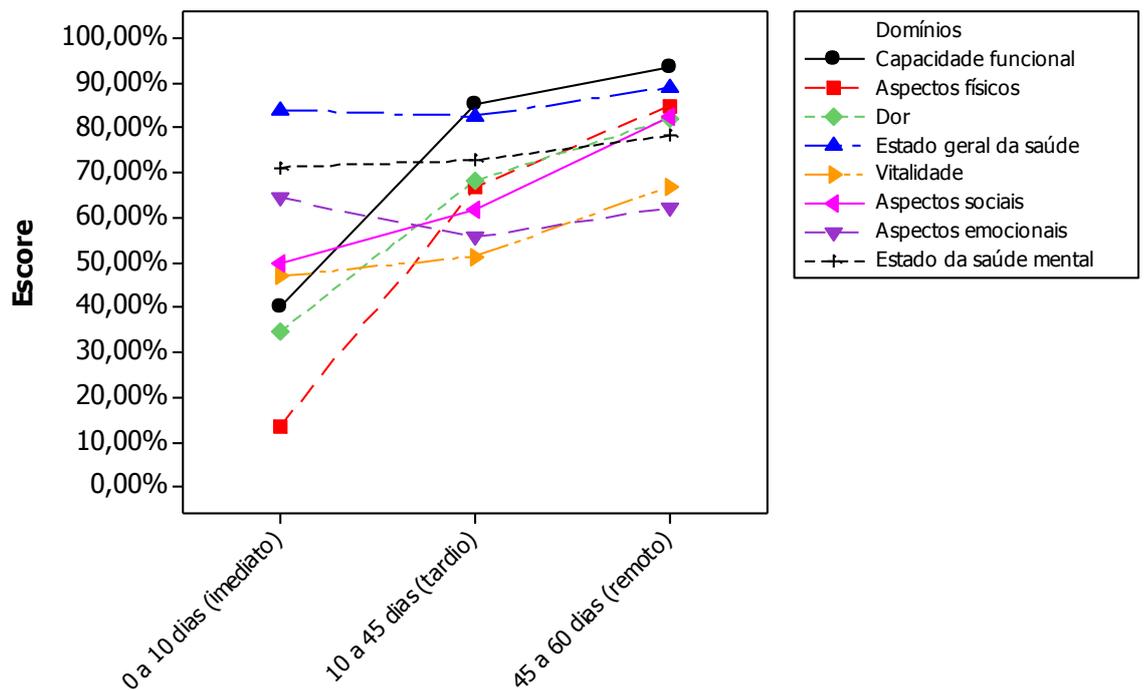


Figura 02– Tendência da QV das puérperas nos três momentos pós-parto avaliados em relação aos domínios estudados. São José do Rio Preto, 2013.

5. Discussão

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa estudou-se o processo do pós-parto entre primíparas, usando-se metodologia qualitativa e análise de variáveis de forma quantitativa, no foco da QV no puerpério. Parte-se do pressuposto que o período puerperal é pouco investigado, em especial no Brasil, e o enfermeiro obstetra tem atuação de destaque na proposição e intervenção no pós-parto, considerando sentimentos e necessidades das puérperas.

Geralmente são realizadas pesquisas qualitativas sobre QV no pós-parto e junto a primíparas para buscar compreender como a puérpera primípara vivencia a maternidade e o cuidado de si e do seu bebê no contexto domiciliar. Nos resultados são destacados sua avaliação como mãe e a reflexão sobre aspectos relacionados à maternidade ^{2,44,45}.

Na análise de publicações incluídas nesta pesquisa sobre QV no pós-parto encontrou-se diferentes abordagens:

- O grau de morbidade pós-natal vem sendo discutido no foco da humanização do nascimento, mas até então não há instrumento de medida da QV pós-natal. Propõem a introdução de ferramenta subjetiva, que avalia a QV da mulher e identifica os aspectos que são de maior preocupação para ela. A QV é área complexa e pessoal, afetada por diversos aspectos de saúde e bem estar. Busca-se identificar morbidades e indicar onde a puérpera gostaria de ver melhorias ⁴⁶.
- A prática obstétrica humanizada tornou-se mais difundida na Hungria e a opinião dos usuários fica em destaque. O objetivo do estudo foi saber dos conhecimentos e expectativas da população sobre os cuidados pós-parto. Ao organizar cuidados pós-parto, deve ser tomada a opinião e as expectativas da puérpera, família e sociedade, que estarão na assistência obstétrica no futuro ⁴⁷.

- O estudo examina as propriedades psicométricas da versão castelhana da Escala de Satisfação com a Vida, aplicada em mulheres durante a gravidez e pós-parto. Resultados mostraram maiores correlações com os indicadores de dimensão psicológica, a área social, e, em seguida, os relacionados com a energia, dor e sono⁴⁸.
- Apresenta-se a proposta de centro de preparo e assistência humanizados ao nascimento, considerando as especificidades da gestação, do parto, do puerpério e do recém-nascido e lactente, até um ano pós-parto. No foco do período puerperal são destacados estudos sobre QV, sentimentos e necessidades de puérperas e plano de puerpério preparado pela mulher².
- Estudou-se o desenvolvimento e as propriedades psicométricas do primeiro instrumento de papel e lápis auto-administrado que mede a QV da mãe durante o período de pós-parto. Análise de componentes revelou cinco domínios: psicológico / bebê; socioeconômica; sócio-cônjuge relacional /; relacional / família-amigos; e saúde e funcionamento⁴⁹.
- Cerca de 85% das mulheres apresentam alterações de humor e emocionais após o parto. A maioria tem sinais e sintomas leves, mas outras têm transtornos incapacitantes e em cerca de 50% dos casos não é feito diagnóstico⁵⁰.
- Percepções com relação à corporeidade da mulher no pós-parto, para compreender o significado que a mulher dá à sua existência no período pós-parto. Busca-se suporte para a formação de profissionais da saúde para um entendimento a respeito das vivências da mulher no pós-parto, podendo subsidiar a assistência à saúde dessa clientela⁵¹.
- A qualidade do suporte é muito importante para as puérperas primíparas em sua adaptação ao papel de mãe. Examinou-se as fontes de apoio promovidas pelos pais e pelas mães, em período pós-natal, suas características, e examinar a natureza das

relações entre as percepções de suporte social, a eficácia parental e a ansiedade parental⁵².

- A depressão é comum entre as mulheres, especialmente durante a fase reprodutiva. Sua depressão foi associada com uma deterioração acentuada das atividades da vida diária⁵³.

- Revisão sistemática da literatura sobre os cuidados pós-parto: a eficácia de apoio no pós-parto para melhorar a parentalidade materna, saúde mental, QV e saúde física. O apoio pós-parto é recomendado para prevenir morbidades materna e infantil; acompanhamento até um ano pós-parto; visitas no enfoque pediátrico; atendimento sistematizado de enfermagem; evidências que puérperas de alto risco podem se beneficiar com apoio pós-parto⁵⁴.

- Desvelar o que acontece com puérperas primíparas na transição ao papel materno, seus sentimentos, realizações, dificuldades e mudanças impostas pela chegada do bebê, delinando-se estratégias de cuidado de enfermagem transicional durante o pós-parto imediato que facilitem o alcance da maternidade⁵⁵.

- Analisar a fadiga pós-parto, destacando a ocorrência e fisiopatologia das três condições pós-parto comuns, conhecidas por contribuir para a fadiga: anemia, infecção / inflamação e disfunção da tireóide. A fadiga é uma condição que afeta a saúde física e mental, com implicações para as atividades diárias, motivação e interações sociais^{56,57}.

- O estudo avaliou as expectativas de puérperas primíparas quanto ao cuidado com o bebê e a influência que a paternidade teria sobre o seu bem-estar e as suas relações com os outros. Nas mulheres que as experiências foram negativas em relação às expectativas, houve maior sintomatologia depressiva e mais pobre ajustamento conjugal⁵⁸.

- Analisou-se a QV de puérperas residentes em região nordeste da Alemanha. A maioria das mulheres teve a percepção de alta QV, verificando-se que a maioria das mulheres

declarou sua própria QV como positiva. Emprego, finanças e ligações sociais são fatores com forte relação com a auto-avaliação das mães⁵⁹.

- A depressão pós-parto influencia negativamente todas as dimensões da QV, exploradas por instrumentos validados de QV⁶⁰.

- A transição para a parentalidade do pós-parto é um período do ciclo vital familiar caracterizado por mudanças impactantes sobre a vida e o relacionamento do casal. É comum desajustamento psicossocial e depressão com a chegada do bebê, o que prejudica a QV da puérpera⁶¹.

- Na análise da relação entre a violência no período pós-parto e aflição psicológica de puérperas, os resultados enfatizam a relação entre violência no pós-parto e aflição psicológica materna⁶².

- Avaliação da QV de mães após um ano do parto, de forma a identificar seu papel materno e experiências. Pode-se verificar o estado de depressão, mas não foi possível realizar com abrangência as diferentes facetas de QV⁶³.

- Há relações e consequências da angústia materna no estado de saúde mental no desenvolvimento do papel materno, da QV, conjugalidade e engajamento social. Verificou-se que a extensão da problemática depende do nível de sofrimento materno⁶⁴.

- Investigou-se o relacionamento conjugal no contexto da depressão materna, no final do primeiro ano de vida do bebê. As esposas com indicadores de depressão relataram mais dificuldades com relação ao companheirismo e o tempo para o casal, à comunicação e resolução de conflitos e à avaliação global da qualidade do relacionamento conjugal e sexual⁶⁵.

- Estudou-se o efeito de intervenções no estilo de vida pós-parto sobre a perda de peso, cessação do tabagismo. Recomendam nas puérperas após gestações com complicações. Atuação do obstetra de forma individualizada de forma a aconselhar as puérperas de

risco sobre como aplicar estratégias de intervenção de estilo de vida pós-parto, visando a perda de peso, parar de fumar e prevenção de recaídas para reduzir o risco cardiovascular futuro⁶⁶.

- Influenciaram de forma estatisticamente significativa na QV de puérperas no puerpério mediato: problemas com as mamas e problemas de saúde do bebê. O estudo demonstrou que problemas considerados simples como a fissura e o ingurgitamento mamário podem interferir na QV das puérperas. O enfermeiro deve estar atento em sua prática clínica, para seu papel de educador⁶⁷.

- A amamentação é retratada pelas mulheres como um período de sobrecarga física e emocional, que compromete a QV de puérperas. Além da orientação profissional, em especial do enfermeiro, a família deve ser preparada para apoiar a nutriz, o que repercute em melhoria de sua QV⁶⁸.

- Os distúrbios de humor representam a forma mais freqüente de morbidade psiquiátrica materna no período pós-parto, mas poucos estudos examinaram o impacto da depressão pós-parto na QV da puérpera. Em investigação entre a depressão pós-parto e QV os resultados confirmam que as deficiências sócio-econômicas e baixa QV pode facilitar a expressão da sintomatologia depressiva durante o período pós-parto⁶⁹.

- A incontinência urinária no puerpério compromete a QV relacionada à saúde (QVRS); afetando significativamente a saúde física e mental das puérperas^{70,71}.

- A saúde bucal de mulheres brasileiras grávidas e no pós-parto, que tinham trabalho formal remunerado, com vínculo empregatício e benefícios sociais tinham melhor QV relacionada à saúde bucal (QVRSB) que aquelas desempregadas ou donas de casa⁷².

- Estudo com abordagem qualitativa que teve como objetivo compreender o significado atribuído por mulheres acerca do puerpério, na prevenção de agravos, no contexto da

Estratégia Saúde da Família – ESF, desenvolvido em Lajes, RN, Brasil. O descanso foi destacado como relevante na atenção às necessidades da puérpera⁷³.

- Deficiências na QV durante o período gestacional são causa de morbimortalidade neonatal, resultando em bebês prematuros e de baixo-peso. Emprego, paridade, escolaridade e desejar a gravidez estavam relacionadas com a melhor QV materna pré-natal, enquanto emprego foi um fator relacionado à melhor QV da mãe após o parto⁴⁵.

Vários autores ressaltam o papel do enfermeiro na assistência humanizada a puérperas, tendo em conta as modificações que acontecem e interferem não somente no fator físico da mulher, mas também no seu relacionamento interpessoal e familiar. Os cuidados de enfermagem visam a promoção da saúde, com ações educativas e de controle, para prevenção de complicações puerperais. É comum que as puérperas tenham sentimentos conflitantes, alegria e desapontamento, exaustão física, com crises de autoconfiança. O pós-parto é um período muito difícil, pois a mulher tem que lidar com muitas novidades ao mesmo tempo, como os ajustes em casa à nova rotina, os cuidados com o bebê, consigo mesma e a amamentação^{1-3,5,11-13,26,44,57,67,68,71,74-76}.

A caracterização das participantes deste estudo mostrou totalidade de resolução do parto cesariano entre as mulheres estudadas, lembrando que 86,7% nem entraram em trabalho de parto, o que evidencia que tiveram cesárea eletiva. Tais dados estão de acordo com os altos índices de cesarianas em São José do Rio Preto, de 56,6% em 2008 para 72,0% em 2012, na rede pública de saúde, com índices bem maiores na rede privada e de convênios⁷⁷. Aliás, a opção pela cesárea na cidade e região de São José do Rio Preto tem sido discutida e analisada, com propostas de ações para redução dos índices, por meio da humanização do nascimento².

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o índice aceitável de cesárea fica entre 10% a 15% de todos os partos⁷⁸, a realização predominante do parto cesariano não

é uma exclusividade de São José do Rio Preto, seguindo uma tendência nacional, com menores índices atingindo 40,0% do total de todos os partos no país em 2012⁷⁷.

Diante desta problemática, o Ministério da Saúde tem investido em estratégias para priorizar o parto normal, com a criação de indicadores e metas relacionadas a tal procedimento, como: Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), instituído pela Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013⁷⁹, no Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS)⁸⁰, lançado em março de 2012, que avalia o desempenho do SUS, atribuindo uma nota (grau) para cada Município. Estado e para o Brasil. Além da criação da Rede Cegonha que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, incentivando o parto normal humanizado, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis⁸¹.

Em relação à avaliação da QV no puerpério, embora seja uma temática de discussão relevante, são escassos os estudos que avaliam a puérpera no decorrer dos três períodos pós parto: imediato, tardio e remoto^{13,14}.

Em pesquisa sobre a avaliação da QV materna no período pós-parto no sul do Brasil, as autoras destacaram que no Brasil há pouca informação sobre a QV materna no pós-parto, referindo que não encontraram publicações científicas em nosso meio, com essa abordagem. A amostra de puérperas que avaliaram apresentaram escores de QV favoráveis.

Os resultados qualitativos demonstram que discurso que as puérperas possuem uma visão adequada sobre QV. Segundo a OMS a QV envolve diversas variáveis que se resumem em como o sujeito percebe o seu cotidiano, preocupações, valores, contexto

cultural, saúde física e psicológica, relações sociais, crenças influenciadas por fatores ambientais e pessoais⁸².

DSC:

Qualidade de vida é você estar bem, você ter saúde, você ter uma vida saudável, você ter um meio saudável onde vive. É ter uma alimentação adequada, praticar exercício físico ... É você estar bem pra fazer as coisas que você gosta. Acho que é o bem estar geral. Não só a parte física, é o emocional, lazer.....

Os resultados quantitativos deste estudo mostraram que a QV na puérpera apresentou pior avaliação em relação ao **componente físico**, principalmente nos domínios da Capacidade Funcional, Aspectos Físicos e Dor, sendo o pós-parto imediato mais prejudicado, apresentando uma melhora progressiva com o aumento do tempo do período puerperal.

