







FATORES QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PUÉRPERAS DO NORDESTE BRASILEIRO

Samila Gomes Ribeiro¹ 
Caroline Batista de Queiroz Aquino¹ 
Eveliny Silva Martins¹ 
Tatiana Gomes Guedes² 
Priscila de Souza Aquino¹ 
Ana Karina Bezerra Pinheiro¹ 

¹Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação de Enfermagem. Fortaleza, Ceará, Brasil.

²Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Enfermagem. Recife, Pernambuco, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar os fatores sociodemográficos, obstétricos, tipo de parto e de profissional que prestou assistência que podem influenciar na qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres no puerpério imediato.

Método: estudo transversal, correlacional, realizado em uma maternidade de referência, com 272 mulheres no puerpério imediato internadas no alojamento conjunto. Foram utilizados um questionário sociodemográfico, clínico e obstétrico e a escala *Short Form Health Survey-36* para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde.

Resultados: 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 $p < 0,05$. Ao correlacionar o tipo de parto e o profissional que o assistiu, a média dos escores mostrou que os domínios limitação por aspectos físicos, dor, vitalidade, aspectos sociais, limitações por aspectos emocionais e saúde mental 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 ($p = 0,05$).

Conclusão: os fatores analisados interferem na qualidade de vida das puérperas. Desse modo, o reconhecimento dessas questões fornece informações complementares ao uso do *Short Form Health Survey-36*, apontando áreas que necessitam de uma maior atenção e que podem ser trabalhadas ainda na assistência pré-natal.

DESCRIPTORIOS: Qualidade de Vida. Período pós-parto. Parto. Alojamento conjunto. Enfermagem.

COMO CITAR: Ribeiro SG, Aquino CBQ, Martins ES, Guedes TG, Aquino PS, Pinheiro AKB. Fatores que interferem na qualidade de vida relacionada à saúde de puérperas do Nordeste brasileiro. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2021 [acesso ANO MÊS DIA]; 30:e20190009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0009>

FACTORS THAT INTERFERE IN THE QUALITY OF LIFE RELATED TO THE HEALTH OF WOMEN IN THE POSTPARTUM PERIOD IN NORTHEASTERN BRAZIL

ABSTRACT

Objective: to analyze the sociodemographic, obstetric, type of delivery and professional factors that provided care that can influence the quality of life related to women's health in the immediate puerperium period.

Method: cross-sectional, correlational study conducted in a reference maternity hospital, with 272 women in the immediate puerperium period hospitalized in the rooming-in accommodation. A sociodemographic, clinical and obstetric questionnaire and the Short Form Health Survey-36 scale were used to assess health-related quality of life.

Results: regarding age, there was a significant association in the domains functional capacity and general status, with better scores for ages up to 29 years. Regarding education, significance was observed in the functional capacity domain with better scores for 9 to 11 years of schooling. The analysis of obstetric complications showed statistical significance in the general health status domain $p < 0.05$. By correlating the type of delivery and the attending professional, the mean scores showed that the domains limitation due to physical aspects, pain, vitality, social aspects, limitations due emotional aspects and mental health presented higher means for normal delivery performed by nurses, with statistical significance in the domains: pain ($p < 0.05$), vitality ($p < 0.05$) and mental health ($p = 0.05$).

Conclusion: these analyzed factors interfere in the quality of life of women in the postpartum period. Thus, considering these questions provides complementary information to the use of the Short Form Health Survey-36, highlighting areas that need greater attention and that can be worked on even in prenatal care.

DESCRIPTORS: Quality of life. Postpartum period. Childbirth. Rooming-in accommodation. Nursing.

FACTORES QUE INTERFIEREN EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADOS CON LA SALUD DE MUJERES EMBARAZADAS EN EL NORESTE DE BRASIL

RESUMEN

Objetivo: analizar los factores sociodemográficos, obstétricos, tipo de parto y el profesional que brindó la asistencia que puede influir en la calidad de vida relacionada con la salud de la mujer en el puerperio inmediato.

Método: estudio transversal, correlacional, realizado en una maternidad de referencia, con 272 mujeres en puerperio inmediato hospitalizadas en régimen de alojamiento conjunto. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico, clínico y obstétrico y la escala *Short Form Health Survey-36* para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud.

