



MESTRADO EM ENFERMAGEM

ANA CLÁUDIA DE LIMA LARA

QUALIDADE DE VIDA NO PUERPÉRIO MEDIATO

Guarulhos
2008

ANA CLÁUDIA DE LIMA LARA

QUALIDADE DE VIDA NO PUERPÉRIO MEDIATO

Dissertação apresentada à Universidade
Guarulhos para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Rosa Áurea Quintella Fernandes

Guarulhos
2008

L318q Lara, Ana Cláudia de
Qualidade de vida no puerpério mediato /Ana Cláudia de Lima
Lara. Guarulhos, 2008.
95 f.; 31 cm

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade
Guarulhos, Centro de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão, 2008.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosa Áurea Q. Fernandes
Bibliografia: f. 75-81.

1. Enfermagem. 2. Puerpério I. Título. II. Universidade
Guarulhos.

CDD 21st 618.6



CEPPE

Centro de Pós-Graduação,
Pesquisa e Extensão

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO, intitulada “QUALIDADE DE VIDA NO PUERPÉRIO MEDIATO”, em sessão pública realizada em 31 de outubro de 2008, considerou a candidata ANA CLAUDIA DE LIMA LARA aprovada com louvor.

1. Profa. Dra. Rosa Áurea Quintella Fernandes

Rosa Áurea Q. Fernandes

2. Profa. Dra. Nádia Zanon Narchi

Nádia Zanon Narchi

3. Profa. Dra. Tamara Iwanow Cianciarullo

Tamara Iwanow Cianciarullo

“É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua produção total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.”

Dedico este trabalho a todas as pessoas a quem amo muito, em especial:

À minha filha Gabriela, pela companhia dentro do meu ventre, pelas ausências sentidas quando recém nascida, durante o cumprimento dos créditos, meu amor incondicional.

Ao meu marido Marco Aurélio, pelo incentivo, companheirismo, cumplicidade e apoio em todos os momentos, amor da minha vida e meu “Porto Seguro”.

À minha mãe Fátima por “TUDO” que me concedeu e pelo exemplo de Mãe, Avó e Mulher.

Ao meu “Lindo” irmão “Alex” meu amor eterno e saudades (*"in memoriam"*).

À minha irmã Ana Paula, pelo amor.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a “DEUS”, por me conceder a oportunidade de aprender e evoluir na vida profissional e pessoal; pela força e saúde para a conclusão deste trabalho e por ter colocado, nesta trajetória que se finda, “pessoas especiais e maravilhosas”.

À minha orientadora Prof^a Dr^a Rosa Áurea Q. Fernandes, “Espelho de educadora”, meu sincero agradecimento por me direcionar e conduzir com maternal carinho e particular encanto, ao caminho do aperfeiçoamento.

À Prof^a Dr^a Tamara I. Cianciarullo e à Prof^a Dr^a Nádia Z. Narchi pelas contribuições no exame de qualificação. Suas sugestões brilhantes foram valiosas para o aperfeiçoamento do trabalho

A todas as Professoras do Mestrado pela dedicação em proporcionar o melhor para os alunos e para o curso.

À Querida Márcia Maria Gabriel, minha eterna gratidão por me proporcionar segurança e tranqüilidade durante minhas ausências, cuidando com tanto carinho e zelo de minha “Jóia” mais valiosa, a Gabriela.

À amiga Fabíola Vieira Cunha, pela companhia e apoio inesquecíveis, durante todas as lutas e conquistas.

À Marita Cristina Pereira dos Santos, minha atual colega e ex aluna, pelo carinho e pela imensa contribuição na elaboração deste trabalho, coletando os dados durante minha licença maternidade.

Ao amigo Ênio de Freitas Barreto, pela disponibilidade em compartilhar seu conhecimento na revisão do texto.

A secretária Jane Cleide Galinho da Rocha, pela competência e atenção oferecida a todos os alunos.

À biblioteca da Universidade Guarulhos pelas correções das referências bibliográficas.

A todas as puerperas que participaram deste estudo.

À todos que contribuíram e incentivaram, direta ou indiretamente, minha trajetória sem os quais seria inviável a realização deste estudo.

RESUMO

Estudo descritivo exploratório, que teve como objetivos: 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. Os dados foram coletados no período de abril a junho de 2007. A amostra foi constituída por 144 mulheres, que compareceram ao hospital até o 10º dia após o parto, para coleta de sangue do bebê para o exame da fenilcetonúria “Teste do pezinho” e que concordaram em responder ao Índice de Qualidade de Vida (IQV) de Ferrans & Powers, adaptado por Fernandes e Narchi para mensurar a QV de mulheres no período puerperal. O perfil sócio-demográfico das puerperas que compuseram a amostra pode ser assim caracterizado: a maioria (65,3%) era branca, católica (75,6%), não tinha emprego remunerado (63,9%) e havia estudado de 5 a 8 anos (62,5%). A idade média encontrada foi de 26 anos e a renda familiar média R\$ 818,95. Das mulheres que participaram do estudo 49,3% não planejaram a gravidez e a maioria (70%) teve parto cesárea. No que se refere à amamentação 64,6% aleitavam exclusivamente seus filhos e 82,6% avaliaram o ato de amamentar como bom ou ótimo. Apenas 4,9% delas referiram problemas de saúde de seus bebês. A maioria (91,7%) não relatou queixa em relação à própria saúde e, embora algumas tivessem problemas com as mamas, como Trauma mamilar (28,5%) e ingurgitamento mamário (10,4%), estes não foram incluídos por elas nas queixas de saúde. No que se refere ao instrumento adaptado, o coeficiente Alfa de Cronbach Geral encontrado foi 0,907 podendo-se admiti-lo como satisfatório. O domínio Psicológico/Espiritual foi o que apresentou a maior correlação com a escala ($r=0,847$) e domínio “Sócio-Econômico”, a menor ($r=0,690$). Não foi necessária a exclusão de nenhum item. A média de qualidade de vida encontrada foi relativamente alta (25,82) escore máximo= 30,0. O domínio Família apresentou o maior escore (28,5) e o Sócio-Econômico, o menor (23,5). Na análise da influência das variáveis escolhidas, na qualidade de vida das puérperas, foram utilizados os testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney. Os resultados permitiram afirmar

que não houve diferença estatisticamente significativa (no geral ou por domínio) na qualidade de vida das mulheres, no que tange aos diferentes tipos de parto. Assim como não houve diferença estatística na QV das mulheres que consideraram ruim o ato de amamentar. Entretanto, observou-se diferença estatisticamente significativa na QV da puérpera em todos os domínios, menos no Sócio-Econômico, quando da presença de: ingurgitamento mamário, trauma nos mamilos ou a associação do trauma com o ingurgitamento. No que tange à variável saúde do bebê houve diferença estatística na QV das mulheres ($p < 0,05$), tanto no índice geral ($p < 0,042$) quanto no domínio Saúde/funcionamento ($p < 0,031$). Nesta pesquisa duas das variáveis estudadas demonstraram diferença estatisticamente significativa e portanto, influenciaram negativamente na Qualidade de Vida das mulheres no puerpério mediato: problemas como trauma mamilar e ingurgitamento das mamas ou a associação das duas situações, e problemas de saúde do bebê.

Descritores: Qualidade de vida, Período Pós-Parto, Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

An exploratory descriptive study whose objectives were to identify the Quality of Life Index (QLI) of women in mid postpartum, by means of an adaptation of the Ferrans & Powers instrument, and to verify the influence of the following variables on these women's quality of life: type of childbirth, breastfeeding, breast conditions and baby's health. The data were collected from April to June 2007. The sample consisted of 144 women, who returned to the hospital up to the 10th day after delivery, to collect the infant's blood for the phenylketonuria test, or "heel prick test"; they agreed to answer the Ferrans & Powers Quality of Life Index (QLI), adapted by Fernandes and Narchi to measure the QL of women in the postpartum period. The socio-demographic profile of the puerperae who were part of the sample can be characterized as follows: the majority (65.3%) was Caucasian, Catholic (75.6%), did not have a paid job (63.9%), and had 5 to 8 years of schooling (62.5%). The average age was 26 years, and the average family income was R\$ 818,95. Of the women who participated in the study, 49.3% had not planned their pregnancy and the majority (70%) had had a Caesarean delivery. As for breastfeeding, 64.6% were nursing their infants exclusively and 82.6% evaluated the act of breastfeeding as good or excellent. Only 4.9% of the women reported health problems with their babies. The majority (91.7%) did not report any complaints regarding their own health and, although some had breast problems such as nipple fissure (28.5%) and breast engorgement (10.4%), they did not include them in their health complaints. As for the adapted instrument, the Cronbach's General Coefficient Alpha found was 0.907, being considered satisfactory. The Psychological /Spiritual domain presented the highest correlation with the scale ($r=0.847$) and the Social/Economic domain, the lowest ($r=0,690$). It was unnecessary to exclude any item. The average quality of life was relatively high (25.82), the maximum score being 30.0. The Family domain presented the highest score (28.5) and Social/Economic one, the lowest (23.5). The Kruskal-Wallis and Mann-Whitney tests were used in the analysis of the influence of the chosen variables on the puerperae's quality of life. The results allowed us to affirm that there was no statistically significant difference (in general or by

domain) in the women's quality of life regarding the different types of delivery. There was no statistical difference either in the QL of the women who considered the act of breastfeeding as being bad. However, there was statistically significant difference in the puerperae's QL in all domains, except in the Social/Economic one, when the following issues were present: breast engorgement, nipple fissure or the association of fissure and breast engorgement. Regarding the variable baby's health, there was a statistical difference in the women's QL ($p < 0.05$), not only in the general index ($p < 0.042$) but also in the Health/ Functioning domain ($p < 0.031$). In this research, two of the variables studied indicated a statistically significant difference, and thus influenced negatively the Quality of Life of the women who were in mid postpartum: issues of nipple fissure and breast engorgement, or the association of both conditions, as well as problems with the baby's health.

Descriptors: Quality of Life, Postpartum Period, Obstetrical Nursing

RESUMEN

Estudio descriptivo exploratorio, que tuvo como objetivos: identificar el índice de Calidad de Vida (CV) de mujeres en el puerperio mediato utilizando una adaptación del instrumento de Ferrans & Powers y comprobar la influencia de las variables: tipo de parto, amamantamiento, condiciones de la mama y salud del bebé en la calidad de vida de estas mujeres. Los datos habían sido recolectados en el periodo de abril a junio de 2007. La muestra fue constituida por 144 mujeres, que acudieron al hospital hasta el 10º día tras el parto, para colecta de sangre del bebé para el examen de la fenilcetonuria “Teste do pezinho” y que aceptaron responder al Índice de Calidad de Vida (ICV) de Ferrans & Powers, adaptado por Fernandes y Narchi para mensurar la CV de mujeres en el periodo puerperal. El perfil socio-demográfico de las puérperas que habían compuesto la muestra puede ser así caracterizado: la mayoría (65,3%) era blanca, católica (75,6%), no tenía empleo remunerado (63,9%), y había estudiado de 5 a 8 (62,5%). La edad media encontrada fue de 26 años, y la renta familiar promedio R\$ 818,95. De las mujeres que participaron del estudio el 49,3% no planearon el embarazo y la mayoría (70%) tuvo parto cesáreo. En lo que se refiere al amamantamiento el 64,6% amamantaban exclusivamente a sus hijos y el 82,6% evaluaron el acto de amamantar como bueno u óptimo. Sólo, el 4,9% de ellas refirieron problemas de salud de sus bebés. La mayoría (91,7%) no refirió queja con respecto a la propia salud y, aunque algunas tuvieran problemas con las mamas como fisura (28,5%) e hinchazón mamario (10,4%), estos no habían sido incluidos, por ellas, en las quejas de salud. En lo que se refiere al instrumento adaptado el coeficiente Alfa de Cronbach General encontrado fue 0,907 pudiendo admitirlo como satisfactorio. El dominio Sicológico/Espiritual fue lo que presentó mayor correlación con la escala ($r=0,847$) y dominio “Socio-Económico” la menor ($r=0,690$). No fue necesaria la exclusión de ningún ítem. El promedio de calidad de vida encontrado fue relativamente alto (25,82) puntaje máximo= 30,0. El dominio Familia presentó el mayor puntaje(28,5) y el Socio-Económico, el menor (23,5). En el análisis de la influencia de las variables elegidas, en la calidad de vida de las puérperas, habían sido utilizados los testes de Kruskal-

Wallis y de Mann-Whitney. Los resultados permitieron afirmar que no hubo diferencia estadísticamente significativa (en general o por dominio) en la calidad de vida de las mujeres respecto a los diferentes tipos de parto. Así como, no hubo, diferencia estadística en la CV de las mujeres que consideraron malo el acto de amamantar. Sin embargo, se observó diferencia estadísticamente significativa en la CV de la puérpera en todos los dominios, menos en el Socio-Económico cuando de la presencia de: hinchazón mamaria, fisura de los pezones o la asociación de la fisura con el hinchazón. Referente a la variable salud del bebé hubo diferencia estadística en la CV de las mujeres ($p < 0,05$), tanto en el índice general ($p < 0,042$) cuanto en el dominio Salud/ puesta en marcha ($p < 0,031$). En esta investigación dos de las variables estudiadas, demostraron diferencia estadísticamente significativa y que, por lo tanto influenciaron negativamente en la Calidad de Vida de las mujeres en el puerperio mediato: problemas con fisura e hinchazón de las mamas o la asociación de las dos situaciones y, problemas de salud del bebé.

Descriptor: Calidad de Vida, Periodo de Posparto, Enfermería Obstétrica

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro1	Instrumento original de Ferrans&Powers e instrumento adaptado para puerpério.....	31
Quadro 2	Distribuição dos itens do instrumento adaptado para puerpério, pelos quatro domínios.....	32
Figura 1	Intervalo de Confiança de 95% para a média dos Escores de Qualidade de vida geral e por domínios.....	60
Figura 2	Média dos Escores de Qualidade de vida geral e por domínios, separados por Tipo de Parto.....	62
Figura 3	Média dos Escores de Qualidade de vida geral e por domínios, separados por Ato de amamentar.....	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da amostra segundo as variáveis: escolaridade, profissão/ocupação, situação empregatícia, raça e religião.....	38
Tabela 2	Estatística descritiva das variáveis quantitativas: idade, renda familiar e número de pessoas no domicílio.....	40
Tabela 3	Distribuição das mulheres segundo o planejamento da gestação e tipo de parto.....	42
Tabela 4	Estatística descritiva das variáveis quantitativas: gestações, número de filhos vivos e dias após o parto.....	44
Tabela 5	Distribuição da amostra segundo tipo de Amamentação.....	45
Tabela 6	Distribuição da amostra segundo avaliação do Ato de amamentar.....	46
Tabela 7	Distribuição das puérperas segundo sua percepção em relação à própria saúde.....	47
Tabela 8	Distribuição das respostas das mulheres segundo sua percepção em relação à saúde do bebê.....	49
Tabela 9	Resultados da análise de consistência do domínio Saúde/Funcionamento.....	51
Tabela 10	Resultados da análise de consistência do domínio Família.....	53
Tabela 11	Resultados da análise de consistência do domínio Sócio-Econômico.....	54
Tabela 12	Resultados da análise de consistência do domínio Psicológico/ Espiritual.....	55
Tabela 13	Resultados da análise de consistência Geral.....	56
Tabela 14	Estatística descritiva da média de qualidade de vida, englobando satisfação e importância.....	57
Tabela 15	Estatística descritiva da média de qualidade de vida geral e por domínios.....	59
Tabela 16	Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com relação ao Tipo de Parto.....	61

Tabela 17	Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com relação à amamentação.....	63
Tabela 18	Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com relação às condições da mama.....	65
Tabela 19	Resultado das comparações Múltiplas.....	66
Tabela 20	Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com relação à Saúde do Bebê.....	69

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	Justificativa.....	16
1.2	Qualidade de vida.....	17
1.3	Instrumentos de Medida da Qualidade de Vida.....	20
1.4	Puerpério.....	23
2	OBJETIVOS.....	27
3	MÉTODOS.....	28
3.1	Tipo e Local da Pesquisa.....	28
3.2	População e amostra.....	28
3.3	Coleta de dados.....	29
3.3.1	Instrumento para a coleta de dados	29
3.3.2	Teste Piloto.....	33
3.3.3	Procedimentos para a coleta de dados.....	33
3.3.4	Procedimentos éticos.....	34
3.3.5	Análise Estatística.....	35
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
4.1	Dados Sócio-Demográficos.....	38
4.2	Dados Obstétricos.....	42
4.3	Dados do Puerpério: amamentação, saúde da mãe e a saúde do bebê.....	45
4.4	Índice de Qualidade de Vida.....	49
4.4.1	Análise de Consistência Interna.....	50
4.4.1.1	<i>Análise de Consistência por Domínio.....</i>	<i>50</i>
4.4.1.1.1	<i>Domínio Saúde e Funcionamento.....</i>	<i>50</i>
4.4.1.1.2	<i>Domínio Família.....</i>	<i>52</i>
4.4.1.1.3	<i>Domínio Sócio-Econômico.....</i>	<i>53</i>
4.4.1.1.4	<i>Domínio Psicológico e Espiritual.....</i>	<i>55</i>
4.4.1.2	<i>Análise de Consistência Interna Geral.....</i>	<i>56</i>

4.4.2	Análise Comparativa dos Escores de Qualidade de Vida.....	56
4.4.3	Análise da influência das variáveis na QV.....	60
4.4.3.1	<i>Análise da influência da variável Tipo de Parto na QV.....</i>	60
4.4.3.2	<i>Análise da influência da Variável amamentação na QV.....</i>	63
4.4.3.3	<i>Análise da Influência da variável das condições das mamas na QV.....</i>	64
4.4.3.4	<i>Análise da influência da Variável Problemas de Saúde do Bebê na QV.....</i>	68
5	CONCLUSÕES.....	71
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
7	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
Anexo A	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	82
Anexo B	Instrumento para a Coleta de Dados – Dados Sócios Demográficos, Obstétricos e Saúde do Bebê.....	83
Anexo C	Instrumento para a Coleta de Dados – Índice de Qualidade de Vida Ferrans & Powers (Puerpério).....	84
Anexo D	Carta de aprovação pelo Comitê e Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos.....	88
Anexo E	Autorização formal à Diretoria da instituição hospitalar.....	89
Anexo F	Resultados de Freqüência Relativa e Absoluta obtidos pelas Questões do Instrumento.....	90
Anexo G	Freqüências relativas e absolutas das Questões referentes à Importância.....	93

1 INTRODUÇÃO

1.1 Justificativa

Quando iniciei minha trajetória profissional, sempre soube que me especializaria na área de obstetrícia, pois minha grande “paixão” e “sonho” era dedicar-me à assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, por se tratar de um período mágico e especial em suas vidas.

Sempre acreditei que, para uma assistência de qualidade, é preciso considerar a singularidade de cada mulher, para que as ações de enfermagem atendam às suas necessidades, não apenas no aspecto biológico, mas também no psicossocioespiritual.

