



QUALIDADE DE VIDA NO PUERPÉRIO: AVALIAÇÃO NO PÓS-PARTO IMEDIATO, TARDIO E REMOTO

QUALITY OF LIFE IN THE PUERPERIUM: ASSESSMENT IN THE IMMEDIATE, LATE AND REMOTE POSTPARTUM PERIODS

CALIDAD DE VIDA EN EL PUERPERIO: EVALUACIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO, TARDÍO Y REMOTO

Damaris Rodrigues Soler¹, Maria Amélia Zanon Ponce², Zaida Aurora Sperli Geraldles Soler³, Anneliese Domingues Wysocki⁴

RESUMO

Objetivo: avaliar a Qualidade de Vida (QV) de puérperas primíparas durante as três fases do puerpério. **Método:** estudo transversal exploratório realizado em São José do Rio Preto - SP. Entrevistaram-se puérperas utilizando dois questionários: um sócio econômico e o SF-36, versão brasileira, nos três períodos puerperais. Realizaram-se técnicas de estatística descritiva e testes não paramétricos de Kruskal-Wallis e Tukey, ao nível de significância de 5%. Antecedendo a tudo isso a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo nº 3921/2011. **Resultados:** houve pior avaliação de QV, no *componente físico*, nos domínios “capacidade funcional”, “aspectos físicos” e “dor”, principalmente no pós-parto imediato. No *componente mental*, encontraram-se diferenças na QV para os domínios “vitalidade” e “aspectos sociais” em relação ao período imediato e remoto, observando-se melhor QV no período remoto. **Conclusão:** identificaram-se sentimentos e necessidades que interferem na QV das puérperas, subsidiando propostas de intervenção da equipe de saúde e outras pesquisas neste contexto. **Descritores:** Puerpério; Qualidade de Vida; Obstetrícia.

ABSTRACT

Objective: to assess the QoL of primiparous postpartum women in the three stages of the postpartum period. **Methods:** This cross-sectional, exploratory study was conducted in Sao Jose do Rio Preto, SP, Brazil. Data were collected in the three stages of the postpartum period through the use of a socio-economic questionnaire and the Brazilian version of the SF-36 survey. Data analyses used descriptive statistics and nonparametric Kruskal-Wallis and Tukey tests, with significance level set at 5%. The study project was approved by a Research Ethics Committee, protocol number 3921/2011. **Results:** the lowest QoL scores were measured during the immediate postpartum period for the *physical domain*, especially for the scales Physical Functioning, Physical Role and Bodily Pain. There were differences in the quality of life scores measured for the *mental domain*, especially for the scales vitality and social functioning, when comparing the immediate and remote postpartum periods. The highest quality of life scores were measured in the remote postpartum period. **Conclusion:** The feelings and needs that interfere with the quality of life of puerperal women support the implementation of intervention strategies and further research in this context. **Descriptors:** Postpartum period; Quality of Life; Obstetrics.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la calidad de vida de mujeres puérperas-primíparas durante el puerperio inmediato, tardío y remoto. **Métodos:** Estudio transversal exploratorio realizado en Sao José do Rio Preto, SP, Brasil. Para la recolección de datos se utilizaron dos cuestionarios en las tres fases del puerperio: un cuestionario socioeconómico y el cuestionario SF-36. Como métodos de análisis se utilizaron: estadística descriptiva y los tests no paramétricos de Kruskal-Wallis y de Tukey, con un nivel de significación del 5%. El proyecto del estudio fue aprobado por el Comité Local de Investigación, Protocolo nº 3921/2011. **Resultados:** Las mujeres presentaron peor calidad de vida en el puerperio inmediato, en el *componente físico*, especialmente en los dominios capacidad funcional, aspectos físicos y dolor; En el *componente mental*, se encontraron diferencias en la calidad de vida entre el puerperio tardío y remoto, especialmente en los dominios vitalidad y funcionamiento social. Se observó una mejora en la calidad de vida en el puerperio remoto. **Conclusión:** Los sentimientos y necesidades que interfieren en la calidad de vida de las mujeres puérperas respaldan la implementación de propuestas de intervención y la realización de otros estudios en esta línea. **Descriptores:** Periodo Posparto; Calidad de Vida; Obstetricia.

