



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

NATÁLIA CAROLINA RODRIGUES COLOMBO

NEAR MISS MATERNO:
QUALIDADE DE VIDA NO PÓS-PARTO

NATÁLIA CAROLINA RODRIGUES COLOMBO

NEAR MISS MATERNO:
QUALIDADE DE VIDA NO PÓS-PARTO

Exame de Defesa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientador: Profa. PhD. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli.

Londrina
2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

C718n Colombo, Natália Carolina Rodrigues .
Near miss materno: qualidade de vida no pós-parto / Natália Carolina Rodrigues Colombo. - Londrina, 2021.
101 f. : il.

Orientador: Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli.
Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2021.
Inclui bibliografia.

1. Near miss materno - Tese. 2. Qualidade de vida - Tese. 3. Período pós-parto - Tese. 4. Saúde materna - Tese. I. Cardelli, Alexandrina Aparecida Maciel . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

NATÁLIA CAROLINA RODRIGUES COLOMBO

**NEAR MISS MATERNO:
QUALIDADE DE VIDA NO PÓS-PARTO**

Exame de Defesa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Dra. Alexandrina Aparecida
Maciel Cardelli
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Rosângela Aparecida Pimenta
Ferrari
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Maria do Carmo Fernandez
Lourenço Haddad
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Sandra Marisa Pelloso
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Profa. Dra. Sandra Mara Maciel
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Londrina, 2 de março de 2021.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao Criador pois, sem Ele, nada seria possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Ele, Deus, o provedor de todas minhas necessidades e conhecedor de todas angústias. Sempre me sustentando com fé, esperança, garra e alegria para prosseguir ao objetivo.

Agradeço à Professora-PhD *Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli*, por ter investido em mim com tanto amor e conhecimento. Sou-lhe imensamente grata por ter acreditado em meu potencial. Grata por sua dedicação, aconselhamentos e conhecimento.

Às Professoras-Doutoras *Maria do Carmo F. Lourenço Haddad*, *Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari*, *Sandra Mara Maciel*, *Sandra Marisa Pelloso* e *Deise Serafim* por me ajudarem a lapidar minha tese.

Aos colegas de turma, do grupo de pesquisa, à *Sandra Lage* – Secretária do Programa de Pós-Graduação, e aos demais docentes do Programa, meu muito obrigada pelo apoio, compartilhamentos e aprendizado.

À minha família, meu bem maior, em especial, a meus pais, *Luzia Rattes Rodrigues Colombo* e *Odair Colombo*, pelos princípios, união, compreensão, auxílio, encorajamento e amor.

À minha querida e doce filha, *Maria Alice Colombo Gomes*, que, mesmo penalizada durante este processo, soube ser compreensiva, demonstrando afeto e apoio em pequenos gestos.

***Pois todas as coisas foram criadas por Ele,
e tudo existe por meio dEle e para Ele.
Glória a Deus pra sempre! Amém!***

(Romanos, 11-36)

COLOMBO, Natália Carolina Rodrigues. **Near miss materno**: qualidade de vida no pós-parto. 2021. 98 f. Exame de Defesa de Doutorado (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

RESUMO

Mundialmente a saúde e a qualidade de vida (QV) da mulher é abordada como tema central e desafiador. Entre as iniciativas para melhoria desse cenário é a identificação de mulheres que sofreram um evento de *near miss* materno durante a gravidez, parto ou em até 42 dias após o término da gravidez, mas sobreviveram. Este estudo avaliou a QV de puérperas de alto risco que vivenciaram o *near miss* no período pós-parto por meio de um estudo transversal, aninhado a uma coorte prospectiva, entre outubro de 2016 a agosto de 2017. Participaram puérperas de alto risco de uma maternidade pública da região sul do Brasil, com algum critério de *near miss* materno. No primeiro estudo, uma revisão integrativa, 9 artigos foram incluídos, que utilizaram 10 tipos de instrumentos de avaliação de qualidade de vida, 4 de uso genérico e 6 específicos. Foram observados prejuízos nas dimensões física, emocional, psicológica, social, conjugal, sexual e profissional que afetaram diretamente na QV de mulheres no pós-parto. No segundo estudo, utilizou-se um formulário estruturado para a caracterização, o *Short Form Survey* (SF-36) para um dos estudos com 262 puérperas e o instrumento *Mother Generated Index* (MGI) para o terceiro estudo com 236 puérperas. Foram realizados os testes Shapiro-Wilk, Levene, Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis para comparar as medianas e o Post-Hoc de Dunn. Utilizando-se o SF-36, dor e limitações por aspectos físicos e emocionais foram os domínios da QV com piores escores e o *near miss* cardiovascular prevaleceu. Adolescentes tiveram pior escore de limitação física ($p=0,035$), puérperas com 36 anos ou mais apresentaram melhor escore de saúde mental ($p=0,042$), as brancas mostraram escore pior de dor ($p=0,04$) e melhor de estado geral de saúde ($p=0,04$), e quem realizou cesárea teve pior escore de limitação física, aspectos emocionais, saúde mental e aspectos globais físicos e mentais. De acordo com a MGI, para a maioria das puérperas foi negativo o retorno ao trabalho ($n= 58$; 45,7%) e problemas físicos ou mentais ($n=71$; 34,6%). Tanto os dados absolutos como as médias foram positivos nas áreas sentimento em relação a si mesma ($8,7\pm 1,3$); sentimento em relação ao bebê ($9,5\pm 1,0$), relacionamento parceiro/família ($9,5\pm 1,0$) e vida social ($8,4\pm 1,4$). O retorno ao trabalho (média do escore secundário = $0,5 \pm 0,9$) e a vida social (média do escore secundário = $0,4$; $\pm 0,9$) foram as piores áreas da QV. Houve associação entre os diferentes níveis de escolaridade, vida social ($p= 0,036$); sentimentos em relação a si mesma ($p=0,023$) e retorno ao trabalho ($p=0,037$); ensino fundamental com sentimento em relação a si mesma ($p=0,038$) e vida social ($p=0,033$); retorno ao trabalho e nível fundamental ($p=0,041$); ocupação leve e vida social ($p=0,033$); *near miss* infeccioso e sentimentos com relação a si mesma ($p= 0,028$) e problemas físicos ou mentais ($p=0,014$). Conclui-se que as puérperas em situação de *near miss* apresentaram redução da QV com destaque nas áreas físicas e emocionais, o que reforça a necessidade de diagnosticar e propor cuidados de saúde a essa população pouco percebida.