Resultados: en cuanto al grupo de edad, hubo asociación significativa en los dominios de capacidad funcional y estado general, con mejores puntuaciones para la edad hasta los 29 años. En cuanto a la educación, hubo significación en el dominio de capacidad funcional con mejores puntajes para los 9 a 11 años de estudio. El análisis de las complicaciones obstétricas mostró significación estadística en el dominio de salud general $p < 0,05$. Al correlacionar el tipo de parto y el profesional que lo atendió, el promedio de las puntuaciones mostró que los dominios limitación por aspectos físicos, dolor, vitalidad, aspectos sociales, limitaciones por aspectos emocionales y salud mental mostraron promedios más altos para el parto normal realizado por enfermeras, con significancia estadística en los dominios: dolor ($p < 0.05$), vitalidad ($p < 0.05$) y salud mental ($p = 0.05$).

Conclusión: los factores analizados interfieren en la calidad de vida de las madres. Así, el reconocimiento de estos temas aporta información complementaria al uso de la Encuesta de Salud Breve-36, señalando áreas que requieren mayor atención y que se pueden trabajar en la atención prenatal.

DESCRIPTORES: Calidad de vida. Período posparto. Parto. Alojamiento conjunto. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A maternidade é uma experiência pessoal vivenciada por cada mulher de modo singular.¹ O puerpério definido como período após o nascimento, depois da expulsão da placenta, estende-se até 42 dias do parto, também é denominado período pós-parto. Essa 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),² ocasionando na mulher diversas transformações que podem afetar seu bem-estar emocional e influenciar risco para ansiedade e depressão pós-parto, apoio social ineficaz e relações conjugais tensas, especialmente no puerpério imediato.³⁻⁴

Destaca-se que tanto os estressores físicos quanto psicológicos podem afetar as condições emocionais das puérperas, desencadeando reações de tristeza, depressão, medo, ansiedade e desamparo, considerados normais nesse período, porém, quando prolongado, torna-se uma importante preocupação clínica.⁵

No Brasil, pesquisa evidenciou uma predominância de mortes maternas no período puerperal, correspondendo a 83% dos casos.⁶ A região Nordeste apresenta a segunda maior taxa de mortalidade materna com 71,3 mortes/100 mil nascidos vivos do Brasil e o estado do Piauí é o quinto no registro dessas taxas com 69/1000 nascidos vivos.⁷

Nesse contexto, a promoção da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) da mulher no pré-natal (PN) e puerpério é uma das finalidades do programa de assistência ao parto e nascimento no Brasil. Promover a qualidade de vida significa atender aos desgastes funcionais, percepções e condições sociais que são alteradas pela doença, agravos, tratamentos, além da organização política e econômica do sistema assistencial.⁸ Vários fatores afetam a QVRS e no período puerperal podem estar relacionados à gravidez e ao parto, a saúde da criança e a idade materna.⁹⁻¹²

A QVRS é um indicador de avaliação importante das ações de promoção da saúde. Portanto, relacioná-la aos diferentes fatores pessoais e assistenciais poderá ajudar os profissionais de saúde, visto que possibilitará o reconhecimento de condições que podem interferir positivamente e negativamente na QVRS no puerpério, além de nortear possíveis intervenções que promovam a saúde das mulheres nessa fase.

Objetivou-se no presente estudo analisar os fatores sociodemográficos, obstétricos, tipo de parto e de profissional que prestou assistência que podem influenciar na QVRS das mulheres no puerpério imediato de um estado no Nordeste brasileiro.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza transversal, correlacional, realizado em uma maternidade de referência do estado do Piauí, região do Nordeste do Brasil, vinculada à rede pública de saúde.

A população do estudo foi composta por 272 mulheres no puerpério imediato internadas no alojamento conjunto da instituição, sendo utilizada uma amostragem probabilística por conveniência. Os critérios de inclusão foram: mulheres no puerpério imediato, internadas no alojamento conjunto e alfabetizadas. Os critérios de exclusão foram: puérperas com complicações no parto e no pós-parto atual; puérperas com recém-nascidos natimortos; puérperas com deficiência auditiva.