O comprometimento da capacidade funcional e dos aspectos físicos já tem sido apontado pela literatura como domínios afetados após o parto. Estudo realizado em 2013 mostrou que todas as participantes relataram ter deixado de realizar alguma função neste período, sendo a atividade física a mais citada, seguida das atividades relacionadas ao trabalho⁸³.

Na análise qualitativa isso é comprovado ao verificar o eixo de Eixo 8 :Auxilio nas atividades do dia –a –dia / domésticas’ no qual no Pós Parto Imediato as mulheres relatam da necessidade ajuda para exercer suas atividade de vida diária.

DSC:

É o que mais pega numa mulher, depois de um parto é ficar arrumando casa, limpando o quarto, essas atividades rotineiras que fica mais para a mulher mesmo. Então assim, meu marido, minha sogra, minha mãe (minha família) estão me ajudando bastante neste sentido, para que a rotina fique mas leve para mim .

Tal resultado também pode estar relacionado ao procedimento cirúrgico invasivo e doloroso que essas mulheres entrevistadas foram submetidas, ao realizarem o parto cesariano. Estudo realizado por Pedrosa et al (2013)¹⁶ que também verificou a QV de puérperas no período imediato, utilizando o SF-36, constatou que as variáveis tipo de parto, número de parto e número de consultas realizadas no pré natal parecem influenciar na percepção da QV puerperal. Com relação ao tipo de parto, o estudo apontado mostrou que as mulheres submetidas a parto vaginal (30,33%) apresentaram melhor percepção de QV no domínio aspectos físicos do que as submetidas ao parto cesariano¹⁶.

A dor, embora muitas vezes ignorada, tem sido apontado pela literatura como um fator de interferência na QV da puérpera, já que muitas vezes se configura como obstáculo ao bom posicionamento para a amamentação, para o autocuidado, os cuidados com o neonato e para realizar atividades cotidianas, como sentar e levantar, caminhar, realizar higiene íntima, entre outras⁸⁴ podendo assim ter também interferido nos domínios capacidade funcional e dos aspectos físicos.

Vale pontuar que a dor é uma condição de difícil aferição, uma vez que é subjetiva e pode variar de pessoa para pessoa, sendo a paridade tida como variável de confusão para avaliação da dor, como apontado pela literatura em que primíparas têm experiência de dor pós-parto consideravelmente diferente de múltíparas⁸⁵.

A melhora progressiva da QV no decorrer do tempo do puerpério foi verificada na análise quantitativa (figura 1), porém no análise qualitativa as puérperas relatam piora da qualidade de vida no puerpério tardio. Verifica-se que o contraste de análise qualitativo e quantitativo pode ser atribuído ao instrumento SF-36 não capta as especificidades da QV no puerpério, pois é um instrumento genérico.

DSC:

Foi muito difícil essa fase. Eu fiquei sem dormir mesmo. Ela começa a ter cólica. Essa fase agora eu acho que está pior. Eu estou cansada, esgotada.

Mas o sono está ruim porque a gente não dorme. Acho que minha qualidade de vida está péssima. Aí a sua qualidade de vida vai lá embaixo

Em relação a primeira fase está um pouquinho pior. Porque os dez primeiros dias tem aquela expectativa, aquela ansiedade. Você não está acumulado, tudo é novidade, então está fácil. Aí depois quando a coisa vai passando, vai acumulando o sono, vai acumulando as coisas aí é um pouquinho pior. Agora que ele está maiorzinho parece que está dando mais trabalho. Porque ele fica mais acordado. Está ficando manhoso, quer colo.

Mas com melhora no puerpério remoto, semelhante a análise quantitativa:

DSC:

Minha qualidade de vida nesses dois meses melhorou. Vai melhorando. Agora deu uma melhorada e eu espero melhorar ainda mais. Mas é cansativo.

Minha qualidade de vida está bem melhor. Tranquilo. Aquela crise de cólicas passou. Ela está dormindo melhor. A gente começa entender melhor, não ter tanto medo. Insegurança passa.

Tudo é a mãe, é a mulher. Agente tem que ser a mãe, tem que ser dona de casa, tem que ser esposa, tem que ser tudo. Fica sobrecarregado.

Em outro estudo ao analisar a percepção das puérperas sobre o período puerperal constatou que as respostas para “conturbado” foram dadas pelas participantes que se encontravam dentro do primeiro mês do puerpério. Entre as outras participantes, que se encontravam entre os dois e três meses desse período, a resposta para esta questão foi de que o mesmo é “tranquilo”. A partir disso pode-se considerar que o primeiro mês do puerpério tende a ser mais, de modo geral, mais complicado para as mães⁸³.

Este mesmo estudo apontou que as dificuldades oriundas dos primeiros dias do puerpério se dão principalmente em mães primíparas, como é o caso das participantes desta pesquisa, o que implica em um momento repleto de novidades, novos sentimentos, nova rotina, novas atitudes das pessoas que as cercam - uma vez que os familiares e amigos também querem participar desse momento; entre tantas outras mudanças⁸³.

Na análise qualitativa aparece a importância dos familiares e amigos no auxílio a estas mulheres, no eixo: A quem recorre em casos dúvidas.

Pós Parto Imediato

DSC:

Primeiramente ao pediatra também recorro aos profissionais do Curso beabá bebê, depois para a família (minha mãe, minha cunhada, minha avó , minha sogra, minha tia.....). E também as amigas que já tem alguma experiência que já tiveram filho, então a gente troca um pouco de figurinha. Quanto a família, sinto que estamos mais próximos.

Pós Parto Tardio

DSC:

Ao pediatra , a família e as amigas..... e também na internet

Pós Parto Remoto

DSC:

Eu recorro sempre pra minha mãe primeiro e depois para as colegas até mesmo que já tenham bebês, que já tenham mais experiência.

Em contrapartida as mulheres queixam-se dos palpites, a literatura nos traz que se observa na prática diária, o que se adota como conduta, na grande maioria das maternidades, é conceder alta hospitalar à mulher e ao seu filho após 24, 48, ou 72 horas do parto. Não há contra referência no sistema de saúde público que assegure à mulher e

a seu filho retornarem ao serviço de saúde no qual foram atendidos. Desta forma, a instituição de saúde perde o contato com o binômio mãe filho após a alta hospitalar de ambos⁸⁶.

O puerpério imediato deve ser valorizado pelo início do processo de vínculo mãe-bebê, devendo ser considerado como o momento de “acabamento” da experiência do parto e como o tempo de ressonância, que pede a abertura de espaço para a escuta, quando pais, avós, familiares e, especialmente, a mãe, estão dilatados, abertos e, assim, prontos para trocarem experiências⁸⁷.

A mulher, embora tendo em serviços de saúde programa voltados para o planejamento familiar, a prevenção do câncer do colo de útero e da mama, o pré-natal, depara-se, muitas vezes, com a negligência da assistência ao período puerperal, estando muitos dos cuidados do puerpério totalmente direcionados ao recém-nascido. Portanto, a puérpera permanece à mercê de leigos ou do autocuidado (sem preparação), favorecendo assim a incidência de intercorrências patológicas no período¹³.

Palpites

Pós Parto Imediato

DSC:

Tem um monte de palpites sabe, só que eu evito palpites ao máximo porque cada um me fala uma coisa e não dá muito certo.

Aí minha mãe também só piorou a situação. Ela ligou pra vizinha e a vizinha veio aqui e queria dar chá pro menino. Queria dar mamadeira, me ensinar a amamentar...

Você quer fazer de um jeito, mas aí vem a vó e fala uma coisa. Aí você sai e a vizinha fala outra coisa. Nossa, mas você colocou essas roupa na menina?!. Então, vai juntando tudo aí eu já fico sem saber o que fazer já. Já fico mais desesperada.

A análise quantitativa não abordou as questões relacionadas à amamentação, deste modo fica em destaque a importância de instrumentos de QV para condições específicas, já que o SF-36 é instrumento que aborda condições gerais, não existindo na literatura instrumento de qualidade de vida específico para o período puerperal.

O tema amamentação foi muito abordado pelas puérperas no pós parto imediato e tardio. Este exaustivamente abordado pela literatura, entretanto ainda há lacunas nas resoluções dos problemas relacionados ao desmame precoce. Isso porque a prática do aleitamento materno está relacionada a inúmeras variáveis que envolvem fatores de ordem física, psicológica e social, sendo reconhecida a influência dos profissionais de saúde envolvidos neste processo⁸⁸.

Pós Parto Imediato

DSC:

Amamentar. Com toda certeza. Nossa é terrível. Eu achei que eu não fosse dar conta, fiquei muito mal. Eu me sentia culpada. Porque eu tenho o leite, por que eu não estou dando?. Mas dói, dói demais. É uma dor quase insuportável. Eu falei pra ele (marido): Eu não vou conseguir, não é possível que dói tanto assim.

Mas é bom amamentar porque mesmo sofrendo assim, porque no hospital eu chorava de dor, porque machucou bem, vale apena, porque ajuda a voltar o corpo ao normal né, e é mais fácil do que ficar preparando leitinho né, tá com fome, tá na rua, dá o sei né, você não fica escrava de ter que voltar aqui e fazer leitinho.

Pós Parto Tardio

DSC:

Ele quer mamar e você não tem coragem. Racha tudo, sangra.. Dói demais. Esse negócio que eles falam que amamentar é bom demais. É o lado humanitário né.

Porque é uma tortura. Eu estou achando uma tortura. Quando ele acorda dá até arrepio. Porque é muito sofrido.

Em relação ao **componente mental**, na análise quantitativa, encontrou-se neste estudo que os domínios vitalidade e aspectos sociais apresentaram diferenças na QV em relação ao período imediato e remoto, sendo que a maior QV se deu no período remoto.

Tal resultado é diferente do obtido por outros autores, que relataram que as puérperas participantes de seus estudos disseram que se sentiam tranquilas ao abrir mão de realizar alguma atividade, anteriormente comum, como ir ao shopping ou ao salão de beleza, devido às tarefas da maternidade, uma vez que acreditam que essa abdicação se trata apenas de uma fase¹⁶.

A análise qualitativa das variáveis aspectos sociais e discutida pelas puérperas no pós parto imediato e tardio:

Pós Parto Imediato

DSC:

Eu visitar, eu não visitei ninguém, é porque agente está com o nenê pequeno. Quando você tem nenê você não pode sair, só ir no médico, agente só foi no médico.

Pós Parto Tardio

DSC:

Não existe vida social. Muito sono. Não existe vida social. A maior parte do tempo. Não tenho nem vontade sair de casa. Você pensa, ai eu vou sair e a hora que eu voltar, vou ter um monte de coisa pra fazer e eu não vou descansar nada. Nossa. É complicado.

A vitalidade é traduzida no SF-36 por questões que abordam vigor, vontade, energia, esgotamento e cansaço. De acordo com o estudo realizado em 2013, as tarefas domésticas e as atividades como vida social e cuidados com a aparência, apesar de

serem a minoria, também foram descritas pelas puérperas como aspectos afetados após o parto. As participantes relataram encontrar dificuldades em coordenar a maternidade com as atividades cotidianas devido ao fato do bebê exigir bastante atenção e da dificuldade em se separar dele⁸³.

Na análise qualitativa verifica-se que no eixo Conflito de Sentimentos, as variáveis que compõe a vitalidade, são citados como prejudicadas em todos os períodos do puerpério:

Pós Parto Imediato

DSC:

Tudo novo, é um momento de adaptação e é complicado porque a gente não consegue fazer nada no horário. Não consegue sair de casa no horário, não consegue almoçar, não consegue dormir. A minha qualidade de vida nesses primeiros dez dias está péssima. Então, do dia que ele nasceu eu não dormi um dia. É a noite inteira mamando de uma em uma hora. Então, a minha qualidade está precária.

DSC:

Acho que é uma mistura assim de sentimentos, você está super feliz, né por estar com o bebê, mas só que está inseguro em relação em cuidar. É uma coisa inexplicável, o fato de você ser mãe é bom, saber que dentro de mim gerou uma vida.

O nascimento é inesquecível. Foi muito marcante. E é maravilhoso.

Eu não durmo a noite inteira e dá vontade falar pra minha irmã: - Leva e fica uns dias lá. Dá um sossego. Dá vontade falar. Pra você poder dormir e relaxar. Eu sinto que até minha voz mudou. É o cansaço né. Tem hora que você derrama uma lágrima de alegria e tem hora que você derrama uma lágrima de desabafo. Estou um pouquinho sem paciência

Eu fiquei meio chorosa, qualquer coisinha assim emocionada, emotiva, sabe, sensível, sabe eu percebi que to chorando por bobeira, qualquer coisinha, , você chora assim uma coisa na televisão, ou alguma coisa assim que você ai fica preocupada mas passa rápido. No geral eu acho que é isso mesmo, essa fase que eu fiquei mais chorosinha mesmo, nada mais anormal não

Eu tenho sentido às vezes meu humor um pouco meio estremeado, não sei se mais sensível assim.

Nesses primeiros dez dias eu achei que ia entrar em depressão pra falar a verdade.

Pós Parto Tardio

DSC:

Com a falta de sono eu fui ficando um pouco mal humorada. Acho que fim de tarde assim, quando começa a escurecer ainda me dá um pouco de tristeza, mas acho que é normal. E assim, eu não estou dando conta da minha casa ainda.

O que tem de mais positivo nessa fase é o descobrimento sabe. Ah é que estou mais segura mesmo.

Ao mesmo tempo que a gente tem esse desgaste físico, mas também de você ter a parte emocional que você está ali com o bebê que você planejou.

E ela te reconhecer. É ela olhar pra você. Eu acho que o mais positivo é a união da família mesmo

É o cansaço só que atrapalha né, a gente fica esgotada. Um desgaste físico e mental também porque a gente não consegue raciocinar direito.

E a cólica é uma coisa que judia bastante do neném e dos pais porque eles choram e você não sabe mais o que fazer.

Pós Parto Remoto

DSC:

É que agora ele já começa a dar risada, sorri pra você, já começa a balbuciar.

Comecei a curtir a maternidade.

A gente fica estressada, não com ele, mas com o marido. É tudo pra cima de você. Você fica sobrecarregada. É o estresse acumulado.

É o cansaço, o sono acumulado. É o desgaste mesmo pelas noites não dormidas. Você se sente envelhecida.

Acho que é que você tem que fazer uma readaptação em sua vida.

De negativo é que a gente depende muito das outras pessoas.

Acho que é a falta de tempo.

O sentimento de incapacidade também pode ser muito frequente nas puérperas, uma vez que em geral se doam completamente aos cuidados com o bebê e aguardam ansiosas o reconhecimento de todos^{88,89}.

Esse sentimento de incapacidade é traduzido nas falas das puérperas principalmente no puerpério imediato, onde foi verificado o eixo Auto estima:

DSC:

Em relação a auto estima a minha está péssima. Você se sente horrível. Nossa, teu corpo mudou, tudo mudou. O cabelo está daquele jeito, não consegue fazer nada no cabelo. Não dá tempo de fazer nada. Eu acho que o corpo está feito, tudo cheio de pelanca. Estou me sentindo gorda, horrorosa, inchada.

Eu não estou conseguindo nem tirar foto com o neném porque eu estou me achando feia, inchada, descuidada.

Às vezes a sensação que me dá é que eu estou um trapo.” A autoestima fica lá embaixo.

A autoestima é o juízo de valor que um indivíduo tem de si mesmo e que começa a ser moldado no cotidiano da primeira infância. Sua importância é grande na relação do indivíduo consigo mesmo e com os outros, influenciando sua percepção dos acontecimentos e principalmente seu comportamento. O sucesso frente a um desafio depende do estado emocional do indivíduo, o que está diretamente relacionado à qualidade da autoestima e seu nível de confiança. Logo, ao se lançar aos desafios da maternidade, quanto melhor o estado emocional da mulher, maior sua chance de sucesso nessa tarefa. E, de acordo com o resultado de estudos recentes, o nível de autoestima da mulher é essencial para o desenvolvimento do apego ao filho⁹⁰.