Palavras-chave: qualidade de vida; saúde materna; *near miss*; período pós-parto; serviços de saúde materno-infantil; enfermagem obstétrica.

COLOMBO, Natália Carolina Rodrigues. **Maternal near miss**: quality of life in the postpartum period. 2021. 98 p. Doctoral Defense Examination (Doctorate in Nursing) – State University of Londrina, Londrina, 2021.

ABSTRACT

Worldwide, women's health and quality of life (QOL) is approached as a central and challenging theme. Among the initiatives to improve this scenario is the identification of women who suffered a maternal near miss event during pregnancy, childbirth or up to 42 days after the end of the pregnancy, but survived. This study evaluated the QoL of high-risk postpartum women who experienced near miss in the postpartum period through a cross-sectional study, nested in a prospective cohort, between October 2016 and August 2017. High-risk postpartum women from a maternity hospital participated. public of the southern region of Brazil, with some maternal near miss criterion. In the first study, an integrative review, 9 articles were included that used 10 types of quality of life assessment instruments, 4 of generic use and 6 specific ones. Losses were observed in the physical, emotional, psychological, social, marital, sexual and professional dimensions that directly affected the QoL of women in the postpartum period. In the second study, a structured form was used for the characterization, the Short Form Survey (SF-36) for one of the studies with 262 mothers and the Mother Generated Index (MGI) for the third study with 236 mothers. Shapiro-Wilk, Levene, Mann-Whitney or Kruskal-Wallis tests were performed to compare Dunn's medians and Post-Hoc. Using the SF-36, pain and limitations due to physical and emotional aspects were the QOL domains with the worst scores and cardiovascular near miss prevailed. Adolescents had worse physical limitation score ($p = 0.035$), puerperal women aged 36 years or more had better mental health score ($p = 0.042$), white women showed worse pain score ($p = 0.04$) and better general condition health ($p = 0.04$), and those who underwent cesarean section had a worse score for physical limitations, emotional aspects, mental health and overall physical and mental aspects. According to MGI, for most puerperal women it was negative to return to work ($n = 58$; 45.7%) and physical or mental problems ($n = 71$; 34.6%). Both the absolute data and the averages were positive in the feeling areas in relation to itself (8.7 ± 1.3); feeling about the baby (9.5 ± 1.0), partner / family relationship (9.5 ± 1.0) and social life (8.4 ± 1.4). Returning to work (mean secondary score = 0.5 ± 0.9) and social life (mean secondary score = 0.4 ; ± 0.9) were the worst areas of QOL. There was an association between different levels of education, social life ($p = 0.036$); feelings about herself ($p = 0.023$) and returning to work ($p = 0.037$); elementary school with feeling about itself ($p = 0.038$) and social life ($p = 0.033$); return to work and basic level ($p = 0.041$); light occupation and social life ($p = 0.033$); infectious near miss and feelings about herself ($p = 0.028$) and physical or mental problems ($p = 0.014$). It is concluded that puerperal women in a near miss situation presented a reduction in QoL with emphasis in the physical and emotional areas, the which reinforces the need to diagnose and offer health care to this poorly perceived population.