O puerpério é um período cronologicamente variável, com necessidades especiais e particulares para cada mulher. Os primeiros dias após o parto são influenciados não apenas pelos aspectos fisiológicos, mas também pelas relações marido-filho-família-amigos.

Após minha experiência pessoal com o puerpério, pude sentir e perceber, o quanto é essencial receber apoio de profissionais e familiares, o quanto é necessário ser vista e atendida nas diversas dimensões que assumimos como mulher e mãe.

Conhecer com profundidade como a mulher se vê nesta experiência, identificar os fatores que interferem na sua adaptação e integração no papel de mãe, é essencial para que as ações de enfermagem possam proporcionar a ela uma melhor “Qualidade de Vida” (QV).

A realização deste estudo resulta de meu envolvimento e de minha preocupação enquanto mulher, enfermeira obstétrica, educadora e mãe, que já vivenciou as dificuldades, como também a beleza e magia do período puerpério, com a QV das mulheres que assistimos em nosso cotidiano.

1.2 Qualidade de Vida

Na área da saúde, o interesse pelo conceito de Qualidade de Vida (QV) é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas⁽¹⁾.

As avaliações da QV vêm sendo incorporadas, cada vez mais, às práticas na área da Saúde e à Investigação Clínica. Entretanto, sua conceituação de Qualidade de Vida, ainda hoje, é difícil e o debate sobre o seu significado não está suficientemente esgotado.

O termo QV está presente na literatura, desde a antiguidade, mesmo antes de Aristóteles e estava associado a palavras como felicidade e virtude, as quais, quando alcançadas proporcionavam, na visão da época, ao indivíduo, boa vida⁽²⁾.

Após a Segunda Guerra Mundial, o conceito “boa vida” foi usado para se referir à conquista de bens materiais. A seguir, o conceito é ampliado e surgem os indicadores que possibilitam a mensuração e comparação da qualidade de vida entre diferentes regiões, cidades, países e culturas. Estes indicadores, classificados como objetivos, passaram a ser usados para medir qualidade de vida, entre eles destacam-se: o Produto Interno Bruto (PIB), a Renda Per Capita e a Taxa de Desemprego. Inferia-se que os países cujos indicadores fossem melhores, suas populações teriam uma melhor QV⁽³⁾.

Com o passar dos anos, o conceito se ampliou e englobou também o desenvolvimento social e econômico, caracterizado por saúde, educação, lazer, trabalho, crescimento individual, e mensurado por meio de indicadores como: mortalidade infantil, nível de escolaridade, condições de moradia e trabalho, entre outros⁽³⁾.

A partir da década de 60, percebeu-se que, embora todos estes indicadores fossem importantes para se avaliar e comparar QV (qualidade de vida objetiva), não eram suficientes para medir a QV dos indivíduos. Era necessário

avaliar a qualidade de vida percebida pela pessoa, o quanto estava satisfeita, ou insatisfeita com sua vida, denominando-se o novo conceito de Qualidade de Vida Subjetiva. Passou-se a valorizar a opinião do indivíduo. O dono da vida é quem deveria avaliar a qualidade de sua vida, sendo necessário, portanto, ouvi-lo⁽⁴⁾.

Assim, QV passa a ter uma maior abrangência e incluir os indicadores subjetivos e objetivos de fenômenos físicos e psicológicos.

Os Indicadores Objetivos mais comumente utilizados para medir a QV são: salário, moradia e funções físicas. Os Indicadores Subjetivos são representados pela experiência de vida e a percepção do significado destas experiências individuais⁽⁴⁾.

A percepção Subjetiva do nível de felicidade e de satisfação é a principal determinante no julgamento positivo ou negativo da Qualidade de Vida ⁽⁴⁾. Pode ser caracterizada, também primeiramente por uma percepção, uma idéia que indivíduos têm após sentir, observar, ou reconhecer intuitivamente o significado de alguma coisa que foi experimentada. Não é a experiência por si, mas uma opinião ou julgamento que soma a essência da situação, uma série de eventos ou uma visão atual sobre a vida de alguém, em parte ou no todo, durante certo período de tempo; portanto QV está ligada ao tempo e dependente de situações⁽⁵⁾. Representa uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e a própria estética existencial⁽⁶⁾.

Neste contexto, saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico socialmente produzido⁽⁷⁾.

O conceito QV também é um termo utilizado em duas vertentes: uma na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral e outra, no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde⁽⁸⁾.

Apesar do uso disseminado do termo, seu significado varia para cada pesquisador conforme seu entendimento; é um conceito amorfo utilizado por muitas disciplinas, entre elas a geografia, a filosofia, a economia, as ciências médicas e

sociais. Trata-se de um conceito vago; multidimensional e incorpora, teoricamente, todos os aspectos da vida humana⁽⁹⁾.

Fleck ⁽¹⁰⁾ contribuiu, de forma importante na conceitualização de QV, considerando que “uma boa qualidade de vida” se apresenta pelas esperanças e expectativas satisfeitas, pela experiência do indivíduo. A idade e a experiência podem modificar as expectativas. De acordo com este autor, definir QV depende de alguns fatores como: descrever fatos pelos próprios indivíduos; levar em conta aspectos da vida; considerar objetivos e metas individuais; doenças e tratamentos podem modificar esses objetivos; os objetivos devem ser realistas para o indivíduo manter a esperança; expectativa e realidade dão força motora para alguns indivíduos.

A variabilidade dos conceitos ocorre, pois o termo abrange muitos significados que refletem conhecimentos e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços, e histórias diferentes⁽⁶⁾.

Na área da saúde são identificadas duas tendências na conceituação do termo, sendo QV um conceito mais genérico e amplo, influenciado por estudos sociológicos e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), que aborda aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde⁽¹⁾.

O grupo de especialistas em QV criado pela Organização Mundial da Saúde (WHOQOL) a partir da década de 90, definiu o termo como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. A partir daí, dois aspectos relevantes do conceito se destacam: a subjetividade e multidimensionalidade, ou seja, o reconhecimento de que o construto é composto por diferentes dimensões⁽¹¹⁾.

Vários instrumentos de mensuração têm sido construídos na tentativa de sintetizar a complexidade da noção de qualidade vida e de sua relatividade vis-à-vis, nas diferentes culturas e realidades culturais. Alguns tratam saúde como componente de um indicador composto, outros têm, no campo da saúde, o seu objeto propriamente dito⁽⁶⁾.

A qualidade de vida é um tema de interesse, relativamente recente e há muito ainda por se fazer para torná-lo, de fato, um indicador operativo no contexto das políticas sociais e de saúde⁽¹²⁾.

Na área da saúde da mulher, por exemplo, embora exista uma literatura bastante abrangente sobre a QV, não são muitos os trabalhos já publicados, principalmente no que se refere à mulher no ciclo gravídico-puerperal, que compreende os períodos de pré-natal, parto e puerpério.

1.3 Instrumentos de Medida da Qualidade de Vida

Houve, na última década, uma proliferação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida e afins, a maioria deles desenvolvidos nos Estados Unidos, com um crescente interesse em traduzi-los para aplicação em outras culturas. A aplicação transcultural de qualquer instrumento de avaliação traduzido é um tema controverso. Por outro lado, em um nível abstrato, alguns autores têm considerado que existe um "universal cultural" de qualidade de vida, isto é, que, independente de nação, cultura ou época, é importante que as pessoas se sintam bem psicologicamente, possuam boas condições físicas e sintam-se socialmente integradas e funcionalmente competentes⁽¹³⁾.

O valor atribuído à vida, ponderado por problemas funcionais, condições sociais que são induzidas a agravos à saúde e organização econômica do sistema assistencial são fatos pertencentes à expressão qualidade de vida ligada à saúde (QVLS), que se apresenta de forma similar na forma inglesa, sobre o valor atribuído pela vida, quando modificada por limitações físicas, psicológicas, funções sociais e agravos à saúde, de forma a indicar seu principal dado para pesquisas avaliativas⁽⁶⁾.

Há uma taxonomia de medidas, que vão de indicadores simples a baterias ou conjunto de instrumentos, com indicadores e metrologias específicas, sem agregar dados, mas com possibilidade de comparar resultados. Trata-se do QALY (quality-adjusted life-years), que é matematicamente calculado como a soma do

produto de anos de vida e a qualidade de vida em cada um desses anos. Em um ano de vida com ótima saúde, é atribuído o valor 1, e para óbito, é atribuído o valor 0. Com os dados, a abordagem relaciona a qualidade de vida de forma a calcular os estados de probabilidades desejáveis⁽⁶⁾.

O instrumento QALY foi substituído pelo DALY (disability-adjusted life-years), que significa anos de vida corrigidos pela incapacidade (AVCI). A mudança se mostra pelo fato de, em lugar de buscar o valor subjetivo atribuído pelos indivíduos a cada um dos estados de saúde, é considerado a partir da mortalidade estimada para cada doença e seu efeito, ajustado pela idade das vítimas e uma taxa de atualização, para calcular o valor de uma perda futura. O cálculo é realizado por meio da soma do número de anos perdidos, em óbitos prematuros, por essas causas e o total de anos vividos com incapacidades sobrevividas de determinado acidente⁽⁶⁾.

De acordo com a variabilidade do conceito, as revisões de Bowling, sobre as escalas de qualidade de vida incluem medidas de capacidade funcional, bem-estar psicológico, do estado de saúde, redes de apoio social, de satisfação e estado de ânimo do paciente. Toda medida repousa sobre teorias que guiam a seleção de procedimentos de mensuração⁽¹⁴⁾.

Os estudos realizados por Auquier e colaboradores, consideram que três correntes orientam a construção de instrumentos existentes hoje, como o funcionalismo, que define um estado normal para certa idade e função social e seu desvio; a teoria do bem-estar, que explora as reações subjetivas das experiências de vida, buscando a competência do indivíduo para diminuir sofrimentos e aumentar a satisfação pessoal; e a teoria da utilidade, de base econômica, que pressupõe a escolha dos indivíduos a compararem um determinado estado de saúde a outro⁽¹⁵⁾.

O grupo de especialistas em QV da Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu um instrumento que se baseia nos pressupostos de que qualidade de vida é uma construção subjetiva, como a percepção do indivíduo em questão, multidimensional e composta por elementos positivos, como por exemplo, a própria mobilidade e negativos, como a dor. O grupo desenvolveu dois instrumentos gerais de medida de QV: o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref. O primeiro consta de 100

questões que avaliam seis domínios, que são: físico, psicológico, independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças pessoais. O segundo instrumento é uma versão abreviada, com 26 questões extraídas do anterior, entre as que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, cobrindo quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.⁽¹¹⁾

Posteriormente, devido às características peculiares dos indivíduos que vivem com HIV/AIDS e também da relevância epidemiológica da doença, o grupo construiu um instrumento específico para avaliação desta população. O WHOQOL-HIV é composto por 120 itens, sendo 20 HIV- específicos distribuídos em 5 facetas (sintomas da doença, inclusão social, perdão e culpa, preocupações sobre o futuro e morte e morrer), distribuídos nos domínios.⁽¹⁰⁾

Outros instrumentos de grande relevância podem ser mencionados, como o SF-36 (The Medical Outcomes Study 36 itens), que se trata de um instrumento genérico, que atualmente é um dos mais usados internacionalmente, devido ao fato de ser aplicável a diversos tipos de doenças, por ser composto por problemas de saúde física e emocional, o funcionamento social, a saúde mental, a dor, a vitalidade e as percepções de saúde geral, avaliando então a qualidade de vida relacionada à saúde. Ciconelli realizou uma adaptação deste instrumento para o português e o aplicou a pacientes portadores de artrite reumatóide⁽¹⁶⁾.

Mais de uma centena de modelos de instrumentos podem ser encontrados na literatura internacional e a grande maioria deles foi criada e validada na língua inglesa.

Entre os vários instrumentos desenvolvidos e testados para mensurar QV, encontra-se o de Ferrans e Powers criado para mensurar a QV tanto de pessoas saudáveis como das doentes. As autoras agrupam os itens que compõem o instrumento, em quatro domínios: Saúde/Funcionamento; Psicológico/Espiritual; Sócio/Econômico e Família⁽¹⁷⁾.

No âmbito específico da enfermagem, destacam-se os trabalhos da Dra. Carol Estwing Ferrans. Esta pesquisadora do departamento de enfermagem médico cirúrgico da escola de enfermagem da Universidade de Illinois, Chicago, desde 1982

vem desenvolvendo estudos sobre qualidade de vida, com colaboração de outros pesquisadores.

O IQV de Ferrans & Powers é instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, composto por 68 itens divididos em duas partes: a primeira que mede o nível de satisfação e a segunda, a importância atribuída pelo respondente a cada um dos itens. Os 34 itens de cada parte correspondem aos 4 domínios. A versão original genérica atribui valores em escalas de 6 pontos. Na primeira parte as escalas vão de “muito insatisfeito” a “muito satisfeito” e de “sem nenhuma importância” a “muita importância”⁽¹⁸⁾.

O Índice de Qualidade de Vida (Quality of Life Index) de Ferrans e Powers foi traduzido e validado no Brasil por Kimura em 1999.

Como na área da Saúde da Mulher, especificamente, ainda não se encontra nenhum instrumento traduzido e validado para o português, Fernandes e Narchi adaptaram ⁽¹⁹⁾ o instrumento criado por Ferrans & Powers para mensurar a QV de puérperas. Este modelo foi escolhido para a adaptação, por possibilitar a mensuração da QV de pessoas saudáveis, tendo em vista que o puerpério não é um estado de morbidade.

1.4 Puerpério

O período pós-parto ou puerpério inicia-se uma a duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisível, pois enquanto a mulher amamentar, ela estará sofrendo modificações da gestação (lactância), não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade ⁽²⁰⁾. É período cronologicamente variável, ⁽²¹⁾ e a assistência prestada em cada período se diferencia devido às necessidades particulares de cada um deles.

O período puerperal pode ser classificado em Puerpério Imediato: da 1ª hora à 2ª hora pós-parto, Puerpério Mediato: da 2ª h ao 10º dia pós-parto, Puerpério

Tardio: do 10º ao 42º dia pós-parto, Puerpério Remoto: do 42º ao 60º dia⁽²²⁾. Essas classificações variam de acordo com o autor.

Os primeiros dias após o parto são, em geral, vividos como uma mistura enorme de sentimentos como euforia, alívio, desconforto físico, medo, sentimentos de decepção⁽²³⁾.

No puerpério, a mulher encontra motivos para alegrias, mas pode também vivenciar momentos de insegurança, medo, conflitos e ansiedade⁽²⁴⁾.

Um dos fatores que interferem na assistência à mulher neste período, é a comunicação e interação onde o processo comunicacional desenvolvido entre a puérpera, família e o profissional de saúde, exige flexibilidade, eficiência, propriedade e resposta. Para haver flexibilidade, neste processo, é fundamental que o profissional considere cada pessoa como única, em constante processo de mudança, havendo a necessidade de se estabelecer objetivos para satisfazer suas necessidades emergentes⁽²⁵⁾.

No puerpério as mudanças envolvem todo o contexto de vida da mulher, seja profissional, pessoal ou dos papéis que vivencia, com repercussões nos aspectos biológicos, fisiológicos e psicológico⁽²⁶⁾ e possivelmente, estas situações e sentimentos interfiram na sua percepção sobre qualidade de vida.

Puerpério é o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, imprimidas pela gestação no organismo materno, retornam ao estado pré-gravídico⁽²⁷⁾. As transformações que se iniciam no puerpério, com a finalidade de restabelecer o organismo da mulher à situação não gravídica, ocorrem não somente nos aspectos endócrinos e genitais, mas no todo. A mulher neste momento, como em todos os outros, deve ser vista como um ser integral, não excluindo seu componente psíquico⁽²⁰⁾.

No puerpério imediato, o psiquismo vai depender da evolução da gestação, do trabalho de parto e do tipo de parto. O puerpério mediato ou tardio será influenciado por fatores como a amamentação, a relação mãe-marido-filho-família. Nesta fase, os fatores fisiológicos têm menor influência. No puerpério remoto a

conotação obstétrica é evidente, pois nele se reinstala a menstruação, na maioria das vezes de forma rotineira, independente de alterações emocionais⁽²⁸⁾.

O período puerperal é representado por vários significados com diferentes níveis de importância para cada mulher, família e comunidade. Está relacionado a questões culturais, educacionais, socioeconômicas e políticas de cada sociedade⁽²⁹⁾.

Não só o puerpério, mas a própria gravidez é um período bastante vulnerável para a ocorrência de crises na mulher, por conta das profundas mudanças intra e interpessoais desencadeadas pelo parto⁽³⁰⁾. O próprio conceito de assistência integral à saúde da mulher, até mesmo à assistência ao pré-natal precisa focalizar também aspectos relacionados à qualidade de vida em geral, e relacionada à saúde e não apenas atentar aos parâmetros físicos do cuidar⁽³¹⁾.

Da perspectiva psicanalista, o puerpério é também um período de delimitação entre o devaneio, a fantasia inconsciente e a realidade. Isto se relaciona às expectativas do parto, da criança e da reação ambiental. Esta nova situação pela qual a mulher passa exige um lento e gradual processo de incorporação à nova condição. Para criar e compreender o bebê, a mãe se vê forçada a um processo regressivo em relação a sua lactação. Essa regressão se dá com a identificação da sua própria experiência de lactação fazendo-a colocar-se à disposição do seu bebê, o que gera conflitos com a necessidade de continuar desempenhando o costumeiro papel familiar e social. Ao acrescentar-se a isto a expectativa em torno da amamentação, pode-se compreender que não são fáceis os dias que se sucedem ao parto⁽³²⁾.

A assistência obstétrica se dá no contexto das instituições de saúde, unidades básicas de saúde ou hospitais, que privilegiam o aspecto biológico do ser humano. Assim, o que se sucede fora deste contexto e desta dimensão, acaba por não ser considerado da competência do profissional de saúde⁽³³⁾. Desse modo, se a mulher busca o atendimento no sistema oficial com problemas que não se relacionam com a dimensão biológica, suas necessidades acabam não sendo atendidas.

As mudanças que ocorrem no puerpério, representadas por situações e sentimentos novos e muitas vezes conflitantes, possivelmente podem interferir na percepção de qualidade de vida da mulher nesta fase de seu ciclo reprodutivo.

No puerpério, com as atenções pessoais e familiares da mulher voltadas para as necessidades e bem estar do novo ser que aí se apresenta, o bebê, qual serão os sentimentos dessa mulher em relação a si mesma? E qual será sua percepção em relação à sua qualidade de vida neste momento?

Conhecer a percepção da QV da mulher no puerpério mediato tem como finalidade contribuir com o conhecimento da enfermagem na atenção à saúde da mulher, auxiliar nas intervenções e lançar um olhar diferente sobre algumas dimensões da mulher neste momento, de maneira que os enfermeiros e outros profissionais de saúde possam compreendê-la e melhorar a assistência de enfermagem materna.

2 OBJETIVOS

- Identificar o Índice de Qualidade de Vida (IQV) de mulheres no puerpério mediato, utilizando uma adaptação do instrumento de Ferrans & Powers.
- Verificar a influência das variáveis: tipo de parto, amamentação e saúde do bebê na qualidade de vida destas puérperas.