Estudo realizado por Lara (2008)¹⁵ destaca que o impacto das alterações físicas e fisiológicas da gravidez pode causar fadiga e dificuldade no auto cuidado acarretando em prejuízos psicológicos que alteram a QV da mulher. Ainda neste âmbito as mulheres relatam a sobre a dificuldade no relacionamento com os maridos no puerpério imediato e tardio, eixo Relacionamento Conjugal.

Pós Parto Imediato

DSC:

Em relação ao relacionamento com meu marido é que nem eu falei pra ele. É muito junto por causa do nenê, mas muito distante. Eu sinto que às vezes eu sou até um pouco mais “ríspida” com ele né, eu percebo.

Pós Parto Tardio

DSC:

A relação “marido e mulher”. Não existe. Esse negócio que passou a fase de 40 dias. “Marido e mulher” não tem porque não tem como. A gente conversa e damos risadas por que não tem mesmo. Tem um ser novo em casa né, e você nem fica encanado por causa dessas coisas.

Relacionamento não existe né. É só em função dele (bebê)

Neste estudo, a avaliação da QV das puérperas vai de encontro com a literatura descrita no fato de que as primeiras dificuldades vividas pelas puérperas estão associadas aos aspectos físicos e as alterações fisiológicas oriundas da gestação que com o decorrer do tempo apresentam melhora, mas que por vezes acarretam em problemas de ordem psicológicas que permanecem alterados por um período maior de tempo, mas com melhora gradativa.

Diante de tais fatores, o Ministério da Saúde recomenda o retorno da mulher e do recém-nascido (RN) ao serviço de atenção básica em torno de cinco a dez dias após o parto. O objetivo do retorno da mulher é avaliar o estado de saúde da mãe e do RN, orientar quanto à amamentação, os cuidados básicos com o bebê e avaliar o convívio entre mãe e filho. Tais cuidados visam prevenir situações de morbimortalidade materna e neonatal, uma vez que boa parte das intercorrências ocorre na primeira semana após o nascimento do bebê. Vale destacar que o cuidado com a puérpera deve ser prestado não somente voltado ao sistema reprodutor e hormonal, mas com atenção especial aos aspectos psicológicos. Além disso são relevantes as orientações fornecidas durante as consultas de pré-natal e nos cursos específicos para as gestantes, pois podem auxiliar as novas mães a compreenderem adequadamente as funções que deixam de ser exercidas e outras serão ativadas após o nascimento do bebê, evitando por sua vez situações conflituosas, contribuindo para uma melhor qualidade de vida no transcorrer do período puerperal⁵⁴.

Na análise qualitativa é possível verificar a importância do curso de gestante para estas mulheres.

Pós Parto Imediato

DSC:

Acho que tudo foi essencial, foi muito bom, foi muito esclarecedor. Eu acho que se a gente não tivesse feito o curso a gente saberia mais ou menos.

Eu absorvi bastante coisa assim em tudo. Mas a parte desde a alimentação antes da gestação, a postura de antes, até depois do banho. Todas as aulas foram importantes.

Foi ótimo porque abre a mente e vê que às vezes desmistifica algumas coisas que a gente acha que é uma coisa mas na verdade é outra. A questão de mamar, eu não sabia que a criança tinha que mamar só no peito durante seis meses. Eu não sabia nada disso.

Pós Parto Tardio

DSC:

O beabá ajudou muito em algumas orientações dadas. Os dois participando (Marido e mulher) Um às vezes pegou mais os pontos e o outro às vezes pegou mais os outros

Principalmente sobre a amamentação. Praticar aqui com ela porque falando é uma coisa e praticando é outra.

Pós Parto Remoto

DSC:

Dá mais segurança fazer o curso

Foi uma porta pra gente não ficar no escuro.

As puérperas falam da importância dos profissionais atenderem as suas reais necessidades, o que fica evidente nestas falas:

Eixo: Comentários e sugestões para o curso beabá bebê

Pós Parto Imediato

DSC:

Claro que na teoria é mais fácil. Na prática depois a gente esquece um pouco.

Sugestões:

Como identificar a desnutrição, o tempo da gestação e o que se pode fazer durante a gestação .

Pós Parto Tardio**DSC:**

Falar mais sobre a cólica , as dores . Os cuidados com a cesárea depois.

Porque o beabá bebê foi muito voltado só pro bebê, não pra mulher em si. O que é o pós operatório, o que você vai sentir, se você fizer cesárea você vai sentir isso.....

Dicas de como que a gente pode fazer pro bebê diferenciar o dia pra noite.

O que fazer quando o bebê engasgar.

Pós Parto Remoto**DSC:**

Que pudesse abordar um pouquinho mais a cólica. Ensinar a gente primeiros socorros , pois eles engasgam muito. Como ter paciência e tolerância nessa fase.

Observa-se que o enfermeiro deve focar o cuidado transicional, já que a literatura aponta o ciclo gravídico puerperal como sendo uma transição por eventos que vão além do controle individual⁹¹.

O enfermeiro, ao conhecer o processo de transição e suas consequências para a mãe que a experiência, sujeito deste estudo, pode atuar de maneira antecipatória para prevenir, promover ou mesmo intervir de forma terapêutica frente aos efeitos dessa transição, tendo como objetivo restabelecer a harmonia e a estabilidade perdida. Essa

intervenção de enfermagem, diante do processo de transição, é chamada de cuidado transicional⁹².

A abordagem qualitativa promoveu a identificação do conhecimento das mulheres, fato exigido pela Teoria de Enfermagem Transcultural que propõe que enfermeiro deva ter condições de interagir com pessoas observando os valores culturais do ser cuidado⁹³.

Foi possível destacar a importância do cuidado culturalmente competente exercido pelo enfermeiro, inclusive sobre o fortalecimento do vínculo do casal, no eixo Relacionamento Conjugal, já que competência cultural aborda a capacidade de compreender as diferenças culturais, a fim para prestar cuidados de qualidade a uma diversidade de pessoas⁹³.

Desta forma, esta pesquisa nos mostra a importância dos conceitos envolvidos knowledge translation. A tradução literal deste termo é "tradução do conhecimento", que seria transpor para a prática o que foi encontrado na pesquisa. A definição do termo feita pelo Canadian Institutes of Health Research se resume a um processo dinâmico e iterativo que inclui a síntese, a disseminação, intercâmbio e aplicação eticamente sólida de conhecimento para melhorar a saúde dos canadenses, fornecer serviços de saúde e produtos mais eficazes e fortalecer o sistema de saúde^{94,95}.

Os eixos temáticos amamentação e palpites, demonstram a necessidade do conhecimento das percepções das puérperas e familiares para que a assistência seja aplicada de forma correta, características envolvidas no knowledge translation. O artigo de Graham 2006 aborda o tema knowledge translation concluindo que sua implantação necessita de revisão, avaliação, identificação, agregação e aplicação prática colaborativas e sistemáticas de pesquisa de alta qualidade sobre deficiências e reabilitação pelos principais interessados (ou seja, consumidores, pesquisadores,

profissionais da prática clínica e formuladores de políticas) com a finalidade de melhorar a vida de pessoas com necessidades⁹⁵.

Estudo realizado em 2009 cita que elemento comum entre as definições do knowledge translation é o movimento além da simples disseminação do conhecimento para o uso realmente do conhecimento. Destaca-se desta forma a necessidade de colocar em prática os conhecimentos adquiridos nesta pesquisa⁹⁶.

Por fim, foi possível evidenciar a importância da mulher ser orientada sobre o nascimento na fase pré-natal, em cursos denominados “de gestantes” e também durante o período de internação para o parto e no pós-parto, até a alta hospitalar. Dada a alta hospitalar, a assistência deverá continuar, devendo a mulher ser orientada a procurar a unidade de saúde, pública ou privada, por meio do sistema de referência e contra referência. A excelência da assistência pode ser alcançada se ocorrer a união entre a rede primária, secundária e terciária de atenção em saúde.

6. Considerações finais

Os dados obtidos nesta pesquisa revelam que diversos sentimentos e muitas necessidades das puérperas comprometem sua QV, com especificidades associadas ao pós-parto imediato, tardio e remoto. Assim, são necessárias investigações mais abrangentes em nosso meio a respeito das ocorrências comuns no pós-parto, que podem interferir na QV das puérperas.

A pesquisa contribuiu para ressaltar a importância de ações do enfermeiro obstetra que apoiem, protejam a parentalidade (materna e paterna) juntamente com a inserção da família, sendo rede de apoio.

Como proposta o estudo traz a importância do sistema de referência e contra-referência, a criação do indicador de visitas domiciliares no período pós parto e a educação permanente das equipes de saúde.

No sistema de referência e contra-referência o setor terciário informa a alta da puérpera ao setor primário, ressaltando as peculiaridades do binômio. Desta forma, o setor primário deve realizar a visita domiciliar à puérpera e recém nascido no pós parto imediato, identificando as reais necessidades, e verificando a necessidade de visitas no pós parto tardio e remoto, assim como quais profissionais são necessários. A criação de um indicador de visita domiciliares nos três períodos pós parto, auxiliaria no controle desta assistência pelo ministério da saúde. Para que estas ações sejam desenvolvidas de forma eficaz, é necessário a educação permanentes das equipes de saúde nos três setores de atenção em saúde.

Por fim, este estudo subsidia diferentes abordagens de análise para implementação de propostas de intervenção na atenção a puérperas, recém-nascidos e lactentes, além de outras pesquisas neste contexto.

Referências bibliográficas

1. Santos Júnior HPO, Silveira MFA, Gualda DMR. Depressão pós-parto: um problema latente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2009; 30(3):516-524.
2. Soler ZASG. CEPAHN - Centro de Preparo e Assistência Humanizados ao Nascimento uma proposta para a região de São José do Rio Preto, São Paulo [livre-docência]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2005.
3. Busanello J, Filho WDL, Kerber NPC, Lunardi VL, Santos SS. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2011; 32(4):807-14.
4. Parada CMGL, Tonete VLP. Healthcare during the pregnancy-puerperium cycle from the perspective of public service users. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2008; 12(24):35-46.
5. Madalozo F, Xavier-Ravelli AP. Projeto consulta puerperal de enfermagem: avaliando o aprendizado adquirido de puérperas sobre o pós-parto. *Revista Conexão UEPG*. 2013; 9(1): 154-161.
6. Manzini FC, Borges VTM, Parada CMGL. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2009; 9(1): 59-67.
7. Leite ACNMT, Paes NA. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. *História, Ciências Saúde – Manguinhos*. 2009; 16(3):705-14.
8. Passos AA, Moura ERF. Process indicators in the Program for Humanization of Prenatal Care and Childbirth in Ceará State, Brazil: analysis of a historical series (2001-2006). *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24(7):1572-1580.

9. Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MVC. Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. *Revista Enfermagem UERJ*. 2011; 19(2):249-254.
10. Cabral FB, Hirt LM, Van Der Sand ICP. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2013; 47(2):281-287.
11. Duarte RM, Chrizostimo MM, Christovam BP, Ferreira SCM, Souza DF, Rodrigues DP. Atuação do enfermeiro no controle de infecção puérrica: Revisão integrativa. *Rev. Enferm. UFPE*. 2014; 8(2):433-41.
12. Angelo BHB, Brito RS. Consulta puerperal: o que leva as mulheres a buscarem essa assistência? *Rev Rene*. 2012; 13(5):1163-70.
13. Oliveira JFB, Quirino GS, Rodrigues DP. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. *Rev Rene*. 2012; 13(1):74-84.
14. Beltrami L, Moraes AB, Souza APR. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. *Distúrb Comun, São Paulo*. 2013; 25(2):229-239.
15. Lara, AC. Qualidade de vida no puerpério mediato (dissertação). Universidade Guarulhos, Centro de Pós Graduação Pesquisa e Extensão, 2008.
16. Pedrosa NS, Cortês DB, Fernandes KC, Araujo MFSA, Rocha APR, Carmos, EM. Percepção da qualidade de vida no puerpério imediato. *Colloquium Vitae*. 2013 jul; 5 (especial): 209-215.
17. Soneggio J. Estudo sobre a busca de apoio social por mulheres primíparas na fase puerperal (dissertação). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

18. Almeida MS, Silva IA. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2008; 42(2):347-354.
19. Ribeiro JP, Rocha SA, Popim RC. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2010; 14(4):765-771.
20. Dallanezi G, Nahas EAP, Freire BF, Nahas-Neto J, Corrente JE, Mazeto GMFS. Qualidade de vida de mulheres com baixa massa óssea na pós-menopausa. *Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia*. 2011; 33(3):133-138.
21. Santos NMF, Tavares DMS. Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com acidente vascular encefálico. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2012; 46(4):960-966.
22. Carneiro SM, Teixeira E, Silva SED, Carvalho LR, Silva BAC, Silva LFL. Dimensões da saúde materna na perspectiva das representações sociais. *Rev Min Enferm*. 2013; 17(2):446-453.
23. Oliveira DC, Mandú ENT, Corrêa ACP, Tomiyoshi JT, Teixeira RC. Estrutura da atenção pós-parto na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2013 jul - set; 17(3):446 – 454.
24. Cruz DALM. Os diagnósticos de enfermagem no ensino e na pesquisa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 1992; 26(3): 427-34.
25. Araujo RCJ, Correa I. A busca da assistência humanizada: percepção do acompanhamento sobre o lazer na hospitalização da criança. *Revista Paulista de Enfermagem*. 2006; 25 (3):148-55.

26. Catafesta F, Zagonel IPS, Martins M, Venturini KK. A amamentação na transição puerperal. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2009; 13(3):609-16.
27. Rodrigues DP, Fernandes AFC, Silva RM, Rodrigues MSP. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2006; 15(2):277-286.
28. Zorzi NT, Bonilha ALL. Práticas utilizadas pelas puérperas nos problemas mamários. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2006; 59 (4):521-526.
29. Soares AVN, Silva IA. Representações de puérperas sobre o sistema alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2003; 37(2):72-80.
30. Alonso, J. La medida de la calidad de vida relacionada con salud en la investigación y práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*. 2000; 14(2):163-167.
31. Moriel G, Roscani MG, Matsubara LS, Cerqueira ATAR, Matsubara BB. Quality of life in coronary artery disease. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2010; 95(6):691-697.
32. Borghi AC, Sassá AH, Matos PCB, Decesaro MN, Marcon SS. Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2011; 32(4):652-57.
33. Duarte PSD, Miyasaki MCOS, Ciconelli RM, Sesso R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2003; 49(4):375-81.
34. Diniz DP, Schor N. (Orgs.). *Qualidade de Vida – Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar*. UNIFES - Escola Paulista de Medicina. 2006 Barueri: Manole.