Destaca-se que a QVRS no pós parto pode ser influenciada por diversos fatores clínicos e obstétricos,^{5,8} logo o puerpério é um período oportuno para que sejam feitas avaliações referentes a esta, para desenvolver intervenções de saúde apropriadas.¹³

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. Para a coleta de dados, todas as participantes foram abordadas/entrevistadas no leito de internação e receberam orientação sobre a pesquisa. Ressalta-se que alguns dados complementares foram coletados no prontuário e no cartão de gestante das entrevistadas.

Foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados: um questionário sociodemográfico, clínico e obstétrico adaptado¹⁴ e a escala *Short Form Survey* (SF-36) para avaliar a QVRS.

O SF-36 possibilita uma análise multidimensional da QVRS, tem 36 questões e 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, em que os mais próximos de 100 referem uma boa QVRS.

Os dados foram compilados e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Calcularam-se médias e desvios padrão das variáveis quantitativas. 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 da escala 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 QVRS e os tipos de parto com as variáveis sociodemográficas e obstétricas foram feitas pelo teste de χ^2 .

RESULTADOS

Identificou-se que 147 (54%) puérperas 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%) autorreferiram ser pardas.

No tocante aos dados obstétricos, 162 (59,6%) eram secundíparas ou múltiparas; 211 (77,6%) não tiveram aborto. Para a variável tipo de parto, considerou-se o último parto, sendo o parto cesáreo o mais prevalente, 145 (53,3%). Enquanto 127 (46,7%) mulheres pariram normal, destas, 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 planejaram a gravidez.

Na análise da QVRS, o escore total da escala apresentou uma média de 69,94 com desvio padrão de $\pm 12,29$. 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 ($p < 0,001$).

Na Tabela 1, verifica-se a associação das variáveis sociodemográficas com os domínios da SF-36.

Os domínios capacidade funcional e estado geral tiveram associação significativa com a faixa etária. 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 a faixa de “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 maior escolaridade influenciam na QVRS.

Tabela 1 – Associação das variáveis sociodemográficas segundo as médias dos domínios do SF-36. Teresina, PI, Brasil, 2015. (n= 272)

Variáveis Sociodemográficas	Domínios									
	Capacidade funcional	Limitação por aspectos físicos	Dor	Estado Geral	Vitalidade	Aspectos Sociais	Limitação por aspectos emocionais	Saúde Mental		
	Média ± DP*	Média ± DP*	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		
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		
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		
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		

Table 1 – Cont.

Variáveis Sociodemográficas	Domínios									
	Capacidade funcional	Limitação por aspectos físicos	Dor	Estado Geral	Vitalidade	Aspectos Sociais	Limitação por aspectos emocionais	Saúde Mental		
	Média ± DP*	Média ± DP*	Média ± DP*	Média ± DP*	Média ± DP*	Média ± DP*	Média ± DP*	Média ± DP*	Média ± DP*	Média ± DP*
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		
Valor de p	0,788	0,712	0,477	0,496	0,925	0,696	0,070	0,665		
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		
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		
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		
Valor de p	0,729	0,037	0,719	0,854	0,32	0,17	0,79	0,261		

*Desvio padrão

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 mais bem 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, ou seja, mulheres da raça branca têm menos qualidade de vida nesse aspecto.

A Tabela 2 reporta sobre a associação dos antecedentes clínicos e obstétricos com os domínios da SF-36.

A análise das intercorrências obstétricas mostrou significância estatística no domínio estado geral de saúde. Assim, quanto maior o número de intercorrências na gestação ou no parto, mais negativa será a QVRS das puérperas.

No tocante aos fatores associados à qualidade de vida das puérperas, a Tabela 3 mostra a avaliação das médias dos domínios do SF-36, de acordo com o tipo de parto e o profissional que o realizou.

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 assistido 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 ($p = 0,417$).