¹Enfermeira obstétrica, Mestre em Enfermagem, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/Famerp. São José do Rio Preto (SP), Brasil. Email: damaprodriques@gmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora em Ciências da Saúde, Faculdade Ceres/Faceres. São José do Rio Preto (SP), Brasil. Email: amelinha_famerp@yahoo.com.br; ³Enfermeira obstétrica, Professora, Livre docente em Enfermagem obstétrica, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/Famerp. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: zaidaaurora@gmail.com; ⁴Enfermeira, Professora, Doutora em Ciências da Saúde Docente, Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM. Uberaba (MG), Brasil. Email: lilisew@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

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

Após o parto a mulher tem transformações tanto do ponto de vista fisiológico quanto psíquico e sócio-familiar. É um período de muitas vulnerabilidades, que podem prejudicar vários aspectos de sua QV.^{4,5}

O conceito de QV é abrangente e guarda relação com os aspectos multidimensionais da saúde, da independência, das relações sociais e das características do meio ambiente. A QV é definida como a percepção individual da posição do indivíduo na vida, levando em consideração sua cultura e o sistema de valores no qual está inserido, em relação aos seus objetivos, suas expectativas, seus padrões e suas preocupações.⁶

Os profissionais de saúde têm muito a contribuir na atenção às puérperas, já que podem colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para melhorar a saúde e a qualidade de vida (QV) de ambos.⁷

Ressalta-se neste enfoque o cuidado promovido pelo enfermeiro, em especial o enfermeiro obstetra, que, pelas especificidades de atuação profissional, tem competências para atuar nas diferentes fases do ciclo gravídico-puerperal. Assim, pode planejar a assistência de forma sistematizada, considerando na individualidade as reais necessidades afetadas da mulher, conhecimento que é indispensável para agir em busca de melhorar a qualidade de vida da puérpera.⁸

Ante o exposto, o objetivo deste estudo é avaliar a Qualidade de Vida (QV) de puérperas primíparas durante as três fases do puerpério.

MÉTODO

Estudo descritivo analítico, do tipo transversal, com abordagem quantitativa. Participaram do estudo puérperas primíparas,

com idade superior a 18 anos, residentes em São José do Rio Preto/SP, com recém-nascido a termo, com boas condições de vitalidade ao nascimento e na alta hospitalar, e que participaram do curso de gestantes vinculado a uma instituição privada de assistência médica. O curso é oferecido gratuitamente a toda a população de São José do Rio Preto, independentemente de o interessado possuir o convênio médico ou não. Ele ocorre durante oito encontros semanais, durante os quais são discutidos temas diversos relacionados a nutrição, tipo de parto, aleitamento materno, aspectos emocionais e cuidados com o binômio.

Antecedendo a coleta de dados, o projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP- Parecer nº 134.133 e inclui-se nas pesquisas desenvolvidas no foco do projeto-mãe “Estudos sobre a humanização no preparo e na assistência ao nascimento e na atenção ao neonato e à lactente - ênfase na atuação do enfermeiro obstetra”. Parecer nº 323/2011 e Protocolo nº 3921/2011.

Os dados da pesquisa foram coletados no período de março a agosto de 2013, sendo o estudo realizado em quatro etapas. A primeira etapa consistiu na abordagem das mulheres ainda gestantes durante o curso preparatório oferecido por uma instituição privada de assistência médica de grande porte de São José do Rio Preto. Nessa etapa, as mulheres foram informadas sobre os objetivos do estudo e convidadas a participar da pesquisa, após assinarem os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Após os nascimentos, as puérperas que atendiam aos critérios de inclusão e consentiram em participar, foram avaliadas em seus domicílios por meio de entrevistas em três momentos diferenciados: durante o pós-parto imediato (0 a 10 dias após o parto), durante o pós-parto tardio (11 a 45 dias após o parto) e durante o pós-parto remoto (46 a 60 dias após o parto).