35. Domingues, I. (Org). Conhecimento e Transdisciplinaridade. 2001. Belo Horizonte: Editora EFMG.
36. Carvalho, MSF. Gestão de Pessoas: implantando qualidade de vida no trabalho sustentável nas organizações. Revista Científica do ITPAC. 2014; 7(1).
37. Ware, JE. SF-36 Health Survey Update. www.sf-36.org. Disponível em <<http://qolce.ntumc.org/pdf/sf36update.pdf>>. Acesso em: 15 maio. 2014.
38. Novo M. La educación ambiental, bases éticas, conceptuales y metodológicas. 1998. Madrid: Ediciones UNESCO e Editorial Universitas S.A.
39. Lakatos EM, Marconi MDEA. Fundamentos de Metodologia Científica. 7ª Ed. São Paulo: Atlas, 2010.
40. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
41. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa. 7ª ed. São Paulo Hucitec/Abrasco; 2000.
42. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUSCS; 2000.
43. São José do Rio Preto. Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto. Secretaria de Planejamento e Gestão Estratégica. Conjuntura econômica. 28ª ed. São José do Rio Preto; 2013.
44. Kalinowsk LC, Favero L, Carraro TE, Wall ML, Lacerda MR. La puérpera primípara en el domicilio y la enfermería: teoría fundamentada en los datos. Online braz. j. nurs. (Online) 2012; 11(3):
45. Wang P, Liou SR, Cheng CY. Prediction of maternal quality of life on preterm birth and low birthweight: a longitudinal study. BMC Pregnancy Childbirth 2013; 13:124.

46. Symon A, MacDonald A, Ruta D. Postnatal quality of life assessment: introducing the mother-generated index. *Birth* 2002; 29(1):40-6.
47. Szeverényi P, Kovácsné TZ, Hetey A. Opinions about postpartum care: expectations of the population. *Orv Hetil* 2003; 144(8):367-72.
48. Cabañero Martínez MJ, Richart Martínez M, Cabrero García J, Orts Cortés MI, Reig Ferrer A, Tosal Herrero B. Fiabilidad y validez de la escala de satisfacción vital de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas *Psicothema* (Oviedo) 2004; 16(3):448-455.
49. Hill PD, Aldag JC, Hekel B, Riner G, Bloomfield P. Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire. *J Nurs Meas*; 14(3):205-20, 2006.
50. Lugo O, Gabriel F Fernando, Jordán M. Trastornos afectivos posparto. *Univ. med* 2006; 47(2):131-140, abr.-jun. 2006.
51. Machineski GG, Schneider JF, Bastos CCBC. Corporeidade da mulher no pós-parto: uma compreensão da linguagem em Maurice Merleau-Ponty. *Rev Gaucha Enferm* 2006; 27(3):408-416.
52. Montigny FDE, Lachrite C, Amyot E. The transition to fatherhood: the role of formal and informal support structures during the post-partum. *Texto & Contexto Enferm.* 2006; 15(4):601-609.
53. Rojas CG, Fritsch MR, Solís GJ, González AM, Guajardo TV, Araya BR. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Rev Med Chil* 2006; 134(6):713-720.
54. Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowski J. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth.* 2006; 33(3):210-20.

55. Alves AM, Gonçalves CSF, Martins MA, Silva ST, Auwerter TC, Zagonel IPS. A enfermagem e puérperas primigestas: desvendando o processo de transição ao papel materno. *Cogitare Enferm.* 2007; 12(4):416-427.
56. Corwin EJ, Arbour M. Postpartum fatigue and evidence-based interventions. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2007; 32(4):215-20.
57. Runquist J. Persevering through postpartum fatigue. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2007; 36(1):28-37.
58. Harwood K, McLean N, Durkin K. First-time mothers' expectations of parenthood: What happens when optimistic expectations are not matched by later experiences? *Rev Psychol.* 2007; 43(1):1-12.
59. Beyersdorff A, Hoffmann W, Lingnau ML, Ebner A, Fusch C, Haas JP. Survey of Neonates in Pomerania (SniP): a population based analysis of the mothers' quality of life after delivery with special relations to their social integration. *Int J Public Health.* 2008; 53(2):87-95.
60. Tychey CDE et al. Quality of life, postnatal depression and baby gender. *J Clin Nurs.* 2008; 17(3):312-22.
61. Hernandez JAE, Hutz CS. Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *Psico (Porto Alegre).* 2009; 40(4):414-421.
62. Romito P, Pomicino L, Lucchetta C, Scrimin F, Turan JM. The relationships between physical violence, verbal abuse and women's psychological distress during the postpartum period. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2009; 30(2):115-21.
63. Barkin JL, Wisner KL, Bromberger JT, Beach SR, Wisniewski SR. Assessment of functioning in new mothers. *J Womens Health (Larchmt).* 2010; 19(8):1493-9.

64. Emmanuel E, St John W. Maternal distress: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2010; 66(9):2104-15.
65. Frizzo GB, Brys I, Lopes RCS, Piccinini CA. Conjugalidade em contexto de depressão da esposa no final do primeiro ano de vida do bebê. *Aletheia*. 2010; (31):66-81.
66. Hoedjes M, Berks D, Vogel I, Franx A, Visser W, Duvekot JJ, Habbema JD, Steegers EA, Raat H. Effect of postpartum lifestyle interventions on weight loss, smoking cessation, and prevention of smoking relapse: a systematic review. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 2010; 65(10):631-652
67. Lima-Lara AC, Fernandes RAQ. Qualidade de vida no puerpério mediato: um estudo quantitativo. *Online Braz. J. Nurs. (Online)*. 2010; 9(1).
68. Aragaki IMM, Silva IA. Percepção de nutrizes acerca de sua qualidade de vida. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(1):71-8.
69. Zubaran C, Foresti K, Schumacher MV, Muller LC, Amoretti AL. An assessment of maternal quality of life in the postpartum period in southern Brazil: a comparison of two questionnaires. *Clinics (Sao Paulo)*. 2009; 64(8):751-6.
70. Valeton CT, Amaral VF. Evaluation of urinary incontinence in pregnancy and postpartum in Curitiba Mothers Program: a prospective study. *Int Urogynecol J*. 2011; 22(7):813-18.
71. Leroy LS, Lopes MHBM. Urinary incontinence in the puerperium and its impact on the health-related quality of life. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012; 20(2):346-353.
72. Lamarca GA, Leal MC, Leao AT, Sheiham A, Vettore MV. Oral health related quality of life in pregnant and post partum women in two social network domains; predominantly home-based and work-based networks. *Health Qual Life*

- Outcomes. 2012; 10:5.
73. Santos FAPS, Brito RS, Mazzo MHSN. Puerperium and postpartum review: meanings attributed by the mother. *Rev Min Enferm.* 2013; 17(4):859-863.
74. Young E. Maternal expectations: do they match experience? *Community Pract.* 2008; 81(10):27-30.
75. Leahy-Warren P, McCarthy G. Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery.* 2011; 27(6):802-10.
76. Bernardi MCB, Carraro TE. Poder vital de puérperas durante o cuidado de enfermagem no domicílio. *Texto Contexto Enferm* 2014; 23(1):142-50.
77. Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acessado em 14 de fevereiro de 2014.
78. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, Shah A, et al. WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet.* 2006; 367(9525):1819-29.
79. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União: Brasília (DF);* 2011.
80. Portal da Saúde. Índice de Desempenho do SUS (IDSUS). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080. Acesso em: 12 de fevereiro de 2014.
-

81. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União: Brasília (DF); 2011 Jun 27; Seção 1.
82. Arias JAC, Mira VL, Alejandro, Tapias AAC. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con fibromialgia. Rev. Colomb. Reumatol. 2013; 20(1):19-29.
83. Souza BMS, Souza SF, Rodrigues RTS. O puerpério e a mulher contemporânea: uma investigação sobre a vivência e os impactos da perda da autonomia. Rev. SBPH. 2013 Jan./Jun; 16(1):166-184.
84. Sousa L, et al. Mensuração e características de dor após cesárea e sua relação com limitação de atividades. Acta Paul Enferm. 2009; 22(6):741-7.
85. Smith CM, Guralnick MS, Gelfand MM, Jeans ME. The effects of transcutaneous electrical nerve stimulation on post-cesarean pain. Pain. 1986; 27(2):181-93.
86. Merighi MAB, Gonçalves R. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. Rev Bras Enferm. 2006 nov-dez; 59(6):775-9.
87. Rattner D, Trench B. (Orgs.). Humanizando nascimentos e partos. 2005. São Paulo: Ed. SENAC.
88. Batista KRA, Farias, MCAD, Melo, WSN. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. Saúde debate. 2013; 37(96):130-38.
89. Beretta MIR, Zaneti DJ, Fabbro MRC, Freitas MA, Ruggiero EMS, Dupas G. Tristeza/depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal. Rev. Eletr. Enf. 2008; 10(4):966-78.
90. Macola L, Vale IN, Carmona EV. Avaliação da autoestima de gestantes com uso

- da Escala de Autoestima de Rosenberg. Rev. Esc. Enferm. USP. 2010; 44(3):570-577.
91. Zagonel, IPS. O cuidado humano transicional na trajetória da enfermagem. Rev. Latino-am. Enfermagem, Ribeirão Preto. 1999; 7(3): 25-32.
92. Rocha DLB, Zagonel IPS. Modelo de cuidado à mãe da criança com cardiopatia congênita. Acta Paul Enferm. 2009;22(3):243-9.
93. Pagliuca LMF, Maia ER Rodrigues. Competência para prestar cuidado de enfermagem transcultural à pessoa com deficiência: instrumento de autoavaliação. Rev. bras. enferm. [online]. 2012; 65(5): 849-855.
94. Wallin L. Knowledge Translation and Implementation Research in Nursing. International Journal of Nursing Studies. 2009; 46: 576-587.
95. Graham et al. Lost in Knowledge Translation: Time for a Map. Journal of Continuing Medical Education in The Health Profession. 2006; 26 (1): 13-24.
96. Straus SE, Tetroe J, Graham I. Defining Knowledge Translation. 2009; 181 (3): 165-168.
-
-

Apêndices

APÊDICE 1: Termo de Consentimento Livre e esclarecido

Obrigatório para Pesquisas Científicas em Seres Humanos – Resolução n.º 196/96 – CNS

I - Dados de Identificação do Paciente:

Nome: _____
RG: _____ CPF _____
Data de Nascimento:/...../.....
Endereço:
Bairro:.....Cidade.....CEP.:.....
Telefone:

II - Dados sobre a Pesquisa Científica

Título do Projeto: Qualidade de Vida no Puerpério

Pesquisador: Damaris Aparecida Rodrigues

Inscrição no Conselho Regional de Enfermagem: 175333

Cargo/função: Pesquisadora - Mestrado

Instituição: FAMERP/FUNFARME

Endereço: Avenida Faria Lima, 5416 Bairro: São Pedro CEP: 15090 – 000

Fone: (17) 91659820

Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP: (17) 32015813

Declaro que recebi todas as informações sobre a presente pesquisa, que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida das puérperas de São José do Rio Preto nas diferentes fases do período puerperal.

Para participar, responderei a questões do questionário elaborado pela pesquisadora. Tenho conhecimento que o risco em participar da pesquisa é mínimo e refere-se, provavelmente, à discussão de assuntos que podem causar sofrimento psicológico. Se isso acontecer, sei que receberei orientação.

Sei ainda que, no decorrer da coleta de dados, posso pedir esclarecimentos sobre as questões que serei solicitado a responder, sobre riscos, benefícios ou outros assuntos relacionados à pesquisa. Tenho conhecimento que os dados coletados serão utilizados para apresentação em eventos científicos e publicações em revistas especializadas, sendo a identidade dos participantes preservada.

Fui informado que tenho toda liberdade para recusar-me a participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo ou me impossibilite de receber os tratamentos de rotina do serviço.

Sendo assim, declaro meu consentimento em colaborar com este estudo.

Assinatura do (a) paciente

Assinatura do pesquisador

APÊDICE 2: Ficha de identificação para coleta de dados sócio-demográficos

(aplicado na 2º etapa)

**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO PARA COLETA DOS DADOS: DURANTE O
PUERPÉRIO**

Este instrumento foi adaptado de instrumento elaborado no Grupo de Pesquisa “Núcleos de Estudos sobre Morbidade Referida e Gestão do Trabalho em Saúde” – NEMOREGES , na FAMERP, para a realização de pesquisas que envolvam variáveis abrangendo diferentes aspectos de condições de vida, de trabalho, de saúde e gestão em saúde, utilizando-se as partes que permitam a obtenção dos dados definidos nos objetivos deste estudo.

I – IDENTIFICAÇÃO (dados se consentir em participar da pesquisa).

Nome: _____

Idade (anos) : 17 a 26 () 27 a 36 () 37 a 46 () 47 a 56 () 57 a 66 () 67 em diante ()

Estado Civil: Casada () Solteira () Separada () União Consensual () Viúva ()

Religião: _____

Profissão: _____ **Área de Atuação** _____

Naturalidade: _____ **Endereço** -----

telefone (s)-----

Convênio Unimed

() Sim () Não () outros: _____

Tipo de Parto

() Vaginal () Cesáreo

Trabalho de Parto

() Sim () Não

Idade Gestacional: _____

Data do Parto: _____

II – CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

Renda Familiar (em salários mínimos): 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 9 ()

10 a 12 () 13 a 15 () 16 em diante ()

Pessoas que contribuem para a renda familiar: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

6 em diante () . Destacar quem é o principal provedor:-----

Residência: Própria () Alugada () Cedida-Emprestada () Outra opção ()

Qual: -----N° de moradores:_____

Meios de Transporte que mais utiliza para se deslocar: -----

Vícios – () Tabagismo () Álcool () Drogas

APÊNDICE 3: Roteiro para Entrevista Qualitativa (aplicado na 2º, 3º e 4º etapa)

O que é qualidade de vida para você? (pergunta realizada apenas na primeira etapa)

Como está a sua qualidade de vida neste período?

Que aspectos considera positivos nesta fase do pós –parto?

Que aspectos considera negativos nesta fase do pós –parto?

Quem está te orientando neste período?

Qual orientação do curso de gestante Beabá Bebê da Unimed São José do Rio Preto, foi essencial para essa fase do puerpério?

Você sugere algum tema que deve ser tratado no curso de gestante para melhorar a qualidade de vida no puerpério?

Anexos

ANEXO 1: Aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, Parecer nº 134.133

ANEXO 2: Aprovação pelo comitê de ética e pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, projeto-mãe *“Estudos sobre a humanização no preparo e assistência para o nascimento e parto e na atenção ao neonato e lactente – ênfase na atuação do enfermeiro obstetra”*, sob responsabilidade da Profa Dra Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler, orientadora desta pesquisa, aprovado sob o Parecer nº 323/2011 e protocolo nº 3921/2011

ANEXO 3: SF-36 versão brasileira (aplicado na 2º, 3º e 4º etapa)**SF-36 PESQUISA EM SAÚDE ESCORE**

INSTRUÇÕES: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado:

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

- Excelente.....1
Muito boa.....2
Boa.....3
Ruim.....4
Muito ruim.....5

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?
(circule uma)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás.....1
Um pouco melhor agora do que há um ano atrás.....2
Quase a mesma coisa do que há um ano atrás.....3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....4
Muito pior agora do que há um ano atrás.....5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Quanto?(circule um número em cada linha)

| Atividades | Sim. Dificulta muito | Sim. Dificulta pouco | Não. Não dificulta de modo algum |
|--|---------------------------------|---------------------------------|---|
| A) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos | 1 | 2 | 3 |
| B) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa | 1 | 2 | 3 |
| C) Levantar ou carregar mantimentos | 1 | 2 | 3 |
| D) Subir vários lances de escada | 1 | 2 | 3 |
| E) Subir um lance de escadas | 1 | 2 | 3 |
| F) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se | 1 | 2 | 3 |
| G) Andar mais de 1 Km | 1 | 2 | 3 |
| H) Andar vários quarteirões | 1 | 2 | 3 |
| I) Andar um quarteirão | 1 | 2 | 3 |
| J) Tomar banho ou vestir-se | 1 | 2 | 3 |

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física ? (circule um número em cada linha)

| | Sim | Não |
|--|------------|------------|
| A) Você diminui a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades | 1 | 2 |
| B) Realizou menos tarefas do que gostaria ? | 1 | 2 |
| C) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades ? | 1 | 2 |
| D) Teve dificuldade para fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra) ? | 1 | 2 |

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso) ?(circule um número em cada linha)

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| A) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| B) Realizou menos tarefas do que gostaria? | 1 | 2 |
| C) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz ? | 1 | 2 |

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferem nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?(circule uma)

- De forma nenhuma..... 1
- Ligeiramente.....2
- Moderadamente..... 3
- Bastante..... 4
- Extremamente.....5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas ? (circule uma)

- Nenhuma..... 1
- Muito leve.....2
- Leve..... 3
- Moderada.....4
- Grave..... 5
- Muito grave.....6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora ou dentro de casa) ?(circule uma)

- De maneira alguma.....1
- Um pouco.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....4
- Extremamente.....5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente.(circule um número para cada linha)

| | Todo o tempo | A maior parte do tempo | Uma boa parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nunca |
|--|--------------|------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|-------|
| A) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| B) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| E) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| F) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| G) Quanto tempo você tem se sentido esgotado ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| I) Quanto tempo você tem se sentido cansado ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)? (circule uma)

- Todo o tempo.....1
- A maior parte do tempo.....2
- Alguma parte do tempo.....3
- Uma pequena parte do tempo.....4
- Nenhuma parte do tempo.....5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você ?

| | Definitivamente verdadeiro | A maioria das vezes Verdadeiro | Não sei | A maioria das vezes Falsa | Definitivamente falsas |
|--|-----------------------------------|---------------------------------------|----------------|----------------------------------|-------------------------------|
| A) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C) Eu acho que a minha saúde vai piorar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D) Minha saúde é excelente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Divulgação

Submissão do Manuscrito 1: Qualidade de vida: percepção de mulheres no puerpério numa abordagem qualitativa

Revista: Revista Latino Americana de Enfermagem

Qualis: A1

Data: 10/07/2014.

