



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

SAMILA GOMES RIBEIRO

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM MULHERES NO
PUERPÉRIO IMEDIATO: UMA ANÁLISE A PARTIR DE DIFERENTES TIPOS DE
PARTO**

FORTALEZA

2016

SAMILA GOMES RIBEIRO

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM MULHERES NO
PUERPÉRIO IMEDIATO: UMA ANÁLISE A PARTIR DE DIFERENTES TIPOS DE
PARTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutorado), da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Linha de pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Karina Bezerra Pinheiro

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

R372q Ribeiro, Samila Gomes.
Qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres no puerpério imediato: uma análise a partir de diferentes tipos de parto/ Samila Gomes Ribeiro. – Fortaleza, 2016.
111 f. : il.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2016.
Orientação: Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro.

1. Período Pós-Parto. 2. Parto. 3. Qualidade de Vida. 4. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

SAMILA GOMES RIBEIRO

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE EM MULHERES NO
PUERPÉRIO IMEDIATO: UMA ANÁLISE A PARTIR DE DIFERENTES TIPOS DE
PARTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutorado), da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Data de aprovação: __/__/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Ana Karina Bezerra Pinheiro (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Tatiane Gomes Guedes (1º membro)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof. Dr^a. Paula Renata Amorim Lessa Soares (2º membro)
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE)

Prof^a. Dr^a. Mirna Fontenele de Oliveira (3º membro)
Universidade Federal do Ceará (UFCA)

Prof^a. Dr^a. Priscila de Souza Aquino (4º membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Régia Christina Moura Barbosa Castro (Suplente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Paulo César de Almeida (Suplente)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

A Deus,

Por proporcionar tantas vitórias em minha vida.

Ao meu esposo,

Por ser um companheiro fiel,

A minha mãe,

Por ser minha maior incentivadora, pela compreensão e por sempre estar ao meu lado.

Essa conquista é nossa.

Ao meu pequeno Bernardo,

Por me fazer descobrir o quão longe eu posso chegar.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, por sempre me conduzir por caminhos do bem, algo que tem direcionado todos os meus passos desde a vida pessoal à carreira acadêmica e profissional. Minha fé em Ti me fez acreditar que podia, e se hoje eu consegui foi por Tu ter derramado infinitas graças em minha vida. Obrigada Senhor por todos os dons a mim confiados!

Ao meu Vinicius, pelo apoio constante, pelo amor, pelo companheirismo, pela compreensão, pelo esclarecimento na hora da dúvida e pela presença até mesmo no seu silêncio.

À minha mãe! Simplesmente por tudo! Pelo crédito, pela confiança, pelos esforços incomparáveis para alcançarmos essa conquista, pelas palavras de incentivo e pela força quando quis fraquejar, pelas orações, pelo exemplo de mulher e de ser humano que és. Obrigada simplesmente por ser minha mãe! Saiba que tudo o que faço é por você e para você. Te amo!

Aos meus irmãos, Juliana e Tiago, pela paciência, pelo incentivo, pelo amor que muitas vezes é manifestado apenas por um abraço, pela eterna companhia, por me apoiarem em todas as situações, pelo amor incondicional e pela proteção que muitas vezes supera a fraternal. Por me ensinarem a ter uma boa índole, por serem meus primeiros exemplos de pessoas que superam as dificuldades e sempre se sobressaem bravamente diante das dificuldades. Amo vocês.

Ao meu pai, Batista, por me fazer amadurecer nas caminhadas da vida.

À minha grande e querida amiga Renata, que mesmo a distância sempre se faz tão presente, pelas mensagens quase que diárias de incentivo, pela ajuda, pela compreensão, pelas palavras sábias. Você é uma benção, querida.

À professora, tutora, mãe, irmã e amiga, Ana Karina Bezerra Pinheiro, realmente ela é a mistura de tudo que citei. Muito obrigada pela grande contribuição para minha formação profissional e para o meu crescimento pessoal. Muito obrigada por me aceitar como aluna e como pessoa, obrigada pelos diálogos, pela escuta, pela alegria que vivenciamos em simples momentos da vida, pela aprendizagem constante, pelo exemplo.... Obrigada por tudo.

À minha amiga-irmã, Priscila Aquino, um anjo iluminado. Uma pessoa do bem que tem muito a ensinar, como profissional e principalmente como pessoa. Um exemplo a ser seguido. O mundo precisa de mais pessoas como você.

Aos meus queridos Irene Melo e Bernardo Melo, por serem exemplos de solidez, por me acolherem e pelo filho lindo que me deram!

À minha querida Walma, por sempre ter me ajudado, pelo olhar afetuoso, pelo abraço caloroso, pelos conselhos de mãe e pelo carinho de sempre.

À amiga Mirna Fontenele que sempre esteve disposta a responder todos os meus questionamentos, desde gestacionais à análises estatísticas, por ter contribuído desde o início com o aprimoramento dessa pesquisa.

Às minhas amigas de colégio: Priscila, Flaviana e Amanda pela amizade verdadeira, pelas alegrias, pelo crescimento pessoal, pelas orações, por muitas vezes compreenderem minha ausência, me apoiarem e mesmo assim permaneceram do meu lado.

Às minhas eternas vizinhas, Olga, Nira, Glória e Vozinha por vivenciarem angústias, por partilharem alegrias e por sempre rezarem e partilharem pelas minhas vitórias!

Ao professor Paulo César, que se mostrou sempre uma pessoa alegre e muito solícita.

À professora Tatiane Gomes Guedes, por ter aceitado participar da banca, pelo olhar afetuoso e pelo sorriso sincero, que em pouco tempo cativou meu coração.

À professora Régia Christina Moura Barbosa Castro pelo compromisso, competência, dedicação, inteligência, amizade e pela disponibilidade em participar da banca.

Aos meus familiares, que sempre estiveram unidos nessa caminhada.

Ao Dr. Andrew Symon que concedeu a autorização para o uso do MGI e incentivou o desenvolvimento desse estudo.

Às puérperas, figuras centrais para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao diretor e demais profissionais da maternidade que sempre se mostraram solícitos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pelo conhecimento compartilhado e pelo exemplo de excelência no ensino.

“Quando é que vamos nos dar conta que nosso foco não deve ser combater as cesarianas desmedidas e abusivas, mas melhorar a assistência ao parto de tal forma que escolher uma cesariana para ter um filho tornar-se-á a mais tola das decisões?” (Maximilian)

RESUMO

A qualidade de vida relacionada à saúde no pós parto é um importante indicador da qualidade de cuidados maternos influenciada por fatores sociodemográficos, clínicos e obstétricos. O presente estudo objetivou analisar a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres no puerpério imediato. Trata-se de um estudo transversal, correlacional, realizado em uma maternidade pública no Estado do Piauí. A amostra foi de 272 mulheres no puerpério imediato entrevistadas nos meses de fevereiro a junho de 2015. Os instrumentos utilizados foram: um formulário com dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos; a escala para avaliar qualidade de vida *Short Form Health Survey* (SF-36); e o índice *The Mother Generated Index* (MGI) versão brasileira. Os dados foram compilados e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. Quanto aos dados sociodemográficos, a amostra era, em sua maioria, de puérperas jovens, com média de idade de 25,11 anos; que viviam com parceiro 209 (76,8%); possuíam em média 10 anos de estudo; 202 (74,3%) não desenvolviam ocupação remunerada; a renda familiar de 125 (69,1%) estava entre 1 e 3 salários mínimos e a raça auto-referida foi prioritariamente parda em 201 (73,9%). Acerca dos dados obstétricos, 162 (59,6%) eram secundíparas/múltiparas, 171 (62,8%) tiveram intercorrência na gestação e 131 (48,2%) iniciaram o pré-natal após a 12ª semana. Na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde a partir do SF-36, o escore total da escala apresentou uma média de 69,94. As áreas afetadas na qualidade de vida segundo o *The Mother Generated Index* foram: Relacionamento com a família; Relacionamento com o marido; Trabalho; Sentimentos com o filho; Mais responsabilidade; Trabalho doméstico; Vida Social; Sono; Saúde; Felicidade; Corpo; Amamentação; Alimentação. A média dos escores primários foi de 6,95. Ao correlacionar o tipo de parto e o profissional que assistiu, a média dos escores do Short Form Health Survey (SF-36) mostrou que os domínios *limitação por aspectos físicos* (41,37), *dor* (67,53), *vitalidade* (62,75), *aspectos sociais*(74,78), *limitações por aspectos emocionais* (58,05) e *saúde mental* (75,86) apresentaram médias maiores para o parto normal realizado por enfermeiro, com significância estatística nos domínios: dor ($p<0,05$); vitalidade ($p<0,05$) e saúde mental ($p=0,05$). Quanto à faixa etária, houve associação significativa nos domínios *capacidade funcional* e *estado geral*, com melhores escores para idade até 29 anos. Referente à escolaridade, observou-se significância no domínio “capacidade funcional” com escores melhores para 9 a 11 anos de estudo. A análise das intercorrências obstétricas, mostrou significância estatística no domínio estado geral de saúde $p<0,05$. Houve significância estatística no cruzamento aspectos sociais com abertura do

partograma aos 4cm e capacidade funcional com continuação do partograma com $p < 0,05$. Portanto, os resultados apontaram para uma qualidade de vida relacionada à saúde relativamente boa, além de comprovar que o parto normal realizado pelo enfermeiro promove melhores escores na qualidade de vida relacionada à saúde de puérperas. Conclui-se que o alcance de uma melhor qualidade de vida é multifatorial, mas a soma de diferentes condutas pode ser fundamental para a promoção da saúde das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal.

Palavras-chave: Período Pós-Parto. Parto. Qualidade de Vida. Enfermagem.

ABSTRACT

The quality of life related to health in the postpartum is an important quality indicator of maternal care influenced by sociodemographic, clinical and obstetric factors. This study aimed to analyze the quality of life related to health of women immediately postpartum. It is a cross-sectional, correlational study, performed in a public hospital in the state of Piauí. The sample consisted of 272 women immediately postpartum interviewed from February to June 2015. The instruments used were: a form with sociodemographic, clinical and obstetrical data; the scale for evaluating quality of life Short Form Health Survey (SF-36); The Mother and the index Generated Index (MGI) Brazilian version. Data were compiled and analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 22.0. As for sociodemographic data, the sample was mostly of young mothers, with a mean age of 25.11 years; living with partner 209 (76.8%); They had an average of 10 years of study; 202 (74.3%) did not develop gainful occupation; family income of 125 (69.1%) were between 1 and 3 minimum wages and self-reported race was primarily brown in 201 (73.9%). About obstetric data, 162 (59.6%) were secundiparous / multiparous, 171 (62.8%) had complications during pregnancy and 131 (48.2%) initiated prenatal care after 12 weeks. In assessing the quality of life related to health from the SF-36, the total score averaged 69.94. The areas affected quality of life according to The Mother Generated Index were: Relationship with family; Relationship with her husband; Work; Feelings with the child; More responsibility; Housework; Social life; Sleep; Health; Happiness; Body; Breast-feeding; Feeding. The average primary score was 6.95. By correlating the type of delivery and the professional who attended, the average scores of the Short Form Health Survey (SF-36) showed that the domain limited by physical (41.37), pain (67.53), vitality (62.75), social issues (74.78), limitations due to emotional problems (58.05) and mental health (75.86) had higher averages for vaginal delivery performed by nurses, with statistical significance in the areas: pain ($p < 0.05$); Vitality ($p < 0.05$) and mental health ($p = 0.05$). As to age, there was a significant association in the fields functional capacity and general condition, with better scores for age up to 29 years. Regarding schooling, there was significance in the field of "functional capacity" with better scores to 9-11 years of study. The analysis of obstetric complications, showed statistical significance in the field general health $p < 0.05$. There was statistically significant at the crossroads social aspects with the opening of the partograph to 4cm and functional capacity with continued partograph with $p < 0.05$. Therefore, the results pointed to a quality of life related to relatively good health, as well as evidence that vaginal delivery performed by the nurse promotes better scores in quality of life

related to health of mothers. It concludes that the achievement of a better quality of life is multifactorial, but the sum of different behaviors can be instrumental in promoting the health of women during pregnancy and childbirth.

Keywords: Postpartum period. Parturition. Quality of life. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das mulheres segundo variáveis sociodemográficas. Teresina-PI, fev-jun, 2015.....	41
Tabela 2 -	Distribuição das mulheres segundo variáveis obstétricas e hábitos maternos. Teresina-PI, fev-jun, 2015.....	42
Tabela 3 -	Distribuição das médias da escala que avalia QVRS a partir do SF-36. Teresina-PI, fev-jun, 2015.....	44
Tabela 4 -	Distribuição da pontuação dos passos 1, 2 e 3 do MGI, segundo as treze áreas da qualidade de vida apontadas pelas mulheres. Teresina-PI, fev-jun, 2015.....	45
Tabela 5 -	Cálculo do escore primário e secundário da MGI segundo as treze áreas da qualidade de vida apontadas pelas mulheres. Teresina-PI, fev-jun, 2015.....	47
Tabela 6 -	Associação do tipo de parto e profissional que realizou segundo as médias dos domínios do SF-36. Teresina-PI, fev-jun, 2015.....	47
Tabela 7 -	Associação das variáveis sociodemográficas segundo as médias dos domínios do SF-36. Teresina-PI, fev-jun, 2015.....	49
Tabela 8 -	Associação dos antecedentes clínicos e obstétricos segundo as médias dos domínios do SF-36. Teresina-PI, fev-jun, 2015.....	52
Tabela 9 -	Associação das boas práticas de atenção ao parto segundo as médias dos domínios do SF-36. Teresina-PI, fev-jun, 2015.....	55

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Descrição dos artigos selecionados segundo critérios de inclusão e exclusão em cada base de dados.....	25
Quadro 2 -	Descrição dos artigos selecionados segundo a base de dados e ano de publicação. Teresina, PI, 2014.....	25
Quadro 3 -	Descrição dos artigos selecionados segundo o delineamento do estudo, o país idioma e autoria de enfermeiro. Teresina, PI, 2014...	26
Quadro 4 -	Distribuição dos artigos incluídos na revisão segundo a utilização da definição de qualidade de vida, instrumento utilizado e validade do instrumento.....	27
Quadro 5 -	Descrição dos artigos selecionados segundo autoria, objetivos, resultados e conclusões. Teresina, PI, 2014.	28
Figura 1 -	Gráfico da incidência de intercorrências obstétricas.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
CINAHL	Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
DP	Desvio Padrão
ESF	Estratégia de saúde da Família
ITU	Infecção do trato urinário
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line
MGI	Mother Generated Index
MNFS	Métodos não farmacológicos
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
QLI	Quality of Life Index
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
RN	Recém-nascido
SciELO	Scientific Electronic Library On-line
SF-36	Short Form Health Survey
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UFC	Universidade Federal do Ceará
USP	Universidade de São Paulo
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	22
2.1	Objetivo Geral	22
2.2	Objetivos Específicos	22
3	ESTADO DA ARTE	23
4	MÉTODOLOGIA.....	34
4.1	Tipo de estudo	34
4.2	Local do estudo	34
4.3	População e amostra	35
4.4	Procedimento de coleta de dados	36
4.5	Instrumento de coleta de dados	36
4.5.1	Formulário sociodemográfico, clínico e obstétrico.....	37
4.5.2	<i>Short Form Health Survey (SF-36)</i>	38
4.5.3	<i>The Mother Generated Index (MGI)</i>	38
4.6	Organização e análise dos dados.....	39
4.7	Procedimentos e aspectos éticos da pesquisa.....	40
5	RESULTADOS	41
5.1	Caracterização sociodemográfica, obstétrica e hábitos de vida das mulheres	41
5.2	Avaliação da qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde de puérperas.	43
5.3	Fatores associados à QVRS de puérperas.....	47
6	DISCUSSÃO	58
6.1	Caracterização sociodemográfica e obstétrica das mulheres.....	58
6.2	Avaliação da qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde de puérperas.....	62
6.3	Fatores associados à QVRS de puérperas.....	66
7	CONCLUSÕES	80
8	LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES.....	83
	REFERÊNCIAS	84
	APÊNDICES	96
	ANEXOS	104

1 INTRODUÇÃO

O parto e o nascimento são eventos marcantes que iniciam uma nova etapa da vida das mulheres, o puerpério, fase em que elas assumem o papel de mãe e que está permeada por diversas alterações fisiológicas e psicológicas que irão, direta ou indiretamente, influenciar em quase todos os aspectos de vida.

O puerpério é definido como período após o nascimento, depois da expulsão da placenta, que se estende até 42 dias do parto, também denominado período pós-parto. Esta etapa do ciclo gravídico puerperal é dividida didaticamente em três fases: pós-parto imediato (do primeiro ao décimo dia após a parturição), pós-parto tardio (do décimo primeiro ao quadragésimo quinto dia) e pós-parto remoto (do quadragésimo quinto dia até o retorno da ovulação ou da função reprodutiva feminina) (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2014).

Dentre as alterações fisiológicas do período puerperal, observa-se que o corpo busca retornar suas funções a condições que antecederam a gravidez. Existe, além disso, um rol de mudanças físicas, psicológicas, sociais e emocionais pelas quais as mulheres passarão, especialmente, no puerpério imediato. Portanto, independentemente do quanto a mulher e sua família se prepararam para a chegada do bebê, a realidade da maternidade e da paternidade constituem uma mudança significativa na vida familiar (ORSHAN, 2010).

Acerca das dificuldades encontradas neste período, pode-se afirmar que as puérperas muitas vezes encontram-se inseguras e dependentes de ajuda para assumir os cuidados com o recém-nascido e o autocuidado (STRAPASSON; NEDEL, 2010).

Além disso, a mudança para o papel de nutriz e cuidadora de uma criança tem sido uma das principais dificuldades encontradas pelas puérperas no período do puerpério imediato devido às questões sociais, culturais e estéticas. A preocupação de conciliar a vida profissional e a maternidade, torna a mãe temerosa e angustiada, principalmente enquanto seu filho estiver dependendo de seus cuidados (STRAPASSON; NEDEL, 2010).

Diante de tais afirmações, o puerpério representa, assim, uma fase delicada do ciclo reprodutivo feminino, no qual as mulheres vivenciam nos primeiros dias após o parto uma miscelânea de sentimentos, que vão da euforia pelo nascimento do filho ao medo e à insegurança nos cuidados que devem dispensar ao novo ser sob sua responsabilidade (LIMA-LARA; FERNANDES, 2010).

Neste contexto, a assistência em saúde no puerpério consiste em momento oportuno e necessário para prestar a cuidado à mulher e à criança de maneira holística e

humanizada, abrangendo ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos possíveis agravos à saúde (ANDRADE *et al.*, 2015).

Nessa perspectiva, é imperioso que os profissionais de saúde forneçam uma assistência qualificada, holística e direcionada à prevenção de complicações, por meio de apoio social, emocional e informativo, orientando a mulher acerca das condições necessárias para cuidar de si mesma e do seu filho (ANDRADE *et al.*, 2015). Ademais, sabe-se que 54% das mortes maternas ocorrem no puerpério (BRASIL, 2012)

Logo, para promover cuidados em saúde de maneira adequada, não basta apenas prevenir e tratar as complicações, é necessária uma visão ampliada que inclua a promoção da Qualidade de Vida (QV) das mulheres nessa fase delicada do ciclo reprodutivo.

Destaca-se ainda que um dos componentes da visão ampliada de cuidados maternos apontados na Rede Cegonha, tem sido a adoção da melhoria na QV, como um dos objetivos do pré-natal e do puerpério (BRASIL, 2011).

Medir a QV é importante para diferentes avaliações de saúde pública, de pesquisa, de avaliação e de tomada de decisão clínica (FRANK-STROMBORG; OLSEN, 2004). A QV é definida como uma sensação de bem-estar e surge da satisfação ou insatisfação com vários aspectos da vida, incluindo áreas como saúde, emprego, *status* socioeconômico, estado psicológico-emocional e familiar (SAMMARCO, 2001).

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), QV é um conceito eminentemente do ser humano, que tem sido aproximado ao grau de contentamento encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Implica ainda a competência de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo envolve diversos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a QV inclui seis dimensões: saúde física; estado psicológico e emocional; nível de independência; relacionamentos sociais; dimensões espirituais; e ambiental. Em uma definição geral, QV é o efeito do ambiente físico e social sobre as reações individuais, ontológicas e emocionais a este ambiente (FAIRCLOUGH, 2002).

Alguns aspectos da vida dos pacientes que podem estar afetados têm sido investigados por meio da avaliação da QV. Já os aspectos relacionados às doenças e/ou tratamentos, têm sido abordados pela mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde

(QVRS) (KUTNER; JASSAL, 2002; CORTÉS *et al.*, 2003; VALDERRÁBANO; JOFRE; LÓPEZ-GÓMEZ, 2001).

O termo QVRS é apontado por Auquier, Simeoni e Mendizabal (1997) como o valor atribuído à vida, ponderado pelos desgastes funcionais; percepções e condições sociais que são alteradas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial. Portanto, a QVRS está relacionada com a percepção que a pessoa tem tanto do impacto da sua disfunção quanto de sua existência (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Conforme a versão inglesa do conceito, *Health-Related Quality of Life (HRQL)*:

É o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções (GIANCHELLO, 1996, p. 235).

A QVRS indicará também se o estado de saúde medido ou estimado é relativamente desejável (GOLD *et al.*, 1996). Desta maneira, para esses autores, os conceitos fundamentais de QVRS seriam igualmente a percepção da saúde, as funções sociais, psicológicas e físicas, bem como os danos a elas relacionados (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A QVRS é um importante indicador da qualidade dos cuidados de saúde materna que deve ser medida com base em diferentes perspectivas. Logo, o puerpério é um período oportuno para que sejam feitas avaliações da QVRS. Nos últimos anos, especialistas têm consciência da importância dos cuidados de saúde no parto e após o parto, pois tais cuidados podem ter estreita relação com a QVRS das mulheres no período gravídico-puerperal (ZHOU; WANG; WANG, 2009; MAIMBURG *et al.*, 2010).

Sabe-se que vários fatores afetam a QVRS, tais como fatores psicológicos, sociais e obstétricas, por exemplo, idade, saúde física geral durante a gravidez, a duração do trabalho de parto, expectativas maternas, crenças, o apego, humor e o tipo de parto (JANSEN *et al.*, 2007).

Segundo Prick *et al.* (2015), a QVRS no pós-parto é potencialmente influenciada por parâmetros sociodemográficos, clínicos e obstétricos. Dentre os aspectos sociodemográficos descritos que afetam negativamente a QVRS no pós-parto podem-se citar a raça negra (LAMARCA *et al.*, 2012); a baixa escolaridade (WIK *et al.*, 2011), e a elevada paridade (AKYN *et al.*, 2009). A rede de apoio social é um aspecto que influencia positivamente a QVRS (LAMARCA *et al.*, 2012; WEBSTER *et al.*, 2011).

A investigação da QVRS associada ao tipo de parto entre puérperas se faz necessária com intuito de investigar se essa variável influencia ou não na QVRS das mulheres brasileiras e qual tipo de parto promoverá melhores resultados pós-natais à saúde materna.

Reforça-se que a operação cesariana é uma intervenção cirúrgica originalmente utilizada para reduzir o risco de complicações maternas e/ou fetais durante a gravidez e o trabalho de parto (PATAH; MALIK, 2011). Porém, seu uso indiscriminado expõe a mulher a riscos como em qualquer outra cirurgia sem critérios indicativos bem-definidos, pois pode trazer riscos para mães e recém-nascidos, uma vez que, não está isenta de complicações anestésicas, acidentes operatórios e problemas relacionados à transfusão de sangue (WEIDLE *et al.*, 2014).

O Brasil apresenta uma das taxas de cesariana mais elevadas do mundo, sendo próximas a 90% em alguns serviços privados (BRASIL, 2008), o que é bem superior aos 15 % preconizados pela *World Health Organization* (WHO, 1985). Situação esta, que pode aos poucos ser modificada se forem reforçados os benefícios que o parto normal pode ocasionar na saúde materna e neonatal.

Segundo Ghotbi *et al.* (2012), o conhecimento das mulheres acerca dos benefícios e malefícios relacionados a cada tipo de parto é baixo até mesmo entre aquelas que apresentam uma maior escolaridade. Em decorrência disso, elas podem muitas vezes, ser levadas meramente pelo senso comum, a optarem pelo parto cesárea, acreditando que este é o modelo mais seguro.

Dados de estudo realizado no Rio de Janeiro em hospitais do Sistema de Saúde Suplementar, apontaram que durante a gestação a mulher vai mudando de opinião sobre o tipo de parto. No início, apenas 30% delas gostariam de ter um parto cesariano, ao chegarem à maternidade, 70% já haviam decidido pela cesárea, mas, ao saírem das maternidades, 90% tiveram um parto cesáreo. O medo da dor foi o principal motivo alegado inicialmente para desejar fazer uma cesárea e continuou sendo importante para ela mudar de opinião durante a gestação. Destaca-se que a mulher bem informada sobre as vantagens do parto normal e o incentivo do companheiro por esta modalidade de parto foram fatores que influenciaram positivamente a seleção do parto normal (DIAS *et al.*, 2008).

Outros fatores também são apontados para seleção da cesárea como: cesárea prévia, fatores socioeconômicos (KAMAL, 2013). Além desses, estudos assinalam a alta incidência associada à solicitação materna pelo tipo de parto e também por preferências médicas (ARIKAN *et al.*, 2011).

Embora o aumento nas taxas de cesariana em países de média e alta renda seja parcialmente atribuído ao pedido da mulher, uma revisão sistemática concluiu que apenas a minoria delas, em uma ampla variedade de países, manifestou preferência por essa via de parto, pois entre os 38 estudos que compuseram a amostra (n=19.403), verificou-se uma taxa de preferência pela cesariana de 15,6% e foi demonstrado que a tendência foi maior entre as mulheres com cesariana anterior e entre as que moram em países de renda média (MAZZONI *et al.*, 2011).

Nos hospitais públicos brasileiros, mesmo as gestantes que fazem parto vaginal estão expostas a uma excessiva manipulação pois, geralmente, ficam presas ao leito, impedidas de deambular e se alimentar, usam ocitocina e dão à luz em posição de decúbito dorsal, com o auxílio de episiotomia. Tais intervenções são procedimentos não recomendados pela Organização Mundial da Saúde que podem influenciar negativamente na QVRS (LEAL, 2012).