3 MÉTODOS

3.1 Tipo e Local da Pesquisa

Trata-se de estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa, que foi realizado em um hospital filantrópico, localizado no Município de Guaratinguetá, que presta assistência à população do município e região do médio Vale do Paraíba. O hospital atende usuários do Serviço Único de Saúde (SUS) e, também usuários das operadoras de saúde, empresas de saúde de auto-gestão e seguros de saúde.

A instituição possui 196 leitos assim distribuídos: 40 leitos cirúrgicos, 20 obstétricos, 95 de clínica médica, 10 psiquiátricos, 23 pediátricos, 6 de Unidade de Terapia Intensiva e 2 para portadores de HIV/AIDS. A maternidade tem uma média de 136 partos mês, sendo que, em torno de 70% são cesarianas e 30% partos normais. Além da assistência a pacientes internados, atende, no ambulatório, às crianças nascidas na instituição, para a coleta do “Teste do Pezinho”, exame realizado para a detecção de doenças como Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Fibrose Cística, Anemia Falciforme, entre outras hemoglobinopatias, objetivando identificar e tratar precocemente estas doenças. Este exame ficou popularmente conhecido como “Teste do Pezinho”, pois a punção capilar para coleta do sangue é realizada no calcanhar do bebê⁽³⁴⁾.

3.2 População e amostra

A população foi constituída por mulheres que estiveram internadas na maternidade do hospital e que, após a alta hospitalar, levaram seus bebês, no

período de abril a junho de 2007, para realizar o “Teste do Pezinho” no ambulatório de Triagem Neonatal, localizado na própria instituição.

A amostra foi por conveniência, constituída por 144 puérperas e para integrá-la, as mulheres atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- comparecer ao ambulatório, para realizar do “Teste do Pezinho” de seus bebês, no período estabelecido para a coleta dos dados;

- estar no puerpério mediato (até 10 dias após o parto);

- saber ler e escrever;

- estar em condições de responder ao questionário;

- aceitar fazer parte do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

Ressalta-se que nenhuma das mulheres abordadas recusou-se a participar da pesquisa.

3.3 Coleta de dados

3.3. 1 Instrumento para Coleta de dados

Para a coleta dos dados foram utilizados dois instrumentos (Anexos B e C). O primeiro instrumento (Anexo B) foi composto por três partes: a primeira destinou-se à obtenção do perfil sócio-econômico demográfico das mulheres, ou seja: idade, raça, religião, escolaridade, profissão, situação empregatícia, renda mensal familiar, número de pessoas no domicílio. A segunda parte referiu-se aos antecedentes obstétricos e constou das variáveis de interesse para o estudo, como: gestação, paridade, número de filhos vivos, tipo e condições do parto atual, dias do

puerpério mediato, tipo de aleitamento praticado, percepção da mulher sobre a amamentação e sobre sua saúde. A terceira, foi relativa à percepção da mãe sobre a saúde do bebê.

Para mensuração da QV das puérperas, dentre os vários instrumentos existentes, optou-se por aplicar, neste estudo, o Índice de QV criado por Ferrans e Powers e adaptado por Fernandes & Narchi, para mulheres no período puerperal (Anexo C).

O Índice de Qualidade de Vida (IQV) original de Ferrans e Powers é constituído de duas partes e apresenta 34 itens, em cada uma delas. A parte I mensura a satisfação das pessoas nos vários aspectos da vida, e a parte II, a importância desses mesmos aspectos.

Na adaptação realizada, as autoras acrescentaram ao instrumento original alguns itens que acreditaram interferir na QV das mulheres na fase puerperal; assim introduziram os itens: “a saúde do seu bebê” (item 2); “a assistência à saúde que seu bebê está recebendo” (item 4); “amamentar seu filho” (5); “as mudanças de humor que você sente (tristeza, alegria)” (7) e “ter tido esta criança” (30), passando o instrumento a contar com 39 itens.

No Quadro abaixo estão apresentados os dois instrumentos, o original de Ferrans & Powers e o adaptado por Fernandes e Narchi para mensuração da qualidade de vida no puerpério. Os itens acrescentados estão destacados em negrito.

INSTRUMENTO ORIGINAL	INSTRUMENTO ADAPTADO
1. Sua saúde	Sua saúde
2. Item acrescido	A saúde do seu bebê?
3. A assistência à saúde que você está recebendo?	A assistência à saúde que você está recebendo?
4. Item Acrescido	Assistência à saúde que o seu bebê está recebendo?
5. Item Acrescido	Amamentar seu filho?
6. A intensidade de dor que você sente?	A intensidade de dor que você sente?
7. Item Acrescido	As mudanças de humor que você sente (tristeza e alegria)?
8. A energia que tem para as atividades diárias?	A energia que tem para as atividades diárias?
9. Sua independência física?	Sua independência física?
10. Sua capacidade para controlar sua vida?	Sua capacidade para controlar sua vida?
11. A possibilidade de viver por longo tempo?	A possibilidade de viver por longo tempo?
12. A saúde de sua família?	A saúde de sua família?
13. Seus filhos?	Seus filhos?
14. A felicidade de sua família?	A felicidade de sua família?
15. Seu relacionamento com o esposo/companheiro?	Seu relacionamento com o esposo/companheiro?
16. Sua vida sexual?	Sua vida sexual?
17. Seus amigos?	Seus amigos?
18. O apoio que você recebe das pessoas?	O apoio que você recebe das pessoas?
19. Sua capacidade para cumprir com as responsabilidades familiares?	Sua capacidade para cumprir com as responsabilidades familiares?
20. Capacidade para ser útil às outras pessoas?	Capacidade para ser útil às outras pessoas?
21. Nível de estresse ou preocupações em sua vida?	Nível de estresse ou preocupações em sua vida?
22. Seu lar?	Seu lar?
23. Sua vizinhança?	Sua vizinhança?
24. Suas condições sócio-econômicas?	Suas condições sócio-econômicas?
25. Seu trabalho?	Seu trabalho?
26. O fato de não ter um trabalho?	O fato de não ter um trabalho?
27. Sua escolaridade?	Sua escolaridade?
28. Sua independência financeira?	Sua independência financeira?
29. Suas atividades de lazer?	Suas atividades de lazer?
30. Sua disposição para passear?	Sua disposição para passear?
31. Item Acrescido	Ter tido esta criança ?
32. Ter uma velhice feliz?	Ter uma velhice feliz?
33. Sua paz de espírito?	Sua paz de espírito?
34. Sua fé em Deus?	Sua fé em Deus?
35. A realização de seus objetivos pessoais?	A realização de seus objetivos pessoais?
36. Sua felicidade de modo geral?	Sua felicidade de modo geral?
37. Sua vida de modo geral?	Sua vida de modo geral?
38. Sua aparência pessoal?	Sua aparência pessoal?
39. Com você mesmo, de modo geral?	Com você mesmo, de modo geral?

Fonte: Kimura, 1999

Quadro 1 - Instrumento original de Ferrans & Powers e instrumento adaptado para puerpério

No instrumento original Ferrans e Powers distribuem os 34 itens do (IQV) em 4 domínios inter-relacionados: Saúde/Funcionamento, composto por 14 itens, Psicológico/Espiritual, composto por 7 itens, Sócio-Econômico, composto por 9 itens e Família, composto por 4 itens.

Domínios da vida são definidos pelas autoras como “lugares, coisas e atividades, pessoas e papéis que representam os vários fatores objetivos que podem afetar a percepção dos indivíduos sobre qualidade de vida”⁽¹⁶⁾.

Os domínios são constituídos por vários papéis que representam fatores objetivos, podendo afetar a percepção do indivíduo sobre QV. Os itens do instrumento adaptado para a mulher no puerpério foram distribuídos pelos quatro domínios estabelecidos por Ferrans e Powers e estão apresentados no abaixo.

SAÚDE / FUNCIONAMENTO	
Número do item	Item
1	Sua Saúde
2	A saúde do seu bebê
3	A assistência à saúde que você está recebendo
4	A assistência à saúde que seu bebê está recebendo
5	Amamentar seu filho
6	A intensidade de dor que você sente
7	As mudança de humor que você sente
8	A energia que você tem
9	Sua independência física
10	A possibilidade de controlar sua vida
11	A possibilidade de viver por longo tempo
16	Vida sexual
19	Sua capacidade para cumprir as Responsabilidade/ família
20	Ser útil
21	Estresse
29	Atividade/ lazer
30	Disponibilidade para passear
31	Ter tido esta criança
32	Ter uma velhice feliz
FAMILIA	
12	Saúde da família
13	Filhos
14	Felicidade da família
15	Relacionamento com companheiro
SOCIO-ECONOMICO	
17	Amigos
18	Apoio que recebe
22	Seu lar
23	Vizinhança
24	Nível socioeconômico
25	Trabalho
26	Não ter trabalho
27	Escolaridade
28	Independência financeira

continua

PSICOLÓGICOS/ESPIRITUAIS	
Número do item	Item
33	Paz de espírito
34	Fé em Deus
35	Objetivos Pessoais
36	Felicidade em geral
37	Vida de modo geral
38	Aparência Pessoal
39	Consigo própria

Fonte: Kimura, 1999

Quadro 2. Distribuição dos itens do instrumento adaptado para puerpério, por domínio.

3.3.2 Teste Piloto

Para verificar a aplicabilidade do instrumento e identificar possíveis dificuldades, foi realizado teste piloto no mesmo local onde a pesquisa foi desenvolvida, com dez mulheres que não fizeram parte da amostra. A maior dificuldade encontrada foi relacionada à extensão do questionário, pois as mulheres se queixavam de ser um instrumento longo, tornando-se cansativo; entretanto, não foram realizadas alterações no instrumento. A média de tempo despendido no preenchimento total do instrumento foi de 15 minutos.

3.3.3 Procedimentos para a coleta de dados

Os dados foram coletados por uma aluna do quarto ano do curso de graduação em enfermagem, especialmente treinada para o procedimento. Após o treinamento, a aluna compareceu ao ambulatório da instituição, no setor de coleta de exame, Triagem Neonatal, às 2ª feiras e 4ª feiras das 13h às 15h, período e horário em que é realizado, no recém-nascido (RN), o “Teste do Pezinho”. Nessa ocasião, foram abordadas as puérperas que levaram seus recém-nascidos para

realizar o exame, o que ocorre, em geral, até o 10º dia após o parto, portanto, no período do puerpério mediato.

As mães foram orientadas sobre a pesquisa e seus objetivos, e convidadas a participar; as que assentiram, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo A).

Após serem entrevistadas em local privativo para preenchimento do instrumento (Anexo B), responderam ao questionário (Anexo C). A aluna esteve à disposição da puérpera durante todo o tempo de preenchimento do questionário, para esclarecer dúvidas e reorientá-la, caso fosse necessário. O questionário foi auto-aplicado, e a própria puérpera o preencheu.

3.3.4 Procedimentos éticos

De acordo com a Resolução 196/96 que trata de pesquisas com seres humanos, todas as mulheres que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), onde constam os objetivos do estudo, as atividades a serem desenvolvidas, a participação voluntária das mulheres, a informação de que os dados coletados podem ser utilizados para pesquisas e publicações posteriores, a garantia do sigilo de suas respostas e identidades, que não haveria riscos para sua pessoa em participar e que poderiam interromper sua participação caso o desejassem. Além disto, o Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos (Anexo D, SISNEP nº 19/2007) e foi solicitada autorização formal à Diretoria da instituição hospitalar (Anexo E) onde a pesquisa foi realizada.

3.3.5 Análise Estatística

Foram utilizados na elaboração estatística da pesquisa os softwares: MSOffice Excel versão 2003 para o gerenciamento do banco de dados; SPSS for Windows versão 12.0 - Statistical Package for the Social Science, para a execução dos cálculos estatísticos, elaboração e edição de gráficos e na elaboração das tabelas e redação o MSOffice Word versão 2003.

Para avaliar a consistência interna do índice de qualidade de vida foi utilizado o coeficiente Alfa de Crombach⁽³⁵⁾. Este coeficiente é uma medida de correlação entre os itens componentes de um indicador e seus valores variam entre 0 e 1 e quanto maior este valor, melhor a confiabilidade. Neste estudo a manutenção ou retirada de um item do instrumento adaptado foi considerada em termos de seu efeito sobre o coeficiente de Alfa de Cronbach. Os critérios para a retirada dos itens inconsistentes foram: a correlação de cada item com o escore e com os outros itens (itens com correlações negativas devem ser excluídos) e o acréscimo no coeficiente alfa quando o item é retirado (acrécimos inferiores a 1% foram desconsiderados). A análise foi realizada por domínios e geral.

O instrumento demonstrou consistência interna adequada, pois nenhum item apresentou correlação negativa em qualquer dos quatro domínios analisados, não sendo necessária a exclusão de nenhum item do instrumento.

Para as variáveis quantitativas, utilizaram-se médias e medianas com intuito de resumir as informações e o desvio-padrão, mínimo e máximo, para indicar a variabilidade dos dados.

Na análise comparativa entre os domínios, (Saúde/funcionamento, Família, Sócio-Econômico e Psicológico/espiritual) foi utilizado o teste Friedman⁽³⁶⁾ onde se observou diferença estatisticamente significativa entre os domínios ($p < 0,05$).

Para comparar os escores de qualidade de vida, geral e por domínios, com relação ao tipo de parto, avaliação do ato de amamentar e condições das mamas, aplicou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis⁽³⁷⁾. Este teste serve

para testar a hipótese de que três ou mais populações têm a mesma distribuição (no nosso caso, se a qualidade de vida é a mesma nos grupos analisados), esse teste é, portanto, uma alternativa para a Análise de variância – ANOVA. Foi aplicada metodologia não paramétrica, pois os escores de qualidade de vida não apresentaram distribuição normal, que é uma pressuposição para o uso de métodos paramétricos.

Para comparar os escores de qualidade de vida geral e por domínios com relação a problemas de saúde do bebê (não X sim) aplicou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney⁽³⁷⁾. Este teste serve para testar a hipótese de que duas populações têm a mesma distribuição (no nosso caso se a qualidade de vida é a mesma nos dois grupos analisados), esse teste é, portanto, uma alternativa para o teste *t-Student* no caso de amostras independentes. Foi aplicada metodologia não paramétrica, pois os escores de qualidade de vida não apresentaram distribuição normal, que é uma pressuposição para o uso de métodos paramétricos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse estudo foram analisados os questionários respondidos por 144 mulheres que se encontravam no puerpério mediato (até dez dias após o parto). A caracterização da amostra estudada está apresentada em forma de tabelas com freqüências relativas (percentuais) e absolutas (N) para as classes de cada variável qualitativa.

Os resultados estão apresentados com a seguinte distribuição:

4.1 - Dados sócio-demográficos;

4.2 - Dados Obstétricos;

4.3 - Dados do Puerpério: Amamentação e Saúde do Bebê;

4.4 - Índice de QV.

4.1. Dados Sócio-Demográficos

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo as variáveis: escolaridade, profissão/ocupação, situação empregatícia, raça e religião - São Paulo - 2008

Grau de Instrução	N	%
Ensino Fundamental Incompleto	32	22,2
Ensino Fundamental Completo	12	8,3
Ensino Médio Incompleto	22	15,3
Ensino Médio Completo	68	47,2
Ensino Superior Incompleto	3	2,1
Ensino Superior Completo	7	4,9
Total	144	100
Profissão	N	%
Do Lar	92	63,9
técnicos Trabalhos em Nível Superior ou	11	7,7
Estudante	5	3,5
Outras Profissões	36	24,9
Total	144	100
Situação Empregatícia	N	%
Sim	39	83
Não	8	17
Total	47	100
Raça	N	%
Branca	94	65,3
Negra	16	11,1
Parda	33	22,9
Amarela	1	0,7
Total	144	100
Religião	N	%
Sem Religião	3	2,1
Católica	109	75,6
Evangélica	25	17,4
Outras Religiões	7	4,9
Total	144	100

* EF = Ensino Fundamental, até a 8ª série; EM = Ensino Médio, até o 3º Ano; ES = Ensino Superior (Graduação).

Observa-se na Tabela 1, que 47,2% das puérperas completaram o Ensino Médio, ou seja, possuíam 11 anos de estudo, 22,2% não concluíram o Ensino Fundamental, 15,3% não completaram o Ensino Médio e 8,3% completaram o

Ensino Fundamental. Apenas 4,9% das puérperas concluíram o Ensino Superior, com média de 15 anos de estudos, e 2,1% tinham Ensino Superior incompleto.

Estudo realizado para avaliar a assistência prestada a gestantes de baixo risco, em município próximo a São Paulo, encontrou resultados diferentes, pois o nível de escolaridade naquela população foi menor, uma vez que a maioria das gestantes estudadas (68,8%) não ultrapassou o Ensino Fundamental⁽³⁸⁾.

Entretanto, em outro estudo realizado sobre a QV de gestantes, os resultados são semelhantes aos encontrados nesta pesquisa, pois as gestantes naquele trabalho, em sua maioria (52,5%) apresentavam o Ensino Médio completo⁽⁷⁾.

A escolaridade materna interfere nas decisões da mulher, pois quanto menor o nível de aprendizado, maiores são as chances de multiparidade e menor intervalo intergenésico, problemas na gestação, com a saúde do bebê e com a própria saúde, não realização do pré-natal e mortalidade neonatal ou no primeiro ano de vida⁽³⁹⁾.

No que se refere à profissão/ocupação, observa-se na Tabela 1 que 63,9% das mulheres, ou seja, a maioria referiu ser “Do Lar”, ou seja, não ter emprego remunerado, 7,7% exerciam atividades de nível técnico ou superior, 3,5% eram estudantes e 24,9% trabalhavam em outras profissões.

Estudo realizado com 77 gestantes demonstrou que na população analisada, 84,4% não tinham trabalho remunerado, prevalecendo as que exerciam atividades em seu próprio lar⁽³⁸⁾.

Embora as pesquisas revelem, há alguns anos, no Brasil o número de mulheres que trabalham aumentou nas últimas décadas; afinal, nem toda família consegue sobreviver apenas com o salário do homem, especialmente nas áreas urbanas⁽⁴⁰⁾. No presente estudo, apenas 32,6% das puérperas tinham atividade remunerada, contribuindo, portanto, no orçamento familiar.

Das mulheres que relataram exercer algum tipo de atividade remunerada (47), 83% estavam trabalhando e 17% referiram estar desempregadas no momento.

Os dados referentes à raça apresentados na Tabela 1 evidenciam que a cor branca foi predominante entre as puérperas (65,3%), seguida pela parda (22,9%), negra (11,1%) e amarela (0,7%).

Estes resultados são compatíveis com a caracterização populacional do país, pois segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Censo demográfico de 2000, 53,8% da população se auto-classificou como branca, 39,1% como parda, 6,2% como negra, e 0,5% como amarela e indígena⁽⁴¹⁾.

Observa-se ainda na mesma Tabela que a religião Católica é a mais professada (75,6%), entre as mulheres que participaram da pesquisa. O segundo credo com maior percentual foi o Evangélico (17,4%), 4,9% freqüentam outros tipos de religião e apenas 2,1% referiram não professar nenhum credo.