Manuscript ID: RLAE-2014-0301

Title: Qualidade de vida: percepção de mulheres no puerpério numa abordagem qualitativa

Authors: Soler, Damaris
Soler, Zaida
Ferri, Erika

Date Submitted: 10-Jul-2014

Qualidade de vida: percepção de mulheres no puerpério numa abordagem qualitativa

Resumo: Objetivo: O presente estudo, objetivou identificar e compreender a experiência relativa ao puerpério, enfocando a qualidade de vida, a partir de um grupo de mulheres que vivenciou esta fase. **Método:** Seguindo a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo, os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, microgravadas, transcritas e organizadas para tabulação, análise e apresentação.

Resultados: As puérperas participantes relataram suas necessidades e sentimentos durante o período puerperal imediato, tardio e remoto, identificando como ideias centrais: compreensão sobre qualidade de vida; conflitos de sentimentos; autoestima; percepções; sugestões para curso de preparo para o nascimento; a quem recorrer em casos dúvidas; opiniões; amamentação; relacionamento conjugal. **Conclusão:** Diante das idéias centrais foi evidenciado que a qualidade de vida das mulheres no puerpério é afetada em diversas variáveis, diferentemente em cada período, necessitando de

orientação sobre as diferentes fases do ciclo gravídico-puerperal, já que assistência profissional desde a gestação.

Descritores: Puerpério; Qualidade de Vida; Obstetrícia.

Descriptors: Postpartum Period; Quality of Life; Obstetrics.

Descriptores: Período de Postparto; Calidad de Vida; Obstetrícia.

Introdução: O parto e nascimento envolve transformações físicas, fisiológicas e emocionais no organismo feminino, durante a gestação, parto e pós-parto. O puerpério tem início aproximadamente duas horas após a saída da placenta e seu término é imprevisível, durando até a volta do corpo às condições pré-gravídicas. Didaticamente é dividido em períodos pós-parto: imediato, do 1º ao 10º dia; tardio, do 11º ao 42º dia e remoto, a partir do 43º dia⁽¹⁻³⁾.

Após o parto a mulher passa por uma série de adaptações físicas e emocionais, tendo confrontos e conflitos relacionados às expectativas construídas durante a gestação e a realidade trazida pela chegada do bebê e que pode prejudicar vários aspectos de sua qualidade de vida (QV)⁽⁴⁾.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS- qualidade de vida é “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o seu contexto cultural e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Trata-se, portanto, de um conceito marcado pela subjetividade e multidimensionalidade, uma vez que envolve os componentes essenciais da condição humana, sejam eles físicos, psicológicos, sociais, culturais ou espirituais⁽⁵⁾.

Nas últimas décadas fica evidente no Brasil a ocorrência de distorções na assistência obstétrica, com excessiva medicalização durante o ciclo gravídico puerperal e índices abusivos de cesárea, deixando a mulher submissa a regras ditadas pelos

profissionais e instituições de saúde⁽⁶⁾. Considerando que o puerpério é um período de risco, com comprometimento da QV das puérperas, é importante que a atenção em saúde seja no enfoque humanístico, baseado nas necessidades individuais e não no modelo biomédico tradicional.⁽⁷⁾

A preocupação com as questões que cercam a humanização do nascimento no Brasil vêm tomando corpo e espaço de discussão, envolvendo diferentes setores assistenciais e profissionais. Além da atuação na gestação e parto, o enfermeiro obstetra tem muito a contribuir para a melhoria da qualidade de vida de puérperas, assistindo-as nos problemas relacionados às condições puerperais, na amamentação e cuidados com o recém-nascido e lactente⁽⁶⁾.

A escuta de sentimentos e necessidades é relevante para desenvolvimento do cuidado integral e humanizado. Então, propôs-se como objeto de investigação neste estudo ouvir a percepção de puérperas sobre sua qualidade de vida nas diferentes fases do puerpério.

Objetivo: Compreender as experiências de um grupo de puérperas, relativas às três fases que compreendem o puerpério, enfocando a sua qualidade de vida.

Método: O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP- Parecer nº 134.133. A pesquisa é na linha qualitativa, uma vez que se aprofunda nos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas⁽⁸⁾.

O estudo foi realizado com primíparas residentes em São José do Rio Preto, que participaram de um “curso de gestante” gratuito, ministrado em uma instituição privada da cidade. Critérios de inclusão: tiveram recém-nascido a termo, com boas condições de vitalidade ao nascimento e na alta hospitalar, além de consentir em participar.

Os dados da pesquisa foram coletados pela própria pesquisadora no período de março a agosto de 2013 e realizado em quatro etapas: a primeira durante o curso preparatório de gestante, convidando para participar, com informação sobre os objetivos do estudo e com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Após os nascimentos, as puérperas que atendiam aos critérios de inclusão e consentiram em participar foram avaliadas em seus domicílios em três momentos diferenciados: pós-parto imediato (0 a 10 dias após o parto), pós-parto tardio (11 a 42 dias após o parto) e pós-parto remoto (43 a 60 dias após o parto). Esses momentos foram comparados para verificar possíveis mudanças na QV das puérperas estudadas.

Para caracterizar as puérperas entrevistadas, foram coletadas variáveis sociodemográficas e tipo de parto, utilizando-se a técnica de entrevista semi-estruturada para obter os dados qualitativos. O referencial metodológico escolhido foi o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que permite sistematizar dados qualitativos verbais junto a grupos sociais, a partir de expressões chave⁽⁹⁾. Foram criadas cinco perguntas norteadoras, as respostas gravadas por meio de um gravador e depois transcritas.

Inicialmente eram 16 puérperas participantes, mas uma desistiu na primeira fase da pesquisa, ficando a amostra com 15 mulheres, com a seguinte caracterização: idade média era 30,73 anos com desvio padrão de 5,46 anos e mediana de 30 anos; todas (100%) eram casadas, tiveram parto cesárea, tinham vínculo empregatício e sem vícios.

Resultados: A organização dos dados constou da transcrição dos discursos microgravados nas entrevistas (total de 38 páginas transcritas letra Times New Roman, 12, espaçamento simples), com tabulação e reflexão dos dados seguindo a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo, os temas que emergiram no estudo, identificam oito idéias centrais: compreensão sobre QV; conflitos de sentimentos, autoestima; percepções e

sugestões para o curso de gestante; a quem recorre em casos dúvidas; palpites; amamentação; relacionamento conjugal.

Discussão: Embora seja uma temática relevante, são escassos os trabalhos científicos publicados sobre a QV no puerpério, principalmente aqueles que avaliem as ocorrências no decorrer dos três períodos pós parto: imediato, tardio e remoto⁽¹⁰⁾.

Nesta pesquisa, os resultados qualitativos demonstraram que as puérperas possuíam uma visão adequada sobre qualidade de vida.

Eixo 1- Compreensão sobre qualidade de vida - DSC: *Qualidade de vida é você estar bem, você ter saúde, você ter uma vida saudável, você ter um meio saudável onde vive. É ter uma alimentação adequada, praticar exercício físico ... É você estar bem pra fazer as coisas que você gosta. Acho que é o bem estar geral. Não só a parte física, é o emocional, lazer.....* (puérpera 13)

O conceito de QV abrange a percepção individual da pessoa na vida, com seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, considerando a cultura e o sistema de valores nos quais está inserida⁽¹¹⁾. Ao avaliar a QV no curso do pós-parto das puérperas estudadas, os relatos mostraram que as dificuldades são grandes no puerpério imediato, pioram no tardio e vão melhorando no puerpério remoto.

Puerpério Imediato - DSC: *Minha qualidade de vida está prejudicada pois sinto dores na região da cesárea, não consigo dormir direito pois fico preocupada com o bebê. Mas estou feliz por ser mãe.* (puérpera 06)

Puerpério Tardio- DSC: *Foi muito difícil essa fase. Essa fase agora eu acho que está pior. Eu estou cansada, esgotada. Acho que minha qualidade de vida está péssima. Em relação a primeira fase está um pouquinho pior. Porque os dez primeiros dias tem aquela expectativa, aquela ansiedade. Você não está acumulado, tudo é novidade, então está fácil. Aí depois quando a coisa vai passando. Agora que ele está maiorzinho parece que está dando mais trabalho. Porque ele fica mais acordado. Está ficando manhoso, quer colo.* (puérpera 10)

Puerpério Remoto- DSC: *Minha qualidade de vida nesses dois meses melhorou. Vai melhorando.* (puérpera 05)

Em estudo semelhante⁽⁴⁾, várias mulheres que tinham um mês pós-parto mencionaram esse período como “*conturbado*”, enquanto outras puérperas com dois a três meses de pós-parto, consideraram esta fase “*tranquila*”. Infere-se que o primeiro mês pós-parto (puerpério imediato e tardio), tende a ser mais complicado para as mães.

Eixo 2 - Conflitos de Sentimentos: O puerpério é um período de conflitos, alternando-se na mulher sentimentos de alegria, medo, alívio, ansiedade, realização, dúvidas, entre outros⁽⁴⁾, que se denominou neste estudo como conflito de sentimentos e em estudo realizado em 2006⁽¹²⁾ categorizou como “percebe-se vulnerável”. Observa-se nos discursos abaixo os sentimentos conflitantes:

Puerpério Imediato - DSC: *Acho que é uma mistura assim de sentimentos, você está super feliz, né por estar com o bebê, mas só que está inseguro em relação em cuidar.* (puérpera 08)

Puerpério Tardio - DSC: *Eu fui ficando um pouco mal humorada. Acho que fim de tarde assim, quando começa a escurecer ainda me dá um pouco de tristeza, mas acho que é normal. É o cansaço só que atrapalha né, a gente fica esgotada.* (puérpera 03)

Puerpério Remoto - DSC: *Comecei a curtir a maternidade. A felicidade supera o mau humor. Não fico mais chorando por tudo. Estou mais calma.* (puérpera 07)

Também no eixo *conflito de sentimentos* ocorreram mais problemas na qualidade de vida durante o puerpério imediato e tardio, com melhora no puerpério remoto. Isso pode ser explicado pela disforia puerperal, presente em 50% a 85% das puérperas e tida como a forma mais leve dos quadros puerperais. Os sintomas, que incluem choro fácil, labilidade afetiva, irritabilidade e comportamento hostil, aparecem nos primeiros dias pós-parto, atingem um pico no quarto ou quinto dia, com remissão espontânea no máximo em duas semanas⁽¹³⁾.

Eixo 3 - Autoestima: A autoestima é o juízo de valor que um indivíduo tem de si mesmo, influenciando sua percepção de mundo e principalmente seu comportamento.

Neste estudo constatou-se que a autoestima era menor no puerpério imediato e tardio, o que pode prejudicar o desenvolvimento do apego ao filho⁽¹⁴⁾.

Puerpério Imediato - DSC: *A minha auto estima está péssima. Você se sente horrível. Nossa, teu corpo mudou, tudo mudou. O cabelo está daquele jeito, não consegue fazer nada no cabelo. Não dá tempo de fazer nada. Eu acho que o corpo está feito, tudo cheio de pelanca. Estou me sentindo gorda, horrorosa, inchada.* (puérpera 04)

Puerpério Tardio - DSC: *E assim, eu não estou dando conta da minha casa ainda. Porque a gente vai ficando um lixo né. É porque é assim. Você não faz virilha, você não faz unha, você não faz nada. Aí a gente fica se sentindo feia e horrorosa, mas tudo bem. Tem que ir levando. Acho que minha auto estima está ruim.* (puérpera 02)

Puerpério Remoto - DSC: *estou me sentindo um pouco mais bonita. Já perdi um pouco de peso, as roupas começaram a servir novamente. Dá vontade de sair de casa.* (puérpera 11)

Os dados obtidos neste estudo foram diferentes do encontrado por estudo realizado em 2013⁽⁴⁾, realizado entre dez primíparas, em diferentes fases do puerpério, quando todas as participantes relataram que se sentiam tranquilas ao abrir mão de realizar alguma atividade, devido às tarefas como mãe. Para elas, era apenas uma fase.

Eixo 4 - Percepções e sugestões para o curso de gestante O discurso das puérperas sobre a participação no curso de gestantes foi bastante positivo, com algumas sugestões para melhorar:

Puerpério Imediato - DSC: *Acho que tudo foi essencial, foi muito bom, foi muito esclarecedor. A parte desde a alimentação antes da gestação, a postura de antes, até depois do banho. Todas as aulas foram importantes.* (puérpera 09)

Puerpério Tardio - DSC: *Foi ótimo porque abre a mente e vê que às vezes desmistifica algumas coisas que a gente acha que é uma coisa mas na verdade é outra. A questão de mamar, eu não sabia que a criança tinha que mamar só no peito durante seis meses.* (puérpera 12)

Puerpério Remoto - DSC: *Foi muito bom. Mas sugiro abordar um pouquinho mais a cólica.* (puérpera 15)

A mulher bem preparada a respeito da gestação, parto e puerpério, enfrentará o ciclo reprodutivo com maior segurança, harmonia e prazer, pois a falta de informação pode gerar preocupações desnecessárias e expectativas frustradas⁽¹⁴⁾. Cabe ao profissional de saúde desenvolver ações preventivas para o bem-estar da gestante/parturiente e puérpera, além de orientar a mulher e seu companheiro sobre as fases críticas do puerpério, contribuindo para melhorar a QV das puérras⁽¹⁵⁾.

Neste estudo e em pesquisa semelhante realizada em 2006⁽¹²⁾ a percepção das puérras quanto às orientações recebidas sobre o puerpério foram categorizadas como “Referindo satisfação quanto ao atendimento pós-parto”. Nesta pesquisa, o atendimento resumiu-se a uma explanação do obstetra e outra do pediatra e mesmo assim ficaram satisfeitas.