Diante do número excessivo de cirurgias cesáreas e do uso indiscriminado de intervenções desnecessárias vinculadas ao parto normal, em 2011, foi lançada a Rede Cegonha e instituída pela portaria MS/GM nº 1.459/2011 que é uma estratégia do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde- SAS de enfrentamento a mortalidade materna, a violência obstétrica e a baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento. Cujas ações visam a ampliação e a qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2011).

Em face de tais apontamentos, percebe-se a necessidade de mudar o cenário da obstetrícia nacional, pois muitas práticas reconhecidamente prejudiciais ainda são observadas nos serviços públicos e privados, enquanto outras, amplamente aconselhadas pela OMS e Ministério da Saúde, apresentam implantação baixíssima (BRASIL, 2008).

A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo debatido e construído no país desde os anos 90, o parto humanizado, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde (BRASIL, 2011).

O parto humanizado é considerado uma das possibilidades de melhoria da assistência obstétrica, pois agrega boas práticas que direcionam condutas e procedimentos visando à promoção do parto e do nascimento saudável e à prevenção da morbimortalidade perinatal. Além de priorizar o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada

nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se, criteriosamente, os recursos tecnológicos disponíveis (OMS, 1996).

O modelo de atenção, baseado em boas práticas para o parto e nascimento (também conhecido como parto humanizado), conduzido por enfermeiras obstetras e vigente em quase todos os países europeus, tem ótimos resultados perinatais e está em franco contraste com o modelo implantado no Brasil (LEAL, 2012).

As boas práticas que devem ser estimuladas durante o trabalho de parto e parto incluem: a oferta de líquidos por via oral, o apoio empático pelos prestadores de serviço, o respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante a parturição, o esclarecimento das dúvidas e fornecimento de informações que as mulheres desejarem, a utilização de métodos não invasivos e farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, o monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente, a liberdade de posição e movimento, estímulo a posições não supinas, uso do partograma, contato pele a pele precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora pós-parto, conforme diretrizes da OMS (OMS, 1996).

Além da implantação das boas práticas, o Ministério da Saúde incentiva a incorporação do enfermeiro obstetra nas equipes hospitalares como profissional essencial na humanização do parto, contribuindo para redução no uso das intervenções e das cesáreas desnecessárias (VOGT; SILVA; DIAS, 2014).

Tal iniciativa é respaldada pelo reconhecimento do enfermeiro como profissional que assiste a mulher com qualidade e de forma mais humanizada, respeitando os aspectos da fisiologia feminina, sem intervenções desnecessárias, reconhecendo os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, oferecendo suporte emocional à mulher e a sua família (DINIZ, 2005; DIAS, 2005).

A assistência ao parto é um acontecimento que exige um olhar, que ultrapasse as concepções objetivistas da realidade dos fatos, valorizando as significações das vivências e do vivido. Deste modo, o parto foi tomado como um fenômeno que se manifesta e se fundamenta nas experiências humanas vividas que podem ser valorizadas quando o enfermeiro obstetra está inserido nesse cenário (ZVEITER; SOUZA, 2015).

O enfermeiro obstetra exerce atividades importantes no processo de gestação, parto e puerpério, pois demonstram maior proximidade e atenção às necessidades das mulheres, no momento do nascimento, conforme se evidencia pelos maiores níveis de satisfação encontrados (VELHO *et al.*, 2012).

Além disso, o enfermeiro, como profissional da equipe de saúde, ao assumir o papel de coadjuvante no trabalho de parto e parto, incentiva a mulher para explorar seu corpo, conhecer seus limites e escolher as melhores posições e maneiras para que ela e seu bebê fiquem mais confortáveis, atividades que podem exercer influência na QVRS (CARRARO et al., 2008).

Destarte, propõe-se o presente estudo, com intuito de avaliar como determinantes sociodemográficos, obstétricos, boas práticas, tipo de parto e profissional que prestou assistência podem influenciar na QVRS das puérperas, tendo em vista que essa avaliação é essencial pois evidenciará uma realidade sob a ótica das mulheres.

Ademais, avaliar a QVRS segundo diferentes tipos de parto poderá ajudar os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, pois possibilitará o reconhecimento de fatores que podem interferir positivamente e negativamente na QVRS no puerpério, além de nortear possíveis intervenções que promovam a saúde das mulheres nessa fase.

Em revisão apresentada no capítulo do estado da arte desta tese, percebeu-se um número limitado de estudos comparando a QVRS das novas mães após diferentes tipos de parto e demonstrando como os determinantes sociodemográficos, clínicos, obstétricos e o uso das boas práticas podem interferir na QVRS.

Este será o primeiro estudo brasileiro que avaliará a QVRS no puerpério a partir de dois instrumentos, um geral, o Short Form Health Survey (SF-36) (CICONELLI, *et al.*, 1999), e um específico, o *The Mother Generated Index* (RIBEIRO, 2013), ambos traduzidos e adaptados para o contexto brasileiro.

Do exposto, o presente estudo busca defender a seguinte tese: As mulheres assistidas pelo enfermeiro no parto normal terão melhor QVRS no puerpério que as assistidas pelos demais.

A realização do presente estudo e a comprovação da tese supracitada irá fortalecer a enfermagem obstétrica em âmbito nacional, pois evidenciará que os enfermeiros obstétricos são profissionais basilares para a modificação da assistência ao parto, destacando que existem elementos essenciais para promoção e manutenção da QVRS materna, dentre eles: a assistência individualizada que reconhece as necessidades e empodera a mulher para que ela seja sujeito ativo no trabalho de parto e parto; e o uso de boas práticas de atenção ao parto para promover o bem estar da mulher em todo o período do parto e nascimento, garantindo uma assistência segura e de qualidade que repercute em resultados favoráveis também no puerpério.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres no puerpério imediato.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a associação de variáveis sociodemográficas e obstétricas com a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres no puerpério imediato.
- Verificar a relação entre tipo de parto e profissional que o assistiu com a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres no puerpério imediato.
- Associar as boas práticas obstétricas no parto normal com a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres no puerpério imediato.

3. ESTADO DA ARTE

As mudanças no puerpério envolvem todo o contexto de vida da mulher, seja profissional, pessoal ou dos papéis que vivencia, com repercussões nos aspectos biológico, fisiológico e psicológico e possivelmente estas situações e sentimentos interferem na sua percepção de QV (MALDONADO, 1997).

Tais modificações podem resultar em algumas das morbidades associadas a esse período como: problemas físicos ou psicossociais, fadiga / cansaço físico, dor, preocupações relacionadas com o sexualidade, hemorroidas / prisão de ventre, problemas de ansiedade, estresse, depressão, distúrbios do sono, hemorragia, endometriose, amamentação, incontinência urinária, distúrbios de estresse pós-traumático, aumento da carga de trabalho, dentre outros (WHO; UNICEF; UNFPA, 2003; WILLIAMS; HERRON-MARX; CAROLYN, 2007; CHENG; LI, 2008).

Apesar de serem abordados diferentes aspectos acerca das patologias que envolvem o puerpério, percebe-se que o debate sobre a melhor prática (parto normal e cesariana) para minimizar a morbidade pós-natal ainda é um motivo de controvérsia, tanto do ponto de vista dos profissionais (ANDERSON, 2004) quanto da percepção das mulheres sobre a experiência do parto (BRYANTON *et al.*, 2008).

Deste modo, os estudos que investigam as singularidades no período puerperal com enfoque no tipo de parto podem mostrar evidências sobre os desfechos que cada tipo de parto pode trazer para a QVRS das puérperas.

Visando caracterizar a produção científica acerca da QVRS de mulheres que passaram por diferentes tipos de parto, realizou-se uma revisão integrativa da literatura fundamentada na Prática Baseada em Evidência, o que garante confiabilidade e profundidade às conclusões (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A Prática Baseada em Evidências garante a qualidade em processos que integram o conhecimento explícito e o propositado, sendo aplicável pelo pesquisador na sua realidade profissional, de forma criteriosa e consciente. Busca a melhor evidência disponível de estudos para levantar a informação produzida sobre determinado tema, as lacunas nesta produção e proporciona uma síntese do conhecimento segundo níveis de evidências que facilita a transposição desses para a prática clínica (GALVÃO, 2002).

A revisão integrativa, em questão, seguiu os seguintes passos para garantir o rigor metodológico: identificação do tema e elaboração da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a

serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e por fim a apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A pergunta que norteou esta revisão foi: Quais as implicações dos diferentes tipos de parto na QVRS de mulheres no puerpério?

O levantamento dos estudos aconteceu nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL); Medical Literature Analysis and Retrieval System online (Medline) e SCOPUS.

Em conformidade com as peculiaridades de cada base de dados, a busca foi realizada a partir da combinação dos seguintes descritores controlados no Medical Subject Headings (MeSH) e no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): qualidade de vida (*quality of life*), parto (*parturition*), período pós-parto (*postpartum period*).

Adotou-se como critério de inclusão estudos primários disponíveis gratuitamente na íntegra que objetivaram avaliar a QV no puerpério relacionando-a com o tipo de parto; disponíveis em texto completo nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos artigos relacionados à pesquisa metodológica e estudos de validação; artigos de revisão e carta ao editor.

Para a análise utilizou-se um instrumento adaptado de Nicolussi (2008) que possui critérios que para a análise dos artigos acerca das características metodológicas do estudo, bem como critérios específicos para avaliação da QV.

O instrumento referido passou por uma validação de conteúdo e aparência por um comitê de especialistas formado por três juízes, enfermeiros, com experiência em estudos de revisão integrativa, além de conhecimento na temática de QV. O instrumento apresenta os seguintes critérios: 1) Identificação da publicação: título do artigo e do periódico, autores, formação, país, idioma e ano de publicação; 2) Critérios de avaliação de estudos de QV: utilização da definição de QV, instrumentos utilizados com justificativa da escolha e se são validados, dados complementares solicitados pelo autor; 3) Características metodológicas do estudo: delineamento da pesquisa, objetivos dos estudos, resultados, conclusões.

A busca realizada no mês de agosto de 2014 identificou 205 publicações. O quadro 1 aponta descrição dos artigos segundo os critérios de inclusão e exclusão.

Quadro 1 - Descrição dos artigos selecionados segundo os critérios de inclusão e exclusão em cada base de dados. Teresina, PI, 2014.

	Lilacs	PUBMED	Cinahl	Scopus
Total encontrado	5	105	0	95
MOTIVO DA EXCLUSÃO				
Pesquisa Metodológica e Estudos de validação	-	7	-	3
Não disponível gratuitamente	-	22	-	-
Não aborda a relação entre o tipo de parto e a qualidade de vida	4	73	-	89
Total excluídos	4	102	-	92
Selecionados	1	3	0	3

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Após leitura dos artigos encontrados, foram selecionados um artigo na base de dados LILACS, três artigos no Pubmed e três artigos no Scopus. Dentre estes três repetiram-se, sendo excluídos do quantitativo final. A amostra final foi composta por sete artigos.

O quadro 2 apresenta os artigos caracterizados conforme sua indexação nas bases de dados, ano de publicação e título.

Quadro 2: Descrição dos artigos selecionados segundo a base de dados e ano de publicação. Teresina, PI, 2014.

Estudo	BASE DE DADOS	ANO	TÍTULO
1	SCOPUS	2011	Does delivery mode affect women's postpartum quality of life in rural China?
2	SCOPUS	2009	Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section
3	SCOPUS	2007	Psychometric evaluation of health-related quality of life measures in women after different types of delivery
4	PUBMED	2009	Quality of life and related factors in women, aged 15-49 in the 12-month post-partum period in Turkey
5	PUBMED	2007	New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery
6	PUBMED	2014	Comparing the Postpartum Quality of Life Between Six to Eight Weeks and Twelve to Fourteen Weeks After Delivery in Iran
7	LILACS	2010	Quality of life in the mediate postpartum: a quantitative study

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Em relação ao ano de publicação dos estudos, observou-se que todos foram publicados nos últimos sete anos da data da revisão. Tal achado pode estar relacionado ao aumento de interesse em estudar a temática QV.

É importante esclarecer que existem diversas pesquisas que investigam a QV no puerpério, porém poucos estudos fazem o comparativo entre os diferentes tipos de parto. Reforça-se que tal dado é de suma importância para explorar em que aspectos isso pode influenciar na vida das puérperas.

Acrescenta-se ainda que no Brasil, um do países que mais realiza cesáreas no mundo, isso deve ser investigado com afinco tentando elencar por meio de evidências científicas quais implicações a escolha deste tipo de parto pode trazer para a vida das puérperas.

No quadro 3, os artigos estão apresentados segundo as características metodológicas, o país de origem, o idioma e a autoria..

Quadro 3: Descrição dos artigos selecionados segundo o delineamento do estudo, o país idioma e autoria de enfermeiro. Teresina, PI, 2014.

Estudo	Delineamento do estudo	País	Idioma	Autor enfermeiro
Does delivery mode affect women's postpartum quality of life in rural China?	Estudo transversal	China	Inglês	Não
Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section	Estudo coorte Prospectivo	Iran	Inglês	Sim
Psychometric evaluation of health-related quality of life measures in women after different types of delivery	Estudo coorte Prospectivo	Holanda	Inglês	Não
Quality of life and related factors in women, aged 15–49 in the 12-month post-partum period in Turkey	Estudo transversal	Turquia	Inglês	Sim
New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery	Estudo coorte Prospectivo	Holanda	Inglês	Não
Comparing the Postpartum Quality of Life Between Six to Eight Weeks and Twelve to Fourteen Weeks After Delivery in Iran	Estudo coorte Prospectivo	Iran	Inglês	Sim
Quality of life in the mediate postpartum: a quantitative study	Estudo transversal	Brasil	Português	Sim

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Ao analisar a abordagem metodológica observou-se que os todos os estudos foram quantitativos sendo três transversais e quatro prospectivos longitudinais.

Segundo Duarte e Ciconelli (2006), a avaliação da mudança da QV ao longo do tempo permite a quantificação dos benefícios de um tratamento ou abordagem, sendo portanto uma metodologia bastante apropriada para estudos que objetivam avaliar a QV.

Um estudo foi desenvolvido no Brasil, três na Ásia (Iran e China); três na Europa (Holanda e Turquia). Nota-se que as pesquisas em torno dessa temática acontecem em diversos países, demonstrando que esse é assunto de interesse em nível mundial.

Acerca da autoria dos estudos, observou-se que quatro deles possuía autoria de enfermeiros. O enfermeiro é um dos profissionais da saúde que tem maior responsabilidade de assistir integralmente a mulher no puerpério, quer seja no alojamento conjunto ou em visitas domiciliares. Reforça-se que enfermeiros com habilidades, conhecimentos, atitudes e

capacidade de dar apoio físico, psicológico e educacional para as mulheres no pós-parto são capazes de melhorar a experiência do período puerperal, resultando em maior satisfação das mulheres (CY CHAN *et al.*, 2014).

O quadro 04 demonstra uma análise dos artigos, adaptado do estudo de Nicolussi (2008), quanto à definição de QV, os instrumentos de QV utilizados e a validade desses.

Quadro 4. Descrição dos artigos selecionados segundo utilização de definição de qualidade de vida, instrumentos utilizados e a validade do instrumento. Teresina, PI, 2014.

Estudo	Título	Definição de QV	Instrumentos	Validade do instrumento
1	Does delivery mode affect women's postpartum quality of life in rural China?	NÃO	Rural postpartum quality of life (RPQoL)	SIM
2	Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section	NÃO	Iranian version of Short Form Health Survey (SF-36).	SIM
3	Psychometric evaluation of health-related quality of life measures in women after different types of delivery	NÃO	SF12	SIM
4	Quality of life and related factors in women, aged 15–49 in the 12-month post-partum period in Turkey	NÃO	Quality of Life Scale (QoLS)	SIM
5	New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery	SIM	The Multidimensional Fatigue Inventory(MFI) EuroQoL 5D (EQ-5D) including the Visual Analogue Scale (VAS) for selfrelated health, Short-Form 36 (SF36)	SIM
6	Comparing the Postpartum Quality of Life Between Six to Eight Weeks and Twelve to Fourteen Weeks After Delivery in Iran	SIM	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), short form health survey questionnaire (SF-36), Specific Quality of Life after Delivery Questionnaire (SQOLAD)	SIM
7	Quality of life in the mediate postpartum: a quantitative study	NÃO	Índice de QV desenvolvido por Ferrans & Powers	SIM

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

A partir da análise dos estudos incluídos nesta revisão observou-se que apenas em dois deles foi abordado o conceito de QV. Logo, percebe-se a necessidade de deixar claro qual o conceito de QV adotado, visto que a QV possui inúmeras definições e abordagens.

A análise dos instrumentos mostrou que a avaliação a partir de instrumentos genéricos foi utilizada em seis estudos (2, 3, 4, 5, 6 e 7) e em dois estudos (1 e 5) foram utilizados instrumentos específicos para avaliar a QV no puerpério.

De forma geral, nos dias atuais, existem duas formas de se avaliar a QV, por meio de instrumentos genéricos ou específicos. Os instrumentos genéricos procuram analisar todos os aspectos relevantes que afetam a saúde e refletem o impacto de um desfecho (doença) sobre a saúde. Em contrapartida, os instrumentos específicos avaliam de maneira individual e específica determinados aspectos da QV (FAYERS, 2000).

O quadro 6 aponta os objetivos, os resultados e as conclusões dos estudos inclusos na revisão.

Quadro 5. Descrição dos artigos selecionados segundo autoria, objetivos, resultados e conclusões. Teresina, PI, 2014.

AUTOR (ANO)	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSÃO
HUANG <i>et al.</i> (2012)	Explorar o impacto do parto na qualidade de vida pós-parto das mulheres e investigar os fatores que influenciam a qualidade de vida pós-natal	Nenhuma das seis dimensões e escore total da qualidade de vida apresentou diferença significativa entre mulheres de partos normais e cesárea. Verificou-se que visita domiciliar pós-natal é relacionada à boa qualidade de vida pós-natal e o menor nível de escolaridade marido, o sexo masculino do bebê foram associados com uma pior qualidade de vida	Os resultados nulos foram observados no pós-parto de qualidade de vida. Fatores socioculturais podem contribuir mais para influenciar a qualidade de vida pós-natal das mulheres rurais.
TORKAN <i>et al.</i> (2009)	Comparar a qualidade de vida em mulheres após o parto cesárea e o parto normal	Qualidade de vida pós-natal em ambos os grupos foi melhorada a entre a primeira e a segunda coleta de dados. No entanto, comparando os valores médios entre os grupos normal e cesárea, os resultados mostraram que, em geral, o grupo de parto normal teve uma melhor qualidade de vida para quase todas as sub-escalas em ambos os momentos de avaliação.	Embora o estudo não tenha mostrado um benefício claro em favor de qualquer um dos métodos de parto, os resultados sugerem que o normal parto vaginal pode levar a uma melhor qualidade de vida, especialmente, resultando em uma saúde física superior.

Quadro 5. Descrição dos artigos selecionados segundo autoria, objetivos, resultados e conclusões. Teresina, PI, 2014. “Continuação”

<p>JANSEN <i>et al.</i> (2007b)</p>	<p>Avaliar, em uma definição clínica obstétrica, o seguinte: 1. a viabilidade da IFM, SF-36, e EQ-5D 2. a distribuição da pontuação da IMF, SF-36, e EQ-5D 3. a confiabilidade das escalas do MFI e SF-36 (consistência interna); 4. a capacidade discriminativa do MFI, SF-36, e Classificação EQ-5D de própria saúde entre grupos de mulheres por tipo de parto uma semana após o parto; 5. a capacidade de resposta ao longo do tempo da IMF, SF-36, e Classificação EQ-5D 6. a relação entre a perda de sangue e MFI Escores de fadiga</p>	<p>As medidas foram capazes de discriminar entre grupos por tipo de parto e detectar a recuperação moderada em recuperação física e pequena no estado mental ao longo do tempo nas primeiras 6 semanas após o parto.</p>	<p>A combinação de MFI, SF-36, e EQ-5D mostrou bom desempenho psicométrico e é uma boa escolha para medir qualidade de vida após o parto.</p>
<p>AKYN <i>et al.</i> (2009)</p>	<p>Analisar a qualidade de vida (QV) e fatores associados em mulheres em 12 meses pós-parto.</p>	<p>Verificou-se que estar com idade superior a 35 anos, ter um cônjuge com um baixo nível de educação, baixa renda, um grande número de crianças, não ter apoio social do cônjuge ou outro familiar e não ter tempo para descansar ou dormir estavam relacionados com a qualidade de vida.</p>	<p>A qualidade de vida de mulheres pós-parto está relacionada não só às características sociodemográficas e de fertilidade, mas também ao apoio social concedido no período pós-parto.</p>
<p>JANSEN <i>et al.</i> (2007a)</p>	<p>Investigar a fadiga e QVRS em mulheres após o parto vaginal (VD), cesárea eletiva (CS) e cesárea de emergência, e sua relação com (Hb) no pós-parto de hemoglobina durante as primeiras seis semanas de puerpério.</p>	<p>Pacientes após VD tiveram maior média de pontuação QVRS física que após CS. O período médio para atingir a recuperação física total foi de 3 semanas após VD, 6 semanas após a cesárea. A média de pontuação QVRS mental dos grupos de estudo foram semelhantes ou até melhores em comparação com os valores de referência.</p>	<p>Foram observadas diferenças importantes na fadiga e QVRS pontuação entre os três modos de parto. Estas medidas de QVRS pode ser usado em futuros ensaios clínicos para avaliar os efeitos das intervenções pós-parto.</p>

Quadro 5. Descrição dos artigos selecionados segundo autoria, objetivos, resultados e conclusões. Teresina, PI, 2014. “Conclusão”

<p>BAHRAMI <i>et al.</i> (2014)</p>	<p>Comparar a qualidade de vida pós-parto entre seis a oito e 12 a 14 semanas após o parto em mulheres encaminhados para centros de saúde pública em Dezful City, o Irã</p>	<p>Os resultados mostraram que os escores médios de várias dimensões do SF-36 foram significativamente mais elevados em 12 a 14 semanas do que em seis a oito semanas ($p < 0,001$). O pós-parto, com escore médio de depressão foi significativamente maior em seis a oito semanas do que em 12 a 14 semanas ($P < 0,001$). A pontuação média dos questionários de qualidade de vida em 12 a 14 semanas foram aumentadas em todas as dimensões, em comparação com seis a oito semanas; no entanto, este aumento foi significativo apenas na dimensão dos sentimentos da mãe em relação a si mesma, seu marido, e os demais ($P < 0,001$).</p>	<p>Sugere-se que sejam fornecidas medidas de apoio às mães, por meio de familiares e cuidadores com intuito de melhorar a qualidade de vida, a saúde da mãe e do filho.</p>
<p>LIMA-LARA; FERNANDES. (2010)</p>	<p>Identificar o índice de Qualidade de Vida, (QV) de mulheres no puerpério mediato utilizando uma adaptação do instrumento de Ferrans & Powers e verificar a influência das variáveis: tipo de parto, amamentação, condições da mama e saúde do bebê na qualidade de vida destas mulheres.</p>	<p>A média de qualidade de vida encontrada foi relativamente alta (25,82) escore máximo= 30,0. Nesta pesquisa duas das variáveis estudadas demonstraram diferença estatisticamente significante e, portanto influenciaram negativamente na QV das mulheres no puerpério mediato: problemas com as mamas e problemas de saúde do bebê. Os resultados permitiram afirmar que não houve diferença estatisticamente significante (no geral ou por domínio) na qualidade de vida das mulheres, no que diz respeito aos diferentes tipos de parto.</p>	<p>O estudo demonstrou que problemas considerados simples como a fissura e o ingurgitamento mamário podem afetar significativamente a QV das puérperas.</p>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

A partir da análise dos artigos pode-se inferir que avaliar a QV no puerpério é algo bastante complexo e envolve vários domínios na vida da mulher. Entre os estudos, todos foram selecionados por avaliarem a QV de acordo com os diferentes tipos de parto. Assim, os dados analisados revelaram a produção de um conhecimento científico em um único eixo temático que, em seus resultados, apresenta aspectos positivos, negativos e gerais a respeito dos tipos de parto e sua influência na QV.

A QV é um importante indicador da qualidade dos cuidados de saúde e deve ser avaliada a partir de diferentes perspectivas, pois pode direcionar as intervenções em saúde a partir dos resultados apresentados (WONG *et al.*, 2005; KATZ, 1987).

Vários fatores afetam a QV, tais como fatores físicos, mentais, sociais e até mesmo o parto, conforme exposto nos estudos. Nos últimos anos, especialistas têm a consciência da importância dos cuidados de saúde no parto porque poucas mulheres apresentam-se saudáveis em estudos de pós-parto (ZHOU; WANG, X. L.; WANG, Y., 2009; GLAZENER *et al.*, 1995). Observa-se em estudos longitudinais, que avaliaram a QV da mulher no puerpério, que uma média de 50% das mulheres apresentou problemas físicos ou emocionais durante o período (MCGOVERN *et al.*, 2006).

Reforça-se que as mulheres durante a experiência pós-parto experimentam muitas mudanças fisiológicas, sociais e psicológicas; portanto, elas precisam de mais atenção durante este período.

Em três pesquisas realizadas verificou-se que a QV foi semelhante entre mulheres assistidas pelo parto normal e pelo parto cesárea. Dentre os estudos que apontaram QV semelhante, um foi desenvolvido entre mulheres brasileiras, país do mundo que possui uma das taxas mais elevadas de cesárea e o outro na China Rural (HUANG *et al.*, 2012; LIMA-LARA; FERNADES, 2010; NOSRAT *et al.*, 2014).

Segundo a avaliação da QV de chinesas que viviam no meio rural, os autores afirmaram que a maioria das cesarianas foram realizadas por solicitação materna, condição semelhante a realidade brasileira (LIMA-LARA; FERNADES, 2010). Somado a isso, o medo da dor e crenças de que a cesariana era mais segura tanto para a mãe e o bebê foram as primeiras causas para selecionar essa opção (HUANG *et al.*, 2012).

Outro fator determinante para escolha do parto cesárea foi a falta de conhecimento sobre o que constitui um serviço de qualidade para as mulheres. Muitas delas associaram a intervenção cirúrgica e o exame instrumental à prestação de serviço de saúde de qualidade (ENSOR; RONO, 2005). Subsequentemente, as mulheres por considerarem o parto cesárea

como experiência agradável e indolor, sentiram mais satisfação com o serviço e, portanto, estavam mais propensas a relatar uma melhor QV no puerpério (HUANG *et al.*, 2012).