Um estudo anterior sobre QV feminina demonstrou valores próximos aos dados obtidos nesta pesquisa. No estudo em questão, 76,0% das mulheres eram católicas e 24,0% manifestaram outras religiões⁽⁴²⁾.

A religiosidade e a espiritualidade, em si, são consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem, que estão doentes, ou passam por um processo de mudança, como uma forma de apoio. Existem evidências claras de que a religiosidade está associada com a saúde mental de toda e qualquer pessoa, por ajudar a enfrentar as dificuldades da vida, dar estrutura para experimentar e atribuir significados a coisas pessoais, fornecendo bem estar⁽⁴³⁾.

Tabela 2. Estatística descritiva das variáveis quantitativas: idade, renda familiar e número de pessoas no domicílio - São Paulo - 2008

	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	144	26,00	26,00	6,33	15	40
Renda Familiar	144	818,95	609,50	609,81	100	5000
Nº Pessoas	144	4,71	4,00	1,96	2	13

Na Tabela 2, observa-se que a média de idade das puérperas foi de 26 anos, com uma variação de 15 a 40 anos.

A idade média das mulheres, deste estudo, representa a melhor faixa etária para o ciclo reprodutivo, sobretudo para a primeira gestação.

Os dados do estudo evidenciaram que houve um percentual de 10% de puérperas adolescentes, fato este que pode intensificar problemas na vida de recém-nascidos, pois gestações nos extremos da vida, favorecem trabalhos de parto prematuro e Rn com baixo peso. Entretanto, ressalta-se que não é apenas a idade da mãe que influencia estes dados, mas também o meio em que ela vive, assim como aspectos sociais, podem interferir nos resultados relativos ao RN⁽⁴⁴⁾.

A renda familiar média encontrada, como se verifica ainda na Tabela 2, foi de R\$ 818,95, com uma variação de R\$ 100,00 a R\$5.000,00. Estes dados são compatíveis com estudo realizado com gestantes, onde a renda familiar média foi de R\$ 984,00⁽³¹⁾. Entretanto, difere de outra pesquisa onde a renda familiar média foi de R\$ 560,20⁽³⁸⁾.

Observa-se, hoje, uma ampliação acentuada de trabalhadores com remunerações mais baixas, com aumento significativo de pessoas com salários menores de três salários mínimos, o que está estimulando o debate do papel da política de salário mínimo na economia⁽⁴⁵⁾.

Evidencia-se com estes dados, também a desigualdade de condições em que vive a população brasileira.

No que tange ao número de pessoas por domicílio, a média foi de 4,7 pessoas com mediana de 4,0 co-habitantes por família, o que mostra um padrão familiar expandido, nesta população, se for considerada a visão das famílias brasileiras que em 1980 tinham 4,5 componentes em média, realidade que está mudando, pois em 1992 era 3,7 e, esta média passou para 3,3 em 2001⁽⁴⁶⁾.

Em termos regionais, a média mais elevada de pessoas por domicílio encontra-se nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, ambas com média de 3,7

componentes por família, ao passo que ao Sul e Sudeste, esta média é de 3,2 pessoas⁽⁴⁶⁾.

Estudo⁽³¹⁾ sobre QV em gestantes, identificou uma média de moradores por domicílio de 3,46 e a separação por quartis clarifica que 50% da amostra tinha no máximo até 3 moradores por domicílio.

4.2 Dados Obstétricos

Tabela 3. Distribuição das mulheres segundo o planejamento da gestação e tipo de Parto - São Paulo – 2008

Planejamento da Gestação	N	%
Não	71	49,3
Sim	73	50,7
Total	144	100
Tipo de Parto	N	%
Normal s/ episiorrafia	10	7,0
Normal c/ episiorrafia	33	22,9
Cesárea	101	70,1
Total	144	100

Das puérperas que participaram do estudo, 50,7% referiram ter planejado a gravidez, em contrapartida 49,3% relataram ter enfrentado uma gestação não planejada.

Neste estudo, o percentual de gravidez não planejada foi relativamente elevado (49,3%). A concepção não planejada pode acarretar prejuízos à saúde da mãe e do filho com impacto negativo sobre o psiquismo de ambos⁽⁴⁷⁾. As mulheres que não planejam com seus parceiros a gravidez sofrem no decurso do processo gestacional uma grande incerteza em relação ao próprio futuro e ao de seu filho.

A cultura brasileira favorece o pouco envolvimento do homem nas questões reprodutivas, pois de modo geral eles têm conhecimentos precários sobre o tema, não recebem educação sexual e reprodutiva e costumam atribuir exclusivamente à mulher a responsabilidade da contracepção.

Decidir ter um filho é o resultado de uma série de motivos conscientes e inconscientes, da mulher e de seu companheiro, ou apenas da mulher. O contexto em que a gravidez ocorre exerce grande influência nas reações emocionais da mulher e da família⁽⁴⁸⁾.

Em contrapartida, em uma gravidez planejada e esperada, o sentimento predominante da mulher é de felicidade por já representar o que é ser mãe⁽⁴⁹⁾, influenciando toda a gestação de forma positiva durante todos os momentos, até o período do parto e puerpério.

O conhecimento e a orientação sobre planejamento familiar têm importante impacto na saúde da mulher e da criança, já que beneficia a prevenção seletiva das gestações de alto risco e de morte materna, por causas obstétricas indiretas, promovendo o bem-estar físico, psíquico e social, dando autonomia para a mulher e seu companheiro de definir o momento ideal para uma gestação⁽⁴⁹⁾.

As mulheres são mais preocupadas e dão mais importância ao planejamento familiar. Estudo realizado em 2004⁽⁵⁰⁾, mostrou que as mulheres davam importância para planejar a gravidez, pois pretendiam promover maior bem-estar e conforto aos filhos e isto só seria possível se reduzissem o número de gestações. As entrevistadas se interessavam por informações sobre planejamento familiar, com opiniões que vão além da esfera da contracepção, mas por uma ação de promoção de saúde e de uma melhor qualidade de vida.

Verifica-se ainda na Tabela 3 que o tipo de parto mais freqüente entre as mulheres que compuseram a amostra foi o parto cesariana (70,1%), os partos normais com episiorrafia obtiveram um percentual de 22,9% e parto normal sem episiorrafia 7,0%.

Outro estudo encontrou um percentual de 30% de cesarianas e considerou este valor abusivo⁽⁵¹⁾. Os percentuais de partos operatórios são mais elevados em instituições que atendem pacientes particulares ou de convênios médicos, como é o caso desta amostra.

Em instituição que atende basicamente usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) foram encontrados percentuais bem diferentes, 22,1% de cesarianas e 77,9% de partos normais⁽³⁸⁾.

Entre as principais indicações alegadas para a ocorrência da cesariana estão história de hipertensão arterial e hospitalização da mulher durante a gestação por oferecerem maior risco no momento do parto, mas também há a influência dos profissionais na hora da escolha, interferindo nas atitudes das mulheres e assim, favorecendo o número crescente de cesarianas⁽⁵¹⁾.

Mesmo existindo várias tentativas de ampliação de modalidades alternativas para o nascimento, poucas são as possibilidades de escolha ou decisão oferecidas à gestante. É necessário divulgar estas alternativas para a assistência ao parto, permitindo à mulher exercer seu direito de escolha como cidadã.

Tabela 4. Estatística descritiva das variáveis quantitativas: gestações, número de filhos vivos e dias após o parto - São Paulo - 2008

	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
N ° Gestações	144	2,17	2,00	1,40	1	9
Nº Filhos	144	2,09	2,00	1,39	1	9
Dias após parto	144	6,35	6,00	2,04	2	10

Na Tabela 4, pode-se visualizar que a média de gestações destas mulheres foi 2,17 e a média de filhos vivos de 2,09.

Estudo realizado com gestantes no ano de 2007⁽³⁸⁾, a média de gestações encontrada foi de 2,7 com uma variação de 1 a 10 gestações, e a média de filhos vivos 2,5 com uma variação de 1 a 9. Resultados semelhantes aos encontrados no presente estudo.

No que se refere ao dia do puerpério em que se encontravam, quando da realização da pesquisa, a média encontrada foi de 6,35 dias de parto.

Com as significativas quedas nas taxas de fecundidade e natalidade, a população brasileira cresce cada vez menos, desde a década de 70. Entre os anos de 1993 a 2003, a taxa bruta de natalidade (nascidos vivos por mil habitantes), passou de 22,6% para 20,9%, e a fecundidade, de 2,6 para 2,3 filhos por mulher⁽⁵²⁾.

4.3. Dados do Puerpério: amamentação, saúde da mãe e a saúde do bebê

Tabela 5. Distribuição da amostra segundo tipo de Amamentação - São Paulo - 2008

Amamentação	N	%
AE	93	64,6
AM	45	31,2
AA	6	4,2
Total	144	100

Legenda AE= amamentação exclusiva, AM= Amamentação mista, AA= amamentação artificial

Na Tabela 5 verifica-se que 64,6% das mães, no momento da entrevista, aleitavam seus filhos exclusivamente com leite materno, 31,2% já haviam introduzido outro tipo de leite, como complemento ao leite materno e 4,2% alimentavam os filhos exclusivamente com fórmulas lácteas.

Estes resultados de aleitamento exclusivo são baixos se comparados com outros estudos realizados. Em um deles 95% das mães, que se encontravam no puerpério mediato, referiram estar aleitando os filhos exclusivamente⁽²⁴⁾.

Outra pesquisa realizada com mulheres de uma comunidade carente mostrou que 92% das mães iniciaram a amamentação de forma exclusiva e que, após seis meses do nascimento, 31% permaneciam aleitando dessa forma, 41% utilizavam a amamentação mista (leite materno complementado) e 21% a artificial (desmame completo)⁽⁵³⁾.

A OMS recomenda que o aleitamento materno exclusivo seja de 180 dias, entretanto, no Brasil, a mediana da amamentação exclusiva é baixa, atingindo apenas 23 dias⁽⁵⁴⁾.

Conhecimentos recentes mostram que a interrupção do aleitamento materno exclusivo em idade inferior a seis meses é inadequada do ponto de vista biológico e psicológico, representa risco à saúde e bem estar dos lactentes. O aleitamento materno exclusivo é a prática de alimentação infantil adequada, pois fornece quantidade e qualidade para suprir os requerimentos nutricionais, protegem as vias aéreas contra substâncias estranhas e não excedem a capacidade funcional do trato gastrointestinal e rins⁽⁵⁵⁾.

Tabela 6. Distribuição da amostra segundo avaliação do ato de amamentar - São Paulo - 2008

Ato de amamentar	N	%
Bom	94	68,1
Ótimo	20	14,5
Ruim	24	17,4
Total	138	100

Nota: 6 mulheres não responderam essa questão

Para 68,1% das mulheres entrevistadas, o ato de amamentar foi considerado bom, para 17,4% ruim e para 14,5% ótimo. Neste estudo, o percentual de avaliação positiva para o ato de amamentar foi alto (82,6%).

Entretanto, estes resultados são antagônicos aos de outras pesquisas, que relatam que o abandono, dúvidas e inseguranças que as puérperas vivenciam durante o período de internação, se tornam obstáculos ao desempenho do papel materno da amamentação, tornando o ato difícil e ruim para muitas mulheres⁽⁵⁶⁾, mas este sucesso também depende das peculiaridades emocionais que a mulher está vivendo, naquele momento.

O processo de amamentar vivenciado pela mulher está carregado de sensações físicas e mentais e apresenta matizes que variam do solitário ao coletivo, do prazeroso ao doloroso e está permeado de muitas dúvidas e alívios⁽⁵⁷⁾.

Quando as mulheres que compuseram a amostra foram inquiridas sobre as condições das mamas, 67,0% delas referiram que tiveram trauma mamilar e 24,0% ingurgitamento mamário, entretanto elas não consideraram estes problemas quando de sua avaliação do ato de amamentar. Pois mesmo podendo sentir dor ou desconforto, a maioria 82,6, avaliou positivamente o aleitamento.

A fissura ou trauma mamilar e o ingurgitamento mamário são os dois problemas mais comumente enfrentados pelas mulheres, nos primeiros dias da amamentação; embora não sejam problemas graves, causam dor e desconforto à mulher e podem evoluir desfavoravelmente, se não tratados adequadamente⁽⁵⁴⁾.

Tanto o ingurgitamento quanto a fissura causam dor e desconforto para amamentar, podendo causar febre e mal-estar, que leva a uma amamentação ineficaz. Se a mulher não for bem acompanhada e orientada, neste momento, poderá iniciar uma suplementação alimentar desnecessária⁽⁵⁴⁾.

Tabela 7. Distribuição das puérperas segundo sua percepção em relação à própria Saúde - São Paulo - 2008

Saúde da Puérpera	N	%
Sem Problemas/Queixas	132	91,7
Alergia a Medicação	1	0,7
Anemia	1	0,7
Cefaléia	1	0,7
Dor Lombar	2	1,3
Dor na Episiorrafia	1	0,7
Dor na Incisão Cirúrgica	1	0,7
Gripe	1	0,7
Hipertensão	1	0,7
Hipertermia	1	0,7
Incisão Purulenta	1	0,7
Resfriado	1	0,7
Total	144	100

A Tabela 7 mostra que 91,7% das puérperas não referiram queixas em relação à sua saúde, 1,3% apresentavam dor lombar, e 0,7% delas referiram problemas como: alergia a medicação, anemia, cefaléia, dor na episiorrafia, dor na incisão cirúrgica, gripe, hipertensão, hipertermia, incisão purulenta, resfriado.

As primeiras dificuldades vividas pela puérpera estão associadas às alterações físicas e fisiológicas decorrentes da gravidez e do parto. O seu impacto é variável para cada mulher e habitualmente expresso como “dor” ou “desconforto”. As queixas dolorosas poderão interferir no aparecimento ou acentuar outras dificuldades, como a fadiga e dificuldades no auto-cuidado, o que pode vir a alterar na QV de vida da mulher⁽⁵⁸⁾.

Alguns trabalhos apontam os principais problemas de saúde da mulher no puerpério, referindo que estes podem ser de ordem psicossocial ou física. Destacam entre os psicossociais: a fadiga, a depressão, problemas financeiros e falta de suporte social. Dentre os de ordem física, os que emergiram, nestes trabalhos, com maiores percentuais foram: mamilos doloridos (23%), ingurgitamento (19%), problemas com a episiotomia/incisão (13,7%), constipação (8,4%) e hemorróidas (6,74%)⁽⁵⁹⁾.

Nesta pesquisa, algumas dificuldades encontradas pelas mães em relação à sua saúde, estão compatíveis com as descritas acima, porém, em porcentagens menores. Pois, de maneira geral, as puérperas consideraram não ter problemas em relação à própria saúde.

No puerpério, a atenção, o carinho e outros cuidados especiais poderão ser fundamentais para a superação de dificuldades e encorajar a verbalização de dúvidas e ansiedades vividas pela mulher⁽⁶⁰⁾.

Tabela 8. Distribuição das respostas das mulheres segundo sua percepção em relação à saúde do bebê - São Paulo - 2008

Saúde do Bebê	N	%
Normal	137	95,1
Cólica e Dor de Ouvido	1	0,7
Hematúria	1	0,7
Ictérico	3	2,1
Odor Fétido/Coto	1	0,7
Resfriado	1	0,7
Total	144	100

Verifica-se na Tabela 8, que para 95,1% das mães, a saúde do bebê era normal e, apenas 4,9% referiram algum tipo de alteração na saúde da criança. Dos problemas apontados os mais relevantes, em ordem decrescente, foram: hematúria, odor fétido do coto e dor de ouvido, que são sugestivos de infecção. A icterícia e a cólica são problemas considerados fisiológicos, nesta idade da criança.

Estudo desenvolvido com mães no puerpério, apontou como problemas mais relevantes na saúde do bebê: a icterícia (32%), problemas com a alimentação (16,1%), perda de peso (13,9%) e desidratação (4,2%). Apenas a icterícia coincide com os achados desta pesquisa⁽⁵⁹⁾.

4.4 Índice de Qualidade de Vida

Estão apresentados, a seguir, os dados referentes ao Índice de Qualidade de Vida (IQV):

- Análise da Consistência Interna por domínio;
- Análise da Consistência Interna Geral;
- Análise Comparativa dos Escores de Qualidade de Vida;

- Análise da influência das variáveis: tipo de parto; amamentação; condições da mama e saúde do bebê, na Qualidade de Vida das puérperas.

O instrumento específico para mensurar o IQV utilizado na pesquisa, como já descrito, é composto por duas partes (Anexo C). Na primeira, as mulheres responderam às questões referentes à satisfação e na segunda às questões referentes à importância que atribuem a cada item questionado. As frequências relativas e absolutas das respostas obtidas na coleta dos dados, para cada item do instrumento, estão apresentadas em duas tabelas no Anexo F, e possibilitaram não só a análise da Consistência Interna do instrumento adaptado, como conhecer o IQV das mulheres que compuseram a amostra da pesquisa, que se apresenta a seguir.

4.4.1. Análise de Consistência Interna

Para avaliar a consistência interna dos itens que compuseram o índice de qualidade de vida, adaptado para puérperas, como já referido, utilizou-se o Coeficiente Alfa de Crombach. A análise foi realizada por domínios e geral.

4.4.1.1 Análise de Consistência por Domínio

4.4.1.1.1 Domínio Saúde e Funcionamento

Nesse domínio foram considerados 19 itens. Na análise nenhum item apresentou correlação negativa e o Coeficiente Alfa foi alto ($\alpha = 0,931$) e a retirada de nenhum item aumentaria significativamente o valor do Alfa. Desta forma, considerou-se que o domínio Saúde e Funcionamento tem uma boa consistência interna.

Tabela 9. Resultados da análise de consistência do domínio Saúde/ funcionamento - São Paulo - 2008

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
QV1	465,5417	6629,264	0,754	0,858	0,926
QV2	464,9097	6681,824	0,757	0,909	0,926
QV3	467,6840	6554,256	0,598	0,671	0,929
QV4	466,4028	6533,529	0,716	0,812	0,926
QV5	466,2049	6755,921	0,519	0,461	0,930
QV6	473,4618	6674,245	0,415	0,371	0,934
QV7	470,1146	6369,184	0,644	0,556	0,928
QV8	469,5035	6436,114	0,713	0,660	0,926
QV9	468,8021	6436,798	0,655	0,646	0,927
QV10	467,3542	6648,912	0,662	0,604	0,927
QV11	465,3611	6697,911	0,694	0,698	0,927
QV16	467,1528	6711,851	0,484	0,390	0,931
QV19	467,0382	6543,815	0,713	0,725	0,926
QV20	467,5486	6539,557	0,698	0,664	0,926
QV21	471,1875	6738,611	0,450	0,342	0,932
QV29	468,7188	6515,667	0,641	0,691	0,928
QV30	468,2153	6507,292	0,689	0,657	0,926
QV31	464,7257	6835,940	0,667	0,700	0,928
QV32	465,1979	6722,976	0,743	0,799	0,927

Alfa = 0,931

Na análise de correlação entre os itens, destaca-se a questão 2, “A Saúde de seu Bebê”, que apresentou a melhor performance (0,757), demonstrando seu peso no domínio, juntamente com a questão 1, “Sua Saúde”, que obteve o segundo melhor coeficiente (0,754). Portanto, o item dois que foi introduzido no instrumento adaptado mostrou-se oportuno, tendo em vista que a adaptação foi realizada para mensurar a QV de mulheres no puerpério e a saúde do bebê ser um fator relevante para ela, principalmente nos primeiros dias após o parto.