Keywords: quality of life; maternal health; near miss; postpartum period; maternal and child health services; obstetric nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma das etapas de busca e seleção dos artigos analisados e selecionados. Londrina, PR, 2021	23
--	----

LISTA DE QUADROS

ESTUDO 1

Quadro 1 – Categorização da produção científica incluída na revisão, Londrina, Paraná, Brasil, 2021	25
---	----

ESTUDO 2

Quadro 1 – Critérios de inclusão de <i>Near Miss</i> materno (OMS)	40
---	----

LISTA DE TABELAS

ESTUDO 2

- Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica, econômica e obstétrica de mulheres em situação de *Near Miss* durante a internação no pós-parto, 17^a. Regional de Saúde (RS) do Paraná (PR), 2021 ... 41
- Tabela 2** – Análise descritiva dos domínios da qualidade de vida das puérperas que vivenciaram *near miss*, segundo a SF36, 17^a. RS, Paraná, 2021 42
- Tabela 3** – Comparação dos domínios de qualidade de vida de acordo com a caracterização sociodemográfica, econômica, o tipo de parto e o número de filhos, 17^a. RS, Paraná, 2021. Dados apresentados em mediana (IC 95%) 43
- Tabela 4** – Comparação dos domínios de qualidade de vida de acordo com a origem do *near miss*, 17^a. RS, Paraná, 2021. Dados apresentados em mediana (95% IC)45

ESTUDO 3

- Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica e econômica de puérperas em situação de *Near Miss* durante a internação para o parto, 17^a. RS, Paraná, 2021.....64
- Tabela 2** – Distribuição da pontuação do primeiro passo da MGI, de acordo com as áreas de qualidade de vida mais apontadas pelas puérperas em situação de *Near Miss* durante a internação para o parto, 17^a. RS, Paraná, 2021 65
- Tabela 3** – Média \pm Desvio Padrão (DP) da pontuação do segundo e terceiro passo da MGI, de acordo com as áreas de qualidade de vida mais apontadas pelas puérperas em situação de *near miss* durante a internação para o parto, 17^a RS, Paraná, 202166
- Tabela 4** – Média \pm desvio padrão (DP) para os escores primário e secundário da MGI, de acordo com seis áreas de qualidade de vida apontadas pelas puérperas em situação de *Near Miss* durante a internação para o parto, 17^a. RS, Paraná, 2021.....67

Tabela 5 – Dados apresentados em mediana (mínimo - máximo) da MGI para a comparação do escore primário das seis áreas de qualidade de vida apontadas pelas puérperas em situação de <i>Near Miss</i> durante a internação para o parto, segundo variáveis sociodemográficas e econômica, 17 ^a . RS, Paraná, 2021.....	68
Tabela 6 – Dados apresentados em mediana (mínimo – máximo) da MGI para a comparação do escore primário das seis áreas apontadas pelas puérperas em situação de <i>Near Miss</i> durante a internação para o parto, segundo a origem do <i>Near Miss</i> , 17 ^a . RS, Paraná, 2021	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Amazonas
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CAAE	Certificado de apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
HADS	Hospital Anxiety and Depression scale
ITU	Infecção do trato urinário
KW	Kruskal-Wallis
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MESH	Medical Subject Headings
MG	Minas Gerais
MGI	Mother Generated Index
MM	Mortalidade materna
MPQOL	Maternal Postpartum Quality of Life
MW	Mann-Whitney
NM	Near Miss
NMM	Near Miss Materno
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PE	Pernambuco
PMI	Postnatal Morbidity Index
PR	Paraná
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
RMP	Rede Mãe Paranaense
RNM	Razão de Mortalidade Materna
RS	Regional de Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online

SE	Sergipe
SF-36	Short Form Survey
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SP	São Paulo
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
WHO	World Health Organization
WHOQOL-BREF	The World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

CONTEXTUALIZAÇÃO	16
1 ESTUDO 1	18
1.1 INTRODUÇÃO	20
1.2 MATERIAL E MÉTODOS	21
1.3 RESULTADOS.....	24
1.4 DISCUSSÃO	27
1.5 CONCLUSÃO.....	31
1.6 REFERÊNCIAS.....	31
2 ESTUDO 2	36
2.1 INTRODUÇÃO	38
2.2 MATERIAL E MÉTODOS	39
2.3 RESULTADOS.....	42
2.4 DISCUSSÃO.....	49
2.5 CONCLUSÃO.....	53
2.6 REFERÊNCIAS.....	54
3 ESTUDO 3	57
3.1 INTRODUÇÃO	59
3.2 MATERIAL E MÉTODOS	60
3.3 RESULTADOS.....	63
3.4 DISCUSSÃO	70
3.5 CONCLUSÃO.....	74
3.6 REFERÊNCIAS.....	74
4 CONCLUSÕES	80
REFERÊNCIAS	81
ANEXOS	82
ANEXO A – Short Form Survey (SF-36).....	83

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	87
ANEXO C – Formulário de caracterização	91
ANEXO D – Mother Generated Index	98

CONTEXTUALIZAÇÃO

Qualificar a saúde materna é um dos problemas mais desafiadores do mundo. Apesar da implementação de iniciativas relevantes nas últimas décadas, a saúde da mulher ainda é considerada tema central para o desenvolvimento sustentável (ABDOLLAHPOUR *et al*, 2019).