Além disso, um estudo qualitativo realizado na mesma população de chinesas, verificou que o serviço médico oferecido a essa comunidade rural era de má qualidade, sendo relatadas complicações durante o parto, trabalho de parto prolongado, hemorragia pós-parto e mortalidade materna ainda mais prevalente entre os partos normais que entre os partos cesáreas (LIU; TAO; HUANG, 2010). Tais mulheres ficaram receosas pela opção do parto normal e qualquer intercorrência que possa acontecer pode ser associada a um serviço de má qualidade. É importante destacar que as escolhas estão mais baseadas em aspectos psicossociais do que nos conselhos clínicos ou nas informações sobre os riscos (MCGRATH; RAY-BARRUEL, 2009).

De maneira geral as pesquisas apontaram para uma melhor QV após o parto normal. Estudo realizado com mulheres no período de seis a oito semanas de pós parto verificou-se que na primeira avaliação (6-8 semanas pós-parto), mulheres após o parto normal possuíram melhor avaliação na saúde mental e nas outras subescalas em comparação com as novas mães após cesariana (JANSEN *et al.*, 2007). Embora essas diferenças tenham desaparecido na segunda avaliação (12-14 semanas pós-parto), os resultados indicaram que no curto prazo o parto normal pode ser preventivo de depressão pós-parto. A segunda avaliação (12-14 semanas pós-parto) em mulheres após o parto normal, o funcionamento físico também mostrou-se significativamente maior. Isto é consistente com resultados recentes de outros investigadores que, em um estudo de 141 novas mães demonstrou que o período médio para alcançar a recuperação física total foi de 3 semanas para o parto normal, 6 semanas de cesariana eletiva, e mais de 6 semanas para cesariana de emergência (JANSEN *et al.*, 2007; TORKAN *et al.*, 2009).

Reforça-se ainda que os escores de QV de mulheres que tiveram partos vaginais assistidos foram superiores aos das mulheres que tiveram parto cesárea ($P < 0,05$) (AKYN *et al.*, 2009).

Ademais, outro estudo que avaliou a fadiga entre as mulheres submetidas a diferentes tipos de parto, também evidenciou que as pacientes que se submeteram a uma cesárea eletiva tiveram escores de fadiga significativamente maiores do que média global pacientes após um normal para sub-escalas de fadiga: geral, e aspectos físicos (JANSEN *et al.*, 2007).

Em contrapartida, no estudo de Torkan *et al.* (2011), três áreas da QV de mulheres após a cesariana foram maiores (melhor) a partir da avaliação da SF -36. Na primeira

avaliação a saúde geral foi superior no parto cesárea, e, na segunda avaliação, a vitalidade e o funcionamento social foram superiores. A justificativa para tal evidência possivelmente, pode estar relacionada a mais atenção hospitalar e, portanto, a uma condição um pouco melhor nestas duas sub-escalas.

Dentre os demais fatores apontados nos estudos que influenciaram na QV no puerpério, foi verificado como positivo para a QV neste período a realização de exames no período pós- parto. Os testes *post-hoc* mostraram que as mulheres que receberam mais de três exames durante a gravidez e no período pós-parto tiveram escores mais elevados de QV quando comparados com os grupos que tiveram menor número de exames (AKYN *et al.*, 2009).

Tal apontamento pôde ser confirmado em estudo no qual verificou-se que visita domiciliar pós-natal foi significativamente relacionada com a boa QV. A visita domiciliar pós-natal realizada por profissionais de saúde poderia fornecer exames físicos às mulheres e às crianças, orientar quanto a problemas mamários, a involução do útero, a amamentação, a nutrição neonatal, o crescimento e o desenvolvimento, dar orientações sobre saúde física, dieta, recreação, exercício e atividades sexuais. Isso possibilita uma interação face a face mais compreensível e macroscópica sobre o papel de ser mãe (HUANG *et al.*, 2012)

Alguns fatores associaram-se negativamente com a QV como a idade superior a 35 anos, os cônjuges com nível de educação baixo, os baixos salários, os muitos filhos, os problemas decorrentes da amamentação e a baixa renda mensal. Esses resultados mostram que mulheres com pontuações baixas de QV devem ser cuidadosamente monitorizados (AKYN *et al.*, 2009).

A análise dos estudos mostrou que as características sociodemográficas dos sujeitos, idade, nível de escolaridade das mulheres e dos seus cônjuges, status econômico, acompanhamento de saúde pós-parto e tipo de parto foram elementos importantes em termos de QV no pós-parto. Fica evidente a necessidade dos profissionais de saúde criarem estratégias de promoção da saúde que trabalhem em cima dos fatores modificáveis, no intuito de favorecer a saúde materna e, por conseguinte, neonatal no período pós-parto, melhorando a QV dessas mulheres.

4. MÉTODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, correlacional em que as medições são realizadas em um único momento ou durante um curto período de tempo. O coeficiente de correlação resume o grau de perfeição da relação entre as variáveis (POLIT; BECK, 2011).

Estudos correlacionais abrangem a investigação sistemática da natureza das relações ou associações entre as variáveis, ao invés de relações diretas de causa e efeito. Os desenhos correlacionais são caracteristicamente transversais. Estes desenhos são empregados para analisar se modificações em uma ou mais variáveis estão relacionadas a alterações em outra(s) variável(eis) (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2002).

Nesse tipo de estudo uma amostra da população é recrutada e são examinadas as distribuições das variáveis, estabelecendo as variáveis preditoras e o desfecho a partir do que pode ser plausível e de outras fontes (HULLEY *et al*, 2008).

O estudo possui uma abordagem quantitativa, pois as informações serão coletadas por meio de instrumentos formais, reunidos e analisados de forma quantitativa (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local do estudo

A presente pesquisa foi realizada em uma maternidade de referência no município de Teresina, Piauí.

A seleção do local do estudo relaciona-se à análise dos indicadores de saúde da mulher no Piauí, que entre os anos de 2010 e 2013, apontaram para um número elevado de cesáreas. Enquanto, a meta é de 15%, as taxas de acordo com o DATASUS aumentaram neste período de 47% para 52% (BRASIL, 2015).

A maternidade vinculada a rede estadual é considerada referência para o município, o estado e também para os estados vizinhos. Inaugurada em 1976, tem ampla estrutura física destinada ao atendimento integral à mulher em todo ciclo evolutivo e a criança de 0 a 5 anos.

A maior maternidade do estado é responsável por 63% dos nascimentos ocorridos na cidade de Teresina-PI está traçando metas para se adequar à rede Cegonha.

A Secretaria de Saúde do Estado (SESAPI), representantes do Ministério da Saúde e os gestores discutiram as formas de adequação e investimentos para viabilizar a implantação do programa. Entre as metas estão a redução da mortalidade materna e neonatal e dos índices de cesáreas.

Sua capacidade de leitos quando foi inaugurada era de 240 leitos obstétricos e ao longo dos anos foram acrescidos oito leitos perfazendo um total de 248 leitos obstétricos. Além destes, ainda conta com 167 leitos neonatais.

A maternidade possui um Centro de Parto Normal (CPN) no qual as gestantes de risco habitual são assistidas de forma humanizada por enfermeiros obstetras que utilizam de rotina as boas práticas de atenção ao parto.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por mulheres no puerpério imediato internadas no alojamento conjunto da referida instituição.

O tamanho da amostra foi calculado utilizando o cálculo amostral para populações finitas a seguir (HULLEY, 2008):

$$n = \frac{\sigma^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + \sigma^2 \cdot p \cdot q}$$

onde,

n = Tamanho da Amostra

σ = Nível de confiança escolhido, expresso em números de desvio padrão

p = Percentagem com a qual o fenômeno se verifica

q = Percentagem complementar (100-p)

e = Erro máximo permitido

N = Tamanho da população

O nível de confiança escolhido para o estudo foi de 0,5 que expresso em números de desvio padrão possui o valor de 1,96. Foi utilizado como base para a porcentagem a qual o fenômeno se verifica 50% e o tamanho da população de 900 partos mensais. O erro máximo permitido foi de 5%. Assim, pelo cálculo amostral deveriam compor a amostra 267 mulheres, porém a amostra foi composta por 272 entrevistadas, devido a possíveis perdas de dados.

A técnica de amostragem foi probabilística por conveniência, que consiste na captação de pessoas de mais fácil acesso para participar do estudo (POLIT; BECK, 2011).

Como critérios de inclusão foram definidos:

- Puérperas no puerpério imediato, internadas no alojamento conjunto da referida maternidade;
- Puérperas alfabetizadas;

Critérios de exclusão:

- Puérperas com complicações no parto e no pós-parto atual;
- Puérperas com recém nascidos natimortos;
- Puérperas com deficiência auditiva;

Critérios de descontinuidade:

- Falecimento das puérperas ou do recém-nascido;

4.4 Procedimento para a coleta de dados

Os dados foram coletados nos meses de fevereiro a junho de 2015 pela própria pesquisadora e por colaboradores voluntários que foram treinados e orientados para a aplicação dos instrumentos. As entrevistas foram realizadas no leito.

Alguns dados complementares foram coletados no prontuário e no cartão de gestante das entrevistadas.

Para a coleta de dados, todas as participantes foram abordadas no leito e receberam orientação sobre a pesquisa. Após aceitarem participar do estudo, foram orientadas quanto ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndices A e B), assim como o preenchimento dos instrumentos.

O tempo utilizado na aplicação dos instrumentos para cada participante foi em torno de quarenta minutos.

4.5 Instrumentos para a Coleta de Dados

A avaliação da QVRS pode ser obtida por meio de instrumentos genéricos ou específicos. Os genéricos são multidimensionais, permitindo a mensuração de diversos aspectos como capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental. Comumente são aplicados em vários tipos de doenças, intervenções médicas, tratamentos e em culturas e lugares diferentes (AGUIAR et

al., 2008). Enquanto, os instrumentos específicos avaliam de maneira individual e específica determinados aspectos da QV (FAYERS, 2000).

Ultimamente, os estudos têm uma maior tendência a utilizar instrumentos genéricos, em vez dos específicos, apesar dessa abordagem prejudicar aspectos essenciais que algumas vezes só são avaliados a partir dos específicos (GORDIA, 2008; GORDIA et al., 2009; GORDIA et al., 2010).

O ideal é que se utilize em uma mesma pesquisa os dois tipos de instrumentos, visto que um complementa os aspectos ausentes no outro (KERR et al. 2003). Por isso, no presente estudo utilizou-se um instrumento genérico (SF-36) associado a um específico (MGI) para avaliar a QVRS de puérperas.

Para avaliar a influência do tipo de parto na qualidade de vida de puérperas foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados: um questionário sociodemográficos, clínico e obstétrico adaptado de Vogt, Silva e Dias (2014) (Apêndice B); a escala para avaliar a QVRS SF-36 (Anexo A); e o índice *The Mother Generated Index (MGI)* - versão brasileira (Anexo B).

4.5.1 Formulário sociodemográfico, clínico e obstétrico

O formulário sociodemográfico, clínico e obstétrico (Apêndice C) tem o propósito de caracterizar a amostra de puérperas. Destaca-se que esse instrumento é adaptado segundo instrumento de Vogt, Silva e Dias (2014).

O mesmo é composto pelos seguintes dados: identificação e dados sociodemográficos: abrange dados referentes à idade, estado civil, escolaridade, raça, estado marital, ocupação, renda familiar, uso de cigarro e bebida alcoólica e drogas ilícitas; dados obstétricos: paridade, aborto, tipo de parto e profissional, intercorrência na gestação, número de consultas de pré-natais, início do acompanhamento pré-natal em semanas, planejamento da gravidez, IMC, fumo, ingestão de bebidas alcoólicas. Como boas práticas (OMS, 1996) foram consideradas: a abertura e a continuação do partograma; mobilidade durante o primeiro estágio do trabalho de parto; uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor; presença do acompanhante; ingestão de líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto.

4.5.2 Short Form Survey (SF-36)

O *Short Form Survey* (SF-36) foi criado a partir da necessidade de ter-se um instrumento padronizado que abordasse conceitos de saúde geral, não específico para qualquer condição clínica e que fosse compreensível, de fácil aplicação e com boas propriedades psicométricas (WARE JUNIOR, 2000).

O SF-36 possibilita uma análise multidimensional da QVRS, pois engloba oito domínios (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental). Apesar da escala SF-36 não apresentar ponto de corte, valores variam de 0 a 100, no qual os mais próximos de 100 referem uma boa QVRS.

A base conceitual para o desenvolvimento do SF-36 foram os conceitos de “status funcional” e “bem-estar” descritos em definições aceitas de “estado de saúde” (WARE JUNIOR; SHERBOURNE, 1992). Desta forma, o conceito de QV considerado na construção deste instrumento foi o de QVRS, enfatizando o impacto específico que a prevenção e o tratamento de uma doença têm no “valor de estar vivo” (CRUZ, 2010).

O SF-36 é uma medida multidimensional, com 36 questões. É dividida em oito domínios. É um instrumento genérico, sendo útil para comparar grupos tanto na população geral quanto em populações com doenças específicas, comparar o impacto relativo das doenças, avaliar os benefícios produzidos por diversos tratamentos e como rastreamento para pacientes individuais (WARE JUNIOR., 2000). A utilidade do SF-36 em estimar o impacto das doenças está representada em artigos descrevendo escores do instrumento em vários grupos de pacientes totalizando mais de 130 condições clínicas. Entre as situações mais frequentemente estudadas estão artrite, dor lombar, depressão, diabetes e hipertensão (WARE JUNIOR., 2000).

4.5.3 The Mother Generated Index (MGI)

O instrumento *The Mother Generated Index (MGI)* é um índice que mensura a QV de gestantes de forma subjetiva, subdividido em três passos. No primeiro, a mulher identifica quais as áreas de sua vida foram mais afetadas com a gestação, classificando-as como negativas, positivas, ou ambos/nenhum. No passo 2, a mulher pontua cada área citada na etapa anterior numa escala de 0-10, sendo 0 considerado como pior e 10 como a melhor nota. No passo 3, a mulher distribui 20 pontos entre as áreas descritas, conforme o grau de importância

que elas representam para a QV relacionada à saúde, ficando a critério da gestante a divisão dos pontos, podendo atribuir todos os pontos para somente uma área citada, ou distribuí-los de forma aleatória entre as áreas que julgue de maior importância.

A pontuação da MGI representa a média dos escores das áreas identificadas, refletindo como a mulher percebe a influência de cada área na sua vida que foi modificada a partir da gestação. As áreas com baixa pontuação, na etapa 2, da MGI significam áreas em que os profissionais devem direcionar estratégias de atuação, com vistas à promoção da QVRS da gestante (SYMON; MACKAY; RUTA, 2003).

Segundo Symon, Macdonald e Ruta (2002), este instrumento permite identificar com precisão as áreas da vida da gestante que estão mais afetadas, o que poderia passar despercebido pelos instrumentos de mensuração pré-formulados. Assim, esse instrumento foi adicionado na pesquisa com o propósito de analisar a QVRS de maneira complementar ao SF-36.

4.6 Organização e análise dos dados

Os dados sociodemográficos, obstétricos, fatores relacionados à QV foram compilados e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 licença nº 10101131007, organizados em tabelas e discutidos de acordo com a literatura pertinente. Calcularam-se médias e desvios padrão das variáveis quantitativas.

No presente estudo, avaliou-se a influência do modelo de assistência ao parto na QVRS de mulheres, sendo a QVRS a variável dependente, já as variáveis sociodemográficas, clínicas, obstétricas, tipo de parto foram as variáveis independentes.

Foram feitos, a priori, os testes de Levene para verificar a homogeneidade das variâncias e o teste de Kolmogorov-Smirnov para se testar a normalidade das variáveis. Após isso, as médias das escalas foram analisadas pelos testes t de *Student*, *Mann-Whitney*, *Wilcoxon*, se dois grupos; se três ou mais grupos, pelo teste F de *Snedecor* (comparações múltiplas pelo teste de Tukey), de *Friedman* ou de *Kruskal-Wallis* (comparações múltiplas pelo teste de Conover). As associações entre as variáveis QV e os tipos de parto com as variáveis sócio demográficas, obstétricas foram feitas pelo teste de χ^2 e. As análises inferenciais foram consideradas estatisticamente significantes se $p < 0,05$.

4.7 Procedimentos e aspectos éticos da pesquisa

Com o intuito de garantir os direitos das participantes, respeitando-as, a pesquisa foi norteada com base nas Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí e aprovado com o parecer número 912.174 (Anexo C).

Todas as participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e quando eram menores de idade, o termo era assinado por um responsável (Apêndice B) os quais realizaram a leitura, tendo a oportunidade de esclarecer as dúvidas e somente após leitura e o consentimento, assinaram o termo. Ressaltou-se que a mulher poderia não participar mais da pesquisa a qualquer momento em que a mesma referisse, sem prejuízo para o atendimento.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização sociodemográfica, obstétrica e hábitos de vida das mulheres

A Tabela 1 descreve as distribuições de frequência das características sociodemográficas da amostra de 272 puérperas investigadas.

Tabela 1 – Distribuição das mulheres segundo variáveis sociodemográficas. Teresina-PI, fev-jun, 2015.

Variáveis Sociodemográficas	n (%)	Média (\pm DP*)	Valor Min-Máx
Faixa Etária			
≤ 19 anos	61 (22,4)	25,11 (\pm 6,45)	14-44
20 - 29 anos	147 (54)		
≥ 30 anos	64 (23,5)		
Situação conjugal			
sem parceiro	63 (23,2)	-	-
com parceiro	209 (76,8)	-	-
Ocupação			
do lar	164 (60,3)	-	-
Estudante	29 (10,7)	-	-
Agricultora	11 (4,0)	-	-
Doméstica	9 (3,3)	-	-
Outros	59 (21,7)	-	-
Nível educacional			
8 anos de estudo ou menos	71 (26,1)	10 (\pm 3,1)	0-16
9 a 11 anos de estudo	74 (27,2)		
12 anos de estudo	109 (40,1)		
ensino superior incompleto	9 (3,3)		
ensino superior completo	9 (3,3)		
Nível educacional companheiro (n=220)			
8 anos de estudo ou menos	78 (35,5)	8,9 (\pm 3,81)	0-16
9 e 11 anos de estudo	57 (25,9)		
12 anos de estudo	74 (33,6)		
ensino superior incompleto	5 (2,3)		
ensino superior completo	6 (2,7)		
Ocupação remunerada			
Não	202 (74,3)	-	-
Sim	70 (25,7)	-	-
Renda Familiar (n=181)			
abaixo de 1 salário**	43 (23,8)	1207,66 (\pm 1211,9)	0-12000
entre 1 e 3 salários	125 (69,1)		
entre 3 salários e 4 salários	6 (3,3)		
acima de 4 salários	7 (3,9)		
Raça Auto referida			
Branca	23 (8,5)	-	-
Preta	32 (11,8)	-	-
Parda	201 (73,9)	-	-
Amarela	14 (5,1)	-	-
Indígena	2 (0,7)	-	-

*DP = Desvio padrão; **= Salário mínimo vigente no período R\$788,00.

Nota: a checagem da normalidade dos dados e subsequente utilização da média foram subsidiadas pelo Teste Kolmogorov-Smirnov.

Com relação aos dados sociodemográficos, identificou-se que 147 (54%) estavam na faixa etária entre 20 e 29 anos, com média de 25 anos e desvio padrão de 6,45, mínima de 14 e máxima de 44 anos; 209 (76,8 %) possuíam um companheiro estável; 164 (60,3%) eram do lar; 109 (40,1%) tinham 12 anos de estudo, enquanto 78 (35,5%) dos companheiros tinham concluído no máximo 8 anos de estudo; 202(74,3%) não possuíam ocupação remunerada e 125 (69,1%) renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos. Já em relação à raça, observou-se que 201 (73,9%) auto referiram ser pardas.

Tabela 2 – Distribuição das mulheres segundo variáveis obstétricas e hábitos maternos. Teresina-PI, fev-jun, 2015.

Variáveis Obstétricas	n (%)	Média (\pm DP*)	Valor Min-Máx
Paridade			
Primípara	110(40,4)	2 (\pm 1,41)	1-9
Secundípara e múltipara	162(59,6)		
História de Aborto			
Não	211 (77,6)	0 (\pm 0,652)	-
Sim	61 (22,4)		
Tipo de parto - profissional (último)			
Normal – médico	69 (25,4)	-	-
Normal - enfermeiro	58(21,3)	-	-
Cesárea	145(53,3)	-	-
Intercorrência na gestação			
Não	101 (37,1)	-	-
Sim	171 (62,8)	-	-
Número de consultas pré-natais			
\leq 5	85 (31,3)	7 (\pm 2,60)	1-14
\geq 6	187 (68,8)		
Quantas semanas iniciou o pré-natal			
\leq 11	140 (51,56)	11(\pm 60,35)	-
12 ou mais	131 (48,2)		
Gravidez planejada			
Não	177 (65,1)	-	-
Sim	95 (34,9)	-	-
IMC (n=238)			
Obesidade	67(28,2)	-	-
Sobrepeso	104 (43,7)	-	-
Peso adequado	67 (28,2)	-	-
Fuma			
Não	266(97,8)	-	-
Sim	6(2,2)	-	-
Ingestão de bebida alcoólica			
Nunca	244 (89,7)	-	-
Mensalmente	23 (8,5)	-	-
2 a 3 vezes por semana	4 (1,5)	-	-
4 ou mais vezes por semana	1 (0,4)	-	-

No tocante aos dados obstétricos, 162 (59,6%) eram secundíparas ou múltiparas; 211 (77,6%) não tiveram aborto. Para a variável tipo de parto foi considerado o último parto, na qual o parto cesáreo foi o mais prevalente 145 (53,3%). Enquanto 127 (46,7%) mulheres pariram normal, desses, em 58 (21,3%) mulheres o parto foi assistido por enfermeiro.

Quando questionadas sobre intercorrência durante a gestação, 171 (62,8%) apresentaram pelo menos uma intercorrência obstétrica. Acerca do número de consultas do pré-natal, 85 (31,3%) realizaram menos de 6 consultas e um total de 131 (48,2%) da amostra iniciou o pré-natal após a 12ª semana de gestação, 177 (65,1%) das mulheres não planejou a gravidez.

Ao analisar alguns hábitos maternos que podem interferir na QVRS, 171 (71,9%) apresentaram obesidade ou sobrepeso, quando classificadas segundo o IMC. No que concerne aos hábitos de vida saudáveis, 266 (97,8%) não faziam uso do cigarro, 244 (89,7%) não ingeriram bebida alcoólica e uma (0,4%) entrevistada referiu o uso de droga ilícita.

A seguir é apresentado um gráfico que aponta as principais intercorrências obstétricas. A intercorrência mais frequente na gestação, seguida pelas síndromes hipertensivas.

Gráfico 1 – Incidência das intercorrências obstétricas. Teresina-PI, abr/jul, 2015 (n = 272).



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

5.2 Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de puérperas

A tabela 3 mostra a análise da QVRS a partir do SF-36. Observa-se que o escore total da escala apresentou uma média de 69,94 com desvio padrão de $\pm 12,29$.

Tabela 3 – Distribuição das médias da escala que avalia QVRS a partir do SF-36. Teresina-PI, fev-jun, 2015.

Domínio	Média ± DP
Capacidade funcional	69,3 ±31,2
Limitação por aspectos físicos	36 ±38,9
Dor	59,2 ±26,2
Estado Geral	73 ±16,6
Vitalidade	55,9 ±23,7
Aspectos Sociais	70,7 ±27,7
Limitação por aspectos emocionais	58,6 ±43
Saúde Mental	69,5 ±21,3
TOTAL	69,94 ±12,29

*O valor de p de Friedman foi <0,0001.

Os domínios de QVRS mais baixos foram nas seguintes dimensões: limitação por aspectos físicos (36,0); vitalidade (55,9), limitação por aspectos emocionais (58,6) e dor (59,2). Pontuações mais altas foram obtidas nos seguintes domínios: capacidade funcional (69,3), saúde mental (69,5) e aspectos sociais (70,7). O domínio que obteve maior pontuação foi “estado geral de saúde” (73,0). Os resultados também apontaram que todas as médias diferem entre si ($p < 0,001$).

A tabela 4 aponta as 13 áreas afetadas na QV de puérperas brasileiras de acordo com a aplicação do MGI- versão brasileira. Estas áreas são categorizadas como positivas; negativas, ambos/nenhum. Em meio às áreas apontadas, 69,98% (774/1122) foram positivos; 21,74% (244/1122) foram negativas, e 9,26% (104/1122) foram ambos / nenhum.

Tabela 4 - Distribuição da pontuação dos passos 1, 2 e 3 do MGI, segundo as treze áreas da qualidade de vida apontadas pelas mulheres. Teresina-PI, fev-jun, 2015.

AREAS DA QUALIDADE DE VIDA	POSITIVO			NEGATIVO			AMBOS/NENHUM		
	Passo 1	Passo 2	Passo 3	Passo1	Passo 2	Passo 3	Passo 1	Passo 2	Passo 3
	(%)	Média (DP)	Média (DP)	(%)	Média (DP)	Média (DP)	(%)	Média (DP)	Média (DP)
Relacionamento Com a família	87,6	9,30 (1,30)	6,09 (4,17)	6,5	2,73 (1,84)	6,18 (5,61)	5,9	6,10 (1,85)	2,80 (1,98)
Relacionamento com o marido	82,7	9,36 (0,97)	4,96 (3,69)	11,5	1,78 (2,58)	2,17 (3,01)	5,8	5,56 (1,36)	4,78 (2,48)
Trabalho	32,5	8,36 (2,08)	3,36 (3,42)	50,6	2,18 (1,97)	3,08 (3,78)	16,9	5,69 (1,37)	3,69 (2,53)
Sentimentos com o filho	96,9	9,79 (0,68)	6,49 (4,65)	3,1	0,67 (0,58)	4,33 (5,13)	0	-	-
Mais responsabilidade	81,7	9,29 (1,02)	5,19 (4,20)	7,7	2,73 (1,35)	2,73 (3,17)	10,6	5,93 (1,83)	6,27 (6,51)
Trabalho doméstico	44,0	8,36 (2,50)	2,45 (2,16)	36,0	1,00 (1,32)	2,56 (3,20)	20,0	5,60 (0,89)	4,00 (3,67)
Vida Social	52,1	8,85 (1,45)	3,30 (3,31)	25,6	2,30 (1,49)	3,07 (2,74)	22,2	6,15 (1,64)	,00 (,000)
Sono	9,2	9,00 (1,67)	5,50 (7,26)	80	2,36 (1,96)	4,56 (4,02)	10,8	4,71 (0,49)	1,29 (1,70)
Saúde	52,6	9,40 (1,10)	5,07 (4,93)	43,9	2,44 (1,87)	3,96 (4,52)	3,5	5,00 (0,00)	4,0 (4,24)
Felicidade	98,8	9,61 (0,92)	6,58 (3,51)	0	-	-	1,3	6 (-)	3 (-)
Corpo	18,3	8,0 (2,32)	4,90 (5,46)	60	1,52 (1,61)	2,22 (2,45)	21,7	5,23 (1,87)	4,15 (2,47)
Amamentação	84,4	9,52 (0,50)	2,66 (1,41)	12,5	2,25 (1,70)	1,25 (1,89)	3,1	6 (-)	3 (-)
Alimentação	81,4	8,94 (0,73)	2,34 (1,32)	14	2,83 (1,83)	2,83 (1,94)	4,7	6,0 (0,0)	2 (1,41)

No passo 1 as puérperas identificaram os aspectos de sua vida que eram importantes indicando se esses aspectos foram positivos, negativos ou ambos / nenhum. Algumas áreas foram percentualmente mais identificadas como positivas enquanto outras foram associadas majoritariamente a aspectos negativos para a QV. No passo 2 são observadas as médias de notas que as mulheres atribuíram a cada área.