Na primeira etapa foram convidadas 40 gestantes para participar do estudo, entretanto somente 20 atendiam aos critérios de inclusão. Destas, somente 15 mulheres aceitaram participar da pesquisa nos três momentos e constituíram a amostra final do estudo.

Para as entrevistas e a avaliação da QV nos diferentes períodos do puerpério foram utilizados um questionário socioeconômico e o instrumento validado SF-36, versão brasileira.⁹ Esse instrumento é constituído por 36 itens que abrangem oito domínios. Estes últimos, por sua vez, podem ser subdivididos em dois componentes: o *componente físico*, que inclui

os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde, e o *componente mental*, que abrange os domínios saúde mental, vitalidade e aspectos funcionais e sociais.

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

A escala de capacidade funcional permite avaliar tanto a presença como a extensão das limitações relacionadas à capacidade física. A escala de vitalidade considera o nível de energia e de fadiga, como a disposição para procurar e enfrentar novas tarefas, enquanto as escalas de aspectos físicos e emocionais, por sua vez, avaliam o quanto essas limitações influenciam a vida diária da pessoa, dificultando as suas atividades regulares.

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

Os três períodos puerperais foram comparados entre si, considerando-se as peculiaridades de cada um deles, para verificar possíveis mudanças na QV das puérperas estudadas. Assim, para a caracterização das participantes do estudo, foram realizadas técnicas de estatística descritiva. Para verificar alterações nos domínios da qualidade de vida nos três períodos puerperais (pós-parto, pós-parto tardio e pós-parto remoto), os mesmos foram comparados, utilizando-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis e o teste de Tukey, ao nível de significância de 5%.

RESULTADOS

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

A idade média das pacientes foi de 30,7 anos (dp: 5,5 anos, mediana= 30 anos, com idade mínima de 19 e idade máxima de 40 anos. O coeficiente de variação da idade foi de 17,8%, caracterizando uma distribuição com baixa dispersão.

Dados relacionados à caracterização das puérperas avaliadas encontram-se na Tabela 1.

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

Variáveis		n (15)	%
Religião	Católica	11	73,3
	Outras (espírita ou evangélica)	4	26,7
Escolaridade	Ensino médio e técnico	3	20,0
	Superior	12	80,0
Profissão	Área da educação	4	26,7
	Área da saúde	3	20,0
	Área de serviços	8	53,3
Convênio com a instituição pertencente ao grupo de gestante	Sim	8	53,3
	Não	7	46,7
Trabalho de parto	Sim	2	13,3
	Não	13	86,7
Renda familiar	2 a 5 salários	8	53,3
	6 ou mais salários	7	46,7
Residência	Cedida ou alugada	3	20,0
	Própria	12	80,0
Transporte	Carro	14	93,3
	Ônibus - moto	1	6,7

No que se refere à avaliação da QV, dos oito domínios avaliados, cinco apresentaram diferenças estatisticamente significativas nos

períodos puerperais avaliados (pós-parto imediato, tardio e remoto) (Tabela 2).

Tabela 2. Descrição dos domínios da Qualidade de Vida avaliados segundo período puerperal, São José do Rio Preto,SP, 2013.