Mundialmente discutida e preocupante, a mortalidade materna (MM) tem apresentado discreta queda em suas taxas. Em 2000, a inclusão do tema *Saúde Materna* nas metas de Desenvolvimento do Milênio propostas pela Organização das Nações Unidas (ONU), que previa a redução em três quartos da taxa de MM. Infelizmente, não foram atingidas até o ano de 2015, o que resultou na inclusão do assunto nas Metas para o Desenvolvimento Sustentável a serem alcançadas até 2030 (LAWTON, 2019; ONU, 2000).

No Brasil, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), de 1996 a 2018, registrou aproximadamente 39 mil óbitos maternos, 67% decorrente de causas obstétricas diretas, sendo as mais prevalentes: distúrbios hipertensivos – 8.186 óbitos; distúrbios hemorrágicos – 5.160 óbitos; e infecção puerperal – 2.624 óbitos (BRASIL, 2020).

Entre as iniciativas para que ocorra a melhoria desse cenário, uma delas é a identificação e o acompanhamento de casos de mulheres que sofreram um evento grave de “quase morte” durante a gravidez, no parto ou em até 42 dias após o término da gravidez, mas sobreviveram, o chamado *Near Miss Materno* (NMM) (OMS, 2014).

O NMM é um importante indicador da qualidade do atendimento à saúde materna pois permite identificar deficiências na assistência e, conseqüentemente, melhorar os resultados maternos, evitando que uma disfunção orgânica evitável possa desencadear alguma condição ameaçadora à vida. Os casos de NMM podem apresentar não somente efeitos físicos mas também psicológicos de longo prazo (VERSCHUEREN *et al*, 2020; ABDOLLAHPOUR *et al*, 2019).

Considerando que as mulheres acometidas por NMM sofrem prejuízos de ampla dimensão, enquanto enfermeira obstétrica, docente e plantonista de um serviço de referência de alto risco na região sul do Brasil, por meio dessa vivência, motivou-me a realização deste estudo que se propõe a avaliar a qualidade de vida dessas puérperas. Esta avaliação foi realizada nos anos de 2016 e 2017 e é apresentada no formato de três estudos originados de um projeto de pesquisa intitulado *Gestação de*

Alto Risco: Situações de near miss no ciclo gravídico-puerperal e neonatal.

O primeiro estudo se propôs a identificar a produção científica acerca dos instrumentos utilizados para a mensuração da qualidade de vida de mulheres no puerpério por meio de uma revisão integrativa da literatura.

O segundo estudo avaliou a qualidade de vida de puérperas que vivenciaram *near miss* (NM) durante a internação para o parto por meio da escala *Short Form Survey* (SF-36), incluindo variáveis sociodemográficas, econômicas e obstétricas.

O terceiro estudo avaliou a qualidade de vida pós-parto de mulheres que sofreram *near miss* por meio do instrumento *Mother Generated Index* (MGI), variáveis sociodemográficas, econômicas e obstétricas. Permitiu de uma forma mais ampla e subjetiva, avaliar como a qualidade de vida dessa puérpera acometida por NM foi afetada após a chegada do bebê.

O objetivo geral da tese foi avaliar a qualidade de vida de puérperas que estiveram em situação de *near miss* durante a internação para o parto.

Esperamos assim, contribuir com o conhecimento da equipe de saúde e dos gestores com o intuito de melhorar o modelo assistencial, necessário à prevenção desses agravos, com vistas não somente a promover saúde, e sim, dar respostas adequadas a essas mulheres que tiveram sua qualidade de vida prejudicada com reflexos em diversas áreas – física, emocional, familiar, profissional, social, entre outras.

1 ESTUDO 1

IMPORTÂNCIA DO USO DE INSTRUMENTOS NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES NO PUERPÉRIO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

RESUMO

Objetivo: Identificar a produção científica acerca dos instrumentos utilizados para a mensuração da qualidade de vida de mulheres no puerpério. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura, nas bases de dados e/ou bibliotecas eletrônicas *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), no período de junho de 2020 a janeiro de 2021, com artigos publicados entre 2010 a 2020, disponíveis na íntegra nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, abordando o uso de instrumentos de avaliação da qualidade de vida em puérperas. **Resultados:** Foram encontrados 158 artigos, dos quais 9 foram incluídos. Identificaram-se 10 tipos de instrumentos para avaliar a qualidade de vida em puérperas, sendo 4 genéricos e 6 específicos. Evidenciaram-se prejuízos nas dimensões física, emocional, psicológica, social, conjugal, sexual e profissional que afetaram diretamente na qualidade de vida de mulheres no pós-parto. **Conclusão:** Nota-se que a avaliação da qualidade de vida da mulher por instrumentos é pouco explorada no pós-parto, com escassez de estudos na área, e que o uso dessas ferramentas para investigação e diagnóstico da situação de saúde da puérpera pode contribuir com a mudança dessa realidade.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Período pós-parto, Inquéritos e Questionários.