A média das pontuações primárias dos comentários positivos foi 9,06 (DP: 0,54); dos comentários negativos foi de 1,91 (DP:0,88), e daqueles que foram rotulados de "ambos / nenhum" foi 4,30 (DP:2,49).

Os comentários incluídos sobre "felicidade" foram os que receberam a média das pontuações mais altas no passo 2 ($9,56 \pm 1,0$), e no passo 3 obtiveram 6,54 dos 20 pontos atribuídos (SD: 4,2). "Sono", "Corpo" e "Trabalho" e receberam as pontuações mais baixas no passo 2, respectivamente, 3,23 (DP:3,7); 3,51 (DP: 3,16); e 4,78 (DP: 3,38).

No passo 3, a área "sono" recebeu em média 4,29 dos 20 pontos totais, indicando que, muitas mulheres consideram padrão de sono como aspecto ruim na sua QV pós-natal e, além disso, esse é considerado como um fator que afeta consideravelmente a vida das puérperas, em decorrência da pontuação atribuída nessa etapa, tendo em vista que a pontuação máxima atribuída no passo 3 foi 6,54 na área felicidade.

A área *relacionamento com a família* foi preponderantemente apontada como positiva (87,6%); assim como a área *relacionamento com o marido* (82,7%); *sentimentos com o filho* (96,9%); *mais responsabilidade* (81,7%); *felicidade* (98,8%), *amamentação* (84,4%) e *alimentação* (81,4%).

Dentre as áreas citadas, as que foram percentualmente consideradas mais negativas foram: *sono* (80,0%); *corpo* (60%); *trabalho* (50,6%) e *saúde* (43,5%).

A tabela 5, traz as pontuações dos escores primários e secundários, de acordo com as áreas do MGI, apontadas pelas mulheres. A partir das pontuações atribuídas às áreas citadas, foi calculada a média dos escores primários (média das pontuações de 0 a 10 atribuídas no passo 2) do MGI obtendo o valor de 6,95.

O escore primário reflete como a mulher percebe cada uma das áreas em sua vida. Conforme pode ser visto, felicidade (9,56) foi a área com maior pontuação no escore primário, seguido de sentimentos em relação ao filho (9,51); relacionamento com a família (8,69) e relacionamento com o marido (8,26).

O escore secundário da MGI é computado a partir da média do escore do passo 2, multiplicado pelos pontos de gastos alocados na etapa três e dividido por 20. Ambos os escores consistem valores entre zero e 10.

Tabela 5 – Cálculo do escore primário e secundário da MGI segundo as treze áreas da qualidade de vida apontadas pelas mulheres. Teresina-PI, fev-jun, 2015.

ÁREAS AFETADAS	Escore Primário do MGI	Escore Secundário do MGI
	Media (DP)	Media (DP)
Relacionamento Com a família	8,69 (±2,21)	2,6 (±2,0)
Relacionamento com o marido	8,26 (±2,81)	2,1 (±1,8)
Trabalho	4,78 (±3,38)	0,7 (±1,0)
Sentimentos com o filho	9,51 (±1,71)	3,1 (±2,3)
Mais responsabilidade	8,45(±2,26)	2,2 (±2,0)
Trabalho doméstico	5,16 (±3,81)	0,6 (±0,8)
Vida Social	6,57 (±3,11)	1,1 (±1,3)
Sono	3,23(±3,70)	0,8 (±1,5)
Saúde	6,26 (±3,74)	1,5 (±2,1)
Felicidade	9,56 (±1,00)	3,2 (±1,8)
Corpo	3,51 (±3,16)	2,6 (±2,0)
Amamentação	8,50 (±2,58)	2,1 (±1,8)
Alimentação	7,95 (±2,36)	0,7(±1,0)
TOTAL	6,95 (±2,19)	1,54 (0,91)

O escore secundário varia de 0-10, em que 0 reflete que a realidade fica aquém das esperanças e expectativas das pacientes e 10 é a maior medida em que a realidade corresponde às expectativas (KHABIRI et al., 2012).

A área *felicidade* foi a que obteve maior pontuação no escore secundário (3,2), seguida por *sentimentos com o filho* (3,1). Enquanto *trabalho doméstico* foi a área que obteve menor pontuação no escore secundário (0,6), enfatizando que as mulheres não deram tanto importância a essa área.

5.3 Fatores associados à QVRS de puérperas

A tabela 6 mostra a avaliação das médias dos domínios do SF-36, de acordo com o tipo de parto e o profissional que o realizou.

Tabela 6 - Associação do tipo de parto e profissional que o assistiu segundo as médias dos domínios do SF-36. Teresina-PI, fev-jun, 2015.

DOMINIOS SF-36	NORMAL MÉDICO		NORMAL ENFERMEIRO		CESARIANA		P
	N	MÉDIA± DP	N	MÉDIA± DP	N	MÉDIA± DP	
Capacidade funcional	69	76,01±35,63	58	71,72±27,79	145	68,31±39,46	0,340 [†]
Limitações por aspectos físicos	69	39,85±40,97	58	41,37±56,10	145	34,13±39,28	0,325 [†]
Dor	69	62,23±25,64	58	67,53±24,74	145	54,49±25,26	0,002 [†]
Estado geral de saúde	69	71,93±14,53	58	72,60±16,05	145	73,58±17,71	0,417 [†]

Tabela 6 - Associação do tipo de parto e profissional que o assistiu segundo as médias dos domínios do SF-36. Teresina-PI, fev-jun, 2015. . “Continuação”

Vitalidade	69	56,30±23,11	58	62,75±25,18	145	53,03±22,94	0,016 [†]
Aspectos Sociais	69	74,09±23,90	58	74,78±28,33	145	67,58±29,03	0,150 [†]
Limitações por aspectos emocionais	69	55,55±51,34	58	58,05±51,32	145	56,32±60,28	0,787 [†]
Saúde mental	69	71,53±18,90	58	75,86±20,64	145	65,96±21,92	0,005 [†]

[†] Kruskal-Wallis seguido de Teste de Conover-Inman.

Conforme pode ser observado, o domínio *capacidade funcional*, obteve maior média, no parto normal realizado por médico (76,01), evidenciando uma melhor QVRS comparado aos demais, mas sem significância estatística.

Os domínios *limitação por aspectos físicos* (41,37), *dor* (67,53), *vitalidade* (62,75), *aspectos sociais*(74,78), *limitações por aspectos emocionais* (58,05) e *saúde mental* (75,86) apresentaram médias maiores para o parto normal realizado por enfermeiro, dentro os quais apresentaram significância estatística os domínios: *dor* ($p < 0,05$); *vitalidade* ($p < 0,05$) e *saúde mental* ($p = 0,05$). Acerca do domínio *estado geral de saúde* (73,58), o parto cesáreo apresentou maior média que os demais, porém sem significância estatística ($p = 0,417$).

A tabela 7 versa sobre a associação das variáveis sociodemográficas com os domínios da SF-36.

Tabela 7- Associação das variáveis sociodemográficas segundo as médias dos domínios do SF-36. Teresina-PI, fev-jun, 2015.

Variáveis Sociodemográficas	DOMÍNIOS							
	D1- Capacidade funcional	D2- Limitação por aspectos físicos	D3- Dor	D4- Estado Geral	D5 - Vitalidade	D6- Aspectos Sociais	D7- Limitação por aspectos emocionais	D8- Saúde Mental
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP
Faixa Etária								
≤19 anos	74,8 ± 29,4	31,9 ± 37,6	56,5 ± 25,2	73,6 ± 17,1	58,5 ± 24,3	73,7 ± 27,0	58,4 ± 43,3	72,3 ± 21,5
20 a 29 anos	71,0 ± 30,4	38,9 ± 38,8	60,2 ± 26,7	74,5 ± 16,3	56,5 ± 23,8	72,3 ± 26,6	57,8 ± 42,4	70,4 ± 20,9
≥30 anos	60,1 ± 33,2	33,2 ± 40,1	59,6 ± 26,3	68,6 ± 15,9	52,0 ± 22,6	63,8 ± 29,8	60,4 ± 44,3	64,5 ± 21,2
Total	69,3 ± 31,2	36,0 ± 38,8	59,2 ± 26,2	72,9 ± 16,5	55,9 ± 23,7	70,6 ± 27,6	58,5 ± 42,9	69,4 ± 21,5
Valor de p	0,019	0,402	0,659	0,05	0,278	0,075	0,922	0,089
Situação conjugal								
Sem parceiro	68,6 ± 31,9	39,3 ± 41,8	58,6 ± 28	73,9 ± 16,7	59,9 ± 25,1	74,6 ± 28,6	55 ± 41,5	73,5 ± 19,7
Com parceiro	69,6 ± 31,1	35 ± 38	59,4 ± 25,8	72,7 ± 16,6	54,7 ± 23,2	69,5 ± 27,4	59,6 ± 43,4	68,3 ± 21,6
Total	69,3 ± 31,2	36 ± 38,9	59,2 ± 26,2	73 ± 16,6	55,9 ± 23,7	70,7 ± 27,7	58,6 ± 43	69,5 ± 21,3
Valor de p	0,825	0,449	0,831	0,593	0,128	0,2	0,455	0,09
Nível educacional								
≤ 8 anos	66,7 ± 32,1	38,0 ± 41,1	62,0 ± 25,9	71,8 ± 16,3	55,4 ± 22,0	70,2 ± 25,5	59,6 ± 43,9	70,4 ± 21,2
9 a 11 anos	78,7 ± 26,4	33,7 ± 37,5	56,6 ± 25,2	75,3 ± 15,8	55,2 ± 24,0	75,5 ± 26,2	63,9 ± 40,4	69,4 ± 22,5
12 anos completos	66,6 ± 32,2	36,2 ± 38,2	58,4 ± 27,0	71,8 ± 17,1	55,0 ± 24,7	66,8 ± 29,2	54,4 ± 43,8	68,5 ± 20,8
≥ 13 anos	57,2 ± 33,3	36,1 ± 41,3	63,9 ± 26,8	74,3 ± 17,0	65,8 ± 21,6	75,6 ± 30,4	57,4 ± 43,9	72,0 ± 19,3
Total	69,3 ± 31,2	36,0 ± 38,8	59,2 ± 26,2	72,9 ± 16,5	55,9 ± 23,7	70,6 ± 27,6	58,5 ± 42,9	69,4 ± 21,2
Valor de p	0,012	0,933	0,531	0,464	0,339	0,177	0,528	0,893
Nível educacional do parceiro								
≤ 8 anos	60,4 ± 31,4	33,0 ± 38,3	56,9 ± 27,8	71,5 ± 17,0	54,7 ± 21,8	67,4 ± 27,8	49,5 ± 44,8	67,3 ± 21,7
9 a 11 anos	72,1 ± 30,0	40,3 ± 37,7	61,7 ± 28,7	72,4 ± 18,1	57,4 ± 25,1	72,1 ± 28,6	68,4 ± 40,5	69,0 ± 22,3
12 anos completos	66,8 ± 31,87	34,1 ± 37,6	54,8 ± 21,4	75,5 ± 14,4	55,2 ± 24,8	72,1 ± 27,8	62,1 ± 41,0	71,7 ± 22,0
≥ 13 anos	65,9 ± 29,7	36,3 ± 37,6	53,8 ± 25,8	74,0 ± 14,1	55,4 ± 20,0	72,7 ± 23,5	63,6 ± 45,8	68,3 ± 19,8
Total	69,0 ± 31,0	35,4 ± 37,7	57,3 ± 25,9	73,2 ± 16,3	55,6 ± 23,5	70,5 ± 27,7	59,3 ± 42,9	69,3 ± 21,7
Valor de p	0,788	0,712	0,477	0,496	0,925	0,696	0,070	0,665

Tabela 7- Associação das variáveis sociodemográficas segundo as médias dos domínios do SF-36. Teresina-PI, fev-jun, 2015. “Continua”

Ocupação remunerada								
Não	62,9±33,7	33,5±37,8	55,8±23,8	71,4±16,8	57,2±25,5	70,57±28,5	50,9±43,4	66,8±20,9
Sim	71,5±30,1	36,8±39,2	60,4±26,9	73,4±16,4	55,4±23,0	70,7±27,4	61,2±42,5	70,4±21,3
Total	69,3±31,2	36,0±38,8	59,2±26,2	72,99±16,5	55,9±23,7	70,6±27,6	58,5±42,9	69,4±21,2
Valor de p	0,046	0,540	0,210	0,390	0,602	0,960	0,085	0,221
Renda Familiar								
Até 1,5	69,7 ±30,7	33,7 ±39,1	59,3 ±25,8	74,8 ±15,5	55 ±20,7	70,8 ±25,1	57,9 ±43	70,7 ±19,9
> 1,5	68,2 ±34,3	35 ±37,5	62,3 ±25,9	75,5 ±15,9	57,3 ±24,8	69,4 ±29,4	58,9 ±44,8	71 ±21,2
Total	69,2 ±31,9	34,1 ±38,5	60,3 ±25,8	75 ±15,6	55,8 ±22,1	70,3 ±26,6	58,2 ±43,5	70,8 ±20,3
Valor de p	0,76	0,828	0,462	0,787	0,506	0,741	0,88	0,928
Raça								
Não branca	69,5 ±31,4	34,5 ±38,3	59,1 ±26,4	73 ±16,5	55,5 ±23,6	70 ±28,1	58,4 ±42,7	69 ±21,6
Branca	67,2 ±30,4	52,2 ±42,6	61,1 ±24,6	72,3 ±17,7	60,7 ±24,8	78,3 ±21,7	60,9 ±46,8	74,3 ±17,3
Total	69,3 ±31,2	36 ±38,9	59,2 ±26,2	73 ±16,6	55,9 ±23,7	70,7 ±27,7	58,6 ±43	69,5 ±21,3
Valor de p	0,729	0,037	0,719	0,854	0,32	0,17	0,79	0,261

Quanto à faixa etária, houve associação significativa nos domínios *capacidade funcional* e *estado geral*. Quando se realizou o teste de Tukey nesse domínio, as médias diferiram da seguinte forma: no domínio *capacidade funcional* houve diferença das médias entre as faixas <19 e com 30 anos ou mais ($p=0,023$).

Com relação à situação conjugal, não foi encontrada significância estatística em nenhum dos domínios da SF-36. No que se refere ao nível educacional, a relação foi significativa no domínio “capacidade funcional”. Ao realizar a comparação multivariada no domínio “capacidade funcional”, o teste revelou diferença entre as categorias “9 a 11 anos de estudo” com “12 anos de estudo” ($p<0,045$) e “ensino superior” com ($p<0,041$), indicando que a menor e a maior escolaridade influenciam na QV das gestantes. No que se refere à escolaridade do parceiro não foi encontrada significância estatística em nenhum dos domínios da SF-36. Percebe-se que em todos os domínios quando comparados, as médias que apresentam menores pontuações são as que o parceiro têm 8 anos ou menos de estudo.

No que tange ao fato da gestante ter uma ocupação remunerada, houve significância no domínio “capacidade funcional” com melhores médias para quem possuía ocupação remunerada. Na análise da renda familiar não foi demonstrada significância estatística em nenhum dos domínios, porém em seis domínios a QVRS foi melhor avaliada entre aquelas que tiveram maior renda, evidenciando que os aspectos financeiros podem interferir na QVRS das puérperas. Na variável raça, evidenciou-se associação estatística com o domínio “limitação por aspectos físicos” da escala com melhores médias para raça branca.

A tabela 8 reporta sobre a associação dos antecedentes clínicos e obstétricos com os domínios da SF-36.

Tabela 8- Associação dos antecedentes clínicos e obstétricos segundo as médias dos domínios do SF-36. Teresina-PI, fev-jun, 2015.

Variáveis clínicas e obstétricas	DOMÍNIOS							
	D1- Capacidade funcional	D2- Limitação por aspectos físicos	D3- Dor	D4- Estado Geral	D5 - Vitalidade	D6- Aspectos Sociais	D7- Limitação por aspectos emocionais	D8- Saúde Mental
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP
Paridade								
Primípara	70,9 ±31,7	40,2 ±38,9	57 ±25,6	74,6 ±16,3	56 ±23,7	72,4 ±27,9	58,5 ±43,4	71,7 ±21,5
Múltipara	68,3 ±31	33,2 ±38,7	60,7 ±26,7	71,9 ±16,7	55,9 ±23,8	69,5 ±27,6	58,6 ±42,8	68 ±21
Total	69,3 ±31,2	36 ±38,9	59,2 ±26,2	73 ±16,6	55,9 ±23,7	70,7 ±27,7	58,6 ±43	69,5 ±21,3
Valor de p	0,508	0,142	0,253	0,19	0,971	0,403	0,976	0,162
Aborto anterior								
Não	69,8 ±31,2	37,4 ±39,1	58,4 ±25,8	72,9 ±16,3	57,3 ±23,7	72 ±27,9	58,3 ±42,8	70,7 ±20,8
Sim	67,8 ±31,7	31,1 ±37,8	62,1 ±27,8	73,1 ±17,5	51,2 ±23,4	66,2 ±26,6	59,6 ±43,9	65,1 ±22,5
Total	69,3 ±31,2	36 ±38,9	59,2 ±26,2	73 ±16,6	55,9 ±23,7	70,7 ±27,7	58,6 ±43	69,5 ±21,3
Valor de p	0,661	0,266	0,332	0,919	0,078	0,151	0,839	0,068
Quantidade de intercorrências na gestação								
0	68,3 ±32,4	39,8 ±39,3	60,4 ±27	77,2 ±14,9	58,8 ±23,3	71,8 ±26,1	64 ±42,8	68,8 ±20,8
1	68,2 ±31,4	36,3 ±38,7	58,1 ±27,1	71,5 ±17,8	54,5 ±24,1	70,8 ±27,8	56,9 ±42,4	70,2 ±20,2
2 a 4	74 ±28,6	28,4 ±38	59,7 ±23,1	68,2 ±15,1	53,8 ±23,4	68,3 ±30,6	51,9 ±44	69,1 ±24,7
Total	69,3 ±31,2	36 ±38,9	59,2 ±26,2	73 ±16,6	55,9 ±23,7	70,7 ±27,7	58,6 ±43	69,5 ±21,3
Valor de p	0,485	0,23	0,815	0,003	0,323	0,762	0,222	0,874
Nº de consultas								
< 6	67,3 ±29,9	37,6 ±40,6	61,5 ±27,8	73,5 ±16,6	56,8 ±23,8	72,5 ±28,3	56,5 ±43	69,9 ±22,3
6 ou mais	70,3 ±31,9	35,3 ±38,2	58,2 ±25,5	72,7 ±16,6	55,5 ±23,7	69,9 ±27,5	59,5 ±43	69,3 ±20,8
Total	69,3 ±31,2	36 ±38,9	59,2 ±26,2	73 ±16,6	55,9 ±23,7	70,7 ±27,7	58,6 ±43	69,5 ±21,3
Valor de p	0,468	0,644	0,338	0,713	0,678	0,466	0,586	0,836
Início do pré-natal								
até a 12º semana	70,2 ±32,1	36,8 ±37,5	61,5 ±26,8	73,4 ±16,5	55,4 ±23,9	69,9 ±29,5	60,7 ±42,7	69,1 ±21,3
a partir da 13º semana	68,6 ±30,5	34,9 ±40,4	57,2 ±25,2	72,4 ±16,7	56,8 ±23,5	71,7 ±25,7	56,2 ±43,4	70,1 ±21,2
Total	69,4 ±31,3	35,9 ±38,9	59,4 ±26,1	72,9 ±16,6	56,1 ±23,7	70,8 ±27,7	58,5 ±43	69,6 ±21,2
Valor de p	0,684	0,694	0,169	0,629	0,637	0,604	0,393	0,684

Tabela 8- Associação das variáveis obstétricas segundo as médias dos domínios do SF-36. Teresina-PI, fev-jun, 2015. “Continua”

Gravidez planejada								
Não	70,1 ±32,3	36,6 ±39,5	62,6 ±26,9	73,3 ±16,9	57,1 ±24,2	71,2 ±27,8	59,9 ±43,3	70,3 ±21,2
Sim	67,9 ±29,2	35 ±37,8	52,9 ±24	72,4 ±16	53,7 ±22,8	69,7 ±27,7	56,1 ±42,5	68 ±21,4
Total	69,3 ±31,2	36 ±38,9	59,2 ±26,2	73 ±16,6	55,9 ±23,7	70,7 ±27,7	58,6 ±43	69,5 ±21,3
Valor de p	0,578	0,75	0,004	0,686	0,263	0,681	0,494	0,386

Quanto a análise da paridade, apesar de não ter apresentado associação estatística, ser múltipla apresentou menores médias de QV em quase todos os domínios. Acerca da investigação do aborto não foi percebida associação estatística.

A análise das intercorrências obstétricas, mostrou significância estatística no domínio estado geral de saúde. Assim, quanto maior o número de intercorrências obstétricas, mais isso irá afetar na QVRS de puérperas. Quando se realizou o teste de Tukey nesse domínio, as médias diferiram da seguinte forma: no domínio estado geral de saúde houve diferença das médias com 01 intercorrência ($p < 0,027$) e a faixa de 02 a 04 intercorrências ($p < 0,004$).

Ao avaliar a influência do número de consultas do pré-natal com os domínios da SF-36 e o início das consultas antes da 12ª semana, percebeu-se que não foi demonstrada significância estatística em nenhum dos domínios. Porém, começar o pré natal até a 12ª semana, apresentou maiores médias de QV em quase todos os domínios, exceto em vitalidade e aspectos sociais e emocionais, apontando assim para importância de iniciar o pré-natal o mais precocemente.

O planejamento da gravidez demonstrou um resultado diferente do esperado, no qual o não planejamento evidenciou melhores escores na QVRS das puérperas, com significância estatística no domínio dor.

A tabela 9 versa sobre as boas práticas de atenção ao parto utilizadas entre as mulheres que realizaram parto normal.

Tabela 9- Associação das boas práticas de atenção ao parto segundo as médias dos domínios do SF-36. Teresina-PI, fev-jun, 2015.

Boas práticas de atenção ao parto	DOMÍNIOS							
	D1- Capacidade funcional	D2- Limitação por aspectos físicos	D3- Dor	D4- Estado Geral	D5 – Vitalidade	D6- Aspectos Sociais	D7- Limitação por aspectos emocionais	D8- Saúde Mental
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP
Abertura do partograma 4cm								
Não	67,7 ±32,1	34,68 ±38,54	58,84 ±26,11	72,01 ±16,22	55,64 ±24,77	68,63 ±28,47	57,68 ±42,64	68,22 ±20,81
Sim	74,26 ±28,21	40,07 ±39,86	60,43 ±26,83	75,79 ±17,39	56,84 ±20,29	76,84 ±24,36	61,27 ±44,09	73,29 ±22,29
Total	69,34 ±31,25	36,03 ±38,87	59,24 ±26,25	72,96 ±16,57	55,94 ±23,7	70,68 ±27,69	58,58 ±42,95	69,49 ±21,26
Valor de p	0,134	0,323	0,667	0,103	0,718	0,034	0,551	0,088
Continuação Partograma								
Não	62,39 ±33,52	35,64 ±40,08	60,14 ±27,8	73,54 ±18,75	57,07 ±25,91	68,88 ±30,16	58,87 ±44,65	70,51 ±21,83
Sim	75,1 ±26,82	45,19 ±41,14	61,31 ±27,51	74,9 ±17,12	54,71 ±21,77	75,48 ±24,75	62,82 ±43,61	70,46 ±22,01
Total	66,92 ±31,79	39,04 ±40,57	60,55 ±27,61	74,03 ±18,14	56,23 ±24,46	71,23 ±28,44	60,27 ±44,17	70,49 ±21,82
Valor de p	0,02	0,174	0,807	0,666	0,578	0,18	0,606	0,99
Mobilidade durante o primeiro estágio do trabalho de parto								
Não	69,02 ±31,25	34,21 ±38,86	57,96 ±25,71	71,83 ±15,06	55,9 ±23,76	69,36 ±29,25	56,14 ±42,32	67,97 ±21,6
Sim	69,64 ±31,36	37,77 ±38,94	60,46 ±26,79	74,04 ±17,88	55,97 ±23,74	71,94 ±26,14	60,91 ±43,58	70,94 ±20,9
Total	69,34 ±31,25	36,03 ±38,87	59,24 ±26,25	72,96 ±16,57	55,94 ±23,7	70,68 ±27,69	58,58 ±42,95	69,49 ±21,26
Valor de p	0,871	0,451	0,434	0,273	0,981	0,443	0,361	0,251
Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor								
Não	70,67 ±32,09	32,93 ±38,05	59,15 ±25,69	71,49 ±15,78	55,09 ±23,51	68,75 ±27,92	54,67 ±42,4	68,39 ±21,52
Sim	67,31 ±29,96	40,74 ±39,8	59,38 ±27,2	75,18 ±17,54	57,22 ±24,05	73,61 ±27,2	64,51 ±43,3	71,15 ±20,85
Total	69,34 ±31,25	36,03 ±38,87	59,24 ±26,25	72,96 ±16,57	55,94 ±23,7	70,68 ±27,69	58,58 ±42,95	69,49 ±21,26
Valor de p	0,387	0,105	0,943	0,073	0,469	0,157	0,065	0,296

Tabela 9- Associação das boas práticas de atenção ao parto segundo as médias dos domínios do SF-36. Teresina-PI, fev-jun, 2015.