Poucos programas de pré-natal abordam efetivamente as questões que englobam o puerpério, visando auxiliar a mulher a lidar com o processo de gestação e a maternidade⁽¹⁵⁾. A cólica do lactente foi muito citada nos relatos das mães, mas é um tema pouco abordado em literatura científica. Trata-se de uma condição transitória, sem riscos de mortalidade e que não interfere no crescimento da criança, mas o choro persistente, somado a muitas tentativas em vão de resolução do problema, causam desgaste físico e psicológico nos pais, resultando no prejuízo da QV da puérpera⁽¹⁶⁾.

Eixo 5 - A quem recorrer em casos dúvidas: A literatura científica reforça a necessidade da persistência dos profissionais de saúde no sentido de que sejam implementadas atividades que visem a melhoria das ações educativas sobre o processo do nascimento. Preconizam a criação e manutenção de grupos de apoio e orientação a

gestantes, puérperas, casais, como forma de contribuir para prevenir agravos à saúde física, mental e emocional da mulher no ciclo gravídico-puerperal⁽¹⁷⁾.

Ainda, na análise do DSC é claro o desejo das puérperas em sanar suas dúvidas em todos os períodos do puerpério, mostrando a importância da orientação profissional.

Puerpério Imediato - DSC: *Primeiramente ao pediatra ,também recorro aos profissionais do Curso de gestante, depois para a família (minha mãe, minha cunhada, minha avó , minha sogra, minha tia.....) E também as amigas que já tem alguma experiência que já tiveram filho, então a gente troca um pouco de figurinha. (puérpera 12)*

Puerpério Tardio - DSC: *Ao pediatra , a família e as amigas..... e também na internet* (puérpera 09)

Puerpério Remoto - DSC: *Eu recorro sempre pra minha mãe primeiro e depois para as colegas até mesmo que já tenham bebês, que já tenham mais experiência. (puérpera 08)*

A puérpera deve ter acesso a uma assistência qualificada, que lhe permita compartilhar as ansiedades e esclarecer as dúvidas. Neste aspecto, o enfermeiro e em especial o enfermeiro obstetra, têm muito a contribuir⁽¹⁰⁾. A programação da atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após, é fundamental para a saúde materna e neonatal. É importante que a equipe de saúde realize a primeira visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê⁽¹⁾.

O apoio de outra mulher no período puerperal pode ser um grande suporte emocional ou fornecer uma base segura para a mãe recente. A relação da mãe com a sua figura materna de identificação também deve ser considerada um importante fator que pode influenciar a qualidade das experiências emocionais durante o puerpério. As puérperas geralmente indicam a mãe como apoio mais significativo, a seguir o pai e irmão. O apoio situa-se na dimensão física, na fase de adaptação ao novo papel⁽¹⁷⁾.

Eixo 6- Palpites: Os palpites aparecem insistentemente nas falas da puérperas, considerando ser pior no puerpério imediato, pois neste período recebem muitas visitas. Acreditam que no puerpério remoto já aprenderam a conviver com as diversas opiniões.

Puerpério Imediato - DSC: *Tem um monte de palpites sabe, só que eu evito palpites ao máximo porque cada um me fala uma coisa e não dá muito certo. Aí minha mãe também só piorou a situação. Ela ligou pra vizinha e a vizinha veio aqui e queria dar chá pro menino.* (puérpera 06)

Puerpério Tardio - DSC: *Você quer fazer de um jeito, mas aí vem a vó e fala uma coisa. Aí você sai e a vizinha fala outra coisa. Nossa, mas você colocou essas roupa na menina?!. Então, vai juntando tudo aí eu já fico sem saber o que fazer já. Mas já não fico mais desesperada como no começo.* (puérpera 04)

Puerpério Remoto - DSC: *O bom desta fase é que as visitas diminuíram, então não tem tanta gente me dizendo o que devo ou não fazer. Agora quando alguém fala, vejo o que realmente aproveito e o que desconsidero, não fico mais remoendo.* (puérpera 02)

O que se verifica usualmente em nosso meio é que a alta hospitalar pós-parto varia entre 24 a 72 horas, de modo que o cuidado pós-parto é feito principalmente no espaço da família, que pode transmitir crenças, tabus, hábitos, atitudes e condutas. Também, não há contra referência no sistema de saúde público que assegure à mulher e a seu filho retornarem ao serviço de saúde no qual foram atendidos. Deste modo, após a alta hospitalar a instituição de saúde perde o contato com a mãe e o bebê^(14,16).

As unidades de saúde públicas no Brasil têm programa voltados para o planejamento familiar, de prevenção do câncer do colo de útero e da mama, de pré-natal, mas não para a puérpera. Assim, mãe e bebê ficam mercê de leigos ou do autocuidado (sem preparação), favorecendo assim a incidência de intercorrências patológicas no período^(10,18).

Eixo 7- Amamentação: O aleitamento materno não é um ato biológico natural e espontâneo, demanda aprendizado contínuo, apoio e compreensão da família e da

equipe de saúde que cuidam da puérpera e recém-nascido⁽¹⁸⁻²⁰⁾. A prática do aleitamento materno está relacionada a fatores de ordem física, psicológica e social, sendo reconhecida a influência dos profissionais de saúde envolvidos neste processo. Estudo realizado em 2013⁽²⁰⁾, entre as 16 pesquisadas, 9 (nove) relataram não ter recebido qualquer orientação sobre aleitamento materno.

A falta de conhecimento e as distorções de informações sobre o aleitamento materno, as crenças e os significados que a mulher atribui ao aleitamento materno representam maior influência na duração da amamentação, sendo considerados determinantes para o sucesso desta prática^(20,21).

Na presente pesquisa, mesmo relatando dificuldades, as participantes reconhecem os benefícios do aleitamento materno exclusivo, mas a maioria demonstrou equívocos ao fazer complementação com leite artificial, por acreditarem que o leite materno não era suficiente, no decorrer do puerpério tardio e remoto.

Puerpério Imediato - DSC: *Amamentar é bom Com toda certeza. Nossa mas é terrível. Eu achei que eu não fosse dar conta, fiquei muito mal. Eu me sentia culpada. Porque eu tenho o leite, por que eu não estou dando?. Mas dói, dói demais. É uma dor quase insuportável. Eu falei pra ele (marido): Eu não vou conseguir, não é possível que dói tanto assim, acho que o bico do meu peito vai cair, sangra muito. (puérpera 01)*

Puerpério Tardio - DSC: *Tive que começar a complementar, o bebê chorava de fome, meu leite é fraco. Dou o peito um pouco e depois a mamadeira ai ele dorme. Ele tem muita fome. (puérpera 04)*

Puerpério Remoto - DSC: *Ele está largando o peito, só quer mamadeira. Estou com pouco leite. Acho que eu nunca tive leite suficiente para matar a fome. O aleitamento materno é lindo mas na prática é outra coisa. (puérpera 12)*

Em relação a dor, resultado similar também foi verificado no estudo realizado em 2011⁽²²⁾, a dor ao amamentar foi frequente nos depoimentos, pressupondo erro na pega e posição, o que poderia ser resolvido com orientação profissional eficiente.

Eixo 08- Relacionamento Conjugal: O pós-parto é uma experiência essencialmente feminina, mas também envolve o homem, na vivência da paternidade, com repercussões no relacionamento do casal e junto à família, incluindo novas responsabilidades, preocupações, sentimentos, valores e comportamentos⁽²³⁾.

O pai, companheiro é de vital importância na constituição da matriz de apoio, o sentido de valorizar e apoiar a puérpera e ajudá-la em seu papel de mãe^(4, 24). Em pesquisa atuais neste contexto, muitas puérperas manifestam a preocupação de não conseguirem conciliar os papéis de boas mães e boas esposas⁽⁴⁾.

No presente estudo as puérperas relatam a percepção de distanciamento do marido em todas as fases do puerpério, como se observa no DSC abaixo:

Puerpério Imediato - DSC: *Em relação ao relacionamento com meu marido é que nem eu falei pra ele. É muito junto por causa do nenê, mas muito distante. Eu sinto que às vezes eu sou até um pouco mais “rispida” com ele né, eu percebo. Eu ensinei ele a trocar fralda, e o resto eu que faço.* (puérpera 05)

Puerpério Tardio - DSC: *Eu não estou tendo tempo e nem paciência com meu marido. Eu sinto que eu fico dando atenção só para o bebê. Eu quero ensinar ele a cuidar do bebê, sinto que ele gosta de cuidar.* (puérpera 10)

Puerpério Remoto - DSC: *Não sei o que é mais namorar. Meu marido às vezes reclama que só dou atenção para o bebê, que quando o bebê dorme eu também durmo. Mas a rotina é cansativa, e realmente eu só penso no bebê.* (puérpera 3)

Estudo realizado em 2013⁽²⁵⁾ abordou a experiência da paternidade, sendo ressaltado pelos pais a importância das esposas incentivarem nos cuidados com a criança para fortalecer o vínculo do casal.

Considerações finais: Os dados empíricos obtidos neste estudo, nos Discursos do Sujeito Coletivo, colocam em destaque que são muitas as dificuldades que a puérpera sofre, prejudicando sua qualidade de vida no decorrer do puerpério imediato, tardio e remoto. Daí, é possível inferir que o início da assistência à puérpera deve ser na fase pré-natal, em curso de preparo para o nascimento, com reforço logo após o parto, no hospital. Dada a alta hospitalar, a assistência deverá continuar, tornando possível a continuidade de assistência junto a unidade de saúde pública ou privada, por meio do sistema de referência e contra referência. A excelência desta assistência pode ser alcançada se ocorrer a interlocução entre a rede primária, secundária e terciária.

Vale ressaltar a relevância desta pesquisa para subsidiar diferentes abordagens de análise e outras investigações que culminem em propostas e ações de atenção a puérperas, recém-nascidos e lactentes e também para a prática clínica do enfermeiro, em especial do enfermeiro obstetra, em todas as fases do ciclo gravídico puerperal.

Referências

1. Gomes AO. O enfermeiro na assistência à puérpera na atenção primária à saúde. *Revista Enfermagem Integrada*. 2011;4 (2): 821-32.
2. Cabral FB, Hirt LM, Van Der Sand ICP. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2013;47(2):281-287.
3. Angelo BHB, Brito RS. Consulta puerperal: o que leva as mulheres a buscarem essa assistência? *Rev Rene*. 2012;13(5):1163-70.
4. Souza BMS, Souza SF, Rodrigues RTS. O puerpério e a mulher contemporânea: uma investigação sobre a vivência e os impactos da perda da autonomia. *Rev. SBPH*. 2013 Jan./Jun;16(1):166-184.

5. Almeida MS, Silva IA. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2008; 42(2):347-354.
6. Soler ZASG. CEPAHN: Centro de Preparo e Assistência Humanizados ao Nascimento-uma Proposta para a Região de São José do Rio Preto, São Paulo. [livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2005.
7. Duarte RM, Chrizostimo MM, Christovam BP, Ferreira SCM, Souza DF, Rodrigues DP. Atuação do enfermeiro no controle de infecção puerperal: Revisão integrativa. *Ver Enferm UFPE*. 2014; 8(2):433-41.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa. 7ª ed. São Paulo (SP): Hucitec/Abrasco; 2000.
9. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUSCS; 2000.
10. Oliveira JFB, Quirino GS, Rodrigues DP. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. *Rev Rene*. 2012; 13(1):74-84.
11. Pedrosa NS, Cortês DB, Fernandes KC, Araujo MFSA, Rocha APR, Carmos, EM. Percepção da qualidade de vida no puerpério imediato. *Colloquium Vitae*. 2013 jul; 5 (especial):209-215.
12. Merighi MAB, Gonçalves R. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(6):775-9.
13. Cantilino A, Zambaldi FZ, Sougey EB, Junior JR. Transtornos psiquiátricos no pós parto. *Rev Psiq Clín*. 2010; 37(6):278-84.

14. Macola L, Vale IN, Carmona EV. Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. Rev. Esc. Enferm. USP. 2010;44(3):570-577.
15. Rodrigues AP, Padoin SMM, Guido LA, Lopes LLD. Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. Esc. Anna Nery. 2014;18(2): 257-261.
16. Beretta MIR, Zaneti DJ, Fabbro MRC, Freitas MA, Ruggiero EMS, Dupas G. Tristeza/depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008 [cited 2014 maio 20];10(4):966-78. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a09.htm>.
17. Saavedra MAL, Costa JSD, Garcias G, Horta BL, Tomasi E, Mendonça R. Incidência de cólica no lactente e fatores associados: um estudo de coorte. J Pediatr (Rio J). 2003;79(2):115-22 .
18. Guerreiro EM, Rodrigues DP, Queiroz ABA, Ferreira MA. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. Rev. Bras. Enferm. 2014;67(1):13-21.
19. Rodrigues AP, Padoin SMM, Guido LA, Lopes LLD. Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. Esc. Anna Nery. 2014; 18(2):257-261.
20. Batista KRA, Farias, MCAD, Melo, WSN. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. Saúde Debate. 2013;37(96):130-38.
21. Silva NM, Waterkemper R, Silva EF, Cordova FP, Bonilha ALL. Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. Rev. Bras. Enferm. 2014;67(2):290-295.

22. Polido CG, Mello DF, Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Tonete VLP. Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. *Acta Paul. Enferm.* 2011; 24(5):624-630.
23. Oliveira DC, Mandú ENT, Corrêa ACP, Tomiyoshi JT, Teixeira RC. Estrutura da atenção pós-parto na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery.* 2013;17(3):446-454.
24. Henn, CG, Piccinini CA. Adolescência e função paterna: da gestação ao primeiro ano de vida do bebê. *Estudos de Psicologia (Natal).* 2013;18(4):579-588.
25. Gonçalves TR, Guimarães LE, Silva MR, Lopes RCS, Piccinini CA. Experiência da paternidade aos três meses do bebê. *Psicol. Reflex. Crit.* 2013; 26(3):599-608.

Submissão do Manuscrito 2: Qualidade de vida no Puerpério: Abordagem Quantitativa em Pesquisa Qualitativa.

Revista: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

Qualis: B1

Data: 09/07/2014.

#RBGO-1928 Qualidade de Vida no Puerpério: Abordagem Quantitativa em Pesquisa Qualitativa.

Submissão

| | |
|--------------------|---|
| Autores | Damaris Aparecida Rodrigues Soler |
| Título | Qualidade de Vida no Puerpério: Abordagem Quantitativa em Pesquisa Qualitativa. |
| Documento original | <u>RBGO-1928-137098-681804-1-SM.DOCX</u> 2014-06-30 |
| Docs. sup. | Nenhum(a) <u>INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR</u> |
| Submetido por | Damaris Dam Rodrigues Soler  |
| Data de submissão | julho 9, 2014 - 10:40 |
| Seção | Artigos Originais |
| Editor | Nenhum(a) designado(a) |

Situação

| | |
|------------------|-----------------------|
| Situação | Aguardando designação |
| Iniciado | 2014-07-09 |
| Última alteração | 2014-07-09 |

Metadados da submissão

| | |
|---------|---|
| Autores | |
| Nome | Damaris Aparecida Rodrigues Soler  |

Título e Resumo

Título Qualidade de Vida no Puerpério: Abordagem Quantitativa em Pesquisa Qualitativa.