DISCUSSÃO

Tendo em vista a complexidade de fatores que influenciam a QVRS de puérperas em decorrência das diversas modificações que acontecem no ciclo gravídico puerperal, observa-se a necessidade de os profissionais de saúde estarem comprometidos em uma avaliação criteriosa durante o cuidado dispensado à mãe, a criança e a família, promovendo uma assistência de qualidade.¹⁵

Quando comparadas as médias de pontuações das mulheres do presente estudo em cada domínio com as médias de pontuações do SF-36 do estudo realizado com 119 mulheres do Irã,¹⁶ constatou-se que as médias das puérperas brasileiras foram superiores nos domínios da capacidade funcional, saúde mental, dor e estado geral de saúde.

Observou-se ainda, que no puerpério imediato as mulheres têm algumas limitações físicas, que podem estar associadas ao tipo de parto, ressalta-se que a maioria delas teve parto cesáreo. Tais limitações podem impedi-las de realizar suas atividades diárias como normalmente faziam, dado este comprovado com os domínios que apresentaram menores médias da SF-36.

Nesse contexto, os achados desta pesquisa estão de acordo com estudo realizado com 120 mulheres em puerpério imediato, realizado no Sul de Taiwan, que observou que aquelas submetidas a parto cesáreo apresentaram maiores escores de fadiga e cansaço pós-parto do que aquelas que tiveram parto vaginal, apresentando maior dificuldade nas atividades de cuidados com o bebê.¹⁷

A QVRS no pós-parto é potencialmente influenciada por parâmetros sociodemográficos, clínicos e obstétricos.¹⁸ No presente estudo, identificou-se que mulheres com faixa etária até 29 anos estiveram relacionadas às melhores pontuações na avaliação da QVRS que mulheres com idade mais avançada. De acordo com achados de estudo de base populacional desenvolvido com 19.291 na Noruega, mulheres de 32 anos ou mais tinham um maior risco de 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.¹⁹ Contrapondo este resultado, estudo realizado com puérperas espanholas apontou que a idade da mãe maior ou igual a 35 anos não foi um fator relacionado à qualidade de vida.²⁰

Tabela 2 – Associação dos antecedentes clínicos e obstétricos segundo as médias dos domínios SF-36. Teresina, PI, Brasil, 2015. (n= 272)

Variáveis clínicas e obstétricas	Domínios																			
	Capacidade funcional	Limitação por aspectos físicos	Dor	Estado Geral	Vitalidade	Aspectos Sociais	Limitação por aspectos emocionais	Saúde Mental												
	Média ± DP*	Média ± DP*	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												
Múltipla	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												
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												
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												
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												
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 12ª 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 13ª 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												
Valor de p	0,684	0,694	0,169	0,629	0,637	0,604	0,393	0,684												
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												
Valor de p	0,578	0,75	0,004	0,686	0,263	0,681	0,494	0,386												

*Desvio padrão

Tabela 3 – Associação do tipo de parto e profissional que o assistiu segundo as médias dos domínios do SF-36. Teresina, PI, Brasil, 2015. (n= 272)

Domínios 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 [†]
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 [†]

*Desvio padrão; [†] Kruskal-Wallis seguido de Teste de Conover-Inman

Ficou também comprovada a relação significativa da escolaridade com o domínio capacidade funcional. Estudo apontou que mulheres que possuem o nível superior apresentaram melhor qualidade de vida no pós-parto.²⁰ A explicação pode-se dar pelo fato de o ensino superior implicar em uma melhor percepção da saúde pelas mulheres.²¹

O fato de as gestantes terem ou não uma ocupação remunerada apresentou significância no domínio capacidade funcional, evidenciando melhores médias principalmente para aquelas que possuíam ocupação remunerada, denotando um melhor QVRS para as mulheres com renda. No presente estudo, a maioria das puérperas possuía baixa renda. Revisão sistemática apontou que a baixa renda e a escolaridade aparecem como fatores associados com óbito fetal.²²

Nesta pesquisa, a presença do companheiro não influenciou nos escores de QVRS, divergindo dos achados de outros autores que indicaram que as mães que possuíam companheiro, nesse período, possuíam níveis mais elevados de satisfação, afetando positivamente sua qualidade de vida, devido ao apoio do parceiro e da família.²³