“Continuação”

Quantitativo de métodos não farmacológicos para alívio da dor

0	70,67 ±32,09	32,93 ±38,05	59,15 ±25,69	71,49 ±15,78	55,09 ±23,51	68,75 ±27,92	54,67 ±42,4	68,39 ±21,52
1	61,2 ±30,56	42,13 ±40,29	57,93 ±27,82	74,89 ±17,17	60,28 ±23,14	74,31 ±25,28	69,14 ±42,39	71,7 ±20,53
2 a 4	73,43 ±28,33	39,35 ±39,63	60,83 ±26,74	75,46 ±18,07	54,17 ±24,76	72,92 ±29,21	59,88 ±44,1	70,59 ±21,35
Total	69,34 ±31,25	36,03 ±38,87	59,24 ±26,25	72,96 ±16,57	55,94 ±23,7	70,68 ±27,69	58,58 ±42,95	69,49 ±21,26
Valor de p	0,087	0,251	0,846	0,198	0,314	0,356	0,097	0,559

Presença do acompanhante

Não	73,61 ±30,57	35,42 ±36,76	60,35 ±27,06	71,57 ±13,27	60,07 ±24,77	74,83 ±30,15	56,94 ±40,51	72,11 ±17,93
Sim	67,91 ±31,46	35,93 ±39,53	58,81 ±26,07	73,36 ±17,6	54,32 ±23,17	69,03 ±26,64	58,96 ±43,9	68,52 ±22,36
Total	69,43 ±31,27	35,79 ±38,74	59,22 ±26,3	72,89 ±16,56	55,85 ±23,7	70,57 ±27,68	58,43 ±42,96	69,48 ±21,3
Valor de p	0,186	0,924	0,672	0,432	0,078	0,128	0,733	0,221

Ingestão de alimentos e líquidos

Não	60,49 ±33,85	38,11 ±41,48	59,57 ±27,89	75,85 ±19,98	55,74 ±25,59	67,62 ±29,79	56,28 ±45,35	70,62 ±21,97
Sim	67,5 ±28,78	53,13 ±43,17	84,75 ±16,63	80,13 ±10,67	59,38 ±23,52	82,81 ±25,82	79,17 ±39,59	77,5 ±13,68
Total	61,3 ±33,18	39,86 ±41,64	62,49 ±27,94	76,35 ±19,13	56,16 ±25,22	69,38 ±29,59	58,94 ±45,07	71,42 ±21,21
Valor de p	0,578	0,341	0,015	0,556	0,704	0,174	0,179	0,393

Ao avaliar a influência da abertura do partograma aos 4cm e sua continuidade com os domínios da SF-36, ambos apresentaram médias dos domínios maiores em quase todos os domínios, mostrando assim a sua relevância para a QVRS das puérperas. Houve significância estatística no cruzamento aspectos sociais com abertura do partograma aos 4cm e capacidade funcional com continuação do partograma com $p < 0,05$.

A mobilidade durante o primeiro estágio do trabalho de parto e a utilização de medidas para aliviar a dor também foram apontadas como fatores importantes para a melhoria da QVRS das puérperas, visto que as médias dos cruzamentos apontaram nesta direção quando comparadas a todos os domínios da SF-36. A grande maioria das boas práticas relacionou-se a maiores escores de satisfação, exceto a presença de acompanhante não foi apontada como fator preponderante para a QVRS. As puérperas que ingeriram algum líquido ou alimento durante o trabalho de parto apontaram maiores médias de QVRS e um p valor $p < 0,05$.

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização sociodemográfica e obstétrica das mulheres

O perfil da amostra foi traçado com intuito de compreender melhor algumas características importantes que podem influenciar na QVRS das puérperas. Observa-se que os dados analisados a partir do perfil são importantes indicadores de saúde materna refletindo condições diferenciadas de vida, de acesso a recursos sociais (saúde, educação, renda, trabalho, segurança, participação) e as formas como a classe social, o gênero e a raça/etnia se entrelaçam e operam como determinantes sociais da saúde dessas mulheres (MORSE *et al.*, 2011).

Conforme foi apresentado nos resultados, a amostra foi composta por uma população de jovens puérperas, com a média de idade de 25,11 anos. Todavia foi verificado que 64 (23,5%) tinham mais de 30 anos. No Brasil, observou-se que entre os anos de 2000 e 2010, obteve-se uma mudança na idade materna, na qual verificou-se um aumento na faixa etária em que as mulheres estão engravidando, acompanhado pela redução do número de mulheres que tem partos com menos de 20 anos (BRASIL, 2012).

Essa modificação no perfil de idade que mulheres engravidaram pode ser explicada por diversos motivos, dentre eles a mudança de papel de provedora do lar que a mulher vem assumindo nas últimas décadas, o que implica em maior dedicação aos estudos e ao trabalho, adiando o planejamento de ser mãe, assim como acesso mais fácil aos anticoncepcionais disponibilizados no mercado (SOARES, 2015).

Quando indagadas acerca da situação conjugal, 209 (76,8%) mulheres afirmaram ter parceiro. Informação favorável ao exercício da maternidade segura pois são mulheres que dividem a residência com o parceiro e repartem o mesmo sentimento de cumplicidade e companheirismo (MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2008). Além disso, a participação do pai durante o período gestacional é importante para a mulher, porque ajuda a aumentar o vínculo familiar e favorece também a auto-estima paterna (FERREIRA *et al.*, 2014).

Os dados evidenciaram que 127 (46,7%) entrevistadas concluíram pelo menos 12 anos de estudo. O nível educacional do parceiro foi semelhante, prevalecendo um total de 61,4% que tinha menos de 11 anos de estudo.

Percebeu-se que 202 (74,3 %) das entrevistadas não possuíam ocupação remunerada. Enquanto em pesquisa realizada no Ceará evidenciou-se que 152(54,7%)

puérperas apresentou renda até um salário mínimo (BRASIL *et al.*, 2014). Esses dados reforçam a baixa inserção das mulheres no mercado de trabalho e que na maioria das vezes recebem remunerações muito baixas.

Além de problemas relacionados a remuneração, a pobreza na região Nordeste tem aspectos históricos, relacionados à ocupação do território e à formação econômica baseada na concentração de terras, no trabalho escravo e exploratório, que, junto a fatores climáticos, resultaram na desigualdade de renda que permanece até os dias atuais, demarcando uma população na qual homens e mulheres vivem em situações financeiras precárias (SILVA; OTTONELLI; MARIN, 2013).

Resultados recentes publicados pela pesquisa *Nascer no Brasil* mostraram dados semelhantes aos do presente estudo, no qual a maior parte das mães tinha entre 20 a 34 anos de idade (70,8%), vivia com o companheiro, era predominantemente pardas (54,6%) e da classe social C (49,1%), diferindo quanto a escolaridade, pois as mulheres investigadas no presente estudo apresentaram maior escolaridade que as da pesquisa supracitada, cuja a maioria tinha cursado apenas o ensino fundamental, o que equivale em média a 8 anos de estudo (LANSKY *et al.*, 2014).

No tocante aos dados obstétricos, quase metade da amostra era primípara 110 (40,4%) e 211 (77,6%) não haviam sofrido nenhum aborto. Pesquisa recente realizada no DATASUS sobre a magnitude dos abortos induzidos, entre os anos de 1995 e 2013, mostrou que ocorreu um decréscimo desses no período estudado. Embora as evidências encontradas neste estudo sejam favoráveis, principalmente ao considerar a frequente associação do aborto induzido com procedimentos clandestinos, a magnitude do aborto no país ainda aponta para um grave problema de saúde pública, com potencial de influenciar a razão da mortalidade materna (MONTEIRO; ADESSE; DREZETT, 2015).

A análise acerca do tipo de parto mostrou que 145 (53,3%) foram cesáreas, achado que ainda contrapõe ao que a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que as taxas de cesárea não devem exceder 15% (WHO, 1995).

Tornou-se um desafio para os profissionais de saúde e políticas públicas a busca por melhorias na assistência obstétrica, considerando-se que os índices atuais de mortalidade materna e infantil ainda encontram-se elevados. Assim, novas políticas públicas têm sido implantadas visando otimizar o suporte na área, exemplificadas pelo lançamento da Rede Cegonha, que surgiu como estratégia do Governo Federal para aumentar o acesso e qualificar a atenção à saúde dos envolvidos no processo gravídico-puerperal (FERREIRA JUNIOR; BARROS, 2012).

Ao serem indagadas sobre intercorrências na gestação, 171 (62,8%) mulheres apresentaram pelo menos uma durante a gravidez. Diante da elevada incidência cabe aos profissionais que realizam o pré-natal, orientarem quanto as principais intercorrências obstétricas, informando às mulheres sinais que possam configurar-se como de risco para mãe e para o bebê. Destarte, o enfermeiro como um dos profissionais que tem um maior contato com as gestantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF), deve estar atento durante as consultas de pré-natal, monitorando quaisquer alterações que possam levar a desfechos gestacionais ruins.

Um achado importante do estudo mostrou que 85 (31,1%) mulheres realizaram menos que 6 consultas de pré-natal e que 131 (48,2%) só começaram o pré-natal após a 12^o semana.

Conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde, entre os dez passos para se considerar um pré-natal de qualidade na atenção básica, está a captação precoce, ou seja, iniciar o pré-natal até 12 semanas de gestação e realizar no mínimo 6 consultas (BRASIL, 2012).

Desse modo, pode-se inferir que por mais que o governo incentive por meio das políticas públicas, ainda há muitas consultas de pré-natal que permanecem com o início tardio, dado que pode estar relacionado com a falta de planejamento da gravidez.

Em pesquisa realizada no Rio de Janeiro com 2.353 gestantes em atendimento em serviços de pré-natal de baixo risco do SUS cujo objetivo foi avaliar o acesso e a utilização dos serviços de pré-natal na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) foi demonstrado como o principal fator associado ao número inadequado de consultas, o início tardio do pré-natal e entre as gestantes com início tardio, aproximadamente 30% relataram problemas no acesso ao serviço como razão para não ter iniciado o pré-natal mais precocemente. Além disso, problemas no atendimento levaram as gestantes a mudarem de unidade, o que também atrapalhou o acompanhamento adequado do pré-natal (DOMINGUES, dez. 2013).

A ausência de companheiro, que pode traduzir falta de apoio social e estresse emocional durante a gravidez, foi também assinalada como fator para pré-natal inadequado (FONSECA; KALE; SILVA, 2015).

As gestantes devem ser alertadas quanto a importância de realizar o número de consultas conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde e iniciar o pré-natal o mais precocemente, de preferência antes da 12^a semana gestacional.

A qualidade do pré-natal será garantida na medida em que os profissionais realizarem as atividades assistenciais concomitantemente com ações educativas, sejam elas

individuais ou grupais, capazes de fazer com que as gestantes conheçam seu corpo e compreendam as alterações que ocorrem durante a gestação de forma mais consciente e positiva em todo o processo gestacional (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

A avaliação quanto ao planejamento da gravidez mostrou que 177 (65,1%) mulheres não planejaram engravidar. Achado semelhante ao apontado por pesquisa realizada no Rio Grande do Sul com 795 puérperas, na qual 58% (462) das puérperas não planejaram engravidar (ANVERSA *et al.*, 2012). A ausência de planejamento da gravidez pode interferir em outros aspectos da vida da mulher como dificuldades financeiras. Além disso, numa sociedade em que a mulher contribui de diversas maneiras para o orçamento familiar, o fato de ter um filho, sem planejamento, como mostra esta pesquisa, pode acarretar consequências significativas para a vida pessoal e profissional.

Referente ao IMC, foi observada uma grande proporção, 171 (71,9%) mulheres com sobrepeso ou obesidade, corroborando com as últimas pesquisas realizadas em nosso país que demonstram crescentes prevalências de excesso de peso no público feminino. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde indicou que o excesso de peso estimado para as mulheres brasileiras, entre 15 e 49 anos de idade, foi de 43% de excesso de peso e 16% de obesidade (BRASIL, 2009).

Entre algumas mulheres, a gravidez é um momento desencadeante para a ampliação do sobrepeso e obesidade, pois muitas colocam sua saúde e autocuidado em segundo plano. Logo, a gestação e o período pós-concepção representam momentos de vulnerabilidade para a mulher, especialmente em relação ao seu autocuidado. Dentro deste contexto insere-se a questão do ganho excessivo de peso, com conseqüente desenvolvimento de sobrepeso e obesidade futuras (NOGUEIRA; SAUNDERS; LEAL, 2015).

Sabe-se que o bom prognóstico da gestação é influenciado pelo estado nutricional materno antes e durante a gravidez. A inadequação nutricional materna tem grande impacto no crescimento e desenvolvimento do recém-nascido (BRASIL, 2012).

Assim, o enfermeiro tem o papel crucial tanto de orientar sobre hábitos alimentares saudáveis quanto de encaminhar a gestante para consultas com nutricionistas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) reforçando a importância da abordagem multidisciplinar para melhoria da assistência em saúde.

Deste modo, deve-se praticar mais a escuta, valorizar as expressões não verbais e respeitar a individualidade de cada um, considerando as múltiplas dimensões que circundam o viver em sociedade, proporcionando a criação de vínculos, o diálogo e a participação ativa das mulheres no momento do pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2012).

Ao abordar o consumo das drogas lícitas, fumo e álcool e ilícitas na gestação, as puérperas afirmaram não ter ingerido bebida alcoólica (89,7%), não fumavam (97,8%) e não usavam nenhuma droga ilícita (99,6%). Números semelhantes foram encontrados no Ceará com 178 puérperas, em que 88,8% não fumavam e 96,6% não ingeriam bebidas alcólicas (GONÇALVES *et al.*, 2012).

A abordagem acerca do consumo de drogas lícitas e ilícitas ainda é um assunto bastante complexo, pois é preciso uma conduta profissional acolhedora e uma escuta ativa, ausente de preconceitos, para que a gestante sinta-se confortável em falar abertamente sobre o consumo.

Ademais, a maioria das mulheres sabe dos malefícios que tais substâncias trazem para o organismo materno e para o bebê, logo revelar a adoção desses hábitos prejudiciais seria algo bastante complicado, principalmente pelo medo de ser repreendida. Assim o profissional de saúde deve estar atento durante as consultas de pré-natal, buscando identificar quaisquer sinais que estejam associados ao consumo abusivo de substâncias que prejudiquem a saúde do binômio mãe e filho.

6.2 Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de puérperas

Tendo em vista a complexidade de fatores que influenciam na QVRS de puérperas em decorrência das diversas modificações que acontecem no ciclo gravídico puerperal, observa-se a necessidade dos sistemas de saúde de adotarem intervenções eficazes que previnam e / ou tratem as comorbidades e complicações relacionadas com o pós-parto. A percepção subjetiva das mulheres sobre QVRS é uma medida essencial da qualidade e da eficácia das intervenções de saúde materna e infantil (MULUBRHAN *et al.*, 2012).

Estudo realizado com 119 puérperas do Iran, que objetivou avaliar a QVRS, apontou algumas divergências do presente estudo (KHABIRI *et al.*, 2013). Segundo a aplicação do SF-36 entre as iranianas, a pontuação média da capacidade funcional SF-36 foi 52,81 (DP: 29,54); a limitação por aspectos físicos, 44,53 (DP: 37,9); limitação por aspectos emocionais, 61,45 (DP: 37,56); vitalidade, 59,21 (DP: 24,11); saúde mental, 65,70; (DP: 21,18); dor, 53,85 (DP: 23,63) e estado geral 61,28 (DP: 24,59). Comparando com a amostra estudada, entre as puérperas brasileiras percebeu-se maiores pontuações nos domínios capacidade funcional (69,3); saúde mental (69,5); dor (59,2) e estado geral de saúde (73).

Na população estudada a média da escala total foi de 69,94, com desvio padrão de $\pm 12,29$, uma pontuação relativamente boa para avaliação da QVRS, porém deve-se evidenciar que apesar desse valor, existem ainda alguns aspectos que devem ser melhor trabalhados a partir dos domínios que apresentaram pontuações mais baixas.

O domínio “limitação por aspectos físicos” obteve menor pontuação (36,0), seguido do domínio “vitalidade” (55,9). Já o domínio estado geral da saúde, apresentou a maior pontuação (73), com conseqüente melhor avaliação da QVRS.

A limitação por aspectos físicos destina-se a medir o impacto na QVRS das limitações físicas, em situações do dia-a-dia e o domínio vitalidade compreende os níveis de energia e de fadiga (FERREIRA, P. L.; FERREIRA, L. N.; PEREIRA, 2012).

Conforme observado, percebe-se que no puerpério imediato as mulheres têm algumas limitações físicas, que as impede de realizar suas atividades diárias como normalmente o faziam, dado este comprovado com os domínios que apresentaram menores médias da SF-36.

Os achados desta pesquisa concordam com, estudo realizado com 344 puérperas que avaliou se a incontinência urinária no puerpério compromete a QVRS, revelou dados semelhantes no domínio vitalidade (59,6), denotando que o estado pós-parto e as novas atribuições decorrentes da chegada do bebê podem comprometer a vitalidade relacionando-se também com cansaço exacerbado (LEROY; LOPES, 2012).

O cansaço do período pós-natal é uma experiência muito comum para a maioria das mães, porém quando se torna extremo, afeta negativamente a saúde física, a saúde mental e o bem-estar social (LIVINGSTONE *et al.*, 2010).

De tal modo é importante que na fase puerperal as mulheres recebam o apoio de familiares para realizarem suas atividades de vida diárias visando manter a saúde e evitar complicações puerperais em decorrência do cansaço excessivo.

Estudo realizado 130 puérperas para identificar os efeitos da depressão pós-parto e fadiga na QV em mães pós-parto mostrou uma correlação negativa significativa entre fadiga e QV, assim, quanto maior a fadiga menor a QV (CHOI; GU; RYU, 2011).

O The Mother Generated Index (MGI) foi a primeira ferramenta projetada para avaliar a QV pós-natal. A ferramenta não fornece uma lista predefinida de itens, portanto, respeita a natureza subjetiva da QV e medidas de aspectos dela conforme o que é percebido pelas mães (SYMON, 2003). Esse índice foi aplicado no intuito de complementar a avaliação da QV das puérperas, buscando reconhecer as lacunas muitas vezes não preenchidas por escalas pré-formuladas.

As áreas mais afetadas na QV a partir do uso do instrumento específico MGI foram: *Relacionamento com a família; Relacionamento com o marido; Trabalho; Sentimentos com o filho; Mais responsabilidade; Trabalho doméstico; Vida Social; Sono; Saúde; Felicidade; Corpo; Amamentação; Alimentação.*

A média das pontuações primárias dos comentários positivos foi 9,06 (DP: 0,54); dos comentários negativos foi de 1,91 (DP:0,88), e daqueles que foram rotulados de "ambos / nenhum" foi 4,30 (DP 2,49).

Resultados semelhantes aos encontrados entre puérperas da Polônia, cuja média de valorização dos aspectos positivos na segunda parte foi 8,58 (DP: 1,13), dos aspectos negativos foi 2,63 (DP: 1,22) e de ambos/nenhum foi 5,02 (DP: 1,55).

Apesar da maioria das puérperas não ter planejado engravidar, as áreas sentimentos com o filho (96,9%) e felicidade (98,8%) foram preponderantemente citadas como positivas, com escores elevados no passo 2 do MGI, 9,79 e 9,61, respectivamente. Prevaleram áreas apontadas como positivas e que merecem destaque pois favorecem a QVRS das puérperas. De acordo com pesquisa realizada na Escócia, que relata a viabilidade e aceitabilidade do MGI, a felicidade também foi uma das áreas apontadas como positivas (SYMON *et al.*, 2015).

Conforme dados apontados na tabela 5, a pontuação primária total da MGI, foi 6,95 relacionado a uma maior atribuição de notas positivas; achado bem próximo ao encontrado na aplicação da MGI entre puérperas na Alemanha, cujo valor foi de 7,20 (GRYLKA-BAESCHLI *et al.*, 2015). Observa-se que apesar do puerpério ser um momento de intensas modificações, prevaleceu uma análise positiva da QVRS.

Dentre as treze áreas citadas, três foram mais registradas como negativas: sono (80%); corpo (60%) e trabalho (50, 6%).

Pesquisa longitudinal realizada nos primeiros meses de pós-parto evidenciou que no puerpério, apesar do sono melhorar com o passar dos dias, ainda apresenta-se altamente fragmentado (semelhante ao de distúrbios do sono) e ineficiente durante toda fase puerperal (MONTGOMERY-DOWNS *et al.*, 2010).

A má qualidade do sono correlaciona-se com o cansaço que as puérperas frequentemente apresentam, assim os níveis mais altos de fadiga são associados com o sono mais perturbado.

Problemas relacionados ao sono e fadiga são situações bastante frequentes entre as puérperas e que merecem ser melhor abordadas, no intuito de preservar a QVRS das puérperas. Nessa conjuntura, algumas orientações podem ser feitas ainda durante o pré-natal

incentivando o parceiro a colaborar com as atividades domésticas, tendo em vista que esse é um período de intensa sobrecarga, pois a mulher precisa cuidar da casa, do filho e de si mesma. Além disso, algumas técnicas de relaxamento também podem ser estimuladas para que essas mulheres aproveitem o puerpério de forma prazerosa, sem acumular tensões, que podem afetar até mesmo o aleitamento materno.

Dessa forma, é imprescindível que o enfermeiro integre o companheiro como sujeito ativo no período de gestação, parto e puerpério, possibilitando que a paternidade seja construída de forma gradativa, agregando conhecimentos que auxiliem sua participação junto ao filho e família (RIBEIRO *et al.*, 2015).

O papel do pai contemporâneo é construído, sobretudo, levando-se em consideração a capacidade do homem de perceber e de reconhecer suas necessidades afetivas, estimulando o desabrochar do cuidado em família, ainda que encoberto por preconceitos machistas (OLIVEIRA; BRITO, 2009). Portanto, o companheiro deve ser incentivado a apoiar a mãe nessa fase mais delicada.

Acerca da área trabalho, alguns fatores foram associados negativamente como: desemprego; medo de demissão após licença maternidade; acúmulo de tarefas; e salários desiguais entre homens e mulheres.

Embora a implantação de alguns benefícios contribua para o bom andamento da relação trabalho-família, esta não garante o seu sucesso. São necessárias medidas que visem a uma mudança na cultura da organização, de forma a desmistificar a procura por tais vantagens. Em outras palavras, é importante que a profissional não tenha medo de utilizar a licença maternidade em virtude de eventuais consequências desagradáveis para sua carreira (GOULART JUNIOR *et al.*, 2013).

A área *corpo* foi apontada como algo que influenciou negativamente para QVRS no puerpério. Essa afirmação associou-se, na maioria das vezes, ao excesso de peso, às manchas na pele e às estrias decorrentes da gravidez.

O enfermeiro tem um papel importante nas orientações durante o pré-natal, devendo enfatizar a importância de hábitos alimentares saudáveis para o controle do peso, além da hidratação oral e da pele e da proteção contra à exposição solar. Ações que podem minimizar os riscos relacionados aos problemas supracitados.

Estudo de Salim, Araújo e Gualda (2010) foi discutido achado semelhante no qual algumas mulheres relataram sentimentos negativos após o parto relacionados à insatisfação com o corpo, que também influenciou negativamente na vida sexual.

Conforme observado, o uso da MGI permite reconhecer algumas características que normalmente não são apresentadas no contexto de avaliações pré-formuladas de QV, ou seja, os sentimentos positivos associados a felicidade, relacionamento com um parceiro, com outros membros da família; e os sentimentos negativos relacionados ao corpo, ao trabalho e a problemas de sono.

O conhecimento de áreas positivas e negativas favorece a criação de estratégias direcionadas que podem potencializar as ações voltadas para a promoção da saúde das puérperas e manutenção da QV. Pesquisas utilizando esse índice possibilitam expandir o conhecimento sobre a QV de mulheres no ciclo gravídico-puerperal (NOWAKOWSKA-GŁAB et al., 2010).

Em muitos países, os cuidados de obstetrícia no período pós-parto são fornecidos apenas durante os primeiros dias e semanas após o nascimento, por isso é essencial usar esse curto período eficazmente (GRYLKA-BAESCHLIN et al., 2015).

No caso do Brasil, o acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que a consulta de puerpério deverá ter sido realizada, logo esse é um momento oportuno para realizar atividades que beneficiem a QVRS (BRASIL, 2012).

6.3 Fatores associados à QVRS de puérperas

A QVRS após o parto está relacionada com as características maternas, sociais, demográficas, fatores de nascimento, tipo de parto e apoio social (SADAT *et al.*, 2013).

Conforme observado, a partir da análise da tabela 6, em quase todos os domínios, com exceção do estado geral de saúde e aspectos emocionais, o parto normal independente de ter sido realizado pelo profissional médico ou enfermeiro evidenciou melhores escores na QVRS.

Em um estudo prospectivo realizado com 300 puérperas, os resultados foram semelhantes ao do estudo vigente, no qual foi apontado que o parto normal, conduz a uma melhor saúde física após 2 meses e; 4 meses após o parto, acarreta uma melhor saúde física e mental quando comparados com o parto cesárea (SADAT *et al.*, 2013).

De acordo com uma revisão sistemática que avaliou 66 estudos com objetivo de fornecer uma visão geral dos estados de saúde físico, psicológico; social e QV em mulheres pós-parto, foi comprovado que a saúde física foi prejudicada em mulheres após o parto

cesárea, além deste estar associado a piores resultados quanto à dor e à mobilidade (KEALY; SMALL; LIAMPUTTONG, 2010).

Entre 55.814 mulheres avaliadas quanto a associação do tipo de parto e o sofrimento emocional no pós-parto, os resultados apontaram que cesáreas eletivas e de emergência foram relacionadas com a angústia emocional pós-parto (ADAMS *et al.*, 2012).

Estudo realizado com mulheres iranianas apontou pior QV pós-parto, no aspecto social, em mulheres após cesariana, em comparação com as mulheres pós parto normal mas outra pesquisa não encontrou nenhuma diferença entre os tipos de parto (HUANG *et al.*, 2012; MOUSAVI *et al.*, 2013).