Domínio	Pós-parto	n	$\bar{x} \pm s$	Md	Mín	Máx	Valor p
Capacidade funcional	Imediato	15	40,0±26,9	35,0 ^b	5,0	90,0	<0,001
	Tardio	15	85,3±13,4	85,0 ^a	60,0	100	
	Remoto	15	93,6±8,9	100 ^a	70,0	100	
Aspecto físico	Imediato	15	13,3±35,2	0,0 ^b	0,0	100	<0,001
	Tardio	15	66,7±44,0	100 ^a	0,0	100	
	Remoto	15	85,0±29,5	100 ^a	0,0	100	
Dor	Imediato	15	34,6±13,9	41,0 ^b	10,0	52,0	<0,001
	Tardio	15	68,2±36,8	74,0 ^a	0,0	100	
	Remoto	15	82,0±25,3	100 ^a	22,0	100	
Estado geral da saúde	Imediato	15	84,0±14,5	87,0	41,0	100	0,342
	Tardio	15	82,6±17,2	87,0	35,0	100	
	Remoto	15	89,1±11,8	92,0	67,0	100	
Vitalidade	Imediato	15	47,0±17,7	45,0 ^b	10,0	80,0	0,023
	Tardio	15	51,3±24,1	55,0 ^{ab}	15,0	100	
	Remoto	15	67,0±19,2	80,0 ^a	20,0	85,0	
Aspectos sociais	Imediato	15	49,8±27,8	50,0 ^b	10,0	100	0,006
	Tardio	15	61,6±29,3	62,5 ^{ab}	0,0	100	
	Remoto	15	82,5±23,5	100 ^a	25,0	100	
Aspecto emocional	Imediato	15	64,3±44,5	100	0,0	100	0,929
	Tardio	15	55,6±44,8	34,0	0,0	100	
	Remoto	15	62,2±48,6	100	0,0	100	
Saúde mental	Imediato	15	71,2±16,3	72,0	40,0	92,0	0,353
	Tardio	15	72,8±13,2	72,0	44,0	92,0	
	Remoto	15	78,2±11,4	84,0	52,0	92,0	

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

Nos domínios vitalidade ($P=0,023$) e aspectos sociais ($P=0,006$), as pacientes apresentaram diferenças na qualidade de vida

durante o período imediato e o remoto, sendo que a maior qualidade de vida se deu no período remoto. Esse resultado mostra que as pacientes apresentaram menor vitalidade e menos qualidade nos aspectos sociais no período logo após o parto quando comparado ao período remoto.