Uma revisão sistemática realizada em 2015, com o objetivo de sintetizar a evidência sobre a influência do acompanhamento masculino nos resultados durante o ciclo gravídico-puerperal constatou que durante o trabalho de parto e parto a presença masculina esteve associada à alta qualidade do parto, além disso, durante o período pós-natal precoce, o acompanhamento pré-natal masculino associou-se a uma maior aceitação dos serviços e orientações no puerpério imediato.²⁴

Em relação às intercorrências, no domínio estado geral de saúde, observou-se associação com a ausência de intercorrência, denotando um aspecto relevante para a QVRS. Assim, pode-se refletir acerca da importância, ainda no pré-natal, do aprimoramento do cuidado com ações adequadas de prevenção e monitoramento de possíveis intercorrências, identificando aquelas mulheres com potencial para desenvolver complicações futuras mais graves,²⁵ interferindo diretamente em sua qualidade de vida.

O planejamento da gravidez demonstrou um resultado diferente do esperado, no qual mulheres que não planejaram a gravidez obtiveram melhores escores na QVRS das puérperas, significando que aquelas que não haviam planejado a gravidez relataram menos dor, com significância estatística nesse domínio.

Quanto ao planejamento da gravidez, pesquisa realizada com 357 mulheres comprovou que a não aceitação da gravidez foi associada a menores escores da QVRS.²⁶ No 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.

Evidenciou-se neste estudo que as puérperas que começaram o pré-natal até a 12ª semana de gestação, apresentaram maiores médias de QVRS 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.

Pesquisa aponta que o início precoce do acompanhamento pré-natal atinge apenas três quartos das mulheres, sendo menor para as mais jovens, negras e das regiões Norte e Nordeste do país.²⁷

A respeito da análise do profissional que assistiu o parto, constatou-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). Já o domínio capacidade funcional obteve maior média no parto normal assistido por médico (76,01), evidenciando uma melhor QVRS, quando comparado aos demais, mas sem significância estatística.

No presente estudo, pontuações maiores relacionadas ao parto normal já foram evidenciadas no pós-parto imediato. A avaliação desse domínio possibilitou reconhecer a disposição das pacientes para realizar as atividades diárias, portanto as mulheres assistidas pelo enfermeiro obtiveram melhores médias, demonstrando mais vitalidade.

Pesquisa apontou que o parto cesáreo estava associado a um pior escore geral da QVRS, seis semanas após o parto, em uma grande amostra de mulheres espanholas. Demonstrando que, os efeitos potenciais de um parto cesáreo após o parto na QVRS, podem ser levados em consideração ao decidir sobre a cesariana.²⁰

Portanto, deve-se oportunizar a mulher o resgate de seu protagonismo no processo de nascimento, permitindo a ela decidir sobre o tipo de parto com base em informações consistentes e evidências científicas, fazendo-se importante, nesse momento, a participação do enfermeiro na atenção ao ciclo gravídico puerperal, pois este profissional desempenha um papel estratégico no processo educativo, além de assistir a mulher com qualidade e de forma mais humanizada.²⁸

Em um estudo transversal realizado com 361 puérperas, verificou-se a preferência pelo parto vaginal por 77,6% das mulheres, sendo um dos principais motivos a melhor recuperação no pós-parto, quando comparado com o parto cesáreo.²⁹

Por fim, o domínio saúde mental também apresentou melhores médias para o parto normal realizado pelo enfermeiro, evidenciado pela significância estatística.

As alterações hormonais, as variações no humor e a mudança na rotina podem explicar a tristeza ou dificuldade de lidar com sentimentos, característicos do momento pós-parto, porém quando essas mudanças permanecem e começam a interferir na rotina e na interação do bebê, constata-se a necessidade de cuidado à díade.³⁰

Nesse contexto, é necessário um comprometimento dos profissionais de saúde no cuidado dispensado às mulheres no período puerperal, visando uma melhora na qualidade de vida das mulheres nessa fase.

CONCLUSÃO

Existem vários fatores que podem influenciar a QVRS no puerpério e reconhecê-los favorecerá o direcionamento de ações de promoção da saúde que visem conduzir os cuidados de acordo com as especificidades inerentes dessa fase.