Outras questões que tiveram coeficientes elevados foram: a questão 32 “Possibilidade de Ter uma Vida Feliz” (0,743), questão 4 “Assistência à Saúde que seu Bebê está Recebendo” (0,716), questão 8, “A Energia que Tem Para as Atividades Diárias” (0,713) e a questão 19, “Capacidade Para Cumprir Responsabilidades Familiares” (0,713).

A questão 6 “Intensidade de Dor que Você Sente”, obteve a pior performance (0,415), e valor Alfa de 0,934, se fosse excluída. Optou-se por não retirar o item, pois não interferiria significativamente no valor de Alfa do domínio (0,931).

Em estudo sobre a interferência da dor nas atividades e necessidades da puérpera, a prevalência de dor foi elevada, acima de 90% da amostra estudada, mesmo no décimo dia após o parto. A dor nas mamas interferiu na atividade de amamentar o filho, e nas primeiras 24 horas, o local mais citado como doloroso foi a região perineal, com manifestação igual para dor lombar⁽⁶¹⁾.

Dentro do período puerperal ocorrem inúmeras modificações locais e sistêmicas, devido à volta do corpo da mulher a seu estado anterior a gestação, logo após o parto, como dentro de até 6 semanas, causando cólicas evidentes, pela contração uterina, desconforto vaginal causado por edema e dilatação da região por retalhos de membrana himenal necrosada. Com frequência surgem ou agravam-se varicosidades do plexo venoso hemorroidário, dores em região perineal, pois à musculatura do assoalho pélvico pode se apresentar distendida e fraca, dependendo do tipo de episiotomia ou laceração causada, e estas re-adaptações principais no organismo da mulher geram dor e desconforto, até seu total restabelecimento⁽²⁹⁾. Entretanto, neste estudo a dor não foi valorizada pelas mulheres.

4.4.1.1.2 Domínio Família

Neste domínio foram considerados 4 itens. Na análise não foram observadas correlações negativas entre os itens e o Coeficiente Alfa foi 0,845 e a retirada de nenhum item aumentaria significativamente o valor do Alfa. Desta forma, considerou-se que o domínio Família tem uma consistência interna boa.

Tabela 10. Resultados da análise de consistência do domínio Família - São Paulo - 2008

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
QV12	84,9132	186,319	0,636	0,513	0,823
QV13	84,0069	198,231	0,809	0,737	0,772
QV14	84,3090	186,238	0,844	0,776	0,749
QV15	85,8229	160,645	0,481	0,396	0,884

Alfa = 0,845

O item que mais se destacou no domínio Família foi o da questão 14, “Felicidade de Sua Família”, com a correlação mais alta (0,844).

Torna-se fato que o apoio à mulher no puerpério é fundamental para o equilíbrio familiar, que pode ser dado de diferentes formas e níveis, com a ajuda de todos que a rodeiam, como amigos e os próprios familiares⁽⁶²⁾. Tendo em vista que a gravidez e nascimento são uma experiência familiar, torna-se evidente que quando há o desequilíbrio de um membro da família, todos poderão ser afetados.

A família, como um grupo de pessoas ligadas por uma convivência íntima e afetiva, quando está feliz com o nascimento de uma criança, tem grande importância na motivação da puérpera para os cuidados gerais e alimentação do recém nato. Sua forma participativa, sem receber críticas ou julgamentos, acaba por incentivar a atuação materna, que então capta a assistência e alegria prestadas pelos familiares que estão ao seu lado, transferindo isso para sua própria segurança e iniciativa, conseguindo então assumir suas novas responsabilidades perante sua rotina, totalmente alterada⁽⁶³⁾.

4.4.1.1.3 Domínio Sócio-Econômico

Esta análise foi realizada com 9 itens. Não foram observadas correlações negativas entre os itens. O alfa neste domínio foi relativamente alto (alfa=0,776), não havendo necessidade de excluir nenhum item.

Tabela 11. Resultados da análise de consistência do domínio Sócio-Econômico – São Paulo – 2008

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
QV17	184,8854	1777,391	0,335	0,438	0,770
QV18	184,2083	1781,886	0,343	0,516	0,769
QV22	184,2604	1749,846	0,442	0,325	0,760
QV23	188,1042	1624,933	0,524	0,381	0,747
QV24	188,7049	1511,638	0,626	0,458	0,729
QV25	189,4410	1523,369	0,484	0,342	0,752
QV26	193,9062	1432,245	0,492	0,405	0,755
QV27	188,0937	1702,500	0,336	0,204	0,772
QV28	190,3058	1451,727	0,606	0,491	0,730

Alfa = 0,776

Na análise de correlação, o item 24, “Suas Condições Sócio-Econômicas”, apresentou o melhor desempenho (0,626), seguido pelo item 28, “Sua Independência Financeira” (0,606).

Em estudos realizados, as mulheres (mães), trabalhadoras formais de indústrias, que cumpriam jornada mínima de 40 horas semanais, possuíam direitos garantidos pela legislação trabalhista, estes em diversas áreas industriais⁽⁶⁴⁾. O que de certa forma, pode favorecer para a auto-estima da mulher, por ela ser independente financeiramente e ajudar nas responsabilidades domésticas, apesar de ter sido encontrado neste estudo apenas 27,1 % de mulheres com emprego formal.

Hoje, no Brasil, cerca de 26% das mulheres são consideradas como chefes de família, ou seja, são aquelas que se apresentam econômica e socialmente responsáveis pelo seu próprio sustento, assumindo um papel importante de reprodução social para seus filhos e sociedade⁽²⁴⁾.

4.4.1.1.4 Domínio Psicológico e Espiritual

Neste domínio foram considerados 7 itens e nenhum apresentou correlação negativa. O Coeficiente Alfa considerando todos os itens foi bastante alto (alfa=0,917). A exclusão de nenhum item aumentaria significativamente o valor do alfa. Desta forma, considerou-se que o domínio Psicológico/Família tem uma consistência interna boa.

Tabela 12. Resultados da análise de consistência do domínio Psicológico/ Espiritual- São Paulo - 2008

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
QV33	160,8403	899,569	0,724	0,757	0,908
QV34	159,9549	952,147	0,668	0,685	0,914
QV35	162,7326	843,279	0,783	0,658	0,901
QV36	161,3924	846,987	0,851	0,842	0,894
QV37	161,8958	831,451	0,829	0,828	0,896
QV38	163,7882	830,915	0,718	0,724	0,910
QV39	162,5625	860,559	0,689	0,728	0,912

Alfa = 0,917

O item que apresentou melhor correlação neste domínio foi o de número 36, “Sua Felicidade de Modo Geral”, (0,851), seguido do item 37, “Estar Satisfeito com Sua Vida”, (0,829), o que significa que o item pode influenciar na percepção da QV da mulher.

Estudo⁽³²⁾ realizado com mulheres no período puerperal mostram que o aspecto psicológico, nesta fase, principalmente após a alta hospitalar, é voltado para preocupações gerais do funcionamento e manutenção da casa, de como fará para criar seu bebê e cumprir as tarefas habituais, deixando-as em intenso estado de ansiedade, confusas e até mesmo em depressão.

Neste estudo, porém, tais fatores não interferiram na percepção da puérpera sobre sua felicidade e satisfação com a vida, apesar destas estarem enfrentando um período de preocupações e incertezas.

De acordo com outra pesquisa⁽¹⁰⁾, práticas e crenças religiosas se associam à saúde mental e física. Observa-se em pesquisas sobre religião e saúde física, resultados positivos com relação à dor, debilidade física, cardiopatias, problemas com a pressão arterial, doenças neuroendócrinas, entre outras, mostrando que a religiosidade/crença está associada à maior satisfação com relação à vida e bem-estar, otimizando comportamentos pessoais.

4.4.1.2. Análise de Consistência Interna Geral

Com base nos resultados, para cada domínio, foram criados índices que consistem em escores que variam de 0 a 30. Antes de apresentar esta análise, mostra-se na Tabela 13, a análise de consistência considerando cada domínio como um item. O Coeficiente Alfa foi bastante satisfatório (alfa=0,907). O domínio com menor correlação com a escala foi o domínio “Sócio-Econômico” (r=0,690) e o domínio Psicológico/Espiritual foi o que apresentou a maior correlação (r=0,847).

Tabela 13. Resultados da análise de consistência Geral - São Paulo - 2008

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
IQV - Saúde/Funcionamento	78,7345	160,448	0,823	0,700	0,868
IQV - Família	76,4601	164,193	0,810	0,698	0,873
IQV - Sócio-Econômico	81,2144	162,881	0,690	0,488	0,916
IQV – Psicológico/Espiritual	77,7342	149,941	0,847	0,725	0,858

Alfa = 0,907

4.4.2 Análise Comparativa dos Escores de Qualidade de Vida

A Tabela 14, apresentada a seguir, ilustra a média de QV, englobando satisfação e importância de cada item do questionário de qualidade de vida (a média

varia de 0 a 30, sendo que quanto maior a média obtida, melhor a qualidade de vida).

Tabela 14. Estatística descritiva da média de qualidade de vida, englobando satisfação e importância - São Paulo – 2008

	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
QV1	144	28,08	30,00	5,49	0,00	30,00
QV2	144	28,71	30,00	5,06	0,00	30,00
QV3	144	25,93	30,00	7,47	0,00	30,00
QV4	144	27,22	30,00	6,54	0,00	30,00
QV5	144	27,41	30,00	6,31	0,00	30,00
QV6	144	20,16	22,50	8,62	0,00	30,00
QV7	144	23,50	25,00	8,66	0,00	30,00
QV8	144	24,11	24,50	7,37	0,00	30,00
QV9	144	24,82	30,00	7,93	0,00	30,00
QV10	144	26,26	30,00	6,01	2,50	30,00
QV11	144	28,26	30,00	5,34	0,00	30,00
QV12	144	28,10	30,00	5,39	0,00	30,00
QV13	144	29,01	30,00	4,12	0,00	30,00
QV14	144	28,71	30,00	4,47	0,00	30,00
QV15	144	27,19	30,00	6,87	0,00	30,00
QV16	144	26,47	30,00	7,18	0,00	30,00
QV17	144	26,61	30,00	6,21	0,00	30,00
QV18	144	27,29	30,00	5,98	0,00	30,00
QV19	144	26,58	30,00	6,48	0,00	30,00
QV20	144	26,07	30,00	6,65	0,00	30,00
QV21	144	22,43	24,00	7,33	0,00	30,00
QV22	144	27,24	30,00	5,66	0,00	30,00
QV23	144	23,40	24,00	7,38	0,00	30,00
QV24	144	22,80	24,00	8,40	0,00	30,00
QV25	144	22,06	24,00	9,83	0,00	30,00
QV26	144	17,59	18,00	11,47	0,00	30,00
QV27	144	23,41	26,25	8,06	0,00	30,00
QV28	144	21,10	24,00	9,66	0,00	30,00
QV29	144	24,90	30,00	7,38	0,00	30,00
QV30	144	25,40	30,00	6,99	0,00	30,00
QV31	144	28,89	30,00	4,34	0,00	30,00
QV32	144	28,42	30,00	4,82	0,00	30,00
QV33	144	28,02	30,00	5,40	0,00	30,00
QV34	144	28,91	30,00	4,61	0,00	30,00
QV35	144	26,13	30,00	6,19	0,00	30,00

Continua	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
QV36	144	27,47	30,00	5,72	0,00	30,00
QV37	144	26,97	30,00	6,15	0,00	30,00
QV38	144	25,07	30,00	6,89	0,00	30,00
QV39	144	26,30	30,00	6,46	0,00	30,00

Os itens que alcançaram as maiores médias dos escores do Índice de Qualidade de Vida foram: 13, “Seus filhos” (29,01), o 34 “Sua fé em “Deus”” (28,91), o 31 “Ter essa criança” (28,89) seguidos dos itens 14 “Felicidade da família” e 2 “Saúde do bebê” (28,71). O item que alcançou a menor média foi 26 “Ter um trabalho” (17,59).

A criação do núcleo familiar foi claramente determinada pela altricialidade do recém nascido. A família, apesar de não ser exclusividade do ser humano, ela é única em seus significados e função⁽⁶⁵⁾.

A noção família tem demonstrado forte representação na vida das mulheres, pois permeia a construção histórica, cultural e social, no que se refere ao ser humano⁽⁶⁶⁾. O que leva a justificar as maiores médias apresentadas.

A fé, em muitos casos, torna-se um apoio para a vida das pessoas. Como também a religiosidade parece, não somente, estar relacionada positivamente a prognósticos clínicos, mas também a QV⁽⁶⁷⁾.

Estes dados são semelhantes aos de outro estudo⁽⁷⁾, realizado com gestantes e sua QV, uma vez que os itens: 1 “Sua fé em “DEUS”, 2 “Ter essa Criança”, 3 “Seus filhos” e 31 “Sua gravidez”, também alcançaram as maiores médias.

Observa-se que os itens 2 “a saúde do bebê” e 31 “Ter tido esta criança” introduzidos no instrumento adaptado, e que dizem respeito à especificidade do momento de vida das mulheres, ou seja, o puerpério, demonstraram a importância e a pertinência de suas inclusões.

Os resultados obtidos significam que as puérperas percebem a chegada do bebê, a família e sua religiosidade como importantes e positivas em suas vidas. Estes aspectos têm representações fortes na vida da mulher.

Estudo realizado com gestantes demonstrou que as maiores preocupações das mulheres, durante a gravidez, foram a saúde do bebê, o parto e a possibilidade de abortar; nele, as mulheres colocaram a própria saúde e assuntos como trabalho e dinheiro em últimos lugares⁽⁶⁸⁾. No presente estudo, o item que alcançou a menor média foi 26 “Ter um trabalho”, dado compatível com o achado do trabalho acima referido.

Tabela 15. Estatística descritiva da média de qualidade de vida geral e por domínios - São Paulo – 2008

	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
IQV - Saúde/Funcionamento	144	25,98	27,32	4,51	1,63	30,00
IQV - Família	144	28,25	30,00	4,40	1,50	30,00
IQV - Sócio-Econômico	144	23,50	24,67	4,96	4,17	30,00
IQV - Psicológico/Espiritual	144	26,98	28,29	4,87	1,71	30,00
IQV Geral	144	25,82	27,03	4,18	3,32	30,00

p-valor < 0,001

Pode-se observar, na Tabela 15 que em média, a qualidade de vida das mulheres no puerpério mediato é relativamente alta, tanto no total, quanto por domínio. Na análise comparativa entre os domínios, (Saúde/funcionamento, Família, Sócio-Econômico e Psicológico/espiritual) por meio do teste Friedman⁽³⁶⁾, observou-se diferença estatisticamente significativa entre os domínios ($p < 0,05$). Verificou-se que o domínio Família apresentou a maior média de QV, seguido pelos domínios Psicológico/Espiritual e Saúde/Funcionamento, o domínio sócio-econômico apresentou a menor média de QV. A Figura 1 ilustra melhor a diferença entre os domínios.

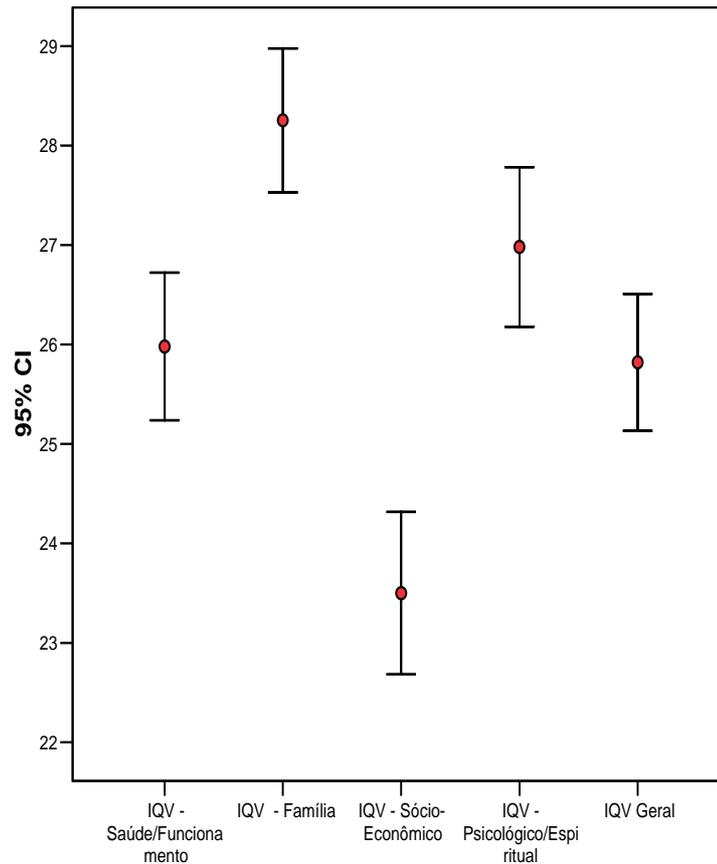


Figura 1. Intervalo de Confiança de 95% para a média dos Escores de Qualidade de vida geral e por domínios

4.4.3 Análise da influência das variáveis na QV

4.4.3.1 Análise da influência da variável Tipo de Parto na QV

Para comparar os escores de qualidade de vida, geral e por domínios, com relação ao tipo de parto, aplicou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis⁽³⁵⁾. Os valores do **p** abaixo de 0,05, indicam que os grupos analisados apresentam diferença significativa com relação à qualidade de vida.

Tabela 16. Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com relação ao Tipo de Parto - São Paulo – 2008

	Tipo de Parto	N	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	p-valor
IQV - Saúde/Fun- cionamento	Normal s/episio	10	27,00	26,84	1,91	22,76	29,37	0,074
	Normal c/episio	33	26,56	28,05	5,35	1,63	30,00	
	Cesárea	101	25,69	26,97	4,39	3,39	30,00	
	Total	144	25,98	27,32	4,51	1,63	30,00	
IQV – Família	Normal s/episio	10	27,74	29,25	3,01	22,50	30,00	0,410
	Normal c/episio	33	27,97	30,00	5,54	1,50	30,00	
	Cesárea	101	28,40	30,00	4,11	2,50	30,00	
	Total	144	28,25	30,00	4,40	1,50	30,00	
IQV - Sócio- Econômico	Normal s/episio	10	22,02	22,47	5,09	14,78	27,89	0,582
	Normal c/episio	33	23,82	24,67	4,93	9,78	30,00	
	Cesárea	101	23,54	24,67	4,98	4,17	30,00	
	Total	144	23,50	24,67	4,96	4,17	30,00	
IQV – Psicológico /Espiritual	Normal s/episio	10	27,76	29,04	3,55	18,43	30,00	0,918
	Normal c/episio	33	26,71	29,14	5,97	1,71	30,00	
	Cesárea	101	26,99	28,29	4,62	2,50	30,00	
	Total	144	26,98	28,29	4,87	1,71	30,00	
IQV Geral	Normal s/episio	10	26,06	26,71	2,54	21,90	28,68	0,280
	Normal c/episio	33	26,10	27,69	5,08	3,51	29,69	
	Cesárea	101	25,71	26,72	4,01	3,32	30,00	
	Total	144	25,82	27,03	4,18	3,32	30,00	

(p>0,05)

De acordo com os resultados apresentados na Tabela acima, pode-se afirmar que não existe diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$) dos escores de qualidade de vida, entre as mulheres com diferentes tipos de parto.