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

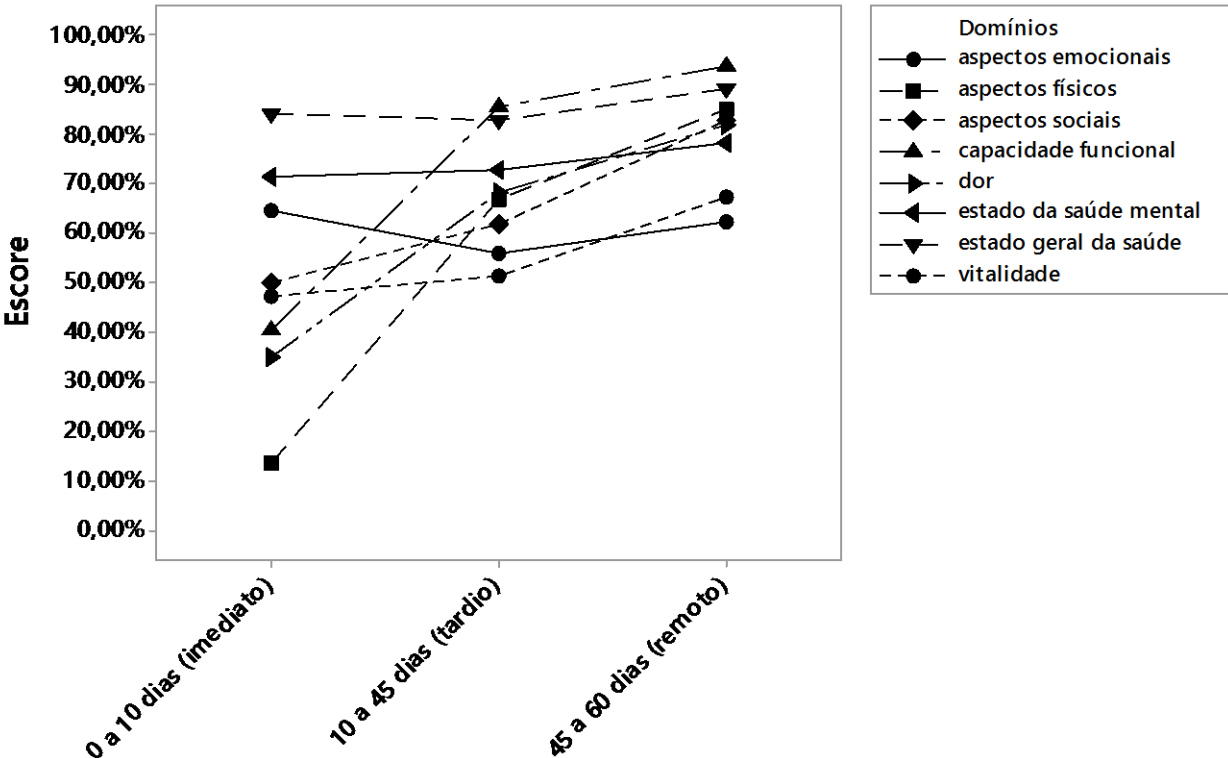


Figura 1. Tendência da qualidade de vida das puérperas nos três momentos pós-parto avaliados em relação aos domínios estudados, São José do Rio Preto, 2013.

DISCUSSÃO

A caracterização das participantes deste estudo mostrou o predomínio da realização do parto cesariano entre as mulheres estudadas, corroborando com as taxas encontradas no município de São José do Rio Preto nos últimos anos, passando de 56,6% em 2008 para 72,0% em 2012, na rede publica de saúde.¹⁰

Embora a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomende um índice de cesárea de 10% a 15% de todos os partos¹², a realização predominante do parto cesariano não é uma exclusividade de São José do Rio Preto, seguindo uma tendência nacional, que ainda apresenta um alto índice de cesárea, atingindo 40,0% do total de todos os partos no país em 2012.¹⁰

Diante desta problemática, o Ministério da Saúde tem investido em estratégias para priorizar o parto normal, com a criação de indicadores e metas relacionadas a tal procedimento, como: o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), instituído pela Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013;¹² o Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS),¹² lançado em março de 2012, que avalia o desempenho do SUS, atribuindo uma nota (grau) para cada Município, Estado e para o Brasil; além da criação da Rede Cegonha, que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao

puerpério, incentivando o parto normal humanizado, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.¹³

Está consolidado na literatura que os níveis de bem-estar e a qualidade de vida da mulher durante o período pré-natal são superiores em relação ao puerpério.¹⁴ Porém, ao se abordar a avaliação da QV no puerpério, embora esta seja uma temática de discussão relevante, são escassos os estudos que avaliam a puérpera no decorrer dos três períodos pós parto: imediato, tardio e remoto.^{15,16}

Os resultados deste estudo mostraram que a QV da puérpera apresentou pior avaliação em relação ao **componente físico**, principalmente nos domínios da Capacidade Funcional, Aspectos Físicos e Dor, sendo o pós-parto imediato o mais prejudicado, apresentando uma melhora progressiva com o aumento do tempo do período puerperal, como revelado em outros estudos.¹⁷

O comprometimento da capacidade funcional e dos aspectos físicos já tem sido apontado pela literatura como domínios afetados após o parto. Estudo realizado em 2013 mostrou que todas as participantes relataram ter deixado de realizar alguma função neste período, sendo a atividade física a mais citada, seguida das atividades relacionadas ao trabalho.¹⁸

Tal resultado também pode estar relacionado ao procedimento cirúrgico invasivo e doloroso a que essas mulheres entrevistadas foram submetidas, pois

realizaram o parto cesariano. Outros estudos que também verificaram a QV de puérperas constataram que o tipo de parto, o número de partos e o número de consultas realizadas no pré-natal parecem influenciar na percepção da QV puerperal.^{16,17} Com relação ao tipo de parto, o estudo apontado mostrou que as mulheres submetidas a parto vaginal (30,3%) apresentaram melhor percepção de QV no domínio aspectos físicos do que as mulheres submetidas ao parto cesariano.^{16,17} Em contraponto a estes resultados, estudos têm revelado não haver relação entre o tipo de parto e alterações na QV das puérperas, embora fosse esperado que o parto cesariano, por demandar maior tempo de recuperação, interferisse nos resultados de QV das mulheres.^{19,20}