Nesse contexto, é necessária a realização de futuras pesquisas que abordem os cuidados direcionados a essas mulheres nesse período, com vistas a melhorar a QVRS no puerpério.

A QVRS foi bem avaliada neste estudo entre as puérperas, pois foram obtidas pontuações mais altas nos seguintes domínios: capacidade funcional, saúde mental e aspectos sociais. O domínio que obteve maior pontuação foi “estado geral de saúde”.

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 $p < 0,05$. Ao correlacionar o tipo de parto e o profissional que o assistiu, a média dos escores do SF-36 mostrou que os domínios limitação por aspectos físicos, dor, vitalidade, aspectos sociais, limitações por aspectos emocionais e saúde mental apresentaram médias maiores para o parto normal realizado por enfermeiro, com significância estatística nos domínios: dor, vitalidade e saúde mental.

Assim, o reconhecimento dessas áreas, tais como o tipo de parto e qual profissional o assistiu, fornece informações importantes, apontando áreas das puérperas que necessitam de uma maior atenção, como a limitação por aspectos físicos e emocionais, a saúde mental, a dor, a vitalidade, os aspectos sociais, que podem ser mais bem trabalhadas, com informações e cuidados direcionados, ainda na assistência pré-natal, buscando favorecer aquelas que melhoram a QVRS das mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Melo R, Costa A, Santos L, Saldan P, Santos Neto M, Santos F. Práticas de aleitamento materno exclusivo entre profissionais de saúde de um hospital amigo da criança. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Fev 05];22(4):e50523. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v22i4.50523>
2. Rezende FJ, Montenegro CAB. *Obstetrícia fundamental*. 11a ed. Rio de Janeiro, RJ(BR): Guanabara Koogan; 2018.
3. Rees S, Channon S, Waters CS. The impact of maternal prenatal and postnatal anxiety on children's emotional problems: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. [Internet]. 2018 [acesso 2019 Fev 05];28(2):257-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1173-5>
4. Sweeney AC, Fingerhut R. Examining relationships between body dissatisfaction, maladaptive perfectionism, and postpartum depression symptoms. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2013 [acesso 2019 Fev 05];42(5):551-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12236>
5. Song JE, Kim T, Ahn JA. A systematic review of psychosocial interventions for women with postpartum stress. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Fev 05];44(2):183-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12541>
6. Lima MRG, Coelho ASF, Salge AKM, Guimarães JV, Costa PS, Sousa TCC, et al. Maternal changes and puerperal pregnancy outcome in maternal death occurrence. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Fev 05];25(3):324-31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700030057>
7. Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (BR). Mortalidade materna e infantil (2000-2014). Observatório do desenvolvimento do nordeste. Boletim temático social, 2017.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011 [acesso 2019 Oct 21]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
9. Rezaei N, Tavalae Z, Sayehmiri K, Sharifi N, Daliri S. The relationship between quality of life and methods of delivery: A systematic review and meta-analysis. *Electr Physician* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Out 21];10(4):6596-607. Disponível em: <https://doi.org/10.19082/6596>
10. Prick BW, Bijlega D, Jansen AJ, Boers KE, Scherjon AS, Koopmans CM, et al. Determinants of health-related quality of life in the postpartum period after obstetric complications. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Out 21];185:88-95. Available from <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.11.038>