Resumo Introdução: O puerpério desenvolve-se em três fases: imediato, tardio e remoto, com transformações físicas, fisiológicas e psicológicas que podem interferir na qualidade de vida (QV) da mulher. Objetivo: avaliar a QV de puérperas primíparas, durante as três fases do puerpério. Método: transversal, exploratória de abordagem quantitativa, desenvolvida com puérperas primíparas residentes em São José do Rio Preto – SP, que fizeram curso preparatório de gestante, com gravidez a termo e com recém-nascido com boas condições de vitalidade ao nascimento e na alta hospitalar. Para coleta de dados foram utilizados dois questionários: sócio econômico e o de QV - SF-36 versão brasileira. Resultados: Verificou-se pior avaliação de qualidade de vida no componente físico, nos domínios da capacidade funcional, aspectos físicos e dor, principalmente no pós-parto imediato. No componente mental, encontrou-se que os domínios vitalidade e aspectos sociais apresentaram diferenças na QV em relação ao período imediato e remoto, sendo que a maior QV se deu no período remoto. Conclusão: Os dados obtidos no estudo revelaram sentimentos e necessidades que interferem na qualidade de vida das puérperas, subsidiando diferentes abordagens de análise para implementação de propostas de intervenção e outras pesquisas neste contexto.

Indexação

Palavras-chave Puerpério, Qualidade de Vida, Obstetrícia

Idioma Pt

Apoio e financiamento

Agências —

**Qualidade de Vida no Puerpério: Abordagem Quantitativa em Pesquisa Qualitativa.
Quality of Life in the Puerperium: a quantitative approach in qualitative research**

Autora (autor responsável pela troca de correspondência)

Damaris Aparecida Rodrigue Soler

Email: damaprodrigues@gmail.com

Endereço: Rua Roque Alves Magalhães, nº15, Bairro: Residencial João Soares Geraldes.
Bálsamo – SP. CEP 15.140-000

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP.

Autora

Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler.

Email: zidaaurora@gmail.com

Endereço: Rua Alagoas, nº29. Bálsamo – SP. CEP 15.140-000.

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP.

Autora

Profa. Dra. Maria Amélia Zanon Ponce

Email: amelinha_famerp@yahoo.com.br

Endereço: Rua Maria Garcia Aguera, 333. Residencial Guarcia – SP. CEP 15.140-000.

Instituição: FACERES.

Local onde foi realizado o estudo:

Trabalho foi desenvolvido com puérperas que realizaram o curso de gestante da Unimed São José do Rio Preto. Endereço: Av. Bady Bassitt, 4870 - São José do Rio Preto - SP

Mas as entrevistas aconteceram nos domicílios das mulheres.

Qualidade de Vida no Puerpério: Abordagem Quantitativa em Pesquisa Qualitativa.

Damaris Aparecida Rodrigue Soler¹

Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler²

Maria Amélia Zanon Ponce³

Introdução: O puerpério humano desenvolve-se em três fases: imediato, tardio e remoto, com transformações físicas, fisiológicas e psicológicas que podem interferir na qualidade de vida (QV) da mulher. **Objetivo:** avaliar a QV de puérperas primíparas, durante as três fases do puerpério. **Método:** transversal, exploratória de abordagem quantitativa, desenvolvida com puérperas primíparas residentes em São José do Rio Preto – SP, que fizeram curso preparatório de gestante, com gravidez a termo e com recém-nascido com boas condições de vitalidade ao nascimento e na alta hospitalar. Para coleta de dados foram utilizados dois questionários: sócio econômico e o de QV - SF-36 versão brasileira. **Resultados:** Verificou-se pior avaliação de qualidade de vida no *componente físico*, nos domínios da capacidade funcional, aspectos físicos e dor, principalmente no pós-parto imediato. No *componente mental*, encontrou-se que os domínios vitalidade e aspectos sociais apresentaram diferenças na QV em relação ao período imediato e remoto, sendo que a maior QV se deu no período remoto. **Conclusão:** Os dados obtidos no estudo revelaram sentimentos e necessidades que interferem na qualidade de vida das puérperas, subsidiando diferentes abordagens de análise para implementação de propostas de intervenção e outras pesquisas neste contexto. **Palavras Chave:** Puerpério, Qualidade de Vida, Obstetrícia.

Enfermeira obstétrica; aluna regular do mestrado em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP. E-mail: damaprodrigues@gmail.com

² Obstetrix, enfermeira, mestre, doutora e Livre docente em enfermagem obstétrica, docente, orientadora e coordenadora do mestrado em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. E-mail: zaidaurora@gmail.com

³ Enfermeira, doutora em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem de Ribeirão – Universidade de São Paulo. Email: : amelinha_famerp@yahoo.com.br.

ABSTRACT

Quality of Life in the Puerperium: a quantitative approach in qualitative research

Introduction: The human postpartum period is divided into three phases: the immediate postpartum, the early puerperium and the remote puerperium. It brings with it physical, physiological and psychological changes that may affect women's quality of life (QoL). **Objective:** to evaluate the QoL of primiparous postpartum women during the three phases of the puerperium, according to socio-demographic variables. **Methods:** This descriptive, exploratory, quantitative study was conducted with primiparous postpartum women living in São José do Rio Preto – SP. These women attended a preparatory course for pregnant women, had term pregnancy and their newborn had good vital signs at birth

and at discharge. Data collection occurred through the use of a socio-economic questionnaire and the Brazilian version of the SF-36 QoL questionnaire. **Results:** Women presented lower scores of quality of life in the **physical component**, in the the domains functional capacity, physical aspects, and pain, especially in the immediate postpartum period. In the **mental component**, it was found that the domains vitality and social function showed differences in QoL scores between the immediate postpartum and the remote puerperium, with higher QoL scores in the remote puerperium. **Conclusion:** The data obtained in the study revealed feelings and needs that interfere with the quality of life of puerperal women. These findings support different analysis approaches for the implementation of intervention proposals and further research in this context.

Keywords: Postpartum Period, Quality of Life; Obstetrics.

Introdução

O processo de nascimento envolve a gestação, parto e puerpério e constitui-se em uma experiência complexa, com transformações nos aspectos biológicos, psicológicos, emocionais, relacionais e socioculturais, que podem afetar sua qualidade de vida (QV).^{1,2} O período puerperal começa logo após a expulsão da maior parte do conteúdo do útero gravídico, estendendo-se por seis semanas ou mais, dividindo-se em pós parto imediato (0 a 10 dias após o parto), pós-parto tardio (11 a 45 dias após o parto) e pós-parto remoto (46 a 60 dias após o parto)³.

Após o parto a mulher tem transformações tanto do ponto de vista fisiológico, quanto psíquico e sócio-familiar, ocorrendo em um período de muitas vulnerabilidades e que pode prejudicar vários aspectos de sua QV.⁴

O conceito de QV é abrangente e guarda relação com os aspectos multidimensionais da saúde, da independência, das relações sociais e das características do meio ambiente. A QV é definida como a percepção individual da posição do indivíduo na vida, levando em consideração sua cultura e sistema de valores nos quais está inserido, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁵

Os profissionais de saúde têm muito a contribuir na atenção às puérperas, já que podem colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo

os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para melhorar a saúde e a qualidade de vida (QV) de ambos⁶.

Ressalta-se neste enfoque o cuidado promovido pelo enfermeiro, em especial o enfermeiro obstetra, que pelas especificidades de atuação profissional, tem competências para atuar nas diferentes fases do ciclo gravídico-puerperal. Assim, pode planejar a assistência de forma sistematizada, considerando na individualidade as reais necessidades afetadas da mulher, conhecimento que é indispensável para agir em busca de melhorar a qualidade de vida da puérpera⁷.

Ante o exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar características sócio-demográficas e a Qualidade de Vida (QV) de puérperas primíparas, durante as três fases do puerpério.

Método

Este estudo é analítico descritivo tipo transversal e com abordagem de análise quantitativa e faz parte de uma pesquisa com abordagem metodológica mista (quali – quantitativa), desenvolvida em nível de mestrado acadêmico. Foi realizado com uma amostra de puérperas primíparas, acima de 18 anos, residentes em São José do Rio Preto – SP, com recém-nascido a termo, com boas condições de vitalidade ao nascimento e na alta hospitalar e que participaram do curso de gestantes, oferecido gratuitamente neste município. Este curso é oferecido a toda população de São José do Rio Preto independente de o interessado possuir o convênio médico ou não. São oito encontros semanais, onde são discutidos temas diversos relacionados a nutrição, tipo de parto, aleitamento materno, aspectos emocionais, cuidados com o binômio.

Antecedendo a coleta de dados, o projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP- Parecer nº 134.133 e inclui-se nas pesquisas desenvolvidas no foco do projeto-mãe “Estudos sobre a

humanização no preparo e assistência ao nascimento e na atenção ao neonato e lactente – ênfase na atuação do enfermeiro obstetra”. Parecer nº 323/2011 e Protocolo nº 3921/2011.

Os dados da pesquisa foram coletados no período de março a agosto de 2013, sendo o estudo realizado em quatro etapas. A primeira etapa consistiu na abordagem das mulheres ainda gestantes durante o curso de gestante da Unimed São José do Rio Preto, onde foram informados os objetivos do estudo e realizado o convite para a participação da pesquisa com a assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Após os nascimentos, as puérperas que atendiam aos critérios de inclusão e consentiram em participar, foram avaliadas em seus domicílios em três momentos diferenciados: pós-parto imediato (0 a 10 dias após o parto), pós-parto tardio (11 a 45 dias após o parto) e pós-parto remoto (46 a 60 dias após o parto). Esses momentos foram comparados para verificar possíveis mudanças na QV das puérperas estudadas.

Na primeira etapa foram convidadas 40 mulheres entretanto somente 20 estavam de acordo com o critério de inclusão. No entanto, somente 15 mulheres aceitaram participar da pesquisa nos três momentos, ou seja, 5 puérperas desistiram durante o estudo.

A QV nos diferentes períodos do puerpério foi avaliada por meio da utilização de um instrumento validado SF-36.⁸ Esse instrumento é constituído por 36 itens que abrangem oito domínios, que podem ser subdivididos em dois componentes: componente físico que inclui os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, a dor e estado geral de saúde e o componente mental que abrange os domínios de saúde mental, vitalidade e aspectos funcionais e sociais.

A pontuação da qualidade de vida desse instrumento de medição se dá por meio de percentuais padronizados (0 a 100%), sendo que percentuais acima de 50% indicam boa qualidade de vida, ao passo que valores abaixo desse percentual indicam baixa qualidade de

vida em relação ao domínio avaliado.

A escala de capacidade funcional permite avaliar tanto a presença como a extensão das limitações relacionadas à capacidade física. A escala de vitalidade considera o nível de energia e de fadiga, como a disposição para procurar e enfrentar novas tarefas. Em relação aos aspectos físicos e emocionais, avalia-se o quanto essas limitações influenciam a vida diária da pessoa, dificultando as suas atividades regulares.

A dor é avaliada segundo sua intensidade e se é causa de alguma limitação às atividades de vida diária do acometido. Os aspectos sociais avaliam a integração da pessoa com atividades sociais comuns e anteriormente realizadas e no componente saúde mental são analisadas referências ou sinais e sintomas de ansiedade, depressão, alterações do humor ou de comportamento, além de descontrole emocional e prejuízo do bem-estar físico e psicológico.

Neste artigo a análise dos dados foi quantitativa, realizada em três fases do período puerperal, sendo utilizadas medidas de estatística descritiva (percentuais) para caracterização da amostra e o teste de comparação de médias não paramétrico de Kruskal-Wallis e o teste de Tukey ao nível de significância de 5% (ou 0,050).

Resultados

Os resultados mostraram que todas as puérperas (100%) eram casadas, tiveram o parto resolvido por cesárea, que tinham vínculo empregatício e não tinham vícios.

A idade média das pacientes foi de 30,73 anos com desvio padrão de 5,46 anos e mediana de 30 anos. A idade mínima atestada foi de 19 anos e a máxima de 40 anos. O coeficiente de variação da idade foi de 17,76%, caracterizando uma distribuição com baixa dispersão. Não foi atestada a presença de valores discrepantes (*outliers*) na distribuição, mostrando que os dados seguiram normalidade.

A Tabela 1 mostra os percentuais referentes à caracterização das puérperas avaliadas na pesquisa.

A Tabela 2 mostra as análises dos domínios que avaliam a QV das pacientes avaliadas em relação aos três momentos pós-parto (imediate, tardio e remoto).

Dos oito domínios avaliados, cinco deles apresentaram diferenças estatisticamente significativas da qualidade de vida das pacientes em relação aos períodos avaliados (pós-parto imediate, tardio e remoto).

A QV das puérperas foi inferior no período imediate quando comparada aos períodos tardio e remoto para os domínios capacidade funcional ($p < 0,001$), aspectos físicos ($p < 0,001$) e dor ($p < 0,001$). Isso mostra que as pacientes apresentaram maiores complicações para esses domínios no período imediate após o parto, sendo que a qualidade de vida, após o período de 10 dias do parto aumentou de forma gradativa até período remoto.

Para os domínios vitalidade ($P = 0,023$) e aspectos sociais ($P = 0,006$), as pacientes apresentaram diferenças na qualidade de vida em relação ao período imediate e remoto, sendo que a maior qualidade de vida se deu no período remoto. Esse resultado mostra que as pacientes apresentaram menor vitalidade e menos qualidade nos aspectos sociais no período logo após o parto quando comparado ao período remoto.

Para todos os domínios, a qualidade de vida das pacientes apresentou uma tendência crescente, ou seja, certa tendência de que a qualidade de vida das puérperas aumente ao longo do período pós-parto (Figura 1).

Discussão

A caracterização das participantes deste estudo mostrou o predomínio da realização do parto cesariano entre as mulheres estudadas, corroborando com as taxas encontradas no município de São José do Rio Preto nos últimos anos, passando de 56,6% em 2008 para

72,0% em 2012, na rede pública de saúde⁹.

Embora a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomende um índice de cesárea de 10% a 15% de todos os partos¹⁰, a realização predominante do parto cesariano não é uma exclusividade de São José do Rio Preto, seguindo uma tendência nacional, que ainda apresenta um alto índice de cesárea, atingindo 40,0% do total de todos os partos no país em 2012⁹

Diante desta problemática, o Ministério da Saúde tem investido em estratégias para priorizar o parto normal, com a criação de indicadores e metas relacionadas a tal procedimento, como: Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), instituído pela Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013,¹¹ no Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS)¹¹ lançado em março de 2012, que avalia o desempenho do SUS, atribuindo uma nota (grau) para cada Município, Estado e para o Brasil, além da criação da Rede Cegonha que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, incentivando o parto normal humanizado, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis¹³

Em relação à avaliação da QV no puerpério, embora seja uma temática de discussão relevante, são escassos os estudos que avaliam a puérpera no decorrer dos três períodos pós parto: imediato, tardio e remoto.^{14,15}

Os resultados deste estudo mostraram que a QV na puérpera apresentou pior avaliação em relação ao *componente físico*, principalmente nos domínios da Capacidade Funcional, Aspectos Físicos e Dor, sendo o pós-parto imediato mais prejudicado, apresentando uma melhora progressiva com o aumento do tempo do período puerperal.

O comprometimento da capacidade funcional e dos aspectos físicos já tem sido

apontado pela literatura como domínios afetados após o parto. Estudo realizado em 2013 mostrou que todas as participantes relataram ter deixado de realizar alguma função neste período, sendo a atividade física a mais citada, seguida das atividades relacionadas ao trabalho.¹⁶

Tal resultado também pode estar relacionado ao procedimento cirúrgico invasivo e doloroso que essas mulheres entrevistadas foram submetidas, ao realizarem o parto cesariano. Estudo realizado por Pedrosa et al (2013)¹⁵ que também verificou a QV de puérperas no período imediato, utilizando o SF-36, constatou que as variáveis tipo de parto, número de parto e número de consultas realizadas no pré natal parecem influenciar na percepção da QV puerperal. Com relação ao tipo de parto, o estudo apontado mostrou que as mulheres submetidas a parto vaginal (30,33%) apresentaram melhor percepção de QV no domínio aspectos físicos do que as submetidas ao parto cesariano¹⁵.