A dor, embora muitas vezes ignorada, é apontada como um fator de interferência na QV da puérpera, já que muitas vezes se configura como obstáculo ao bom posicionamento para a amamentação, para o autocuidado e os cuidados com o neonato, e para realizar atividades cotidianas, como sentar e levantar, caminhar, realizar higiene íntima, entre outras,²¹ podendo assim ter também interferido nos domínios capacidade funcional e aspectos físicos.

Assim, vale pontuar que a dor é uma condição de difícil aferição, uma vez que é um sintoma subjetivo e pode variar de pessoa para pessoa. A paridade é tida como variável de confusão para avaliação da dor, como apontado pela literatura em que primíparas têm experiência de dor pós-parto consideravelmente diferente de múltíparas.²²

A melhora progressiva da QV no decorrer do tempo do puerpério também pôde ser evidenciada em outro estudo que, ao analisar a percepção das puérperas sobre o período puerperal, constatou que as respostas classificando-o como “conturbado” foram dadas pelas participantes que se encontravam dentro do primeiro mês do puerpério. Entre as outras participantes, que se encontravam entre os dois e três meses desse período, a resposta para esta questão foi de que o mesmo é “tranquilo”. A partir disso pode-se considerar que o primeiro mês do puerpério tende a ser, de modo geral, mais complicado para as mães.¹⁸

Este mesmo estudo apontou que as dificuldades vividas nos primeiros dias do puerpério são relatadas principalmente por mães primíparas, como é o caso das participantes desta pesquisa. Isso porque o puerpério resulta em um momento repleto de novidades, novos sentimentos, nova rotina, novas atitudes das pessoas que as cercam

(pois os familiares e amigos também querem participar desse momento), entre tantas outras mudanças.¹⁸

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

Tal resultado é diferente do obtido por outros autores, que relataram que as puérperas participantes de seus estudos disseram que se sentiam tranquilas ao abrir mão de realizar alguma atividade, anteriormente comum, como ir ao shopping ou ao salão de beleza, devido às tarefas da maternidade, uma vez que acreditam que essa abdicação se trata apenas de uma fase.¹⁶

A vitalidade é traduzida no SF-36 por questões que abordam vigor, vontade, energia, esgotamento e cansaço. De acordo com outro estudo¹⁸, as tarefas domésticas e as atividades como vida social e cuidados com a aparência, apesar de ser a minoria, também foram descritas pelas puérperas como aspectos afetados após o parto. As participantes relataram encontrar dificuldades em coordenar a maternidade com as atividades cotidianas devido ao fato de o bebê exigir bastante atenção e da dificuldade em se separar dele.¹⁸

O sentimento de incapacidade também pode ser muito frequente nas puérperas, uma vez que, em geral, se doam completamente aos cuidados com o bebê e aguardam ansiosas o reconhecimento de todos.²³

Estudo realizado por Lara (2010)¹⁴ encontrou que o impacto das alterações físicas e fisiológicas da gravidez pode causar fadiga e dificuldade no autocuidado, acarretando em prejuízos psicológicos que alteram a QV da mulher.¹³

Neste estudo, a avaliação da QV das puérperas vai de encontro com a literatura descrita em relação ao fato de que as primeiras dificuldades vividas pelas puérperas estão associadas aos aspectos físicos e às alterações fisiológicas oriundas da gestação. Estes apresentam melhora com o decorrer do tempo, mas por vezes acarretam em problemas de ordem psicológica que permanecem alterados por um período maior de tempo, embora com melhora gradativa.