ABSTRACT

Objective: To identify scientific production about the instruments used to measure the quality of life of women in the puerperium. **Methods:** Integrative literature review, in the databases and / or electronic libraries Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO), in the period from June 2020 to January 2021, with articles published between 2010 and 2020 available in full in Portuguese, English and Spanish addressing the use of instruments to assess quality of life in puerperal women. **Results:** 158 articles were found, of which 9 were included. 10 types of instruments were identified to assess the quality of life in puerperal women, being 4 generic and 6 specifics. Losses were evidenced in the physical, emotional, psychological, social, marital, sexual and professional dimensions that directly affected the quality of life of women in the postpartum period. **Conclusion:** It is noted that the assessment of women's quality of life by instruments is little explored in the postpartum period, with a lack of studies in the area and that the use of these tools for investigation and diagnosis of the health situation of the puerperal woman can contribute changing this reality.

Key words: Quality of life, Postpartum period, Surveys and questionnaires.

DESCRITORES: Qualidade de vida, Período pós-parto, Inquéritos e Questionários.

1.1 INTRODUÇÃO

O puerpério é um momento complexo e desafiador no contexto de saúde da mulher por vivenciar inúmeras transformações físicas, psicológicas, comportamentais, socioculturais, econômicas e de gênero, deixando-a mais vulnerável a situações que podem determinar morbimortalidade materna (GOMES; DOS SANTOS, 2017; SAY *et al*, 2014).

Apesar de a taxa de fecundidade apresentar decréscimo em todo mundo, o grupo populacional de mulheres em idade reprodutiva possui grande representatividade na sociedade, merecendo enfoque especial à saúde e à qualidade de vida com o olhar voltado não somente à mãe e à puérpera em seu aspecto biológico mas, especialmente, à mulher como ser integral (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2019).

A definição de qualidade de vida geral, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (1995), é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e no sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Já a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é definida como a percepção pessoal sobre a condição de vida frente a alguma enfermidade e às consequências advindas, tratamentos *etc*, ou seja, como a doença afeta a condição de vida útil (CRUZ; COLLET; NÓBREGA, 2018).

Independentemente dos conceitos subjacentes, a avaliação da qualidade de vida é uma preocupação e, para sua mensuração, medidas quantitativas vêm sendo propostas por meio de instrumentos e questionários disponíveis, traduzidos, validados e adaptados com características distintas que permitem realizar essas avaliações (RÔLA; SILVA; NICOLA, 2018).

O conceito de qualidade de vida (QV) tem sido apresentado por duas vertentes: uma mais genérica e ampla, que se refere à soma das condições econômicas, ambientais, culturais e políticas; outra, associada à condição de saúde do indivíduo. Em 2007, Fayers *et al* propuseram três categorias para os instrumentos de mensuração: genéricos (1), de domínio específico para determinada doença ou agravo (2) e com domínios específicos (3). Os genéricos são utilizados para medir QV independente da presença de enfermidade; os específicos para determinada doença ou agravo são utilizados para verificar o reflexo e as consequências deles na QV do

indivíduo; e os questionários com domínios específicos são os que se concentram em certos domínios da QV, como os distúrbios psicológicos (FAYERS *et al*, 2007).

A implementação de instrumentos para uso na prática permite identificar, de forma objetiva, alterações físico-psíquicas e espirituais, e aferir fenômenos subjetivos, além de contribuir epidemiologicamente na geração de dados que, muitas vezes, refletem um problema de saúde pública (GARDONA; BARBOSA, 2018).

A interpretação dos escores é uma tradução de um problema real ou em potencial. Utilizar esses recursos traz benefícios à comunicação entre os profissionais da equipe de saúde, impactando diretamente na prioridade e na logística do cuidado, e na dimensionalidade do tempo no intuito de minimizar um desfecho desfavorável (GARDONA; BARBOSA, 2018).

Assim, devido à relevância dessa abordagem e à escassez de estudos, questionou-se: O que foi produzido em periódicos científicos nos últimos dez anos em relação ao uso de instrumentos para a avaliação da QV de puérperas? O objetivo deste estudo foi identificar a produção científica acerca dos instrumentos utilizados para a mensuração da QV de mulheres no puerpério.

1.2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa com a finalidade de reunir e sintetizar achados de pesquisas de um tema específico de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento da questão investigada, estando organizado em seis fases: (1) identificação do tema e seleção da hipótese ou da questão de pesquisa; (2) estabelecimento de critérios de inclusão e de exclusão; (3) busca na literatura; (4) análise dos estudos incluídos na revisão; (5) interpretação e síntese dos resultados; (6) apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Identificou-se como questão do estudo: Quais instrumentos estão sendo utilizados para a avaliação da QV no puerpério? Em seguida, as palavras-chave em concordância com o vocabulário dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e Medical Subject Headings (MeSH) foram definidas, sendo elas: *Qualidade de Vida* (Quality of Life), *Período Pós-parto* (Postpartum Period) e *Inquéritos e Questionários* (Surveys and Questionnaires). Essas, então, foram combinadas entre si, utilizando-se o operador booleano *AND* (*Qualidade de Vida AND Período pós-parto AND Inquéritos e Questionários*) nas seguintes bases de dados e/ou bibliotecas eletrônicas: *Scientific*

Electronic Library Online (SciELO); *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PubMed). O padrão de busca foi seguido em todas as bases de dados.