Apesar de discussões acerca das melhores práticas (parto normal x parto cesárea) para minimizar a morbidade pós-natal ainda serem assuntos de controvérsia tanto a partir de perspectivas dos profissionais quanto das percepções das mulheres sobre a experiência de parto (LEES, 2004), no presente estudo, ficou clara uma melhor QVRS entre as mulheres que realizaram partos normais.

A respeito da análise do profissional que assistiu o parto evidenciou-se que, em sua maioria, o parto normal acompanhado por enfermeiro, obteve melhores médias que o realizado por médico, com significância estatística em três domínios (dor; vitalidade e saúde mental).

A análise comparativa do domínio dor mostrou que o parto normal apresentou melhor escores de QVRS, sendo superior quando realizado por enfermeiro ($p < 0,05$). Pesquisa realizada com mulheres iranianas, na qual a dor foi avaliada dois meses após o parto, mostrou escores semelhantes de QV entre mulheres pós-parto normal e pós-parto cesárea. Ainda na referida pesquisa, os autores destacaram que um dos motivos da semelhança foi a elevada frequência de episiotomia no grupo de parto normal, portanto, é importante ressaltar o uso dessa intervenção como um fator de risco para piora da dor no puerpério (SADAT *et al.*, 2013).

A baixa prevalência da episiotomia é observada em estudos que envolvem a assistência de profissional não médico (VOGT; SILVA; DIAS, 2014). Logo, o menor uso dessa intervenção entre enfermeiros pode justificar melhores escores da QVRS no domínio dor entre os partos normais realizados por esse profissional.

A investigação quanto a episiotomia foi um limitante do estudo, porque muitas vezes esse dado não é registrado pelos profissionais que trabalham na instituição onde o estudo foi desenvolvido, o que interferiu nas análises que necessitavam desse dado para fazer associações estatísticas.

Referente ao domínio vitalidade, no Iran, o grupo de puérperas pós parto normal apresentou significativamente melhores pontuações em dois meses após o parto comparadas ao grupo de cesáreas (TORKAN *et al.*, 2009). No presente estudo, pontuações maiores relacionadas ao parto normal já foram evidenciadas no pós-parto imediato. A avaliação deste domínio possibilitou reconhecer a disposição das pacientes para realizar as atividades diárias, portanto, as mulheres assistidas pelo enfermeiro obtiveram melhores médias, demonstrando mais vitalidade.

Em uma revisão sistemática que analisou 12 ensaios clínicos controlados randomizados, com um total de 3.547 mulheres, os autores afirmaram que a participação das *midwives* (enfermeiras obstétricas) foi expressiva na aplicação de métodos não farmacológicos de alívio da dor (MNFs). O uso desses métodos pelos enfermeiros pode estar relacionado às maiores médias apresentadas em seis domínios do SF-36 entre as puérperas investigadas. Além disso, a formação do enfermeiro está voltada para a prática do “cuidar”, respeitando os aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais que envolvem todo o ciclo gravídico puerperal (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Por fim, o domínio saúde mental também apresentou melhores médias para o parto normal realizado pelo enfermeiro, evidenciando significância estatística. De acordo com Huang *et al.* (2012), a avaliação da QVRS associada ao domínio mental não apontou diferenças entre mulheres pós parto normal e cesárea, divergindo dos achados encontrados nesta pesquisa.

Existem pouco estudos que enfoquem o comparativo entre o parto normal realizado pelo enfermeiro e pelo médico, porém, de acordo com pesquisa que buscou entender as justificativas dos trabalhadores de um Centro Obstétrico do Sul do Brasil para a utilização de práticas do parto normal consideradas prejudiciais, foi apontado que os médicos as utilizam com frequência. Além disso os médicos consideram ter plenos poderes nas decisões envolvendo o processo de nascimento, desconsiderando muitas vezes as opiniões das mulheres. Tais imposições associadas ao uso de práticas consideradas inadequadas pela OMS, podem influenciar negativamente a QVRS no pós-parto dessas mulheres, assistidas por esses profissionais (CARVALHO *et al.*, 2012).

Em um estudo de intervenção quase experimental, tipo antes e depois, que objetivou apresentar metodologia de transferência de conhecimentos para melhorar a saúde materna e os resultados do parto natural com base em evidências científicas, as enfermeiras mostraram maior interesse em implementar as práticas baseadas em evidências, além de

demonstrarem melhor conhecimento comparado ao dos médicos que participaram em menor número da oficina para capacitação (CÔRTEZ *et al.*, 2015).

Assim, por mais que existam evidências científicas suficientes para modificação no modelo médico tradicional de assistência ao parto, desmedicalizá-lo implica perda de poder. Somado a isso, abandonar rotinas que adequam o trabalho de parto ao modo de funcionamento do hospital e adotar outras que privilegiam o acompanhamento de sua fisiologia seria perder o controle do processo da parturição e modificar as referências do papel do médico neste contexto da assistência (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Reforça-se que a organização do trabalho das equipes de saúde pouco favorece o trabalho em equipe. A dependência da ação do profissional médico na atenção ao parto tem sido apontada como uma distorção importante no modelo de atenção à gestante no Brasil, cuja superação exige, entre outras ações, investimentos na formação de profissionais, em especial enfermeiros obstetras, e na experimentação e no monitoramento de outras modalidades de acompanhamento à gestante, assegurando os princípios da humanização, das boas práticas e da segurança no parto e nascimento (BRASIL, 2015).

O cuidado de enfermagem prestado à mulher no processo parturitivo configura-se na busca de um relacionamento mais humano e individualizado. Além de possibilitar que a mulher detenha o controle sobre seu corpo de modo a compreender o que acontece em cada fase do parto (SCARTON *et al.*, 2014).

Ressalta-se que a inserção do enfermeiro obstetra nesse cenário não implica necessariamente na humanização da assistência. Deste modo, é imprescindível enfatizar que, independente do profissional envolvido no trabalho de parto e parto, ele precisa empoderar-se das medidas de humanização e passar a utilizá-las rotineiramente.

Finalmente, quando a assistência ao parto e o trabalho em equipe estiverem voltados para o bem estar da mulher e do recém nascido, sem envolver conflitos profissionais ou pessoais, a assistência obstétrica será realmente qualificada e adequado ao modelo preconizado pela OMS e pelo MS.

A respeito dos dados sociodemográficos, no estudo foi exposto que mulheres com faixa etária até 29 anos estiveram relacionadas a melhores pontuações na avaliação da QVRS que mulheres mais velhas.

Ademais, de acordo com achados do estudo de base populacional desenvolvido com 19.291 na Noruega, mulheres de 32 anos ou mais tinham um maior risco desenvolver sofrimento psicológico durante a gravidez e nos primeiros 18 meses do pós-parto em

comparação com as mulheres com idade entre 25-31 anos. Tais resultados apontam semelhanças com o presente estudo (AASHEIM et al., 2012).

Neste estudo, a presença do companheiro não influenciou nos escores de QVRS, divergindo dos achados de Hill e Aldag que indicaram que as mães felizes relataram níveis mais elevados de satisfação no relacionamento com seus cônjuges, além de pontuarem melhores escores de QV devido o apoio do parceiro e da família (HILL; ALDAG, 2007; AKYN et al., 2009).

Pesquisa realizada com puérperas brasileiras também apontou que mulheres casadas ou vivendo com parceiro ficavam mais satisfeitas com suas vidas do que aquelas que eram solteiras. Deste modo, apesar do presente estudo não ter apontado para significância estatística entre o estado marital e a QVRS, fica claro que o apoio do cônjuge é de suma importância para a manutenção da QVRS das puérperas. Sugere-se que sejam realizados estudos posteriores para compreender porque na população estudada ter parceiro não influenciou na QVRS das puérperas, possivelmente o apoio familiar supriu as necessidades de apoio do cônjuge.

Outro fator determinante para a QVRS entre as puérperas refere-se à escolaridade. Observa-se que pesquisas envolvendo populações distintas como idosos (VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013), pessoas vivendo com HIV/aids (REIS *et al.*, 2011) e puérperas (WANG; LIOU; CHENG, 2013) apontam para uma forte relação entre escolaridade e QV, pois quanto maior a escolaridade, melhores os escores de QV são demonstrados. Concordando com estes achados, no presente estudo, ficou comprovada a relação significativa com da escolaridade com o domínio “capacidade funcional”.

Segundo Paula e Silva (2013), a escolaridade mais elevada e o trabalho remunerado associaram-se com melhor QV no domínio socioeconômico e essas diferenças foram significantes.

A associação entre o nível de educação e QV da mulher foi reforçada no estudo acerca da QV e fatores relacionados desenvolvido na Turquia, no qual foi encontrado que os escores de QV dos analfabetos foram menores quando comparados com os dos outros grupos (AKYN *et al.*, 2009).

Adicionalmente, a escolaridade do companheiro também pode influenciar na QVRS das puérperas estudadas. Conforme os resultados do estudo apontam, parceiros com 8 anos de estudo ou menos estiveram relacionados a escores mais baixos de QVRS em quase todos os domínios da SF-36.

Pesquisa que avaliou como o tipo de parto afeta a QVRS no pós-parto demonstrou que companheiros com menor nível de escolaridade apoiavam menos suas mulheres, por conseguinte, as esposas relataram escores de QVRS mais baixos. Além disso, foi demonstrado que utilização dos cuidados pós-natais foi de 43% entre as mulheres cujos maridos tinham ensino médio e superior, e de 28 % entre as puérperas cujos maridos eram analfabetos (SINGH *et al.*, 2012). Esse apontamento demonstra que a escolaridade do parceiro influencia não só na QVRS das puérperas, mas também na assistência em saúde durante o ciclo gravídico-puerperal.

Constata-se que o nível de instrução, o acesso ao serviço de saúde, a classe econômica, a vida conjugal, o meio em que está inserida, a carga cultural, a renda familiar, dentre outros, causam impactos de naturezas diversas na QVRS (LEITE *et al.*, 2013). Esses determinantes podem variar, dependendo da história de vida de cada mulher, influenciando diretamente no período puerperal, como por exemplo, a associação entre o baixo nível socioeconômico e a depressão pós-parto (MORAES *et al.*, 2006; PARSONS *et al.*, 2012).

Ao se avaliar a associação das variáveis sociodemográficas, socioeconômicas e ginecológicas das puérperas com a QV total, constatou-se maior satisfação e importância atribuída pelas puérperas com renda mensal de um salário mínimo ou maior (PAULA; SILVA, 2013).

Aspectos econômicos parecem preocupar as mulheres durante a gravidez e após o nascimento da criança, sem distinção de idade materna, e influenciam negativamente a sua QV (FERREIRA; HAAS; PEDROSA, 2013).

De acordo com Huang *et al.* (2012), os três mais importantes determinantes da QV em mulheres foram o apoio do cônjuge, o número de filhos e renda mensal.

Tem-se observado que as mulheres com rendas mais baixas estão em maior risco de desenvolver vários problemas de saúde após o parto e que os serviços de cuidados pós-parto são particularmente importantes e eficazes para esses grupos de mulheres (AKIN *et al.*, 2009). No presente estudo ficou claro que a maioria das investigadas possuía baixa renda, logo faz-se necessário enfatizar que as mulheres devem buscar fontes alternativas de renda, quer seja em serviços autônomos ou investindo em capacitações profissionais no intuito de buscar melhores salários e assim favorecer ao orçamento familiar e por conseguinte melhoria na QVRS.

A análise da raça apontou para melhores escores de QV nos domínios do SF-36, entre as pessoas de raça branca, sendo estatisticamente significativa no domínio limitação por

aspectos físicos. Corroborando com este achado, Oliveira et al. (2015), apontaram à raça, como um fator de risco associado a redução da QVRS no pós-parto.

Deste modo, a avaliação da cor/etnia, educação, nível socioeconômico, possuem uma interrelação e manifestam-se na vida dos grupos populacionais e de indivíduos em graus e modos diversos. Por conta disso, é de extrema relevância a incorporação destas categorias como dimensões de análise nos estudos dos processos de morbidade (SACRAMENTO; NASCIMENTO, 2011).

A identificação das pessoas segundo a raça/cor torna-se, um importante recurso para auxiliar políticas públicas equânimes, considerando principalmente as intersecções de gênero e raça/cor como um novo produto das relações de exclusão social (SACRAMENTO; NASCIMENTO, 2011).

No que se refere aos dados obstétricos a análise mostrou melhores escores de QVRS entre as primíparas, exceto no domínio dor no qual as múltíparas apresentaram melhor escore. Tal fato pode ser relacionado às mulheres já estarem mais habituadas com a dor relacionado ao parto e o puerpério, sendo na verdade a experiência um aspecto positivo para o enfrentamento da dor nessa fase. Quanto aos demais domínios as primíparas sempre obtiveram maiores pontuações, porém sem diferença estatística.

Estudo que avaliou os preditores da QV materna entre mães de prematuros mostrou que as variáveis maternas de paridade (primíparas eram geralmente mais saudáveis), emprego (mulheres ocupadas estavam mentalmente, socialmente, e geralmente mais saudáveis), nível educacional (mulheres com nível superior de escolaridade eram mentalmente saudável), foram relacionados com a QV pré-natal, enquanto o emprego (mulheres ocupadas estavam mentalmente, socialmente, e geralmente mais saudáveis) foi relacionada com a QV pós-parto (WANG; LIU; CHENG, 2013).

Em contrapartida, Gameiro *et al.* (2008), num estudo com avaliações realizadas nos primeiros dias pós-parto e após oito meses, verificaram que as mães primíparas denotam maiores dificuldades de adaptação, avaliada por meio de medidas como estresse, psicopatologia e reatividade emocional, imediatamente após o parto. Porém, as mães múltíparas apresentam uma evolução menos favorável que as primíparas nos meses subsequentes ao parto, refletida, essencialmente, em níveis aumentados de reatividade emocional negativa.

O nascimento de um filho, em particular o primeiro, está associado a uma adaptação complexa, implicando uma maior perturbação que o nascimento de um outro filho. Parte-se, neste sentido, do pressuposto de que a primiparidade pode constituir um importante

fator de vulnerabilidade na adaptação materna, sobretudo no pós-parto (PEREIRA; CANAVARRO, 2011).

Diante de tais apontamentos percebe-se que independente de ser primípara ou múltipara, as puérperas necessitam de uma atenção qualificada, pois para cada grupo de mulheres existem fragilidades específicas. Assim, o suporte oferecido pelo enfermeiro por meio da consulta puerperal realizada na estratégia de saúde da família pode ser algo fundamental para a manutenção da saúde das mulheres, evitando algumas das morbidades associadas a esse período como problemas de amamentação e depressão puerperal.

Entre mulheres com história de aborto, foi demonstrado piores escores de QVRS entre os domínios dor, estado geral de saúde e limitação por aspectos emocionais. Resultados similares foram encontrados em estudo realizado com 240 gestantes com objetivo de comparar a QVRS e a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em gestantes com e sem estes antecedentes, no qual mulheres com história de aborto apresentaram menores escores de QVRS para os domínios funcionamento físico e dor (COUTO *et al.*, 2009).

Diante de tais aspectos, a Atenção Humanizada ao Abortamento propõe estratégias de expansão do acesso e melhoria da qualidade da atenção ao pós-abortamento. O marco conceitual é composto por alguns elementos essenciais: atenção clínica adequada a padrões éticos e legais, visando promover maior conhecimento pelos profissionais de saúde das questões jurídicas relacionadas ao abortamento no Brasil, acolhimento e informação como elemento essencial para uma atenção humanizada ao pós-abortamento, por responder às necessidades da mulher, seja ela de caráter emocional, social ou física. Neste sentido, essas atitudes norteiam a humanização e a qualidade da atenção prestadas que podem servir de marco para sua avaliação (ROCHA; UCHOA, 2013).

A investigação sobre as intercorrências obstétricas demonstrou que mulheres sem intercorrências durante a gestação possuem melhores escores nos domínios: limitação por aspectos físicos; dor; estado geral; vitalidade; aspectos sociais; limitação por aspectos emocionais. No domínio estado geral de saúde foi observada associação com a ausência de intercorrência, denotando um aspecto extremamente relevante para a QVRS. Logo fica claro que a assistência em saúde prestada durante o pré-natal pode prevenir tais intercorrências e evitar complicações favorecendo alguns aspectos da QVRS das gestantes e das puérperas.

Um resultado diferente do esperado foi apontado na análise do planejamento da gravidez, no qual mulheres que não planejaram engravidar pontuaram melhores escores nos domínios do SF-36 do que as que planejaram. Em face de tais apontamentos, serão necessários estudos posteriores que investiguem os reais motivos destes resultados.

Segundo Lima (2011), em estudo realizado em São Paulo com 131 gestantes foi demonstrado que apesar de 77,9% (102) das entrevistadas não ter planejado a gravidez, quando foram questionadas sobre sua aceitação, quase a totalidade, 93,9% (124), aceitou a gravidez. Remetendo ao presente estudo, pode-se inferir que quando as mulheres foram entrevistadas, apesar de muitas não terem planejado engravidar, já existia um processo de aceitação, logo isso pode influenciar mais na QVRS do que o próprio planejamento da gravidez. Pesquisa realizada com 357 mulheres comprovou que a não aceitação da gravidez foi associada a menores escores da QVRS (MORTAZAVI *et al.*, 2014).

Com relação às intercorrências mais frequentes, a infecção do trato urinário (ITU) foi a mais prevalente, seguida por síndromes hipertensivas, semelhante aos achados de pesquisa que avaliou as principais causas maternas de internações hospitalares no Paraná e que assinalou as infecções urinárias entre (31,0%) das internações (VERAS; MATHIAS, 2014).

As alterações decorrentes da gestação podem favorecer a infecção do trato urinário (ITU) como: estase urinária pela redução do peristaltismo ureteral, aumento da produção de urina, glicosúria e aminoacidúria favorecendo o crescimento bacteriano e infecções (BRASIL, 2012).

Estudo que objetivou verificar a prevalência e os fatores associados à internação hospitalar de gestantes para tratamento da ITU, ainda evidenciou uma associação entre ITU e hipertensão na gestação (HACKENHAAR; ALBERNAZ, 2013). Assim, percebe-se que o controle de tais patologias deve ser rigoroso no intuito de reduzir os agravos.

De acordo com pesquisa que avaliou determinantes da QVRS relacionada a saúde entre 1391 puérperas indicou que as mulheres com distúrbios hipertensivos geral apresentaram menores escores de QVRS mental (PRICK *et al.*, 2014).

Durante a assistência pré-natal o enfermeiro deve investigar a história obstétrica, assim como os antecedentes pessoais, com o intuito de identificar os fatores de risco e preencher o Cartão da Gestante, uma vez que tal procedimento contribui para alertar os profissionais de saúde que realizam o acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2012).

Ademais, a atenção durante o pré-natal constitui-se como uma oportunidade de realizar procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de vigiar a evolução da gravidez, bem como, orientar e esclarecer a mulher e sua família sobre a gestação, o parto e os cuidados com o recém-nascido. Além de prevenir, detectar precocemente e tratar as intercorrências mais frequentes nesse período (GONÇALVES *et al.*, 2008).

O cuidado realizado às gestantes pela equipe multiprofissional no pré-natal mostra-se relevante, pois evita e previne agravos, proporcionando melhor QVRS à gestante e, conseqüentemente, diminuindo os riscos de morbimortalidade materna e fetal (VIEIRA *et al.*, 2011).

As Boas Práticas de Atenção ao Parto também foram investigadas quanto à associação com os escores de QVRS. Segundo a OMS, no documento "Assistência ao parto normal: um guia prático", são apresentados um conjunto de boas práticas que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal (OMS, 1996). As boas práticas de atenção ao parto destacam a importância de respeitar o processo fisiológico e a dinâmica do nascimento e além de apontar quais intervenções são indicadas e quais devem ser evitadas, garantindo a segurança do binômio mãe-filho, além de definir o papel do prestador de serviço como requisito necessário para a concretização deste objetivo (WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

Tais medidas devem ser incorporadas por todos os profissionais envolvidos na assistência ao trabalho de parto e parto, como forma de tornar rotineiras as boas práticas de atenção ao parto entre toda equipe que presta assistência.

Na categoria A do documento supracitado são demonstradas as práticas claramente úteis e que devem ser encorajadas. Estas implicam no reconhecimento da mulher e da família como protagonistas do processo de nascimento, portanto, com poder de decisão (OMS, 1996).

O partograma é uma valiosa ferramenta utilizada para melhorar o acompanhamento do trabalho de parto, parto e o bem-estar materno e fetal, pois permite que enfermeiros e médicos registrem os seus achados em um formulário padronizado, o que gera uma visão ampla do progresso do trabalho de parto permitindo a identificação e o diagnóstico precoce do trabalho de parto patológico (YISMA *et al.*, 2013).

Estudo sobre conhecimento e utilização do partograma realizado na Etiópia, afirma que sua utilização pode ser afetada por fatores como a falta de conhecimento, a falta de formação e de atitude dos prestadores de cuidados obstétricos sobre o seu uso (YISMA *et al.*, 2013). Deste modo, observa-se que é necessária uma capacitação para o uso correto do partograma, pois essa é uma valiosa ferramenta de acompanhamento do trabalho de parto e parto. Além disso, sugere-se mais pesquisas brasileiras que investiguem o uso do partograma, sua influência nos desfechos obstétricos e na QVRS de parturientes e puérperas.

A respeito da liberdade de movimento durante o trabalho de parto percebeu-se maiores médias nos domínios da QVRS do SF-36, entre aqueles as puérperas que adotaram tal

medida durante o primeiro estágio do trabalho de parto. De acordo com Silva *et al.* (2011), a imobilidade materna durante o trabalho de parto pode contribuir para o aumento do número de distócias e risco de partos operatórios, por prejudicar a progressão ou descida fetal.

Pesquisa descritiva que objetivou conhecer a experiência e a percepção de um grupo de mulheres em relação à deambulação durante o trabalho de parto afirmou que a liberdade para deambular foi referida pelas mulheres como importante para suportar e aliviar as dores do trabalho de parto, uma vez que modifica o foco de atenção da mulher na dor (WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

Reforça-se que a liberdade de movimento ou qualquer atividade que a parturiente realize proporciona o alívio da percepção dolorosa e acelera o trabalho de parto. Porém, ainda sobre o estudo supracitado, em algumas situações, as mulheres afirmaram não terem deambulado e/ou se movimentado durante o trabalho de parto, por falta de vontade, por terem uma percepção desfavorável quanto à postura ativa durante o trabalho de parto ou porque a dor às impediu. Assim, é importante que os profissionais de saúde reforcem as orientações sobre os benefícios da prática respeitando os limites de cada mulher (OREANO *et al.*, 2014).

A respeito dos MNFs para alívio da dor, conforme observado nos resultados, a utilização de uma ou mais medidas favorece melhores escores de QVRS nos domínios do SF-36. Os métodos mais utilizados no local do estudo foram massagem, bola suíça, cavalinho, banho por aspersão e agachamento.

Os MNFs utilizados durante o trabalho de parto são tecnologias de cuidado que envolvem conhecimentos estruturados quanto ao desenvolvimento da prática de enfermagem em centro obstétrico. A massagem foi um dos métodos bastante utilizado no estudo. Esta é eficaz no alívio da ansiedade, do estresse e da dor. No entanto, revisão sistemática que avaliou o uso dos MNFs afirmou que, em relação à dor, o uso da massagem é significativamente mais eficiente na fase latente, apesar de também reduzi-la na fase ativa (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2010).

Tendo em vista as características multidimensionais e individuais da dor, todas as variáveis envolvidas na experiência do nascimento devem ser consideradas na escolha do MNFs a ser utilizado durante o trabalho de parto, já que o uso de MNFs exige da mulher um maior senso de controle sobre seu corpo e suas emoções, fatores que nem sempre estão presentes. Analisando a individualidade de cada parturiente e que muitos sentimentos se exacerbam durante o trabalho de parto, além de conhecer os efeitos dos MNFs, é imperativo que pesquisas sejam realizadas com o objetivo de conhecer as preferências das parturientes em relação ao tipo de método a ser utilizado (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2010).

Outro MNF utilizado entre as investigadas foi o uso da bola suíça. Em estudo que avaliou o uso da bola suíça, afirmou que em 32,9% das entrevistadas obtiveram benefício na descida e no encaixe da apresentação fetal. Outras respostas contemplaram o auxílio no relaxamento muscular e na progressão do trabalho de parto, exercícios na região perineal, alívio da dor, benefícios psicológicos e estímulo para movimentação da parturiente (SILVA *et al.*, 2011). Esses resultados podem ser justificados em razão dos CPN disponibilizarem recursos à assistência com enfoque em um trabalho de parto mais ativo e participativo da mulher e pelo emprego de práticas ou condutas não medicamentosas que privilegiam a fisiologia do parto e nascimento (SILVA *et al.*, 2011).

Apesar de serem ressaltados os benefícios do uso da bola suíça é necessário reforçar que a estrutura física dos centros de parto deve estar adequada para seu uso, tendo em vista que é necessário um espaço maior que possibilite uma melhor utilização dessa intervenção.

Na maternidade onde foi realizado o estudo, o banho por aspersão também foi um dos MNFs utilizado pelas parturientes. Este, na maioria das vezes, acontecia com água morna, sendo esta prática a mais benéfica para o alívio das dores. Conforme verificado por Barbieri *et al.*, (2013), a utilização do banho quente de aspersão é mais efetivo para a redução da dor quando comparada ao uso da bola suíça de forma isolada. Assim, quando houve a associação dos métodos observou-se ser um modo mais eficiente e eficaz na redução da dor. Reforçando que o uso de MNFs de maneira associada podem promover melhores resultados no alívio das dores do parto.

Os resultados deste estudo mostram que, independente do método escolhido, eles favorecem uma melhor QVRS no puerpério, devendo portanto serem mais difundidos e utilizados como estratégias que favorecem não só a promoção da saúde das parturientes mas também das puérperas.

A análise da presença do acompanhante mostrou melhores escores de QVRS nos domínios limitação por aspectos físicos, estado geral de saúde e limitação por aspectos emocionais, porém não foi demonstrada significância estatística.

Alguns autores propõem que os acompanhantes devem ser inseridos no contexto da gestação desde o pré-natal para que possam apoderar-se do conhecimento necessário para o bom atendimento das necessidades da mulher durante o trabalho de parto e parto (FRUTUOSO; BRUGGEMANN, 2013). A presença do acompanhante contribui para redução dos partos cesáreos e aumento dos partos vaginais, além de diminuição de analgesia, da

duração do trabalho de parto, recém-nascidos com baixo apgar e da idealização negativa do nascimento (FRUTUOSO; BRUGGEMANN, 2013; HODNETT *et al.*, 2011).