O parto é um momento crítico e irreversível, “um salto no escuro“, de evolução rápida e mudanças bruscas, sobre o qual não se tem controle. Ele concretiza a separação física e emocional de dois seres que até então estavam unidos⁽³⁰⁾.

No parto normal, mesmo quando se faz necessária a episiotomia, a recuperação da mulher é mais rápida e menos sujeita a complicações. O parto

cesáreo é mais propenso a gerar complicações à saúde da mulher, pois pode levar a tromboembolismo, infecção e deiscência de incisão, hemorragias, infecções urinárias e lesões de vísceras, podendo assim diminuir sua qualidade de vida no puerpério imediato e mediato⁽⁶⁹⁾.

Esperava-se que o parto cesariano, por ter uma recuperação mais lenta e por vezes dolorosa, interferisse nos resultados de QV das mulheres. Entretanto, nesta pesquisa o tipo de parto não teve influência na QV das puérperas, mesmo estando em média no 6º dia de pós o parto.

Canela⁽²⁸⁾, também acredita que o tipo de parto influencia mais no puerpério imediato do que no mediato.

Na Figura 2 pode-se observar a homogeneidade destes resultados.

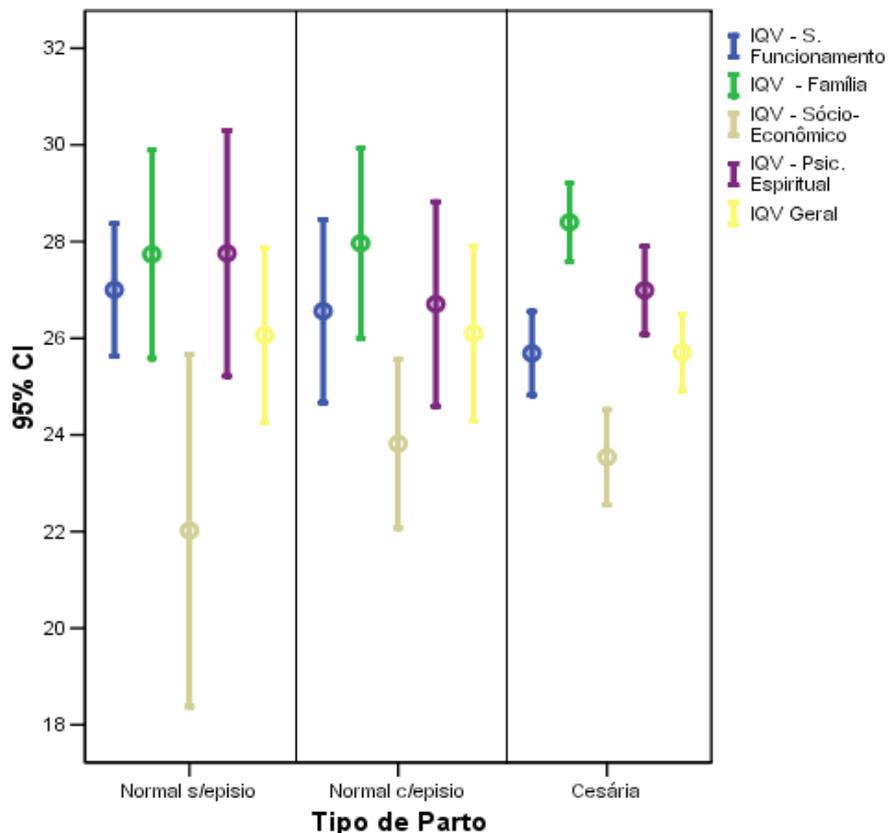


Figura 2. Escores de Qualidade de vida geral e por domínios, por tipo de parto

4.4.3.2. Análise da influência da Variável amamentação na QV

Para comparar os escores de qualidade de vida, geral e por domínios, com relação à avaliação do ato de amamentar aplicou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis⁽³⁷⁾. Quando valores do p abaixo de 0,05, indica que os grupos analisados apresentam diferença significativa com relação à qualidade de vida.

Tabela 17. Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com relação ao ato de amamentar - São Paulo – 2008

	Ato de amamentar	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	p-valor
IQV - Saúde/Funcionamento	Bom	94	26,14	27,57	4,98	1,63	30,00	0,078
	Ótimo	20	26,76	26,86	2,60	20,32	30,00	
	Ruim	24	25,46	25,74	3,22	14,53	29,61	
	Total	138	26,11	27,41	4,43	1,63	30,00	
IQV - Família	Bom	94	27,82	30,00	5,20	1,50	30,00	0,373
	Ótimo	20	28,66	30,00	2,76	21,00	30,00	
	Ruim	24	29,46	30,00	1,13	25,75	30,00	
	Total	138	28,22	30,00	4,47	1,50	30,00	
IQV - Sócio-Econômico	Bom	94	23,53	24,97	5,19	4,17	30,00	0,978
	Ótimo	20	23,73	23,89	4,10	13,78	30,00	
	Ruim	24	23,40	24,81	5,05	12,78	30,00	
	Total	138	23,53	24,67	4,99	4,17	30,00	
IQV – Psicológico/Espiritual	Bom	94	26,56	28,29	5,71	1,71	30,00	0,807
	Ótimo	20	27,86	28,29	2,16	23,14	30,00	
	Ruim	24	27,94	29,14	2,59	21,36	30,00	
	Total	138	26,99	28,29	4,93	1,71	30,00	
IQV Geral	Bom	94	25,78	27,24	4,82	3,32	29,74	0,429
	Ótimo	20	26,45	26,45	2,33	21,90	30,00	
	Ruim	24	25,84	26,00	2,55	19,69	29,81	
	Total	138	25,89	27,05	4,21	3,32	30,00	

Pelos resultados acima, pode-se afirmar que não existe diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) dos escores de qualidade de vida, tanto geral quanto por domínios, em relação ao ato de amamentar, ou seja, não existe influência da amamentação em si na QV das mulheres estudadas. O menor valor de p (0,078) encontra-se no domínio saúde funcionamento.

Embora algumas mulheres tenham avaliado o ato de amamentar como ruim, não houve interferência do gostar ou não de amamentar, com seu índice de QV. Resultado diferente do expressado por outro autor que afirma a amamentação influencia no puerpério mediato⁽²⁸⁾.

Para Tames⁽⁵⁹⁾, a postura dos profissionais pode interferir no sucesso da amamentação, pois este depende do aconselhamento realizado, do fato de ouvir a mulher ativamente, com empatia e na decisão da melhor intervenção no processo de amamentação, contribuindo, desta forma, para a qualidade de vida da mulher, neste momento.

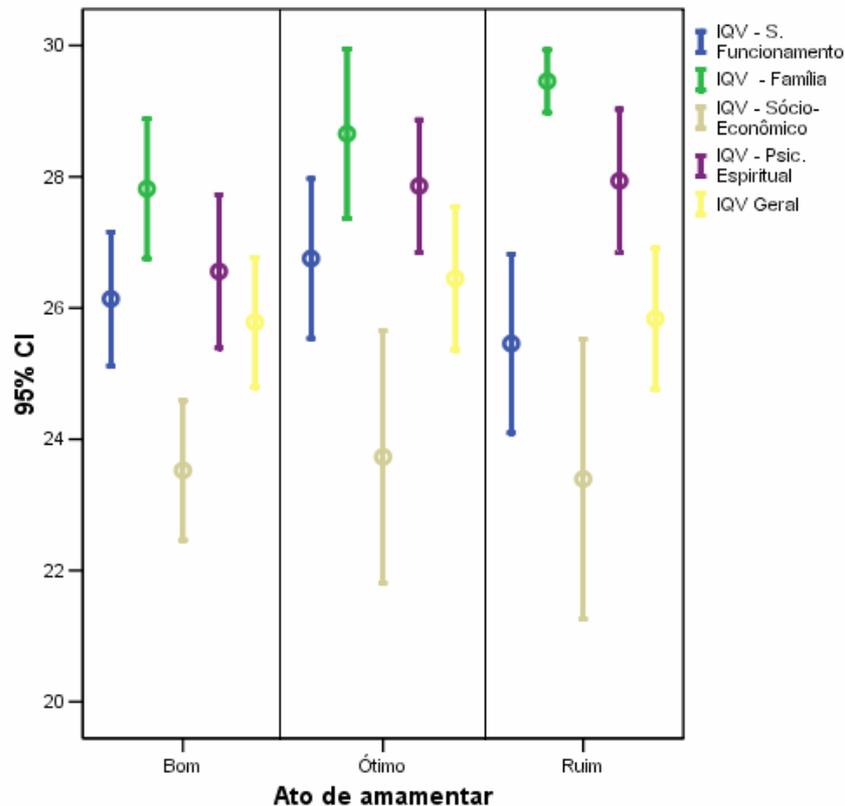


Figura 3. Média dos escores de qualidade de vida geral e por domínios, avaliação do ato de amamentar

4.4.3.3 Análise da Influência da variável das condições das mamas, na QV

Para comparar os escores de qualidade de vida, geral e por domínios, com relação à condição da mama (sem problema, trauma mamilar, ingurgitamento, e

associação do trauma e ingurgitamento), aplicou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Valores do p abaixo de 0,05, indicam que os grupos analisados apresentam diferença significativa com relação à qualidade de vida. Nos casos onde houve diferença significativa entre os grupos ($p < 0,05$), foi aplicada uma análise de comparações múltiplas, com a finalidade de determinar em quais pares de grupos se encontra a diferença.

Tabela 18. Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com relação às condições da mama - São Paulo – 2008

	Condições das Mamas	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	p-valor
IQV - Saúde/Fun cionamento	Sem problemas	63	27,14	27,79	2,31	20,32	30,00	0,042*
	Trauma mamilar	57	25,72	27,26	4,66	3,39	30,00	
	Ingurgitamento	14	22,15	25,08	8,12	1,63	29,68	
	Trauma e Ingurgitamento	10	25,53	27,05	4,79	12,84	29,61	
	Total	144	25,98	27,32	4,51	1,63	30,00	
IQV- Família	Sem problemas	63	29,17	30,00	1,72	22,50	30,00	0,035*
	Trauma mamilar	57	28,27	30,00	4,48	2,50	30,00	
	Ingurgitamento	14	23,69	27,06	9,04	1,50	30,00	
	Trauma e Ingurgitamento	10	28,80	30,00	2,22	22,88	30,00	
	Total	144	28,25	30,00	4,40	1,50	30,00	
IQV -Sócio- Econômico	Sem problemas	63	24,63	25,28	4,27	13,78	30,00	0,076
	Trauma mamilar	57	22,55	23,50	5,41	4,17	30,00	
	Ingurgitamento	14	21,43	23,67	5,92	9,78	28,00	
	Trauma e Ingurgitamento	10	24,67	25,83	3,06	19,94	30,00	
	Total	144	23,50	24,67	4,96	4,17	30,00	
IQV – Psicológico /Espiritual	Sem problemas	63	27,94	29,14	2,71	18,43	30,00	0,046*
	Trauma mamilar	57	26,69	28,79	5,58	2,50	30,00	
	Ingurgitamento	14	23,06	24,71	8,15	1,71	30,00	
	Trauma e Ingurgitamento	10	28,03	28,64	2,13	24,64	30,00	
	Total	144	26,98	28,29	4,87	1,71	30,00	
Continua	Sem problemas	63	26,91	27,47	2,28	21,58	30,00	0,031*
	Trauma	57	25,42	26,68	4,49	3,32	29,81	
	Ingurgitamento	14	22,31	25,10	7,46	3,51	29,38	
	Trauma e Ingurgitamento	10	26,12	26,54	2,66	20,03	28,87	
	Total	144	25,82	27,03	4,18	3,32	30,00	

($p < 0,05$)

De acordo com os resultados acima, pode-se afirmar que existe diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) dos escores de qualidade de vida e as

condições das mamas, nos domínios Saúde /Funcionamento ($p=0,042$), domínio Família ($0,035$), Psicológico ($0,046$) e no geral ($0,031$), em relação ao domínio Sócio-econômico ($p>0,05$).

Ou seja, as condições das mamas influenciam a Q.V. das mulheres.

A Tabela 19 ilustra os resultados das comparações múltiplas que reafirmam esta influência.

Apenas no domínio Sócio-econômico não houve diferença estatística significativa.

Tabela 19. Resultado das comparações múltiplas - São Paulo - 2008

Comparações	p-valor			
	IQV-Saúde/ Funcionamento	IQV- Família	IQV-Psicológico/ Espiritual	IQV- Geral
S/P X Trauma	0,074	0,238	0,149	0,044*
S/P X Ingurgit.	< 0,001*	< 0,001*	0,001*	< 0,001*
S/P X Trau+Ingurgit.	0,275	0,795	0,958	0,559
Trauma X Ingurgit.	0,006*	< 0,001*	0,011*	0,010*
Trauma X Trau+Ingur.	0,898	0,710	0,420	0,615
Ingurgit.X Trau+Ingur.	0,061	0,003*	0,012*	0,023*

* estatisticamente significativa ($p<0,05$)

** S/P= sem problema

A Tabela acima indica que os fatores que influenciaram negativamente na QV das puérperas, com relação aos problemas mamários foram: o ingurgitamento, o Trauma mamilar e a associação do trauma com o ingurgitamento.

Um tipo de trauma mamilar, é a fissura, que consiste na ruptura do tecido epitelial que recobre o mamilo e pode ser causada por sucção ineficiente, uso de lubrificantes, uso de medicamento tópico, higiene excessiva, pega incorreta, uso de bombas de ordenha ou falta de preparo do mamilo no pré-natal, causando fendas com extensão e profundidades variáveis, podendo apresentar sangramento e dor localizada⁽⁶⁹⁾.

O ingurgitamento mamário ocorre pelo congestionamento venoso e linfático da mama e pela estase láctea em porções do parênquima. As mamas apresentam-se de tamanho aumentado, tensas, túrgidas, dolorosas e quentes, podendo ocorrer mal-estar geral, cefaléia e calafrios⁽⁶⁹⁾.

As mulheres em fase de lactação, geralmente apresentam estes problemas nas mamas e, quando não tratados adequadamente, podem evoluir para a mastite puerperal, que é um processo infeccioso da mama, provocado por ação de microorganismos nas fissuras mamárias, o que afeta diretamente a amamentação, pela dor e desconforto⁽⁷⁰⁾.

Os problemas com as mamas podem ser prevenidos por meio de intervenção por parte dos profissionais da área da saúde, ainda na gravidez. O pré-natal, seja com aconselhamento face a face, materiais educativos, panfletos e vídeos, de forma a demonstrar e passar o conhecimento sobre amamentação, ensinando o posicionamento adequado da dupla mãe/bebê, explicando sobre a importância de uma pega correta da boca do bebê em relação ao mamilo, posicionamento da mãe e do bebê e boa sucção para diminuir os possíveis traumas mamilares, ingurgitamento entre outros problemas mamários que acometem as puérperas que não são bem instruídas ou apoiadas e que sempre encontram dificuldades no momento da amamentação⁽⁷¹⁾. Já que existem evidências que quanto mais precoce ocorrer o incentivo ao aleitamento materno, melhores poderão ser os resultados.

Alguns cuidados especiais de preparação das mamas para a amamentação que devem ser abordados são com relação à higiene, sobre o não uso de sabão, cremes ou loções na região mamilo areolar, pois estes retiram a proteção natural produzida pelas glândulas dos Tubérculos de Montgomery; aconselhamento sobre os banhos de sol, em horários pertinentes, para que a região fique mais resistente às fissuras e, nos casos de mamilos planos ou invertidos, os esforços deverão se concentrar após o nascimento do bebê, pois os exercícios de estiramento, chamados de manobras de Hoffman, são desaconselhados por induzir o parto prematuro ou mesmo deixar os mamilos mais sensíveis⁽⁴⁸⁾. Com estas orientações de forma clara, objetiva e repetida por quantas vezes forem necessárias, o mais precocemente possível, a mulher estará apta a praticar o ato de amamentar,

de forma exclusiva, pelo tempo que lhe for possível e desejado, com muito prazer e satisfação, pois esta terá o conhecimento de que está oferecendo o mais completo alimento ao seu filho.

Estudo realizado em um Hospital Universitário de Porto Alegre⁽⁷²⁾, refere que, entre as puérperas entrevistadas, a incidência de lesões mamilares, ainda internadas na maternidade foi de 43,6%. Este percentual poderia ser muito menor, se essas mulheres tivessem recebido orientação adequada sobre os cuidados com as mamas e amamentação, durante a gestação, nas consultas do pré-natal.

Em uma pesquisa⁽⁷³⁾, ficou evidenciado que ações simples de apoio e orientações à nutriz, papel primordial do enfermeiro, neste período, podem melhorar a Q.V. das mulheres.

É incontestável a importância da atuação do enfermeiro na promoção ao aleitamento materno, em todo o período gravídico. Sua atuação não deverá atingir apenas as dimensões educativas, mas também as dimensões físicas e emocionais da mulher e família, podendo, assim, contribuir para uma melhor qualidade de vida da puérpera. Para que isto ocorra, o profissional deverá estar preparado e atualizado com conhecimentos baseados em evidências científicas que conduzam ao manejo eficiente e eficaz da amamentação. Entretanto, não é raro encontrar profissionais que, por falta de interesse e atualização, continuam a orientar as mulheres sobre práticas obsoletas, que muitas vezes vão ocasionar mais malefícios que benefícios.

Não é necessário apropriar-se de tecnologias pesadas e sofisticadas, para influir positivamente na QV das puérperas. Bastam o compromisso e envolvimento profissional.

4.4.3.4 Análise da influência da Variável Problemas de Saúde do Bebê, na QV

Para comparar os escores de qualidade de vida geral e por domínios com relação a problemas de saúde do bebê (não X sim) aplicou-se o teste não

paramétrico de Mann-Whitney ⁽³⁵⁾. Valores do p abaixo de 0,05, indicam que os grupos analisados apresentam diferença significativa com relação à qualidade de vida.