Os critérios de inclusão para análise dos artigos foram: grupo populacional de mulheres no puerpério; publicados entre 2010 a 2020; disponíveis na íntegra; nos idiomas Português, Inglês e Espanhol; que abordassem o uso de instrumentos para a avaliação da QV durante o período puerperal. Foram excluídos teses, dissertações, editoriais, artigos de opinião ou duplicados ou fora do tema. O período de busca foi de junho de 2020 a janeiro de 2021.

Identificou-se o total de 158 estudos nas referidas bases de dados, conforme ilustrado na Figura 1. Desses, 7 foram excluídos por duplicidade, restando 151 artigos únicos. Em seguida, realizou-se a leitura dos títulos e dos resumos, respeitando os critérios estabelecidos de inclusão e de exclusão. Após esse processo, 97 artigos foram excluídos e outros 61 se adequaram aos critérios de elegibilidade pré-definidos que, após leitura na íntegra, não responderam à questão norteadora, o que resultou na amostra total de 9 artigos.

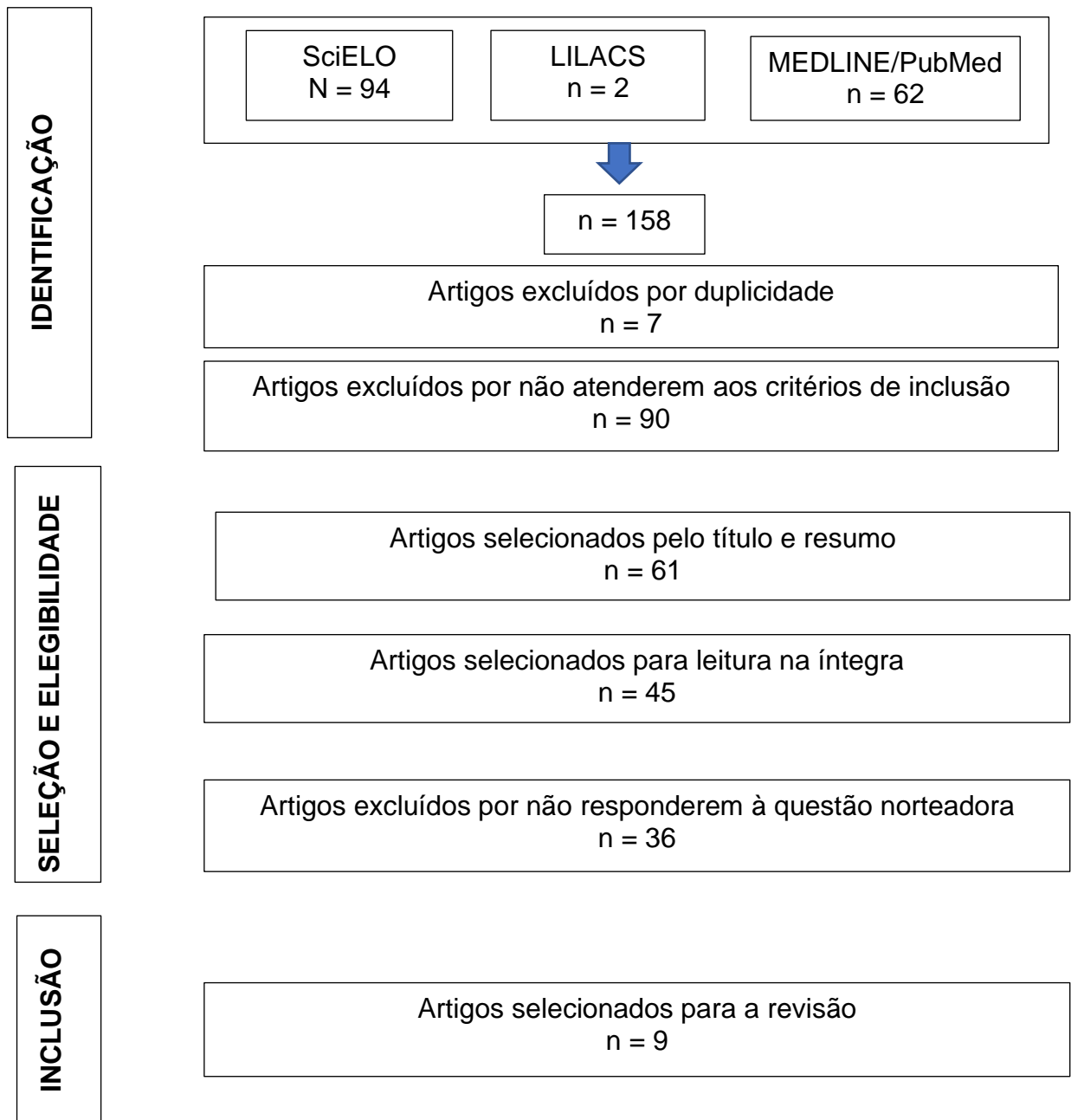


FIGURA 1 – Fluxograma das etapas de busca e de seleção dos artigos analisados e selecionados