Entretanto, estudo que analisou a percepção de profissionais de saúde sobre a presença do acompanhante durante o processo parturitivo, evidenciou na fala dos profissionais que o acompanhante algumas vezes não está preparado para enfrentar as demandas do trabalho de parto e do próprio parto, já que este não compreende os aspectos técnicos do processo de parto e/ou não está informado das condições clínicas apresentadas pela mulher em cada uma das fases do trabalho de parto e dos possíveis problemas que possam ocorrer durante o processo. Para os entrevistados, o despreparo poderia possibilitar ideias errôneas do próprio atendimento ou potencializar episódios de nervosismo e de ansiedade no acompanhante, que ao invés de auxiliar a parturiente poderia comprometer o trabalho de parto (SANTOS *et al.*, 2012).

Diante dos achados supracitados e da análise dos domínios avaliados do SF-36 na amostra estudada, podemos inferir que nem sempre a presença do acompanhante é positiva para a QVRS, pois foi observado que em cinco dos oito domínios, a presença do acompanhante influenciou em menores escores de QVRS, destarte, sugerimos que sejam realizados estudos posteriores que avaliem a análise do conhecimento dos acompanhantes sobre o processo parturitivo associando o quanto isso interfere na QVRS das mulheres, tendo em vista que esse foi um limitante do estudo vigente.

Com relação a ingestão de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto, as mulheres que o fizeram obtiveram melhores escores de QVRS em todos domínios avaliados. Logo essa é uma prática que deve ser incentivada.

Estudo realizado em São Paulo, com mulheres que tiveram parto normal, identificou que as mulheres se posicionaram com percepções positivas e negativas acerca da ingestão de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto. Àquelas entrevistadas, que aceitaram algum tipo de alimentação, afirmaram que tiveram mais força durante o trabalho de parto. Já as que não concordaram em se alimentar, justificaram-se pelo fato de temerem problemas durante o trabalho de parto. A aceitação de líquidos foi unânime. Não obstante, as mulheres se posicionarem a favor ou contra essa questão da alimentação, nas narrativas percebe-se a falta de entendimento sobre o assunto. Elas não entendem os motivos da necessidade ou não do jejum e os profissionais não se detêm a dar explicações (WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

O Ministério da Saúde recomenda que, deve ser ofertado dieta leve e líquidos às mulheres em trabalho de parto em condições de normalidade. Tais atitudes permitem que a

mulher se sinta normal e saudável. Atualmente, o jejum não é aconselhado comumente em parturientes baixo risco ou risco habitual pela raridade da necessidade de uso da anestesia geral nesse grupo. Destaca-se ainda que o jejum pode causar desidratação e acidose, que combinados com a fadiga da gestante em trabalho de parto podem aumentar a possibilidade de uma cesárea e maior perda de sangue após o parto (BRASIL, 2015).

Deste modo, a oferta de líquidos e alimentos leves por via oral à parturiente, acatando a sua vontade, além de não interferir no desenvolvimento do trabalho de parto e do parto, pode ser benéfica (TORCATA; GUALDA, 2010).

7 CONCLUSÕES

A análise da QVRS é um importante indicador para avaliar a assistência obstétrica sob a percepção das mulheres.

Conforme exposto, existem inúmeros fatores que podem influenciar a QVRS e reconhecê-los favorecerá o direcionamento de ações de promoção da saúde que visem conduzir os cuidados de acordo com as especificidades inerentes do puerpério.

A partir da caracterização sociodemográfica das entrevistadas percebe-se que a maioria era formada por jovens, entre 20 e 29 anos, com média de 25 anos; possuíam um companheiro estável; eram do lar; tinham cursado o equivalente ao ensino médio; o companheiro tinha concluído no máximo 8 anos de estudo; não possuíam ocupação remunerada e a renda familiar estava entre 1 e 3 salários mínimos, sendo na maioria mulheres pardas. Os dados acima concordaram com outras pesquisas realizadas com puérperas, no entanto, entre as mulheres investigadas percebeu-se uma maior escolaridade comparada aos demais estudos nacionais.

Apesar de tal apontamento, poucas tinham cursado o ensino superior completo e a maioria não possuía ocupação remunerada. Denotando, assim, necessidade de aprimoramento profissional com intuito de qualificar essas mulheres para garantir empregos formais com melhores remunerações, incrementando a renda familiar, tendo em vista, que a renda influencia diretamente na QVRS.

No tocante a história obstétrica, mais da metade das mulheres eram secundíparas ou múltíparas e tiveram último parto cesáreo, demonstrando que apesar dos incentivos criados pela Rede Cegonha, as taxas de cesarianas permanecem elevadas, sendo clara a necessidade de ações mais eficazes que busquem reduzir tais índices.

No estudo, apenas 21,3% do total de partos foram realizados por enfermeiros, percentual baixo, pois esses profissionais são apontados pelo Ministério da Saúde como agentes fundamentais para modificação da hegemonia do modelo biomédico na assistência obstétrica.

Quando questionadas sobre intercorrência durante a gestação, foi demonstrado que mulheres com mais de uma intercorrência apresentaram escores mais baixos de QVRS, no domínio estado geral de saúde, com significância estatística ($p < 0,003$).

Logo, o controle dessas intercorrências ainda durante o pré-natal é essencial para a manutenção da saúde e QVRS das mulheres. Ademais, o enfermeiro poderá utilizar

estratégias de educação em saúde sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, ingestão de líquidos e higiene pessoal com intuito de prevenir as intercorrências mais frequentes nesse período, como a infecção urinária e as síndromes hipertensivas. Deve-se ainda ressaltar quais os sinais e sintomas de risco associados a tais intercorrências para que as mulheres os reconheçam mais precocemente possível, buscando uma assistência especializada.

No estudo foi observado que o início precoce e o número de consultas de pré-natal não influenciaram na QVRS das puérperas, entretanto o acompanhamento pré-natal é essencial para garantir a saúde das gestantes. Assim sugere-se estudos posteriores que avaliem a QVRS ainda no período gestacional, relacionando com a assistência pré-natal.

De um modo geral, a QVRS foi relativamente boa entre as puérperas. Pontuações mais altas foram obtidas nos seguintes domínios do SF-36: capacidade funcional (69,3), saúde mental (69,5) e aspectos sociais (70,7). O domínio que obteve maior pontuação foi “estado geral de saúde” (73,0). Os resultados também apontaram que todas as médias diferem entre si ($p < 0,001$).

No tocante as áreas mais afetadas na QV, a partir do uso do instrumento específico MGI, foram observados como positivas: *Relacionamento com a família; Relacionamento com o marido; Sentimentos com o filho; Mais responsabilidade; Trabalho doméstico; Vida Social; Saúde; Felicidade; Amamentação; Alimentação*; e como negativas as áreas: *Trabalho; Sono e Corpo*

O reconhecimento dessas áreas fornece informações complementares ao uso do SF-36, apontando áreas que necessitam de uma maior atenção e que podem ser melhor trabalhadas ainda na assistência pré-natal, buscando favorecer aquelas que melhoram a QVRS das mulheres.

Neste estudo, a associação do SF-36 com o tipo de parto e profissional que assistiu o parto, mostrou que nos domínios *limitação por aspectos físicos (41,37), dor (67,53), vitalidade (62,75), aspectos sociais (74,78), limitações por aspectos emocionais (58,05) e saúde mental (75,86)* as médias foram maiores para o parto normal realizado por enfermeiro, dentre os quais apresentaram significância estatística os domínios: dor ($p < 0,05$); vitalidade ($p < 0,05$) e saúde mental ($p = 0,05$).

Dessa forma confirma-se a tese que as mulheres assistidas pelo enfermeiro no parto normal têm melhor QVRS no puerpério comparada aos demais tipos de parto e profissional que prestou a assistência.

Os enfermeiros, como profissionais que têm um maior contato com as mulheres durante o ciclo gravídico puerperal, devem estar cientes disso para prestar uma assistência que inclua a visão ampla da saúde, além de buscar avaliar o pós-parto mais rigorosamente, intervindo nas reais fragilidades das mulheres e identificando uma rede de apoio que ajude a enfrentar com mais tranquilidade as alterações decorrentes do período puerperal.

É importante ainda que as mulheres tenham informações que permitam escolher o melhor tipo de parto e que o enfermeiro preste uma assistência holística que inclua as boas práticas de atenção ao parto e atue de maneira individualizada.

Indubitavelmente o alcance de uma melhor QVRS é multifatorial, mas a soma de pequenas atitudes pode ser fundamental para a promoção da saúde das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal.

8 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Algumas limitações devem ser consideradas no estudo. Primeiramente, o fato de todas mulheres serem usuárias do Sistema Único de Saúde, fato que impossibilitou a avaliação de mulheres atendidas em um contexto privado, o que poderia apresentar resultados bem divergentes.

Por ser um estudo de corte transversal, nossos resultados não necessariamente mostram uma relação de causa efeito. Outro fato limitante foi a falta de padronização no preenchimento dos prontuários, partogramas e cartões de pré-natal. Fato que influenciou na ausência de alguns dados da pesquisa. A análise da aceitação da gravidez e sua influência na QVRS também é relevante para investigações futuras.

Torna-se relevante o desenvolvimento de futuros estudos longitudinais, com um número mais expressivo de participantes, que contemplem usuárias do sistema público e privado de saúde com intuito de fazer um comparativo entre os diferentes contextos.

Ainda sugere-se que sejam realizados estudos experimentais utilizando as boas práticas de atenção ao parto.

REFERÊNCIAS

- AASHEIM, V.; WALDENSTRÖ, U.; HJELMSTEDT, A.; RASMUSSEN, S.; PETTERSSON, H.; SCHYTT, E. Associations between advanced maternal age and psychological distress in primiparous women, from early pregnancy to 18 months postpartum. **BJOG**, v. 119, n. 9, p. 1108-1116, Aug. 2012.
- ADAMS, S.; EBERHARD-GRAN, M.; SANDVIK, Å. R.; ESKILD, A. Mode of delivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55 814 women. **BJOG**, v. 119, n. 3, p. 298–305, Feb. 2012.
- AKYN, B.; EGE, E.; KOCODLU, D.; DEMIROREN, N.; YYLMAZ, S. Quality of life and related factors in women, aged 15–49 in the 12-month post-partum period in Turkey. **J. Obstet. Gynaecol. Res.**, v.35, n.1, p. 86–93, Feb. 2009.
- ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo; 2012. p. 13-50.
- ANDERSON, G. M. Making sense of rising caesarean section rates [Editorial]. **BMJ**, v. 329, p. 696-697, Sept. 2004.
- ANDRADE, R. D.; SANTOS, J. S.; MAIA, M. A. C.; MELLO, D. F. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 181-186, mar. 2015. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150025>>. Acesso em: 13 abr. 2015.
- ANVERSA, E.T.R.; BASTOS, G. A. N; NUNES, L. N.; PIZZOL, T. S. D. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, abr. 2012.
- ARIKAN, D. C.; OZER, A.; ARIKAN, I.; COSKUN, A.; KIRAN, H. Turkish obstetricians' personal preference for mode of delivery and attitude toward cesarean delivery on maternal request. **Arch. Gynecol. Obstet.**, v. 284, n. 3, p 543-549, Sept. 2011.
- AUQUIER, P.; SIMEONI, M. C.; MENDIZABAL, H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. **Revue Prevenir**, v. 33, p. 77-86, 1997.
- BAHRAMI, N.; KARIMIAN, Z.; BAHRAMI, S.; BOLBOLHAGHIGHI, N. Comparing the postpartum quality of life between six to eight weeks and twelve to fourteen weeks after delivery in Iran. **Iran. Red. Crescent. Med. J.**, v. 16, n. 7, e16985, July 2014.

BARBIERI, M.; HENRIQUE, A. J.; CHORS, F. M.; MAIA, N. L.; GABRIELLONI, M. C. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 5, p. 478-484, 2013.

BRASIL, R. F. G.; MOREIRA, M. M. C.; TELES, L. M. R.; DAMASCENO, A. K. C.; MOURA, E. R. F. Grau de conhecimento, atitudes e práticas de puérperas sobre a infecção por HIV e sua prevenção. **Acta Paul. Enferm.**, v. 27, n. 2, p. 133-137, abr. 2014. Disponível em:< <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400024>>. Acesso em: 13 abr. 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil : cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008. 158 p.

_____. **Alguns documentos introdutórios sobre a rede cegonha**. Brasília, 2011.

Disponível em:

<http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA.pdf>. Acesso em 21 nov. 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**.

Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Brasília: MS, 2009.

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

BRYANTON, J.; GAGNON, A. J.; JOHNSTON, C.; HATEM, M. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, v. 37, n. 1, p. 24-34, Jan./Feb. 2008.

CARRARO, T. E., et al . O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 3, p. 502-509, Sept. 2008 .

CHENG, C.; LI, Q. Integrative review of research on general health status and prevalence of common physical health conditions of women after childbirth. **Women's Health Issues**, v. 18, n. 4, p. 267–280, July/Aug. 2008.

CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; MARINA, R.Q. Tradução para a Língua Portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 39, n. 3, p. 143-150, maio/jun. 1999.

CÔRTEZ, C.; SANTOS, R.; CAROCI, A.; OLIVEIRA, S.; OLIVEIRA, S.; RIESCO, M. Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 49, n. 5, p. 716-725, 2015.

Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000500002>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

CORTÉS, M. J. G.; PERALES, M. C. S.; LIÉBANA, A.; PÉREZ-BAÑASCO, V.; BARRIO, P. P.; VIEDMA, G.; BORREGO, J.; CUNQUERO, J. M. G.; FORONDA, J. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. **Nefrologia**, v. 23, n. 6, p. 528-537, nov. 2003.

CRUZ, L. N. **Medidas de qualidade de vida e utilidade em uma amostra da população de Porto Alegre**. 2010. 270 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

CY, CHAN, Z.; WONG, K. S.; LAM, W. M.; WONG, K. Y.; KWOK, Y. C. An exploration of postpartum women's perspective on desired obstetric nursing qualities. **J. Clin. Nurs.**, v.23, p. 103–112, Jan. 2014.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 669-705, jul./set. 2005.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M.; PEREIRA, A. E.; FONSECA, S. C.; GAMA, S. G. N.; THEME FILHA, M. M.; BITTENCOURT, S. D. A.; ROCHA, P. M. M.; SCHILITZ, A. O. C.; LEA, M. C. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do Estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1521-1534, 2008.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.699-705, 2005.

DINIZ, C. S. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 10, n.3, p.627-37, 2005.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C.; HARTZ, Z. M. A.; DIAS, M. A. B.; VETTORE, M. V. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 16, n. 4, p. 953-965, dez. 2013. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000400015>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

DUARTE, P. S.; CICONELLI, R. M. Instrumentos para a avaliação da qualidade de vida: genéricos e específicos. In: DINIZ, D. P.; SCHOR, N. **Qualidade de vida**. São Paulo: Manole, 2006. p. 11-18.

ENSOR, T.; RONO, J. Effective financing of maternal health services: a review of the literature. **Health Policy.**, v. 75, n. 1, p.49–58, Dec. 2005.

FAIRCLOUGH, D. L. **Design and Analysis of Quality of Life Studies in Clinical Trials**. USA: Chapman and Hall CRC, 2002.

FAYERS, P. M. D. **Quality of life. Assessment, analysis and interpretation**. Chichester: John Wiley, 2000.

FERREIRA, F. M.; HAAS, V. J.; PEDROSA, L. A. K. Qualidade de vida de adolescentes após a maternidade. **Acta Paul. Enferm.**, v. 26, n. 3, p. 245-249, 2013.

FERREIRA, P. L.; FERREIRA, L. N.; PEREIRA, L. P. Physical and mental summary measures of health state for the Portuguese population. **Rev. Port. Saúde Pública**, Lisboa, v. 30, n. 2, p. 163-171, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/>> . Acesso em: 23 nov. 2015.

FERREIRA, T. N.; ALMEIDA, D. R.; BRITO, H. M.; CABRAL, J. F.; MARIN, H. A.; CAMPOS, F. M. C.; MARIN, H. C. A importância da participação paterna durante o pré-natal: percepção da gestante e do pai no município de Cáceres – MT. **Gestão e Saúde**, v. 5, n. 12, p. 337-345, fev. 2014. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/622>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

FONSECA, S. C.; KALE, P. L.; SILVA, K. S. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a Dor importa? **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 15, n. 2, p. 209-217, jun. 2015.

FRANK-STROMBORG, M.; OLSEN, S. J. **Instruments for Clinical Health-care Research**. USA: Jones and Bartlett Publishers, 2004.

FRUTUOSO, L. D.; BRUGGEMANN, O. M. Parturient women's companions knowledge of Law 11.108/2005 and their experience with the woman in the obstetric center. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 909-917, out./dez. 2013.

GALVÃO, C. M. **A prática baseada em evidências: uma contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória**. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, 2002.

GAMEIRO, S.; RAMOS, M. M.; CANAVARRO, M. C. Maternal adjustment to the birth of a child: Primiparity versus multiparity. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 27, n. 3, p. 269-286, Agu. 2009.

GAYESKI, M. E.; BRÜGGEMANN, O. M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 774-782, dez. 2010 .

GHOTBI, F.; AKBARI, S. A.; AZARGASHB, E.; SHIVA, F.; MOHTADI, M.; ZADEHMODARES, S.; FARZANEH F.; YASAI, F.A. Women's knowledge and attitude towards mode of delivery and frequency of cesarean section on mother's request in six public and private hospitals in Tehran, Iran, 2012. **J. Obstet. Gynaecol. Res.**, v.40, n.5, p.1257-1266, May 2014.

GIANCHELLO, A. I. Health outcomes research in Hispanics/Latinos. **J. Med. Syst.**, v.21, n. 5, p. 235-254, Oct. 1996.

GLAZENER, C. M.; ABDALLA, M.; STROUD, P.; NAJI, S.; TEMPLETON, A.; RUSSELL, I. T. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v.102, n.4, p.282–287, 1995.

- GOLD, M. R. et al. **Identifying and valuing outcomes**. In: HADDIX, A.C.; TEUTSCH, S.M.; SHAFER, P.A.; DUNET, D.O. (orgs.). **Prevention Effectiveness: a Guide to Decision Analysis and Economic Evaluation**. Oxford: Oxford University Press, 2003.p. 82-123.
- GONÇALVES, R.; URASAKI, M. B. M.; MERIGHI, M. A. B.; D'AVILA, C. G. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 349-353, maio/jun. 2008.
- GONÇALVES, M. L. C.; SILVA, H. O.; OLIVEIRA, T. A.; RODRIGUES, L. V.; CAMPOS, A. L. A. Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas assistidas no município de Iguatu – CE. **Rev. Bras. Promoç. Saúde (Impr.)**, Fortaleza, v. 25, supl. 2, p. 33-39, abr./jun. 2012.
- GRYLKA-BAESCHLIN, S.; VAN TEIJLINGEN, E.; STOLL, K.; GROSS, M. M. Translation and validation of the German version of the Mother-Generated Index and its application during the postnatal period. **Midwifery**, v. 31, n. 1, p. 47-53, Jan. 2015.
- HACKENHAAR, A. A.; ALBERNAZ, E. P. Prevalência e fatores associados à internação hospitalar para tratamento da infecção do trato urinário durante a gestação. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 35, n. 5, p. 199-204, maio 2013.
- HILL, P. D.; ALDAG, J. C. Maternal perceived quality of life following childbirth. **JOGN Nurs.**, v. 36, n. 4, p. 328–334, July/Aug. 2007.
- HODNETT, E. D; GATES, S; HOFMEYR, GJ; SAKALA, C. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database Syst. Rev.**, v. 2, CD003766, Oct. 2012.
- ENCONTRADO
- HUANG, K.; TAO, F.; LIU, L.; WU, X. Does delivery mode affect women's postpartum quality of life in rural China? **J. Clin. Nurs.**, v. 21, n. 11–12, p. 1534–1543, June. 2012.
- HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a Pesquisa Clínica** – uma abordagem epidemiológica. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- JANSEN, A. J.; DUVEKOT, J. J.; HOP, W. C.; ESSINK-BOT, M. L.; BECKERS, E. A.; KARSDORP, V. H.; SCHERJON, S. A.; STEEGERS, E. A.; VAN RHENEN, D. J. New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, v.86, n. 5, p. 579–584, May 2007a.
- JANSEN, A.; ESSINK-BOT, M. L.; DUVEKOT, J. J.; VAN RHENEN, D. J. Psychometric evaluation of health-related quality of life measures in women after different types of delivery. **J. Psychosom. Res.**, v. 63, n. 3, p. 275–581, Sept. 2007b.
- KAMAL, S. M. Preference for Institutional Delivery and Caesarean Sections in Bangladesh. **J. Health Popul. Nutr.**, v. 31, n.1, p. 96–109, Mar. 2013.
- KATZ, S. The science of quality of life. **J. Chronic Dis.**, v. 40, n.6, p.459–63, 1987.

- KEALY, M. A.; SMALL, R. E.; LIAMPUTTONG, P. Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 10, n. 47, p. 1-11, Aug. 2010.
- KUTNER N.G.; JASSAL S.V. Quality of life and rehabilitation of elderly dialysis patients. **Semin Dial**, v. 15, n. 2, p. 107-112, Mar./Apr. 2002.
- LAMARCA, G.A.; LEAL, M. C.; LEAO, A.T.; SHEIHAM, A.; VETTORE, M.V. 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**, v. 10, n.5, p.1-11, 2012.
- LANSKY, S.; FRICHE, A. A. L.; SILVA, A. A. M.; CAMPOS, D.; BITTENCOURT, S. D. A.; CARVALHO, M. L.; FRIAS, P. G.; CAVALCANTE, R. S.; CUNHA, A. J. L. A. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, sup. 1, p. 192-207, 2014. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>>. Acesso em: 14 abr. 2015.
- LEAL, M. C. Estar grávida no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1420-1421, ago. 2012.
- LEES, C. C. Making sense of rising caesarean section rates: Editorial made no sense of rising rates. **Br. Med. J.**, v. 329, n. 7476, p. 1240, Nov. 2004.
- LEITE, F. M. C.; BARBOSA, T. K. O.; MOTA, J. S.; NASCIMENTO, L. C. N.; AMORIM, M. H. C.; PRIMO, C. C. Perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica. **Cogitare Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 344-350, abr./jun. 2013. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i2.32584>>. Acesso em: 21 abr. 2015.
- LEROY, L. S.; LOPES, M. H. B. M. A incontinência urinária no puerpério e o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 20, n. 2, p. 346-353, abr. 2012.
- LIMA-LARA, A.; FERNANDES, R. Quality of life in the mediate puerperium: a quantitative study. **Online Braz. J. Nurs. (Online)**, v. 9, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2815/643>>. Acesso em: 25 nov. 2015.
- LIU, L; TAO, F; HUANG, K. Qualitative study on affecting factors of continuing increasing in caesarean section rate in rural area. **Modern Preventive Medicine**. v. 37, n. 20, p.3865–3866, 2010.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Nursing research: Methods, critical appraisal, and utilization**. 5th ed. St Louis: Mosby, 2002.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerability to HIV/AIDS in married heterosexual people or people in a common-law marriage. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 242-248, Apr. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200008&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 25. Nov. 2015.

MAIMBURG, R. D; VAETH, M; DURR, J; HVIDMAN, L; OLSEN, J. Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. **BJOG.**, v.117, n. 8, p. 921–928, July 2010.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 14^a ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

MAZZONI, A.; ALTHABE, F.; LIU, NH.; BONOTTI, A. M.; GIBBONS, L.; SÁNCHEZ, A. J.; BELIZÁN, J. M. Women's preferences for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **BJOG.**, v. 118, n.4, p.391-399, Mar. 2011.

MCGOVERN, P.; DOWD, B.; GJERDINGEN, D.; GROSS, C. R.; KENNEY, S.; UKESTAD, L.; MCCAFFREY, D.; LUNDBERG, U. Postpartum health of employed mothers 5 weeks after childbirth. **Ann. Fam. Med.**, v. 4, p.159-167, Mar./ Apr. 2006.

MCGRATH, P.; RAY-BARRUEL, G. The easy option? Australian findings on mothers' perception of elective caesarean as a birth choice after a prior caesarean section. **Int. J. Nurs. Pract.** v.15, n.4, p.271-279, Aug. 2009.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758, out./dez. 2008.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&tlng=pt>. Acesso em: 15 ago. 2015.

MORAES, I. G. S.; PINHEIRO, R. T.; SILVA, R. A.; HORTA, B. L.; SOUZA, P. L. R.; FARIA, A. D. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 65-70, jan./fev. 2006. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000100011>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

MORSE M. L.; FONSECA, S. C.; BARBOSA, M. D.; CALIL, M. B.; EYER, F. P. C. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 623-638, abr. 2011.

MORTAZAVI, F.; MOUSAVI, S. A.; CHAMAN, R.; KHOSRAVI, A. Maternal quality of life during the transition to motherhood. **Iran. Red. Crescent. Med. J.**, v. 16, n. 5, May 2014. Disponível em:< <http://doi.org/10.5812/ircmj.8443>>. Acesso em: 28 set. 2015.

MOUSAVI, S. A.; MORTAZAVI, F.; CHAMAN, R.; KHOSRAVI, A. Quality of Life after Cesarean and Vaginal Delivery. **Oman Med. J.**, v.28, n.4, p. 245–251, July 2013.

NICOLUSSI, A. C. **Qualidade de vida de pacientes com câncer de colo e reto: uma revisão integrativa.** 2008. 209p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

NOGUEIRA, J. L.; SAUNDERS, C.; LEAL, M. C. Métodos antropométricos utilizados na avaliação da retenção do peso no período pós-parto: uma revisão sistemática. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, v. 20, n.2, p. 407-420, fev. 2015. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.08112013>>. Acesso em: 15 maio 2015.

NOSRAT, B; ZAHRA, K.; SOMAYEH, B.; NAHID, B. Comparing the Postpartum Quality of Life Between Six to Eight Weeks and Twelve to Fourteen Weeks After Delivery in Iran. **Iran. Red. Crescent. Med. J.**, v. 16, n. 7, e16985, July 2014.

NOWAKOWSKA-GŁAB, A.; MANIECKA-BRYŁA, I.; WILCZYŃSKI, J.; NOWAKOWSKA, D. Evaluation of antenatal quality of life of hospitalized women with the use of Mother-Generated Index-pilot study. **Ginekol. Pol.**, v. 81, n. 7, p. 521-527, July 2010.