A dor, embora muitas vezes ignorada, tem sido apontado pela literatura como um fator de interferência na QV da puérpera, já que muitas vezes se configura como obstáculo ao bom posicionamento para a amamentação, para o autocuidado, os cuidados com o neonato e para realizar atividades cotidianas, como sentar e levantar, caminhar, realizar higiene íntima, entre outras¹⁷, podendo assim ter também interferido nos domínios capacidade funcional e dos aspectos físicos.

Vale pontuar que a dor é uma condição de difícil aferição, uma vez que é subjetiva e pode variar de pessoa para pessoa, sendo a paridade tida como variável de confusão para avaliação da dor, como apontado pela literatura em que primíparas têm experiência de dor pós-parto consideravelmente diferente de multíparas¹⁸.

A melhora progressiva da QV no decorrer do tempo do puerpério também pôde ser evidenciado em outro estudo que ao analisar a percepção das puérperas sobre o período

puerperal constatou que as respostas para “conturbado” foram dadas pelas participantes que se encontravam dentro do primeiro mês do puerpério. Entre as outras participantes, que se encontravam entre os dois e três meses desse período, a resposta para esta questão foi de que o mesmo é “tranquilo”. A partir disso pode-se considerar que o primeiro mês do puerpério tende a ser mais, de modo geral, mais complicado para as mães¹⁶.

Este mesmo estudo apontou que as dificuldades oriundas dos primeiros dias do puerpério se dão principalmente em mães primíparas, como é o caso das participantes desta pesquisa, o que implica em um momento repleto de novidades, novos sentimentos, nova rotina, novas atitudes das pessoas que as cercam - uma vez que os familiares e amigos também querem participar desse momento; entre tantas outras mudanças¹⁶.

Em relação ao *componente mental*, encontrou-se neste estudo que os domínios vitalidade e aspectos sociais apresentaram diferenças na QV em relação ao período imediato e remoto, sendo que a maior QV se deu no período remoto.

Tal resultado é diferente do obtido por outros autores, que relataram que as puérperas participantes de seus estudos disseram que se sentiam tranquilas ao abrir mão de realizar alguma atividade, anteriormente comum, como ir ao shopping ou ao salão de beleza, devido às tarefas da maternidade, uma vez que acreditam que essa abdicção se trata apenas de uma fase¹⁵.

A vitalidade é traduzida no SF-36 por questões que abordam vigor, vontade, energia, esgotamento e cansaço. De acordo com o estudo realizado por Souza et al (2013),¹⁶ as tarefas domésticas e as atividades como vida social e cuidados com a aparência, apesar de serem a minoria, também foram descritas pelas puérperas como aspectos afetados após o parto. As participantes relataram encontrar dificuldades em coordenar a maternidade com as atividades cotidianas devido ao fato de o bebê exigir bastante atenção e da dificuldade em se

separar dele¹⁶.

O sentimento de incapacidade também pode ser muito frequente nas puérperas, uma vez que em geral se doam completamente aos cuidados com o bebê e aguardam ansiosas o reconhecimento de todos¹⁹.

Estudo realizado por Lara (2008)¹⁴ encontrou que o impacto das alterações físicas e fisiológicas da gravidez pode causar fadiga e dificuldade no auto cuidado acarretando em prejuízos psicológicos que alteram a QV da mulher¹³.

Neste estudo, a avaliação da QV das puérperas vai de encontro com a literatura descrita no fato de que as primeiras dificuldades vividas pelas puérperas estão associadas aos aspectos físicos e as alterações fisiológicas oriundas da gestação que com o decorrer do tempo apresentam melhora, mas que por vezes acarretam em problemas de ordem psicológicas que permanecem alterados por um período maior de tempo, mas com melhora gradativa.

Diante de tais fatores, o Ministério da Saúde recomenda o retorno da mulher e do recém-nascido (RN) ao serviço de atenção básica em torno de cinco a dez dias após o parto. O objetivo do retorno da mulher é avaliar o estado de saúde da mãe e do RN, orientar quanto à amamentação, os cuidados básicos com o bebê e avaliar o convívio entre mãe e filho. Tais cuidados visam prevenir situações de morbimortalidade materna e neonatal, uma vez que boa parte das intercorrências ocorre na primeira semana após o nascimento do bebê. Vale destacar que o cuidado com a puérpera deve ser prestado não somente voltado ao sistema reprodutor e hormonal, mas com atenção especial aos aspectos psicológicos. Além disso são relevantes as orientações fornecidas durante as consultas de pré-natal e nos cursos específicos para as gestantes, pois podem auxiliar as novas mães a compreenderem adequadamente as funções que deixam de ser exercidas e outras serão ativadas após o

nascimento do bebê, evitando por sua vez situações conflituosas, contribuindo para uma melhor qualidade de vida no transcorrer do período puerperal²⁰.

Conclusão

Os dados obtidos neste estudo revelaram que principalmente alterações no domínio físico comprometiam a qualidade de vida das puérperas, em especial no pós-parto imediato. Também fica evidenciada a relevância desta pesquisa para a prática clínica do enfermeiro e outros profissionais de saúde, pois no processo do nascimento a área mais negligenciada é o puerpério. São necessárias investigações mais abrangentes em nosso meio a respeito das ocorrências comuns no puerpério, assim como crenças, valores, sentimentos e necessidades das puérperas, que podem interferir na sua qualidade de vida. Por fim, este estudo subsidia diferentes abordagens de análise para implementação de propostas de intervenção na atenção a puérperas, recém-nascidos e lactentes, além de outras pesquisas neste contexto.

Referências

1. Cabral FB, Hirt LM, Van Der Sand ICP. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2013; 47(2):281-287.
2. Angelo BHB, Brito RS. Consulta puerperal: o que leva as mulheres a buscarem essa assistência? *Rev Rev Rene*. 2012; 13(5):1163-70.
3. Oliveira JFB, Quirino GS, Rodrigues DP. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. *Rev Rene*. 2012; 13(1):74-84.
4. Beltrami L, Moraes AB, Souza APR. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. *Distúrb Comun, São Paulo*. 2013; 25(2): 229-239.
5. Santos NMF, Tavares DMS. Correlação entre qualidade de vida e morbidade do

- cuidador de idoso com acidente vascular encefálico. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2012; 46(4):960-966.
6. Carneiro MS et al. Dimensões da saúde materna na perspectiva das representações sociais. *Rev Min Enferm.* 2013; 17(2): 446-453
 7. Oliveira DC, Mandú ENT, Corrêa ACP, Tomiyoshi JT, Teixeira RC. Estrutura da atenção pós-parto na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery.* 2013 jul - set; 17(3):446 – 454.
 8. Pimenta FAP et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2008; 54(1): 55-60.
 9. Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acessado em 14 de fevereiro de 2014.
 10. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, Shah A, et al. WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet.* 2006;367(9525): 1819-29.
 11. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União: Brasília (DF);* 2011
 12. Portal da Saúde. Índice de Desempenho do SUS (IDSUS). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080. Acesso em: 12 de fevereiro de 2014.
 13. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do

Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**: Brasília (DF); 2011 Jun 27; Seção 1.

14. Lara, AC. Qualidade de vida no puerpério mediato (dissertação). Universidade Guarulhos, Centro de Pos Graduação Pesquisa e Extensão, 2008.
15. Pedrosa NS, Cortês DB, Fernandes KC, Araujo MFSA, Rocha APR, Carmos, EM. Percepção da qualidade de vida no puerpério imediato. *Colloquium Vitae*. 2013 jul; 5 (especial): 209-215.
16. Souza BMS, Souza SF, Rodrigues RTS. O puerpério e a mulher contemporânea: uma investigação sobre a vivência e os impactos da perda da autonomia. *Rev. SBPH*. 2013 Jan./Jun; 16 (1): 166-184.
17. Sousa L, Pitangui ACR, Gomes FA, Nakano AMS, Ferreira CHJ. Mensuração e características de dor após cesárea e sua relação com limitação de atividades. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(6):741-7
18. Smith CM, Guralnick MS, Gelfand MM, Jeans ME. The effects of transcutaneous electrical nerve stimulation on post-cesarean pain. *Pain*. 1986; 27(2):181-93
19. Beretta MIR, Zaneti DJ, Fabbro MRC, Freitas MA, Ruggiero EMS, Dupas G. Tristeza/depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal. *Rev. Eletr. Enf*. 2008; 10(4):966-78.
20. Gomes AO. O enfermeiro na assistência à puérpera na atenção primária à saúde. *Revista Enfermagem Integrada*. 2011 Nov./Dez.; 4 (2): 821-32.
21. Martinez MC; Paraguay AIBB; Latorre MRDO. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Rev. Saúde Pública*. 2004; 38 (1):55-61.

PAGINA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Percentuais das variáveis de caracterização das puérperas avaliadas, São José do Rio Preto, 2013

| VARIÁVEIS | N | % |
|-----------|---|---|
|-----------|---|---|

| | | |
|---------------------------------|----|-------|
| Religião | 15 | 100 |
| Católica | 11 | 73,33 |
| Outras (espírita ou evangélica) | 4 | 26,67 |
| Escolaridade | 15 | 100 |
| Ensino médio e técnico | 3 | 20,00 |
| Superior | 12 | 80,00 |
| Profissão | 15 | 100 |
| Área da educação | 4 | 26,67 |
| Área da saúde | 3 | 20,00 |
| Área de serviços | 8 | 53,33 |
| Convênio Unimed | 15 | 100 |
| Sim | 8 | 53,33 |
| Não | 7 | 46,67 |
| Trabalho de parto | 15 | 100 |
| Sim | 2 | 13,33 |
| Não | 13 | 86,67 |
| Renda familiar | 15 | 100 |
| 2 a 5 salários | 8 | 53,33 |
| 6 ou mais salários | 7 | 46,67 |
| Residência | 15 | 100 |
| Cedida ou alugada | 3 | 20,00 |
| Própria | 12 | 80,00 |
| Transporte | 15 | 100 |
| Carro | 14 | 93,33 |
| Ônibus – moto | 1 | 6,67 |

Tabela 2 – Estatísticas descritivas e valores de P da qualidade de vida das puérperas em relação aos três momentos pós-parto, São José do Rio Preto, 2013.

| Domínio | Pós-parto | N | $\bar{x} \pm s$ | Md | Mín | Máx | Valor P |
|-----------------------|-----------|----|-----------------|--------------------|------|------|---------|
| Capacidade funcional | Imediato | 15 | 40,0±26,9 | 35,0 ^b | 5,0 | 90,0 | <0,001 |
| | Tardio | 15 | 85,3±13,4 | 85,0 ^a | 60,0 | 100 | |
| | Remoto | 15 | 93,6±8,9 | 100 ^a | 70,0 | 100 | |
| Aspecto físico | Imediato | 15 | 13,3±35,2 | 0,0 ^b | 0,0 | 100 | <0,001 |
| | Tardio | 15 | 66,7±44,0 | 100 ^a | 0,0 | 100 | |
| | Remoto | 15 | 85,0±29,5 | 100 ^a | 0,0 | 100 | |
| Dor | Imediato | 15 | 34,6±13,9 | 41,0 ^b | 10,0 | 52,0 | <0,001 |
| | Tardio | 15 | 68,2±36,8 | 74,0 ^a | 0,0 | 100 | |
| | Remoto | 15 | 82,0±25,3 | 100 ^a | 22,0 | 100 | |
| Estado geral da saúde | Imediato | 15 | 84,0±14,5 | 87,0 | 41,0 | 100 | 0,342 |
| | Tardio | 15 | 82,6±17,2 | 87,0 | 35,0 | 100 | |
| | Remoto | 15 | 89,1±11,8 | 92,0 | 67,0 | 100 | |
| Vitalidade | Imediato | 15 | 47,0±17,7 | 45,0 ^b | 10,0 | 80,0 | 0,023 |
| | Tardio | 15 | 51,3±24,1 | 55,0 ^{ab} | 15,0 | 100 | |

| | | | | | | | |
|-------------------|----------|----|-----------|--------------------|------|------|-------|
| | Remoto | 15 | 67,0±19,2 | 80,0 ^a | 20,0 | 85,0 | |
| Aspectos sociais | Imediato | 15 | 49,8±27,8 | 50,0 ^b | 10,0 | 100 | 0,006 |
| | Tardio | 15 | 61,6±29,3 | 62,5 ^{ab} | 0,0 | 100 | |
| | Remoto | 15 | 82,5±23,5 | 100 ^a | 25,0 | 100 | |
| Aspecto emocional | Imediato | 15 | 64,3±44,5 | 100 | 0,0 | 100 | 0,929 |
| | Tardio | 15 | 55,6±44,8 | 34,0 | 0,0 | 100 | |
| | Remoto | 15 | 62,2±48,6 | 100 | 0,0 | 100 | |
| Saúde mental | Imediato | 15 | 71,2±16,3 | 72,0 | 40,0 | 92,0 | 0,353 |
| | Tardio | 15 | 72,8±13,2 | 72,0 | 44,0 | 92,0 | |
| | Remoto | 15 | 78,2±11,4 | 84,0 | 52,0 | 92,0 | |

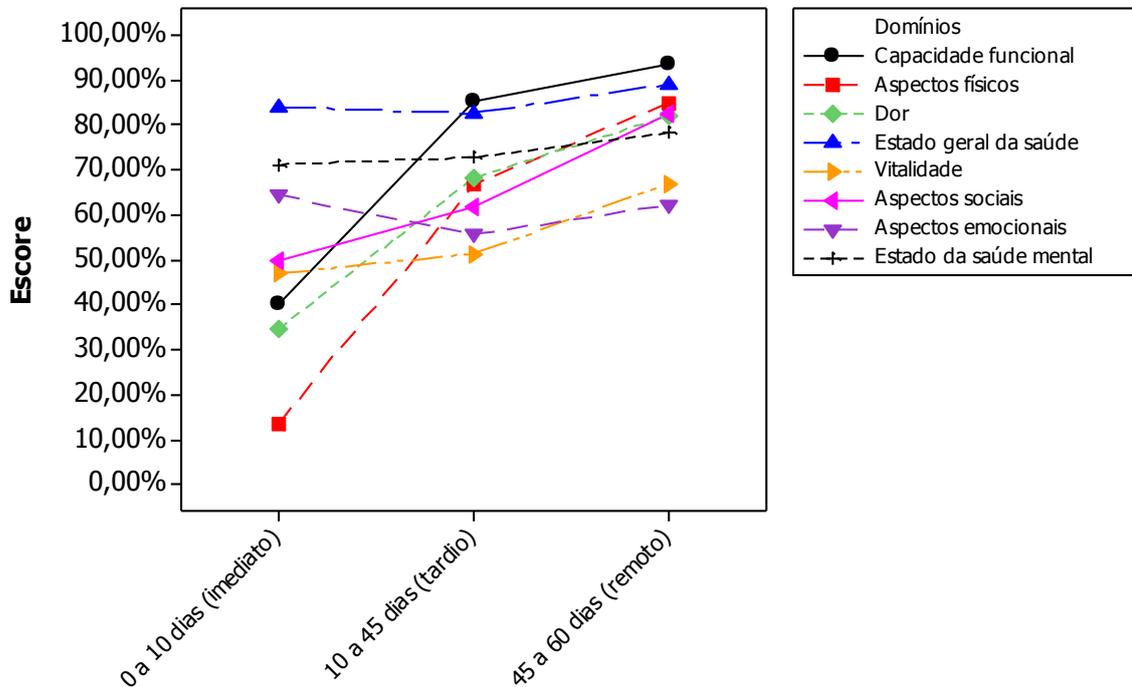


Figura 1 – Tendência da qualidade de vida das puérperas nos três momentos pós-parto avaliados em relação aos domínios estudados, São José do Rio Preto, 2013.