1.3 RESULTADOS

Para a análise dos dados, foi construído o quadro que possibilitou agrupar e sintetizar informações como título, autor(es), ano de publicação, país, objetivo, método e principais resultados (Quadro 1).

Os artigos incluídos nesta amostra foram desenvolvidos em 9 países: Nigéria, Grécia, Turquia, Espanha, Índia, Irã, Malásia, Coreia e Alemanha, abrangendo puérperas que em alguma situação tiveram sua QV mensurada por instrumentos. Foram publicados em 2015 (n=3), 2016 (n=1), 2017 (n=1), 2018 (n=2), 2019 (n=1) e 2020 (n=1). Quanto ao método, todos os estudos tiveram abordagem quantitativa.

Identificaram-se 10 tipos de instrumentos para avaliar a QV de puérperas, sendo 4 genéricos e 6 específicos. Alguns estudos associaram diferentes instrumentos.

Entre todos os instrumentos, o mais utilizado foi o *Short Form Survey*, 4 vezes na versão SF-36 e 1 vez na sua forma abreviada SF-12.

Quadro 1 – Categorização da produção científica incluída na revisão, Londrina, Paraná, Brasil, 2021.

TÍTULO	AUTOR(ES) PAÍS ANO	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
1. <i>Determinação da qualidade de vida e capacidade de autocuidado das mães no período pós-parto</i>	Ozdemir F., Ozturk A., Karabulutlu O., Tezel A. Turquia, 2015.	Determinar a qualidade de vida e a capacidade de autocuidado de mães no período pós-parto	Descritivo. Utilizou-se questionário de qualidade de vida materno pós-parto (MPQOL).	As subdimensões afinidade com família e amigos, socioeconômico, cônjuge, saúde e psicológico foram afetadas de acordo com os escores.
2. <i>Um estudo sobre os sintomas pós-parto e seus fatores relacionados na Coreia</i>	Lee J.Y., Hwang J.Y. Coreia, 2015	Identificar o estado físico e mental das mulheres após o parto	Estudo populacional. Inventário de Depressão de Beck.	A pontuação média dos sintomas pós-parto mostrou que o apoio dos maridos e o humor durante o puerpério foram estatisticamente relacionados à depressão.
3. <i>Tradução e validação da versão alemã do Índice Gerado pela Mãe (MGI) e sua aplicação durante o período pós-natal</i>	Grylka-Baseschlin S. <i>et al</i> , Alemanha, 2015.	Descrever o processo de tradução, validação e aplicabilidade da versão alemã	Prospectivo. Utilizou-se o Mother Generated Index, Hospital Anxiety and Depression scale (HADS) e Postnatal Morbidity Index (PMI).	Foram encontradas associações significativas entre os escores do MGI e ajuda suficiente, bem como a capacidade de lidar com a situação em casa. Os escores do MGI três dias e sete semanas após o nascimento se correlacionaram de forma altamente significativa e positiva. A validade convergente do MGI com o HADS e o PMI sugere que a versão alemã do MGI é um indicador válido de bem-estar físico e emocional pós-parto.
4. <i>Relação imediata e de longo prazo entre morbidade materna grave e qualidade de vida relacionada à saúde: um estudo prospectivo de comparação de coorte dupla</i>	Norhayati M.N., Hazlina N.H.N., Aniza A.A. Malásia, 2016.	Comparar os escores de qualidade de vida entre mulheres com e sem morbidade materna grave no pós-parto	Coorte prospectivo. Utilizou-se o SF-12.	Mulheres com morbidade materna grave pontuaram significativamente mais baixo nas dimensões de saúde em geral, saúde física, vitalidade e problemas emocionais em comparação a mulheres sem morbidade materna grave.
5. <i>Investigação da associação entre qualidade de vida e sintomas depressivos no pós-parto: um estudo correlacional</i>	Papamarkou M. <i>et al</i> . Grécia, 2017.	Investigar a associação entre depressão pós-parto e qualidade de vida de mães gregas	Correlacional. Utilizou-se a escala de depressão pós-natal de Edimburgo (EPDS) e o SF-36.	Mulheres com baixa escolaridade apresentaram níveis mais elevados de depressão pós-parto. Entre as puérperas com diagnóstico de depressão, as dimensões física, dor, saúde geral, vitalidade emocional e saúde mental tiveram escores mais baixos em comparação com aquelas sem depressão.