OREANO, J. M.; BRÜGGEMANN, O. M.; VELHO, M. B. MONTICELLI, M. Visão de puérperas sobre a não utilização das boas práticas na atenção ao parto. **Cienc. Cuid. Saúde.**, v.13, n.1, p.128-136, jan./mar. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Relatório de um grupo técnico. OMS: Genebra, 1996.

ORSHAN, S. A. **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

PARSONS, C. E.; YOUNG, K. S.; ROCHAT, T. J.; KRINGELBACH, M. L.; STEIN, A. Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low- and middle-income countries. **Br. Med. Bull.**, v.101, n. 1, p. 57-79, Oct. 2012.

PAULA, J. M. S. F.; SILVA, K. V. P. Qualidade de vida e perfil social: o caso de puérperas adolescentes. **Rev. Enferm. UFPE On Line**, Recife, v. 7, n. 10, p. 6019-6026, out. 2013. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php>. Acesso em: 13 ago. 2015.

PATAH, L. E.M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 185-194, Feb. 2011.

PEREIRA, M.; CANAVARRO, M. C. Influência da paridade na adaptação da transição para a maternidade em grávidas infectadas pelo VIH e grávidas sem condição médica associada. **Anál. Psicol.**, v. 29, n. 3, p. 425-438, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.ph-p?script=sci_arttext&pid=S0870-82312011000300004&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 13 ago. 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem.** 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

- PRICK, B. W.; BIJLENGA, D.; JANSEN, A. J.; BOERS, K. E.; SCHERJON, S. A.; KOOPMANS, C. M.; VAN PAMPUS, M. G.; ESSINK-BOT, M. L.; VAN RHENEN, D. J. ; MOL, B. W.; DUVEKOT, J. J. Determinants of health-related quality of life in the postpartum period after obstetric complications. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.**, v. 185, p. 88-95, Feb. 2015.
- REIS, R. K.; SANTOS, C. B.; DANTAS, R. A. S.; GIR, E. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 565-575, set. 2011.
- REZENDE FILHO, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- RIBEIRO, J. P.; GOMES, G. C.; SILVA, B. T.; CARDOSO, L. S.; SILVA, P. A.; STREFLING, I. S. S. Participação do pai na gestação, parto e puerpério: refletindo as interfaces da assistência de enfermagem. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 16, n. 3, p. 73-82, jul./set. 2015.
- RIBEIRO, S. G. **Tradução, Adaptação e Validação do ‘The Mother Generated Index’ Para Uso No Brasil**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de pós-graduação em enfermagem, Faculdade de farmácia, odontologia e enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.
- RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. Midwifery and nurse-midwifery: old problems or new possibilities? **Rev. Estud. Fem.** v.10, n.2, p. 449-59, July/Dec. 2002.
- ROCHA, B. N. G. A.; UCHOA, S. A. C. Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 109-127, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000100007>>. Acesso em: 20 set. 2015.
- SACRAMENTO, A. N.; NASCIMENTO, E. R. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 5, p. 1142-1149, out. 2011.
- SALIM, N. R.; ARAÚJO, N. M.; GUALDA, D. M. R. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 18, n. 4, 8 telas, jul./ago. 2010.
- SAMMARCO, A. Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. **Cancer Nurs.** v. 24, n. 3, p. 212–219, June 2001.
- SANTOS, L. M.; CARNEIRO, C. S.; CARVALHO, E. S. S.; PAIVA, M. S. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. **Rev. Rene.**, v.13, n. 5, p. 994-1003, 2012.
- SCARTON J.; PRATES, L. A.; BARRETO, C. N.; POMPEU, K. C.; CASTIGLIONI, C. M.; RESSEL, L. B. O cuidado de enfermagem no trabalho de parto e parto: vivências de puérperas primíparas. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 8, n. 6, p. 1820-1823, jun. 2014. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a26v10n3.pdf>. Acesso em: 23 Jun. 2015.

- SILVA, J. L. M.; OTTONELLI, J.; MARIN, S. R. Elasticidade da pobreza nos domicílios nordestinos: o impacto da renda e desigualdade da renda (2001 a 2009). **Revista Economia e Desenvolvimento**, Recife, v. 12, n. 2, p. 61-84, 2013.
- SINGH, P. K.; RAI, R. K.; ALAGARAJAN, M.; SINGH, L. Determinants of Maternity Care Services Utilization among Married Adolescents in Rural India. **PLoS ONE**, v. 7, n. 2, e31666, Feb. 2012. Disponível em: <<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0031666>>. Acesso em: 10 Mar. 2015.
- SOARES, P. R. A. L. **Disfunção do assoalho pélvico e qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes**. 2015. 165f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.
- SOUZA V. B.; ROECKER S.; MARCON, S. S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 13, n. 2, p. 199-210, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10162>>. Acesso em: 10 fev. 2015.
- STRAPASSON, M.R.; NEDEL M. N. B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Rev. Gaúch. Enferm.**, v. 31, n. 3, p. 521-528, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472010000300016&lng=en&tlng=pt>. Acesso em: 14 mar. 2015.
- SYMON, A.; DOWNE, S.; FINLAYSON, K. W.; KNAPP, R.; DIGGLE, P. The feasibility and acceptability of using the Mother-Generated Index (MGI) as a Patient Reported Outcome Measure in a randomised controlled trial of maternity care. **BMC Med. Res. Methodol. (Online)**, v. 15, n. 100, p. 1-9, 2015. Disponível em: <<http://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-015-0092-0>>. Acesso em: 13 abr. 2015.
- SYMON, A.; MACDONALD, A.; RUTA, D. Postnatal Quality of Life assessment: introducing the Mother Generated Index. **Birth**, v. 29, n. 1, p. 40-46, Mar. 2002.
- SYMON, A.; MACKAY, A.; RUTA, D. Postnatal Quality of Life: a pilot study using the Mother Generated Index. **J. Adv. Nurs.**, v. 42, n.1, p. 21-29, Apr. 2003.
- TORCATA, A.; GUALDA, D. M. R. Práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas durante o trabalho de parto e parto, que estão sendo realizadas por enfermeiras obstétricas: revisão da literatura. **Rev. Tec-cientif. Enf.**, v.25, n.8, p. 152-159, 2010.
- TORKAN, B.; PARSAY, S.; LAMYIAN, M.; KAZEMNEJAD, A.; MONTAZERI, A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 9, n.4, Jan. 2009.
- VALDERRÁBANO, F.; JOFRE, R.; LÓPEZ-GÓMEZ, J. M. Quality of life in end-stage renal disease patients. **Am. J. Kidney Dis.**, v. 38, n. 3, p. 443-464, Sept. 2001.
- VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; BRÜGGEMANN, O. M.; CAMARGO, B. V. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 458-466, jun. 2012.

- VERAS, T. C. S.; MATHIAS, T. A. F. Principais causas de internações hospitalares por transtornos maternos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n.3, p. 401-408, 2014. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000300003>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- VITORINO, L. M.; PASKULIN, L.M.G.; VIANNA, L. A. C. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 21, 9 telas, jan./fev. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700002>>. Acesso em: 23 fev. 2015.
- VOGT, S. E.; SILVA, K. S.; DIAS, M. A. B. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, abr. 2014.
- WANG, P.; LIOU, S. R.; CHENG, C.Y. Prediction of maternal quality of life on preterm birth and low birthweight: a longitudinal study. **BMC Pregnancy Childbirth**, London, v. 13, p. 124, June 2013.
- WEBSTER, J.; NICHOLAS, C.; VELACOTT, C.; CRIDLAND, N.; FAWCETT, L. Quality of life and depression following childbirth: impact of social support. **Midwifery**, v. 27, n. 5, p. 745–749, Oct. 2011.
- WEI, C. Y.; GUALDA, D. M. R.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puerpéras. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 717-725, dez. 2011.
- WEIDLE, W. G.; MEDEIROS, C. R. G.; GRAVE, M. T. Q.; DAL BOSCO, S. M. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 46-53, mar. 2014.
- WIK, H.S.; ENDEN, T. R.; JACOBSEN, A. F.; SANDSET, P.M. Long-term quality of life after pregnancy-related deep vein thrombosis and the influence of socioeconomic factors and comorbidity. **J. Thromb. Haemost.**, v. 9, n. 10, p. 1931–1936, out. 2011.
- WONG, J. G.; CHEUNG, E. P.; CHEN, E. Y.; CHAN, R. C.; LAW, C. W.; LO, M. S.; LEUNG, K. F.; CINDY, L. K. An instrument to assess mental patients' capacity to appraise and report subjective quality of life. **Qual Life Res.** v.14, n.3, p. 687–94, Apr. 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Appropriate technology for birth. **Lancet**, v.326, n. 8452, p.436–437, Aug. 1985.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF); UNITED NATIONS POPULATIONS FUND (UNFPA). **Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA**. WHO: GENEVA, 2003.
- YISMA, E.; DESSALEGN, B.; ASTATKIE, A.; FESSEHA, N. Knowledge and utilization of partograph among obstetric care givers in public health institutions of Addis Ababa, Ethiopia. **BMC Pregnancy Childbirth**, London, v.13, p.17, 2013.
- ZHOU, S. Z.; WANG, X. L.; WANG, Y. Design of a questionnaire for evaluating the quality of life of postpartum women (PQOL) in China. **Qual. Life Res.** v.18, n.4, p. 497–508, 2009.

ZVEITER, M.; SOUZA, I. E. O. Solicitude constituindo o cuidado de enfermeiras obstétricas à mulher-que-dá-à-luz-na-casa-de-parto. **Esc. Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 86-92, Mar. 2015.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Modelo de Assistência ao Parto e Qualidade de Vida de Mulheres.

Pesquisador responsável: Samila Gomes Ribeiro

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/ Departamento de Enfermagem

Telefone para contato: (85) 99663860

Local da coleta de dados: Maternidade Dona Evangelina Rosa

Prezado(a) Senhor(a), você está sendo convidado(a) à participar desta pesquisa de forma totalmente **voluntária**. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Os Objetivos do estudo são: Geral- Avaliar a qualidade de vida entre mulheres que passaram por diferentes modelos de assistência ao parto. **Específicos-** Caracterizar a mulheres segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e obstétricas; Correlacionar escores da qualidade de vida com os diferentes modelos de assistência ao parto; Correlacionar escores da qualidade de vida com a realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; Correlacionar escores da qualidade de vida com a adequação da ambiência dos serviços de saúde que realizem partos; Correlacionar escores da qualidade de vida com a Boas práticas de atenção ao recém-nascido, como a garantia de permanência do recém-nascido ao lado da mãe durante todo o tempo de internação, o contato pele a pele imediato ao nascimento, a amamentação na primeira hora de vida e a participação do pai no momento do nascimento.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em responder as perguntas do formulário que abordam dados pessoais e o método de assistência ao parto **Benefícios:** Esta pesquisa propiciará um maior entendimento acerca do tema abordado e descreverá uma realidade, cujos resultados poderão contribuir para que medidas sejam tomadas a fim de contribuir para na qualidade de vida das mulheres. **Riscos:** O preenchimento do formulário representará risco psicológico mínimo para você, considerando a garantia de anonimato das informações. **Sigilo:** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Local e data: _____

Assinatura: _____ N. identidade: _____

Pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI, tel.: (86) 3215-5737 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(MENORES DE 18 ANOS)**

Título do estudo: Modelo de Assistência ao Parto e Qualidade de Vida de Mulheres.

Pesquisador responsável: Samila Gomes Ribeiro

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/ Departamento de Enfermagem

Telefone para contato: (85) 99663860

Local da coleta de dados: Maternidade Dona Evangelina Rosa

Prezado(a) Senhor(a), solicito sua autorização para que sua filha participe desta pesquisa de forma totalmente **voluntária**. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Os Objetivos do estudo são: Geral- Avaliar a qualidade de vida entre mulheres que passaram por diferentes modelos de assistência ao parto. **Específicos-** Caracterizar a mulheres segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e obstétricas; Correlacionar escores da qualidade de vida com os diferentes modelos de assistência ao parto; Correlacionar escores da qualidade de vida com a realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; Correlacionar escores da qualidade de vida com a adequação da ambiência dos serviços de saúde que realizem partos; Correlacionar escores da qualidade de vida com a Boas práticas de atenção ao recém-nascido, como a garantia de permanência do recém-nascido ao lado da mãe durante todo o tempo de internação, o contato pele a pele imediato ao nascimento, a amamentação na primeira hora de vida e a participação do pai no momento do nascimento.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em responder as perguntas do formulário que abordam dados pessoais e o método de assistência ao parto **Benefícios:** Esta pesquisa propiciará um maior entendimento acerca do tema abordado e descreverá uma realidade, cujos resultados poderão contribuir para que medidas sejam tomadas a fim de contribuir para na qualidade de vida das mulheres. **Riscos:** O preenchimento do formulário representará risco psicológico mínimo para você, considerando a garantia de anonimato das informações. **Sigilo:** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Local e data: _____

Assinatura: _____ N. identidade: _____

Pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI, tel.: (86) 3215-5737 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

DATA DE APLICAÇÃO: _____

Nº DO QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA: _____

Nº DO PRONTUÁRIO DA MÃE: _____

Para todo questionário, preencher com dígitos 8 para não se aplica e com dígitos 9 para não informado.

IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Entrevistado por:	
-------------------	--

Tipo de parto:

Qual o tipo de parto? 1. Normal c/ corte 2. Normal s/ corte mas rasgou e levou pontos 3. Normal s/ pontos 5. Parto c/ uso de fórceps 6. Parto cesariana	
Quem fez o parto? (1)Médico (2)Enfermeiro	

Qual a sua idade?	
Qual a sua situação conjugal? 1. Solteira 2. Casada ou vive junto 3. Separada 4. Viúva	
Ocupação: 1. Do lar 2.Doméstica 3. Outras (QUAL): _____	
Qual a última série? (EM ANOS DE ESTUDO) 0. Nenhuma série cursada 1. Fundamental 2. Médio/2º grau 3. Superior Qual série do ensino? _____	
Qual foi a última série que o seu companheiro concluiu na escola? (CODIFICAR EM ANOS DE ESTUDO) 0. Nenhuma série cursada 1. Fundamental 2. Médio/2º grau 3. Superior Qual série do ensino? _____	
Você tem alguma ocupação remunerada? 0. Não 1. Sim, Qual? _____	
Renda familiar:	
Você considera a sua cor da pele, raça ou etnia.... 1. Branca 2. Preta 3. Parda (morena/mulata) 4. Amarela 5. Indígena	
Renda familiar:	
Com que frequência você tomou bebidas alcoólicas na gestação? 0. Nunca → vá para a questão sobre fumo 1. Mensalmente ou menos 2. De 2 a 4 vezes por mês 3. De 2 a 3 vezes por semana 4. 4 ou mais vezes por semana	
Você fumou durante a gravidez? 0.Não 1. Sim	
Qual era o seu peso antes de ficar grávida? (Anotar em Kg)	
Qual é a sua altura? (Referida, anotar em metros)	

Qual seu peso atual (Anotar em Kg)	
<p>Você apresentava alguma dessas doenças antes da gravidez atual?</p> <p>0. Não</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Doença do coração confirmada por médico 2. Pressão alta, fora da gestação, tendo sido prescrito remédio para uso continuado 3. Anemia grave, fora da gestação, ou outra doença no sangue confirmada por especialista 4. Asma 5. Lúpus ou esclerodermia 6. Hipertireoidismo 7. Diabetes, fora da gestação, confirmado por médico especialista; 8. Doença renal confirmado por médico especialista que precisa de tratamento 9. Epilepsia/convulsão, não associada a gestação 10. Derrame 11. Doença do fígado confirmada por médico especialista que precisa de tratamento 12. Doença mental, que necessita de acompanhamento com especialista 	

ANTECEDENTES CLÍNICO-OBSTÉTRICOS

G _____ P _____ A _____	
<p>Você teve algum aborto ou alguma gravidez que terminou com menos de 5 meses (ou o feto pesando menos de meio quilo)?</p> <p>0. Não 1. Sim, quantos: _____</p>	
<p>Você já fez alguma cirurgia no útero (por exemplo, para retirar mioma, micro cesárea para interromper gravidez, para corrigir infertilidade, para tratar perfuração pós-aborto, ou por outra causa?) 0. Não 1. Sim</p>	
<p>Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual?</p> <p>0. Não</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incompetência istmo-cervical 2. Crescimento Intra Uterino Restrito (CIUR) 3. Oligodramnia 4. Polidramnia 5. Isoimunização RH 6. Placenta prévia 7. Descolamento prematuro de placenta (DPP) 8. Amniorexe prematura 9. Diabetes gestacional 10. Síndromes hipertensivas (HA crônica, pré-eclâmpsia, síndrome HELLP) 11. Eclâmpsia/Convulsões 12. Ameaça de parto prematuro 13. Sofrimento fetal 14. Sífilis 15. Infecção urinária 16. Infecção pelo HIV 17. Toxoplasmose (que precisou tratar) 18. Outras doenças infecciosas 	

19. Outros problemas? Qual?	
Com quantos semanas de gravidez você começou o pré-natal?	
Sua gravidez foi planejada? 0.Não 1.Sim	

TRABALHO DE PARTO E PARTO

Qual foi o profissional que acompanhou a maior parte do seu trabalho de parto? 1. Médico 2. Enfermeiro	
Há partograma no prontuário? 0. Não 1. Sim	
Abertura do partograma com >4cm? 0. Não 1. Sim	
Continuação do partograma com registros de BCF, dinâmica e toques? 0. Não 1. Sim, quantos registros de cada?	
Registros no partograma até a hora do parto? 0. Não 1. Sim	
Você teve liberdade para se movimentar fora da cama durante o trabalho de parto? 0. Não 1. Sim. 2. Às vezes	
Você utilizou alguma dessas medidas para melhorar a dor durante o trabalho de parto? 0. Não 1. banheira 2. banhos prolongados no chuveiro 3. bola 4. massagem 5. banquinho para posição de cócoras 6. outro - qual?	
Você teve acompanhante: 0. Não 1. Sim	
Feita prescrição de dieta zero? 0. Não 1. Sim	
Feita prescrição de repouso? 0. Não 1. Sim	

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ADAPTADO NICOLUSSI**1. IDENTIFICAÇÃO DA PUBLICAÇÃO**

Título do Artigo	
Periódico/ volume/ número/ ano	
Autores	
Formação/ Profissão do autor principal	
Instituição/ local	
País/ idioma	

2. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE ESTUDOS DE QUALIDADE DE VIDA

O pesquisador define o que é Qualidade de Vida?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Definição utilizada: <input type="checkbox"/> QV Geral <input type="checkbox"/> QV relacionada à Saúde <input type="checkbox"/> outra: Especificar a definição utilizada:
Quais são os domínios que o pesquisador pretende mensurar?	<input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Psicológico/ Mental <input type="checkbox"/> Nível de Independência <input type="checkbox"/> Relações Sociais <input type="checkbox"/> Meio Ambiente <input type="checkbox"/> Espiritualidade/ Religiosidade/ Crenças Pessoais <input type="checkbox"/> Sexualidade e Interesses Sexuais <input type="checkbox"/> Outros. Qual?

<p>Quanto ao instrumento utilizado:</p>	<p>Qual é(são) o(s) instrumento(s) utilizado(s)?</p> <p>O pesquisador justifica a escolha? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Justificativa:</p> <p>O instrumento utilizado é validado para a população do estudo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>O pesquisador solicita aos participantes da pesquisa dados complementares sobre QV, QVRS e/ ou outros dados? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Quais? <input type="checkbox"/> Avaliação Individual para QV <input type="checkbox"/> Indicação de itens adicionais (não abordado pelo pesquisador) <input type="checkbox"/> Dados sócio-demográficos <input type="checkbox"/> Dados clínicos <input type="checkbox"/> Outros. Qual? _____</p>
---	---

3. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO

<p>Tipo de Publicação/ Delineamento de Pesquisa (Segundo POLIT, BECH e HUNGLER, 2004 e LOBIONDO-WOOD e HABER 2006)</p>	<p>Pesquisa:</p> <p><input type="checkbox"/> Quantitativa <input type="checkbox"/> delineamento experimental <input type="checkbox"/> delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> delineamento não-experimental</p> <p>Corte: <input type="checkbox"/> transversal <input type="checkbox"/> longitudinal</p> <p><input type="checkbox"/> Qualitativa <input type="checkbox"/> Etnografia/ Etnociência <input type="checkbox"/> Fenomenologia/ Hermenêutica <input type="checkbox"/> Teoria fundamentada</p> <p>Não Pesquisa: <input type="checkbox"/> Revisão de literatura <input type="checkbox"/> Revisão Sistemática <input type="checkbox"/> Relato de experiência <input type="checkbox"/> Metanálise <input type="checkbox"/> Estudo de caso</p>
<p>Objetivos</p>	
<p>População</p>	

<p>Amostra (Segundo POLIT, BECH, HUNGLER, 2004)</p>	<p>Amostragem de não-probabilidade: () conveniência () quota () proposital (intencional)</p> <p>Amostragem de probabilidade: () aleatória simples (randômica) () aleatória estratificada () de grupo () sistemática () outro tipo de amostragem</p> <p>Tamanho (n): inicial _____ final _____ Critérios de inclusão/ exclusão:</p>
<p>Tratamento dos Dados (Análise estatística)</p>	
<p>Nos estudos de intervenção, qual(is) a(s) intervenção(ões) usada(s)?</p>	<p>Variáveis: () Independente (intervenção): _____</p> <p>Grupos: Experimental ___ Controle</p>
<p>Resultados</p>	
<p>Conclusões</p>	

ANEXO A -MGI –VERSÃO EM PORTUGUÊS

ÍNDICE GERADO PELA MÃE- AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA		
PASSO 1- Identificar áreas	Passo 2- Pontuar cada área	Passo 3- Distribuir os pontos
<p>Gostaríamos que você pensasse nas áreas mais importantes da sua vida que foram afetadas com o nascimento do bebê. Estas podem ser POSITIVAS ou NEGATIVAS. Por favor, escreva até no máximo OITO áreas nos quadros abaixo, e indique se você acha que a área é positiva, negativa, ou nenhuma das duas.</p>	<p>Agora, por favor, dê uma nota para as áreas que você indicou no Passo 01.</p> <p>Essa nota deve refletir como você tem se sentido nessa área no mês passado.</p> <p>Por favor, indique uma nota de 0 a 10 para cada área</p> <p>0 é a pior – você não poderia se sentir pior em relação a isso</p> <p>10 é a melhor - você não poderia se sentir melhor em relação a isso</p> <p style="text-align: center;">Pior Melhor</p> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Por favor, pense o quanto estas áreas são importantes para sua qualidade de vida.</p> <p>Você tem 20 pontos para distribuir.</p> <p>Você não precisa distribuir pontos para a área que não quiser.</p> <p>Dê mais pontos para as áreas que você achar mais importante.</p> <p>Indique os pontos nos quadros.</p>
<p>Exemplos dados por outras mães:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como elas se sentem em relação a si mesma. • Como elas se sentem em relação aos seus bebês. • Como elas se sentem a respeito do seu relacionamento com seu parceiro ou com outros membros da família. • Problemas físicos ou emocionais (bons ou ruins). • Como elas se sentem em relação em relação à volta ao trabalho. • Como elas se sentem em relação a sua vida social. <p><i>Esses são apenas exemplos. Queremos que você diga o que você sente</i></p>	<p>Por favor, indique se você acha que esse ponto é positivo, negativo ou nenhum.</p>	
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>

ANEXO B –SF -36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a 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 escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	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 seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	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 você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2

d) Teve dificuldade de 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 seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	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 você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou 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 interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

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

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 SEMANAS?

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

8- Durante as últimas 4 SEMANAS, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	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 de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 SEMANAS.

	Todo 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 sentindo cheio de vigor, de vontade, 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 anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	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 ou 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 de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	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 falso	Definitivamente falso
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

ANEXO C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MODELO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES

Pesquisador: SAMILA GOMES RIBEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36627514.9.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 912.174

Data da Relatoria: 30/12/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional, transversal do tipo exploratório-descritivo, o qual se caracteriza pela realização das aferições em uma ocasião ou durante um curto período de tempo (HULLEY et al, 2008). O estudo possui uma abordagem quantitativa, pois as informações foram coletadas através de instrumentos formais, reunidas e analisadas de forma quantitativa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2010). A pesquisa será desenvolvida em uma maternidade de referência em obstetrícia no estado do Piauí. Esta instituição realiza em média 900 partos por mês. A população da pesquisa corresponderá a puérperas internadas no alojamento conjunto da referida instituição. A coleta de dados ocorrerá no período de novembro de 2014, sob a supervisão de uma docente da UFPI, através de um questionário semi-estruturado.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Avaliar a qualidade de vida entre mulheres que passaram por diferentes modelos de assistência ao parto.

Objetivo Secundário:

Caracterizar a mulheres segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e obstétricas; Correlacionar escores da qualidade de vida com os diferentes modelos de assistência ao parto.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 912.174

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Entende-se que a pesquisa será bem suportada pelos participantes da pesquisa, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional, visto que haverá uma abordagem direta apenas para o recolhimento de informações. No entanto, levantamos como possíveis riscos aos participantes desta pesquisa: a exposição da imagem e a exposição de informações pessoais, uma vez que o simples ato de responder a um questionário ou de ser abordado em uma entrevista, poderá causar constrangimentos ou trazer à memória experiências ou situações vividas que causam sofrimento psíquico." Benefícios:

"Fortalecer o parto humanizado, a partir da comprovação de que ele favorecerá a melhores índices de qualidade de vida entre as mulheres."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de tema relevante para a saúde da mulher pois pretende comprovar que as mulheres assistidas pelo modelo de parto humanizado tendem a apresentar melhor qualidade de vida que mulheres assistidas pelo modelo medicalizado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sanadas as pendências anteriores o projeto encontra-se apto para aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

em cumprimento ao previsto na Resolução 466/12, o CEP-UFPI aguarda o envio dos relatórios parciais e final da pesquisa, elaborados pelo pesquisador, bem como informações sobre sua eventual interrupção sobre ocorrência de eventos adversos.

Ainda, para assegurar o direito do participante e preservar o pesquisador, revela-se importante

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 912.174

alertar que o TCLE e o Termo de Assentimento deverão ser rubricados em todas as suas folhas, tanto pelo participante quanto pelo(s) pesquisador(es), devendo ser assinados na última folha.

TERESINA, 12 de Dezembro de 2014

Assinado por:

**Adrianna de Alencar
Setubal Santos
(Coordenador)**

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br