Diante de tais fatores, o Ministério da Saúde recomenda o retorno da mulher e do recém-nascido (RN) ao serviço de atenção básica em torno de cinco a dez dias após o parto. O objetivo do retorno da mulher é avaliar o estado de saúde da mãe e do RN,

orientar quanto à amamentação e aos cuidados básicos com o bebê, e avaliar o convívio entre mãe e filho. Tais cuidados visam prevenir situações de morbimortalidade materna e neonatal, uma vez que boa parte das intercorrências ocorre na primeira semana após o nascimento do bebê. Vale destacar que o cuidado com a puérpera deve ser prestado não somente voltado ao sistema reprodutor e hormonal, mas com atenção especial aos aspectos psicológicos. Além disso, são relevantes as orientações fornecidas durante as consultas de pré-natal e nos cursos específicos para as gestantes, pois podem auxiliar as novas mães a compreenderem adequadamente as funções que deixam de ser exercidas e as outras que serão ativadas após o nascimento do bebê, evitando, por sua vez, situações conflituosas e contribuindo para uma melhor qualidade de vida no transcorrer do período puerperal.²⁴

CONCLUSÃO

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

REFERÊNCIAS

1. Cabral FB, Hirt LM, Van Der Sand ICP. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 Apr [cited 2014 May 15];47(2):281-287. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000200002&script=sci_arttext
2. Angelo BHB, Brito RS. Consulta puerperal: o que leva as mulheres a buscarem essa assistência? Rev Rene [Internet]. 2012 [cited 2015 Feb 20]; 13(5):1163-70. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/178/pdf>
3. Oliveira JFB, Quirino GS, Rodrigues DP. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. Rev Rene [Internet]. 2012 [cited 2015 Feb 10]; 13(1):74-84. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/19/15>
4. Beltrami L, Moraes AB, Souza APR. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. Distúrb Comun [Internet]. 2013 [cited 2014 Jul 15]; 25(2): 229-239. Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/16476/12373>
5. Zocche DAA, Frigo J, Marin SM, Machado S, Rosa L. O puerpério nas políticas públicas de saúde no Brasil: necessidades de saúde das mulheres? J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2015 Jan 25];7(11):6539-46. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/5480/pdf_3954
6. Santos NMF, Tavares DMS. Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com acidente vascular encefálico. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2014 Apr 20]; 46(4):960-66. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/25.pdf>
7. Carneiro MS, Teixeira E, Silva SED, Carvalho LR, Silva BAC, Silva LFL. Dimensões da saúde materna na perspectiva das representações sociais. Rev Min Enferm [Internet]. 2013 Apr-Jun [cited 2014 Dec 5];17(2):446-53. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/662>
8. Oliveira DC, Mandú ENT, Corrêa ACP, Tomiyoshi JT, Teixeira RC. Estrutura Organizacional da atenção pós-parto na estratégia saúde da família. Esc Anna Nery [Internet]. 2013 Jul-Set [cited 2015 Apr 10];17(3):446-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0446.pdf>
9. Pimenta FAP, Simil FF, Tôrres HOG, Amaral CFS, Rezende CF, Coelho TO, et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. Rev Assoc Med Bras. 2008 Jan-Feb [cited 2014 Jan 20];54(1):55-60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000100021
10. Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Brasília [cited 2015 Feb 14]. 2015. Available from: <http://www.datasus.gov.br>

11. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* [Internet]. 2006 June [cited 2014 Dec 5]; 367(9525): 1819-29. Available from: http://ac.els-cdn.com/S0140673606687047/1-s2.0-S0140673606687047-main.pdf?_tid=fd758bb0-58a2-11e5-9f7d-00000aab0f6b&acdnat=1441989456_765bf2251ab188de226619d562d3ca2d
12. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
14. Haas JS, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Stewart AL, Dean ML, Brawarsky P, et al. Changes in the health status of women during and after pregnancy. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2005 Jan [cited 2014 Nov 25];20(1):45-51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490030/>
15. Lima-Lara AC, Fernandes RAQ. Qualidade de vida no puerpério mediato: um estudo quantitativo. *Online Brazilian Journal of Nursig* [Internet]. 2010 [cited 2014 Oct 20];9(1):[about 5 p.]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2815/643>
16. Pedrosa NS, Cortês DB, Fernandes KC, Araujo MFSA, Rocha APR, Carmos, EM. Percepção da qualidade de vida no puerpério imediato. *Colloquium Vitae* [Internet]. 2013 July-Dec [cited 2014 Dec 10];5(spe):209-15. Available from: <http://www.unoeste.br/site/enepe/2013/suplementos/area/Vitae/Fisioterapia/PERCEP%C3%87A%C3%95%20DA%20QUALIDADE%20DE%20VIDA%20NO%20PUERP%C3%89RIO%20IMEDIATO.pdf>
17. Mortazavi F, Mousavi SA, Chaman R, Khosravi A. Maternal Quality of Life during the transition to motherhood. *Iran Red Crescent Med J* [Internet]. 2014 May [cited 2015 Apr 10];16(5):e8443. Available from:
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4082526/pdf/ircmj-16-8443.pdf>
18. Souza BMS, Souza SF, Rodrigues RTS. O puerpério e a mulher contemporânea: uma investigação sobre a vivência e os impactos da perda da autonomia. *Rev SBPH* [Internet]. 2013 Jan-June [cited 2014 Dec 10];16(1):166-84. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v16n1/v16n1a10.pdf>
19. Sell SE, Beresford PC, Dias HHZR, Garcia ORZ, Santos EKA. Olhares e saberes: vivências de puérperas e equipe de enfermagem frente à dor pós-cesariana. *Texto contexto-enferm* [cited 2015 Jan 15]. 2012 Oct-Dec [cited 2015 Apr 11];21(4):766-74. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71425249006>
20. Torkan B, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A, Montazeri A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC pregnancy Childbirth* [Internet]. 2009 Jan [cited 2015 Feb 10];9(4):[about 5 p.]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-9-4.pdf>
21. Sousa L, Pitangui ACR, Gomes FA, Nakano AMS, Ferreira CHJ. Mensuração e características de dor após cesárea e sua relação com limitação de atividades. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2014 Oct 10];22(6):741-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v22n6/a03v22n6>
22. Smith CM, Guralnick MS, Gelfand MM, Jeans ME. The effects of transcutaneous electrical nerve stimulation on post-caesarean pain. *Pain* [Internet]. 1986 Nov [cited 2014 Oct 10];27(2):181-93. Available from: http://ac.els-cdn.com/0304395986902095/1-s2.0-0304395986902095-main.pdf?_tid=84fef704-58aa-11e5-9d03-00000aab0f01&acdnat=1441992690_212637df39684909bef964c614949c79
23. Beretta MIR, Zaneti DJ, Fabbro MRC, Freitas MA, Ruggiero EMS, Dupas G. Tristeza/depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2008 [cited 2014 Oct 10];10(4):966-78. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/pdf/v10n4a09.pdf
24. Gomes AO, Neves JB. O enfermeiro na assistência à puérpera na atenção primária à saúde. *Revista Enfermagem Integrada* [Internet]. 2011 Nov-Dec; 4(2):821-32. Available from:

[http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v4_2/04-O%20ENFERMEIRO-NA-ASSISTENCIA-A-PUERPERA-NA-ATENCAO-PRIMARIA-A-SAUDE\(GOMES;NEVES\).pdf](http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v4_2/04-O%20ENFERMEIRO-NA-ASSISTENCIA-A-PUERPERA-NA-ATENCAO-PRIMARIA-A-SAUDE(GOMES;NEVES).pdf)

Submissão: 10/07/2015

Aceito: 10/09/2015

Publicado: 01/12/2015

Correspondência

Damaris Aparecida Rodrigues Soler
Rua Roque Alves Magalhães, 15
Bairro Residencial João Soares Geraldes
CEP 15140-000 – Bálsamo (SP), Brasil