Tabela 20. Comparação dos escores de qualidade de vida geral e por domínios com relação à Saúde do Bebê - São Paulo - 2008

	Problema de Saúde do bebe	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	p-valor
IQV - Saúde/Funcionamento	Não	137	26,28	27,45	4,08	1,63	30,00	0,031*
	Sim	7	20,08	23,87	8,05	10,37	28,92	
	Total	144	25,98	27,32	4,51	1,63	30,00	
IQV - Família	Não	137	28,45	30,00	3,95	1,50	30,00	0,792
	Sim	7	24,50	30,00	9,45	9,00	30,00	
	Total	144	28,25	30,00	4,40	1,50	30,00	
IQV – Sócio-Econômico	Não	137	23,70	24,67	4,80	4,17	30,00	0,102
	Sim	7	19,61	18,00	6,76	8,06	27,33	
	Total	144	23,50	24,67	4,96	4,17	30,00	
IQV – Psicológico/Espiritual	Não	137	27,16	28,79	4,66	1,71	30,00	0,089
	Sim	7	23,43	27,43	7,59	8,21	30,00	
	Total	144	26,98	28,29	4,87	1,71	30,00	
IQV Geral	Não	137	26,07	27,08	3,85	3,32	30,00	0,042*
	Sim	7	21,03	23,24	7,20	9,74	28,40	
	Total	144	25,82	27,03	4,18	3,32	30,00	

* estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

Pelos resultados acima, pode-se afirmar que existe diferença significativa dos escores de qualidade de vida, entre as mulheres que referiram problemas de saúde do bebê, comparada com as mulheres que não referiram problemas de saúde do bebê, apenas com relação ao domínio saúde/funcionamento ($p=0,031$) e no escore de QV geral ($p=0,042$).

Nestes dois casos, observa-se que as mães com bebê com problemas de saúde apresentaram, em média, escores de qualidade de vida menores em comparação com aquelas cujos bebês não apresentaram problemas de saúde, ou

seja, o fato do bebê ter tido algum problema de saúde influencia negativamente a qualidade de vida das mulheres.

O bebê que apresenta algum tipo de problema deixa a mulher mais vulnerável e propicia problemas a ela também⁽⁷⁴⁾.

Na realidade, a preocupação da mulher com a saúde do bebê já está latente desde a gestação e se exterioriza, ainda mais nos períodos do parto e pós parto, quando a mulher verbaliza sua insegurança e medo, relacionados principalmente com a morte ou outro problema que possa ocorrer com ela, ou com o bebê. Isto se dá, pois estas fases são vulneráveis a crises emocionais, devido a intensas e profundas transformações desencadeadas pelo parto⁽⁴⁷⁾. A saúde do bebê é muito valorizada e qualquer ocorrência nesta área interfere negativamente na QV da mãe.

5 CONCLUSÕES

Os resultados obtidos neste estudo possibilitaram concluir que:

- Na análise da consistência interna Geral o coeficiente alfa foi bastante satisfatório ($\alpha=0,907$);
- Na análise por domínio, o que apresentou a menor correlação com a escala foi o domínio Sócio-Econômico ($r=0,690$);
- A análise da consistência interna, por domínios, demonstrou que o instrumento adaptado foi adequado, pois não houve necessidade de excluir nenhum item;
- Os itens que alcançaram as maiores médias dos escores do Índice de Qualidade de Vida foram: 13, “Seus filhos” (29,01), o 34 “Sua fé em “Deus” (28,91), o 31 “Ter essa criança” (28,71), seguidos dos itens 14 “Felicidade da família” e 2 “Saúde do bebê” (28,71);
- A qualidade de vida das mulheres no puerpério mediato é relativamente alta, tanto no geral, média de 25,82, quanto por domínio;
- Na análise comparativa entre os domínios, o domínio Família apresentou a maior média (28,25) e o domínio Sócio-Econômico, a menor (23,50). O domínio Psicológico / Espiritual obteve média de (26,98) e o domínio Saúde/ Funcionamento (25,98);
- Na análise comparativa do Índice de Qualidade de Vida (IQV) não houve diferença estatisticamente significativa dos escores ($p>0,05$), entre as mulheres com diferentes tipos de parto, tanto por domínio, como no geral. Portanto, a variável tipo de parto não teve influência na QV das puérperas que compuseram a amostra;
- Na análise da variável amamentação não houve diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$) dos escores de QV, tanto no geral como por domínio. O fato de considerar o ato de amamentar bom ou ruim não interferiu na QV destas mulheres.
- A variável, condições das mamas, interferiu na QV das mães. Houve diferença estatisticamente significativa ($p> 0,05$) na QV das puérperas que apresentaram fissura mamária, ingurgitamento mamário ou a associação dos

dois. Apenas com relação ao domínio Sócio-econômico ($p > 0,05$) não houve diferença estatística;

- Houve diferença significativa dos escores de qualidade de vida ($p > 0,05$), das mulheres que referiram problemas de saúde do bebê, domínio saúde/funcionamento ($p = 0,031$) e no escore Geral de ($p = 0,042$);
- O fato de o bebê ter apresentado algum problema de saúde, influenciou negativamente na QV das mulheres.

6 Considerações finais

Este estudo possibilitou a oportunidade de conhecer a influência de algumas variáveis na QV de mulheres no puerpério mediato, utilizando o instrumento adaptado por Fernandes & Narchi para mensurar a QV de mulheres no puerpério.

Alguns resultados surpreenderam, pois se acreditava que o tipo de parto, principalmente a cesariana, por ter uma recuperação mais difícil que o parto normal, poderia influir negativamente na QV das mães, o que não ocorreu nesta população.

Por outro lado, problemas com as mamas como fissura e ingurgitamento interferiram nesta qualidade. Na literatura estes dois problemas são os mais comumente encontrados nas mulheres no puerpério mediato, entretanto, os profissionais não têm dado a devida importância a eles.

O preparo das mamas deve ser iniciado, ainda no pré-natal e se estender até o pós parto. A orientação adequada e o apoio à mãe no início da amamentação são fundamentais para evitar estes problemas e favorecer o sucesso do processo de aleitar. São tecnologias leves, sem sofisticação, fáceis de serem executadas e que podem repercutir positivamente na QV das mulheres.

As dores e sofrimento com problemas, como os das mamas, poderiam ser evitados ou amenizados se os profissionais da saúde envolvidos na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal adotassem uma postura que contemplasse as necessidades das mulheres nesta fase da vida, dando conta da integralidade que a atenção à saúde necessita.

Parafraseando Gonçalves⁽³³⁾ os profissionais devem ter disposição para reorientar a prática e discutir os programas, as rotinas, as relações interpessoais e rever o fazer profissional, amparados por referenciais teóricos, pelos resultados de pesquisas e pela multidimensionalidade do ser humano.

Ao reconhecer e diagnosticar lacunas na assistência, pode-se a partir de então, lançar um “novo olhar” sobre a assistência, proporcionando melhor QV às mulheres.

Este estudo foi o primeiro a utilizar o Índice de QV criado por Ferrans & Powers e adaptado por Fernandes & Narchi para mulheres no período puerperal. Sugere-se o desenvolvimento de outras pesquisas, utilizando o mesmo instrumento, para que sejam viáveis a comparação e confirmação dos resultados obtidos neste trabalho.

Vale ressaltar que o Índice de Qualidade de Vida adaptado pode ser facilmente aplicado e compreendido, além de apresentar itens com características mais específicas acerca da atenção à mulher no puerpério, tornando-o um instrumento mais sensível às alterações psicobiológicas nesta fase.

A par das limitações que o estudo possa ter, acredita-se na sua importância como fonte de dados sobre os fatores que influenciam a QV das mulheres e como subsídio para formulação de estratégias no atendimento de enfermagem deste período.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Caderno de saúde pública. 2004; 20(2): 580-8.
- 2- Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy. J Adv Nurs. 1995; 22: 502-8.
- 3- Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2000.
- 4- Oleson M. Subjectively perceived quality of life. Image. J Nurs Sch. 1990; 22(3): 187-90.
- 5- Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva; 2000; 5(1) Dói:10.1590/S1413-81232000000100004.
- 6- Minayo MCS, Harttz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência e Saúde Coletiva. 2000; 5(1):7-18.
- 7- Vido MB. Qualidade de Vida na Gravidez [Dissertação de Mestrado]. Guarulhos: Universidade de Guarulhos; 2006.
- 8- Morris J, Perez D, McNoe B. The use of quality of life data in clinical practice. Qual life Res. 1998; 7: 85-91.
- 9- Bowling A, Brazier J. Quality of life in social science and medicine-introduction. Soc Sci Med. 1995; 41: 1337-8.
- 10- Fleck MPA. A Avaliação da Qualidade de Vida – Guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- 11- The WHOQOL group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): positin paper from the World Health Organizatino. Soc Sci Méd. 1995; 41: 1403-10.

- 12- Cianciarullo TI, Silva GTR, Cunha ICKO. Uma Nova estratégia em Foco: o Programa de Saúde da Família - identificando as suas características no cenário do SUS, São Paulo:Ícone; 2005. p. 287-317.
- 13- Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL – 100). Revista Brasileira de Psiquiatria. 1999; 21(1).
- 14- Bowling A. La Medida de la Salud: Revisión de las Escalas de Medida de la Calidad de Vida. Barcelona: Masson; 1994.
- 15- Auquier P, Simeoni MC, Mendizabal H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. Revue Prevenir. 1997; 33:77-86.
- 16- Ciconelli RM. Tradução para o Português e Validação do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)” [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 1997.
- 17- Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: development and psychometric properties. Adv.Nurs.Sci. 1985; 8(1): 15-24.
- 18- Kimura M. Tradução para o português e validação do “Quality of life index” de Ferrans e Powers. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de enfermagem médico cirúrgico; 1999.
- 19- Fernandes RAQ, Narchi NZ. Qualidade de vida da mulher no período puerperal: adaptação de um instrumento. In: I Congresso brasileiro de Qualidade de Vida da área da saúde. Universidade Federal de São Paulo, 2007.
- 20- Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Editora; 2000.
- 21- Oliveira ME, Monticelli M, Bruggemann OM. Enfermagem Obstétrica e Neonatológica. 2ª ed. Florianópolis: Cidade Futura; 2002.
- 22- Carvalho GM. Enfermagem em Obstetrícia. São Paulo: E.P.U.; 2002.

- 23- Maldonado MT, Nahoum JC, Dickstein J. Nós estamos grávidos. 7ª ed. Rio de Janeiro: Bloch; 1987.
- 24- Fernandes RAQ, Limalara AC, Amamentação: auxiliando as mães no domicílio após a alta hospitalar. Brazilian journal of nurse online [periódico na internet]. 2006 5(2). [acesso em 2007 Dezembro 10] Disponível em www.uff.br/objnursing.
- 25- Peplau HE. Quality of life: on interpessoal perspective. Nursing Science Quaterly. 1994;7(1):10-15.
- 26- Maldonado MT. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 14ª ed. São Paulo: Saraiva; 1997.
- 27- Neme B. Obstetrícia Básica. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2000.
- 28- Canela PRB. Alterações psicossomáticas no puerpério. FEMINA. 1980; 8(9):689-93.
- 29- Barros SMO, Marin HF, Abrão ACFV. Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca; 2002.
- 30- Maldonado MT. Psicologia da gravidez. 14ª ed. Petrópolis: Vozes; 1997.
- 31- Lima MOP. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas com baixo nível socioeconômico [Dissertação]. São Paulo Universidade de São Paulo-Escola de Enfermagem; 2006.
- 32- Soifer R. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Porto Alegre: Artes Médicas; 1980.
- 33- Gonçalves R. Transformar-se enquanto mulher: um estudo de caso sobre a vivência do período pós-parto [Dissertação]. São Paulo : Universidade de São Paulo-Escola de Enfermagem; 2000.
- 34- Silva MBGM, Lacerda MR. "Teste do pezinho": por que coletar na alta hospitalar. Revista Eletrônica de Enfermagem [periódico na internet]. 2003 [acesso em 2008 Maio 25];5(2). Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.

- 35- Pereira JCR. Análise de dados qualitativos. São Paulo, EDUSP, 1999.
- 36- Siegel S, Castellan NJ. Nonparametric Statistics. 2ª ed. New York: McGraw-Hill. 1988.
- 37- Armitage P, Berry G. Statistical Methods in Medical Research. 3ª ed. Oxford: Blackwell Science, 1994.
- 38- Barbosa MA. Avaliação da assistência pré-natal de baixo risco no município de Francisco Morato [Dissertação]. Guarulhos: Universidade Guarulhos; 2007.
- 39- Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. Cad. Saúde Pública. 2001;17(4). Acesso em 2008 Mai 04. Doi: 10.1590/S0102-311X2001000400037.
- 40- Ferrari M, Kaloustian SM. Introdução. In: Kaloustian SM (org). Família brasileira, a base de tudo. 3º ed. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: Unicef; 1998.
- 41- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). Censo demográfico 2000 [home page da internet]. Acesso em 2008 Jan 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> .
- 42- Cárdenas AMC, Cianciarullo TI. Qualidade de vida da mulher dona de casa de uma comunidade de baixa renda. Texto Contexto Enf. 1999 set-dez; 8(3): 183-199.
- 43- Fleck MPA, Borges ZN, Bolonesi G, Rocha NS. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Rev. Saúde Pública. 2003; 37(4). Acesso em 2008 Fev 09. Doi: 10.1590/S0034-89102003000400009.
- 44- Azevedo GD, Freitas Junior AO, Freitas AKMSO, Araújo ACPF, Soares EMM, Maranhão TMO. Efeito da idade materna sobre os resultados perinatais. Rev. Brás. Ginecol. Obstet. 2002; 24(3). Acessado em 2008 Fev 09. Doi: 10.1590/S0100-72032002000300006.
- 45- Dedecca CS, Rosandiski EM, Barbieri CV, Jungbluth A. Salário mínimo, benefício previdenciário e as famílias de baixa renda. Rev. bras. estud. popul. 2006;23(2). Acesso em 2008 Fev 09. Doi: 101590/S0102-30982006000200008.

- 46- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais 2002 [home page da internet]. Acesso em 2008 Jan 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
- 47- Oliveira MIC. Amamentação em atenção primária à saúde. In: Carvalho MR, Tames RN, organizadoras. Amamentação: bases científicas. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p 297.
- 48- Santo LCE, Santos FS, Moretto VL. Aspectos emocionais da gestação, parto e puerpério. In: Oliveira DL, organizadora. Enfermagem na Gravidez, parto e puerpério. Rio Grande do Sul: UFRGS; 2005. p. 61-73.
- 49- Dourado VG, Pelloso SM. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. Rev. Acta Paulista de Enfermagem. 2007; 20(1). Acesso em 2008 Mai 20.
- 50- Moura ERF, Silva RM. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção de saúde. Cienc. Saúde coletiva. 2004; 9(4). Acesso em 2008 Fev 09. Doi: 101590/S1413-81232004000400023.
- 51- Silveira DS, Santos IS. Fatores associados à cesariana entre mulheres de baixa renda em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad, saúde pública. 2004;20 suppl. 2. Acesso em 2008 Fev 09. Doi: 101590/S0102-311X2004000800018.
- 52- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). Síntese dos Indicadores Sociais traz um retrato do Brasil em 2003 [on line]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> (25/05/08).
- 53- Fernandes RAQ, Narchi NZ, Dias LA, Higasa DN. Influência de algumas variáveis na manutenção do aleitamento materno. In Anais do 14º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. [CD-ROM]. Florianópolis-SC. 2007.
- 54- Giugliani, ERJ. Amamentação exclusiva. In: Carvalho MR, Tames RN, organizadoras. Amamentação: bases científicas. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 15-17.
- 55- Monte C, Sá MLB. Guias alimentares para crianças de 6-23 meses no Nordeste do Brasil: da teoria a prática. Fortaleza: The Bristish Council; 1998.

- 56- Araújo LDS. Querer/poder amamentar uma questão de representação? [Dissertação]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 1991.
- 57- Pereira WSB. O processo de amamentar o meu bebê: o que senti, aprendi e descobri. Rev. Enferm. UFPE [periódico na internet]. 2007 [acessado em 2008 Maio 25]; 1(20).
- 58- Ziegel EE, Cranley MS. Enfermagem Obstétrica. 8º ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986. p. 696.
- 59- Tames RN. Atuação de enfermagem. In: Carvalho MR, Tames RN, organizadoras. Amamentação: bases científicas. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 121-137.
- 60- Rodrigues DP, Fernandes AFC, Silva RM, Rodrigues MSP. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. 2006 abr/jun;15(2):277-86.
- 61- Alexandre CW, Kimura AF, Tsunehiro SMJV. A Interferência da dor nas atividades e necessidades da puérpera. Rev Nursing. 2005;93(9) 664-668.
- 62- Afonso E. Dificuldades da mulher no puerpério e apoio nesse período. 3º Congresso Nacional de Psicologia da saúde – Actas. PP 259-274. 2000. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. ISBN972-8400-24-1.
- 63- Melo SL. Família amamentadora. In: Melo SL, organizadora. Amamentação: contínuo aprendizado. Belo Horizonte: Coopmed; 2005. p. 95-97.
- 64- Rea MF, Venâncio SI, Batista LE, Greiner T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. Rev. Saúde Pública. 1997;31(2). Acesso em 2008 Fev 09. Doi: 101590/S0034-89101997000200008.
- 65- Jones R. Memórias do Homem de Vidro. Reminiscências de um Obstetra Humanista. Porto Alegre: Idéias a Granel, 2004.
- 66- Zampieri MFM. Enfocando a Concepção e a Gestação em uma perspectiva histórica e social. Nursing. 2001 Jun. 37.p.15-19.
- 67- Rocha NS, Panzini RG, Pargendler JS, Fleck MPA. Desenvolvimento do módulo para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais do

WHOQOL (WHOQOL-SRPB)in- Fleck MPA. A Avaliação da Qualidade de Vida – Guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008.

- 68- Ohnam SG, Grunwald C, Waldenstrom U. Women's Worries during pregnancy: testing the Candridge worry scale on 200 swedish women. *Scand J caring sci.* 2003;17(2):148-52.
- 69- Oliveira MIC. Amamentação em atenção primária à saúde. In: Carvalho MR, Tames RN, organizadoras. Amamentação: bases científicas. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p 297.
- 70- Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, 2004.
- 71- Albernaz E, Victora CG. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento materno exclusivo: um estudo de revisão. *Rev. Panam. Saúde Públ.* 2003;14(1). Acesso em 2008 Jun 19. Doi: 10.1590/S1020-49892003000600004.
- 72- Weigert EML, Giugliani ERJ, França MCT, Oliveira LD, Bonilha A, Santo LCE, et al. Influencia da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. *Jornal de Pediatria.* 2005; 81(4).
- 73- Fernandes RAQ. Estudo da morbimortalidade materna e perinatal e a qualidade da assistência pré-natal. *Revista Paulista de Enfermagem.* 20(2):57-67.2002.
- 74- Sales NA, Vieira GO, Moura MSQ, Almeida SPTMA, Vieira TO. Mastite puerperal: estudo de fatores predisponentes. *Rev. Bras. Ginecol.Obstet.* 2000;22(10). Acesso em 2008 Fev 09. Doi: 10.1590/S0100-72032000001000005.