11. Amorim M, Silva S, Kelly-Irving M, Alves E. Quality of life among parents of preterm infants: A scoping review. *Qual Life Res* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Out 21];27:1119-31. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1771-6>
12. Park S., Choi NK. The relationships between timing of first childbirth, parity, and health-related quality of life. *Qual Life Res* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Out 21];27:937-43. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1770-7>
13. Martinez-Galiano JM, Hernandez-Martinez A, Rodriguez-Almagro J, Delgado-Rodriguez M, Rubio-Alvarez A, Gomez-Salgado J. Women's quality of life at 6 weeks postpartum: influence of the discomfort present in the puerperium. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 [acesso 2019 Out 21];16:253. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16020253>
14. Vogt SE, Silva KS, Dias MAB. Comparison of childbirth care models in public hospitals, Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso 2019 Fev 05];48(2):304-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004633>
15. Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Mello DF. Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Out 21];9(1):181-6. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150025>
16. Khabiri R, Rashidian A, Montazeri A, Symon A, Rahimi Foroushani A, Arab M, et al. Validation of the mother-generated index in Iran: A specific postnatal quality of life instrument. *Int J Prev Med* [Internet]. 2013 [acesso 2019 Fev 05];4(12):1371-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc3898442/>
17. Lay YL, Hung CH, Stocker J, Chan TF, Liu Y. Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal-infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in. *Applied Nurs Res* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Out 26];28(2):116-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.08.002>
18. Prick BW, Bijlenga D, Jansen AJ, Boers KE, Scherjon SA, Koopmans CM, et al. Determinants of health-related quality of life in the postpartum period after obstetric complications. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Fev 05];185: 88-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.11.038>
19. Aasheim V, Waldenstro 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* [Internet]. 2012 [acesso 2019 Fev 05];119(9):1108-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03411.x>
20. Martinez-Galiano JM, Hernandez-Martinez A, Rodriguez-Almagro J, Delgado-Rodriguez M. Quality of life of women after giving birth: associated factors related with the birth process. *J Clin Med* [Internet]. 2019 [acesso 2019 Oct 21];8:324. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm8030324>
21. Borgonovi F, Pokropek A. Education and self-reported health: evidence from 23 countries on the role of years of schooling, cognitive skills and social capital. *PLoS One* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Oct 21];11:e0149716. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149716>
22. Barbeiro FMS, Fonseca SC, Tauffer MG, Ferreira MSS, Silva FP, Ventura PM, et al. Fetal deaths in Brazil: a systematic review. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Out 26];49:22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005568>
23. Holanda S M, Castro RCMB, Aquino PS, Pinheiro AKB, Lopes LG, Martins ES. Influence of the partner's participation in the prenatal care: satisfaction of primiparous women regarding the support in labor. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Out 26];27(2):e3800016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003800016>
24. Aguiar C, Jennings L. Impact of male partner antenatal accompaniment on perinatal health outcomes in developing countries: a systematic literature review. *Matern Child Health J* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Out 26];19(9):2012-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1713-2>

25. Varela PLR, Oliveira RR, Melo EC, Mathias TAF. Pregnancy complications in Brazilian puerperal women treated in the public and private health systems. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Out 24];25:e2949. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2156.2949>
26. Mortazavi F, Mousavi SA, Chaman R, Khosravi A. Maternal quality of life during the transition to motherhood. *Iran Red Crescent Med J* [Internet]. 2014 [acesso 2019 Fev 05];16(5):e8443. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4082526/>
27. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Prenatal care in Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso 2019 Out 26];30(Suppl 1):S85-S100. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>
28. Nascimento RRP, Arantes SL, Souza EDC, Contrera L, Sales APA. Choice of type of delivery: factors reported by puerperal woman. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Out 26];36(Spe):19-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496>
29. Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves AC. Route of birth delivery preferred by mothers and their motivations. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2018 [acesso 2019 Out 24];22(1):e20170013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0013>
30. Campos BC, Rodrigues OMPR. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. *Psico* [Internet]; 2015 [acesso 2019 Out 24];46(4):483-92. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2015.4.20802>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da tese – Qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres no puerpério imediato: uma análise a partir de diferentes tipos de parto, apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, em 2016.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Martins ES, Aquino CBQ, Ribeiro SG.

Coleta de dados: Martins ES, Aquino CBQ, Ribeiro SG.

Análise e interpretação dos dados: Martins ES, Aquino CBQ, Ribeiro SG.

Discussão dos resultados: Ribeiro SG, Aquino PS, Pinheiro AKB.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Ribeiro SG, Guedes TG, Aquino PS, Pinheiro AKB.

Revisão e aprovação final da versão final: Ribeiro SG, Aquino OS, Pinheiro AKB.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí parecer n. 912.174, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 36627514.9.0000.5214.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 11 de fevereiro de 2019.

Aprovado: 10 de dezembro de 2019.

AUTOR CORRESPONDENTE

Eveliny Silva Martins

evelinymartins@yahoo.com.br