ANEXO A



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que eu _____ portador do RG nº _____ e abaixo assinada concordo em participar desta pesquisa. Ciente de que pretende identificar a qualidade de vida para as mulheres após o parto. Confirmando que recebi todas as informações sobre minha participação nesse estudo, e a garantia de que receberei novos esclarecimentos que julgar necessário. Esclareço também, que fui verbalmente informada sobre todos os passos da pesquisa e de que não haverá riscos para minha pessoa em dela participar. Tomei conhecimento de que não terei custos extras e que tenho plena liberdade para recusar a participação do estudo a qualquer momento, sem penalidade alguma. Autorizo, para os devidos fins, o uso, a divulgação e a publicação dos dados e resultados obtidos do relatório final da pesquisa e em outras publicações decorrentes, a qual estou em concordância. Recebi a garantia do sigilo que assegura a privacidade dos participantes do estudo, uma vez que os dados obtidos são confidenciais. Por estar de pleno acordo com o presente termo, assino abaixo o mesmo.

Guaratinguetá, ____ / ____ / ____

Assinatura da puérpera ou polegar (se analfabeta)

Certifico que informei e li textualmente o termo de consentimento informado à pessoa nomeada acima.

Guaratinguetá ____ / ____ / ____

Ana Cláudia de Lima - COREn-SP.
Pesquisador Responsável

ANEXO B**Instrumento para Coleta de dados****1. Dados Sócios Demográficos**

Identificação: _____ **Idade:** _____ **Raça:** _____

Religião: _____ **Praticante:** () Sim () Não

Escolaridade: _____

Profissão/Ocupação - _____ **Empregada:** () Sim () Não

Renda Familiar: _____ **Nº de Pessoas residentes na casa:** _____

2. Dados Obstétricos

Partos: _____ **Gestações:** _____ **Tipo de Parto (atual):** _____

Se Normal: com episiorrafia () Sim () Não

Nº de filhos vivos: _____

Puerpério Mediato (nº de dias após o parto): _____

Amamentação: Sim() Não() **AE** () **AM**() **AA** ()

Como está sendo para você amamentar _____

Observar nas mamas: **Fissura** () **Ingurgitamento**() **Outros:**

Como está a sua saúde após o parto?: _____

3. Saúde do Bebê

Como está a saúde do seu bebê? _____

ANEXO C**INDICE DE QUALIDADE DE VIDA****Ferrans & Powers (PUERPÉRIO)**

Parte I. Para cada uma das perguntas a seguir, por favor escolha a resposta que melhor descreve o quanto satisfeito você está com aquele aspecto de sua vida. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.

QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM:	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
1- Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2- A saúde do seu bebê?	1	2	3	4	5	6
3- A assistência à saúde que você está recebendo?	1	2	3	4	5	6
4- A assistência à saúde que seu bebê está recebendo?	1	2	3	4	5	6
5- Amamentar seu filho?	1	2	3	4	5	6
6- A intensidade de dor que você sente?	1	2	3	4	5	6
7-As mudanças de humor que você sente? (tristeza , alegria)	1	2	3	4	5	6
8- A energia que tem para as atividades diárias	1	2	3	4	5	6
9- Sua independência física?	1	2	3	4	5	6
10- Sua capacidade para controlar sua vida?	1	2	3	4	5	6
11- A possibilidade de viver por longo tempo?	1	2	3	4	5	6
12- A saúde de sua família?	1	2	3	4	5	6
13-Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
14-A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
15-Seu relacionamento com o(a) esposo(a)/companheiro(a)?	1	2	3	4	5	6
16-Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
17-Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
18-O apoio que você recebe das pessoas?	1	2	3	4	5	6

QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM:	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
19- Sua capacidade para cumprir com as Responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
20.Sua capacidade para ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
21.O nível de estresse ou preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6
22.Seu lar?	1	2	3	4	5	6
23.Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
24.Suas condições sócio-econômicas?	1	2	3	4	5	6
25.Seu trabalho?	1	2	3	4	5	6
26.O fato de não ter um trabalho	1	2	3	4	5	6
27.Sua escolaridade?	1	2	3	4	5	6
28.Sua independência financeira?	1	2	3	4	5	6
29.Suas atividades de lazer?	1	2	3	4	5	6
30.sua disposição para passear						
31.Ter tido esta criança	1	2	3	4	5	6
32. Ter uma velhice feliz?	1	2	3	4	5	6
33.Sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
34.Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
35.A realização de seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
36.Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
37.Sua vida de modo geral?	1	2	3	4	5	6
38.Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
39.Com você mesmo, de modo geral?	1	2	3	4	5	6

Parte II. Para cada uma das perguntas a seguir, por favor escolha a resposta que melhor descreve **o quanto importante** é para você aquele aspecto de sua vida. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.

QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:	Sem importância	nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importante	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
1-Sua saúde?	1	2	3	4	5	6	
2-A saúde do seu bebê?	1	2	3	4	5	6	
3-A assistência à saúde que você recebe?	1	2	3	4	5	6	
4-A assistência à saúde que seu bebê recebe?	1	2	3	4	5	6	
5-Amamentar seu filho?	1	2	3	4	5	6	
6-Estar completamente livre de dor ?	1	2	3	4	5	6	
7-Estar livre de mudanças de humor (tristeza e alegria)	1	2	3	4	5	6	
8-Ter energia suficiente para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6	
9-Sua independência física?	1	2	3	4	5	6	
10-Ter condições físicas para controlar sua vida?	1	2	3	4	5	6	
11-Viver por longo tempo?	1	2	3	4	5	6	
12-A saúde de sua família?	1	2	3	4	5	6	
13-Seus filhos?	1	2	3	4	5	6	
14-A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6	
15-Seu relacionamento com esposo/companheiro)?	1	2	3	4	5	6	
16Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6	
17-Seus amigos?	1	2	3	4	5	6	
18-O apoio que você recebe das pessoas?	1	2	3	4	5	6	

QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
19-Cumprir com as responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
20-Ter capacidade para ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
21-Ter um nível aceitável de estresse ou preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6
22-Seu lar?	1	2	3	4	5	6
23-Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
24-Ter boas condições sócio-econômicas?	1	2	3	4	5	6
25-Seu trabalho?	1	2	3	4	5	6
26-Ter um trabalho	1	2	3	4	5	6
27-Sua escolaridade?	1	2	3	4	5	6
28-Sua independência financeira?	1	2	3	4	5	6
29-Suas atividades de lazer?	1	2	3	4	5	6
30. Sua disposição para passear						
31-Ter essa criança?	1	2	3	4	5	6
32-Ter uma velhice feliz?	1	2	3	4	5	6
33-Sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
34-Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
35-Realizar seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
36-Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
37-Estar satisfeito com a vida?	1	2	3	4	5	6
38-Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
39-Ser você mesmo?	1	2	3	4	5	6

ANEXO D
Carta de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade
Guarulhos

ANEXO E
Autorização formal à Diretoria da instituição hospitalar

ANEXO F

Resultados de Frequência Relativa e Absoluta obtidas pelas Questões do Instrumento Satisfação

Quanto você está satisfeito com: N (%)	Muito insatisfeito (1)	Moderadamente insatisfeito (2)	Pouco insatisfeito (3)	Pouco satisfeito (4)	Moderadamente satisfeito (5)	Muito satisfeito (6)
1) Sua saúde	5 (3,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	17 (11,8%)	121 (84,0%)
2) A saúde do seu bebê	4 (2,8%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (5,6%)	131 (91,0%)
3) A assistência à saúde que está recebendo?	8 (5,6%)	2 (1,4%)	2 (1,4%)	3 (2,1%)	31 (21,5%)	98 (68,1%)
4) A assistência à saúde que seu bebê está recebendo?	7 (4,9%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	5 (3,5%)	19 (13,2%)	112 (77,8%)
5) Amamentar seu filho?	5 (3,5%)	1 (0,7%)	3 (2,1%)	4 (2,8%)	13 (9,0%)	118 (81,9%)
6) A intensidade de dor que você sente?	14 (9,7%)	4 (2,8%)	19 (13,2%)	21 (14,6%)	46 (31,9%)	40 (27,8%)
7) As mudanças de humor que você sente?	13 (9,0%)	2 (1,4%)	10 (6,9%)	6 (4,2%)	39 (27,1%)	74 (51,4%)
8) A energia que tem para as atividades diárias?	6 (4,2%)	5 (3,5%)	6 (4,2%)	17 (11,8%)	37 (25,7%)	73 (50,7%)
9) Sua independência física?	8 (5,6%)	4 (2,8%)	7 (4,9%)	15 (10,4%)	19 (13,2%)	91 (63,2%)
10) Sua capacidade para controlar sua vida?	3 (2,1%)	4 (2,8%)	2 (2,1%)	12 (8,3%)	30 (20,8%)	93 (64,6%)
11) A possibilidade de viver por longo tempo?	5 (3,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	13 (9,0%)	125 (86,8%)
12) A saúde de sua família?	4 (2,8%)	2 (1,4%)	2 (1,4%)	1 (0,7%)	12 (8,3%)	123 (85,4%)
13) Seus filhos?	3 (2,1%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	7 (4,9%)	133 (92,4%)
14) A felicidade de sua família?	3 (2,1%)	0 (0,0%)	2 (1,4%)	1 (0,7%)	8 (5,6%)	130 (90,3%)
15) Seu relacionamento com o(a) esposo(a)/companheiro?	10 (6,9%)	2 (1,4%)	0 (0,0%)	2 (1,4%)	14 (9,7%)	116 (80,6%)
16) Sua vida sexual?	10 (6,9%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)	3 (2,1%)	22 (15,3%)	107 (74,3%)
17) Seus amigos?	5	0	3	7	26	103

Quanto você está satisfeito com: N (%)	Muito insatisfeito (1)	Moderadamente insatisfeito (2)	Pouco insatisfeito (3)	Pouco satisfeito (4)	Moderadamente satisfeito (5)	Muito satisfeito (6)
	(3,5%)	(0,0%)	(2,1%)	(4,9%)	(18,1%)	(71,5%)
18) O apoio que você recebe das pessoas?	5 (3,5%)	0 (0,0%)	2 (1,4%)	6 (4,2%)	19 (13,2%)	112 (77,8%)
19) Sua capacidade para cumprir com as responsabilidades familiares?	5 (3,5%)	2 (1,4%)	1 (0,7%)	7 (4,9%)	30 (20,8%)	99 (68,8%)
20) Sua capacidade para ser útil às outras pessoas?	6 (4,2%)	1 (0,7%)	2 (1,4%)	7 (4,9%)	36 (25,0%)	92 (63,9%)
21) O nível de estresse ou preocupações em sua vida?	5 (3,5%)	7 (4,9%)	10 (6,9%)	19 (13,2%)	48 (33,3%)	55 (38,2%)
22) Seu lar?	3 (2,1%)	1 (0,7%)	2 (1,4%)	10 (6,9%)	17 (11,8%)	111 (77,1%)
23) Sua vizinhança?	8 (5,6%)	5 (3,5%)	8 (5,6%)	15 (10,4%)	35 (24,3%)	73 (50,7%)
24) Suas condições sócio-econômicas?	12 (8,3%)	2 (1,4%)	6 (4,2%)	12 (8,3%)	53 (36,8%)	59 (41,0%)
25) Seu trabalho?	19 (13,2%)	7 (4,9%)	4 (2,8%)	13 (9,0%)	30 (20,8%)	71 (49,3%)
26) O fato de não ter um trabalho?	40 (27,8%)	5 (3,5%)	11 (7,6%)	17 (11,8%)	22 (15,3%)	49 (34,0%)
27) Sua escolaridade?	11 (7,6%)	1 (0,7%)	9 (6,3%)	27 (18,8%)	23 (16,0%)	73 (50,7%)
28) Sua independência financeira?	22 (15,3%)	2 (1,4%)	8 (5,6%)	21 (14,6%)	34 (23,6%)	57 (39,6%)
29) Suas atividades de lazer?	6 (4,2%)	3 (2,1%)	5 (3,5%)	16 (11,1%)	31 (21,5%)	83 (57,6%)
30) Sua disposição para passear?	7 (4,9%)	2 (1,4%)	2 (1,4%)	13 (9,0%)	33 (22,9%)	87 (60,4%)
31) Ter tido esta criança?	3 (2,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (2,1%)	5 (3,5%)	133 (92,4%)
32) Ter uma velhice feliz?	3 (2,1%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)	2 (1,4%)	11 (7,6%)	126 (87,5%)
33) Sua paz de espírito?	3 (2,1%)	2 (1,4%)	1 (0,7%)	2 (2,1%)	15 (10,4%)	120 (83,3%)
34) Sua fé em Deus?	3 (2,1%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	3 (2,1%)	136 (94,4%)
35) A realização de seus objetivos pessoais?	3 (2,1%)	2 (1,4%)	4 (2,8%)	10 (6,9%)	35 (24,3%)	90 (62,5%)
36) Sua felicidade de modo geral?	5	0	0	4	25	110

Quanto você está satisfeito com: N (%)	Muito insatisfeito (1)	Moderadamente insatisfeito (2)	Pouco insatisfeito (3)	Pouco satisfeito (4)	Moderadamente satisfeito (5)	Muito satisfeito (6)
	(3,5%)	(0,0%)	(0,0%)	(2,8%)	(17,4%)	(76,4%)
37) Sua vida de modo geral?	5 (3,5%)	0 (0,0%)	3 (2,1%)	5 (3,5%)	26 (18,1%)	105 (72,9%)
38) Sua aparência pessoal?	6 (4,2%)	2 (1,4%)	5 (3,5%)	16 (11,1%)	34 (23,6%)	81 (56,3%)
39) Com você mesmo, de modo geral?	5 (3,5%)	2 (1,4%)	2 (1,4%)	8 (5,6%)	35 (24,3%)	92 (63,9%)

Base: 144 pacientes

ANEXO G

Freqüências relativas e absolutas das Questões referentes à Importância

Quanto é importante para você: N (%)	Sem nenhuma importância (1)	Moderada mente sem importância (2)	Um pouco sem importância (3)	Um pouco importante (4)	Moderada mente importante (5)	Muito importante (6)
1) Sua saúde	7 (0,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	13 (9,0%)	130 (90,3%)
2) A saúde do seu bebê	1 (0,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (2,1%)	140 (97,2%)
3) A assistência à saúde que você recebe?	3 (2,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,4%)	18 (12,5%)	121 (84,0%)
4) A assistência à saúde que seu bebê recebe?	1 (0,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	11 (7,6%)	131 (91,0%)
5) Amamentar seu filho?	1 (0,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (2,1%)	10 (6,9%)	130 (90,3%)
6) Estar completamente livre de dor?	3 (2,1%)	0 (0,0%)	3 (2,1%)	15 (10,4%)	23 (16,0%)	100 (69,4%)
7) Estar livre de mudanças de humor?	2 (1,4%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)	8 (5,6%)	22 (15,3%)	110 (76,4%)
8) Ter energia suficiente para as atividades diárias?	2 (1,4%)	1 (0,7%)	2 (1,4%)	10 (6,9%)	15 (10,4%)	114 (79,2%)
9) Sua independência física?	3 (2,1%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	2 (1,4%)	17 (11,8%)	121 (84,0%)
10) Ter condições físicas para controlar sua vida?	2 (1,4%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)	13 (9,0%)	127 (88,2%)
11) Viver por longo tempo?	1 (0,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	11 (7,6%)	131 (91,0%)
12) A saúde de sua família?	2 (1,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (4,2%)	136 (94,4%)
13) Seus filhos?	1 (0,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	2 (1,4%)	140 (97,2%)
14) A felicidade de sua família?	1 (0,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	5 (3,5%)	137 (95,1%)
15) Seu relacionamento com o(a) esposo(a)/companheiro?	5 (3,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	9 (6,3%)	129 (89,6%)
16) Sua vida sexual?	3 (2,1%)	1 (0,7%)	3 (2,1%)	2 (1,4%)	16 (11,1%)	119 (82,6%)
17) Seus amigos?	2 (1,4%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	6 (4,2%)	24 (16,7%)	111 (77,1%)
18) O apoio que você recebe das	1	0	1	3	16	123

Quanto é importante para você: N (%)	Sem nenhuma importância (1)	Moderada mente sem importância (2)	Um pouco sem importância (3)	Um pouco importante (4)	Moderada mente importante (5)	Muito importante (6)
peessoas?	(0,7%)	(0,0%)	(0,7%)	(2,1%)	(11,1%)	(85,4%)
19) Cumprir com as responsabilidades familiares?	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	2 (1,4%)	16 (11,1%)	125 (86,8%)
20) Sua capacidade para ser útil às outras pessoas?	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	2 (1,4%)	23 (16,0%)	118 (81,9%)
21) Ter um nível aceitável de estresse ou preocupações em sua vida?	2 (1,4%)	1 (0,7%)	5 (3,5%)	13 (9,0%)	39 (27,1%)	84 (58,3%)
22) Seu lar?	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (2,1%)	2 (1,4%)	12 (8,3%)	127 (88,2%)
23) Sua vizinhança?	6 (4,2%)	1 (0,7%)	5 (3,5%)	13 (9,0%)	33 (22,9%)	86 (59,7%)
24) Ter boas condições sócio-econômicas?	1 (0,7%)	1 (0,7%)	2 (1,4%)	4 (2,8%)	26 (18,1%)	110 (76,4%)
25) Seu trabalho?	5 (3,5%)	1 (0,7%)	2 (1,4%)	7 (4,9%)	22 (15,3%)	107 (74,3%)
26) Ter um trabalho?	8 (5,6%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	6 (4,2%)	19 (13,2%)	110 (76,4%)
27) Sua escolaridade?	4 (2,8%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)	8 (5,6%)	16 (11,1%)	114 (79,2%)
28) Sua independência financeira?	4 (2,8%)	0 (0,0%)	3 (2,1%)	4 (2,8%)	23 (16,0%)	110 (76,4%)
29) Suas atividades de lazer?	1 (0,7%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	6 (4,2%)	19 (13,2%)	117 (81,3%)
30) Sua disposição para passear?	1 (0,7%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	7 (4,9%)	20 (13,9%)	115 (79,9%)
31) Ter essa criança?	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	2 (1,4%)	4 (2,8%)	137 (95,1%)
32) Ter uma velhice feliz?	1 (0,7%)	0 (0,0%)	2 (1,4%)	3 (2,1%)	6 (4,2%)	132 (91,7%)
33) Sua paz de espírito?	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	8 (5,6%)	135 (93,8%)
34) Sua fé em Deus?	0 (0,0%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)	4 (2,8%)	137 (95,1%)
35) Realizar seus objetivos pessoais?	1 (0,7%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	2 (1,4%)	11 (7,6%)	129 (89,6%)
36) Sua felicidade de modo geral?	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	14 (9,7%)	129 (89,6%)
37) Estar satisfeito com a vida?	0	0	1	2	11	130

Quanto é importante para você: N (%)	Sem nenhuma importância (1)	Moderada mente sem importância (2)	Um pouco sem importância (3)	Um pouco importante (4)	Moderada mente importante (5)	Muito importante (6)
	(0,0%)	(0,0%)	(0,7%)	(1,4%)	(7,6%)	(90,3%)
38) Sua aparência pessoal?	3 (2,1%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	3 (2,1%)	25 (17,4%)	112 (77,8%)
39) Ser você mesmo?	1 (0,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	7 (4,9%)	135 (93,8%)

Base: 144 pacientes