<p>6. Diferenciais na qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres empregadas e desempregadas com parto normal</p>	<p>Chinweuba A.U. <i>et al.</i> Nigéria, 2018.</p>	<p>Investigar as diferenças na qualidade de vida de puérperas empregadas e desempregadas com parto normal e variáveis sociodemográficas associadas</p>	<p>Longitudinal. Utilizou-se o SF-36.</p>	<p>As mulheres empregadas relataram menor qualidade de vida do que as desempregadas. As dimensões física, dor, social e saúde geral foram afetadas negativamente, exceto nas puérperas com educação superior e renda pessoal.</p>
<p>7. Qualidade de vida pós-parto em mulheres indianas após parto vaginal e cesariana: um estudo piloto usando o sistema descritivo EQ-5D-5L</p>	<p>Kohler S. <i>et al.</i> Índia, 2018.</p>	<p>Avaliar a qualidade de vida pós-parto experimentada por mulheres indianas associada ao tipo de parto e outras dimensões.</p>	<p>Piloto prospectivo. Utilizou-se o questionário EQ-5D-5L.</p>	<p>O grupo de parto vaginal teve a qualidade de vida mais alta com menor propensão em ter problemas nas dimensões mobilidade, autocuidado, atividades usuais, dor ou desconforto.</p>
<p>8. Qualidade de vida da mulher nas 6 semanas pós-parto: influência do desconforto presente no puerpério</p>	<p>Martínez-Galiano <i>et al.</i> Espanha, 2019.</p>	<p>Estabelecer a associação entre desconforto e problemas frequentes das mulheres no puerpério e seu escore de qualidade de vida.</p>	<p>Transversal. Utilizou-se o questionário <i>Short Form Survey</i> (SF-36).</p>	<p>Os principais aspectos que influenciaram a qualidade de vida foram sintomas depressivos, problemas de lactação, problemas sexuais (relação sexual após o parto) e incontinência urinária.</p>
<p>9. Nível de Omentina-1 Materno, qualidade de vida e satisfação conjugal em relação ao tipo de parto: um estudo de coorte prospectivo</p>	<p>Parvanehvar S. <i>et al.</i> Irã, 2020.</p>	<p>Avaliar o nível de omentina-1, a qualidade de vida e a satisfação conjugal relacionados ao tipo de parto em mulheres iranianas.</p>	<p>Coorte prospectivo. Utilizou-se o questionário WHOQOL-BREF e o questionário de satisfação conjugal de Kansas</p>	<p>O domínio físico da qualidade de vida foi significativamente menor nas 12 semanas pós-parto para as mulheres que realizaram parto cesárea e o domínio psicológico foi maior no grupo das que tiveram parto vaginal.</p>

1.4 DISCUSSÃO

Observou-se que, entre os estudos que utilizaram instrumentos para avaliar a QV em mulheres no período pós-parto, a maior parte reportou impacto negativo nas dimensões física, emocional, psicológica, conjugal, sociais, afetiva, sexual e profissional. Este diagnóstico trouxe à tona a complexidade de determinantes presentes na vivência do período pós-parto e sinaliza as áreas nas quais ações em saúde ou intersetoriais devem ser implementadas para minimizar desfechos negativos tanto para a puérpera como para sua família.

Considerando que os instrumentos genéricos podem ser aplicados em diversas situações, o *Short Form Survey* (SF-36), predominante neste estudo, foi desenvolvido nos Estados Unidos e validado para a Língua Portuguesa em 1999, com validade e confiabilidade adequadas. Ele avalia a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) por meio de oito domínios (estado geral de saúde; capacidade funcional; aspectos sociais; aspectos físicos; saúde mental; aspectos emocionais; dor e vitalidade) que possibilitam análise multidimensional. Os domínios variam de 0 a 100, em que 0 é considerado “pior”; e 100, “melhor”. Foi criado a partir da necessidade de ter-se um instrumento padronizado que abordasse conceitos de saúde geral, não específico para qualquer condição clínica e que fosse compreensível, de fácil aplicação e com boas propriedades psicométricas (WARE, 2000; CICONELLI, 1997).

O SF-12 é a versão reduzida que permite sua aplicação em grandes estudos de saúde. Ele também mede oito domínios de saúde e bem-estar, porém, sintetiza-se em duas dimensões gerais, ou seja, saúde mental e física. Os escores variam de 0 a 100, com escores mais altos indicando melhor estado de saúde como na versão original (SARIS-BAGLAMA *et al*, 2011).

Nos achados desta revisão, o SF-36 e sua derivação simplificada SF-12 foram aplicados em puérperas em quatro ocasiões: para avaliar a influência de situações que causaram desconforto e prejuízo na QV de puérperas espanholas; investigar a associação entre depressão pós-parto e QV entre mães gregas; analisar as diferenças na QV relacionada à saúde de mulheres nigerianas, empregadas e desempregadas, que tiveram parto vaginal e comparar os escores de QV entre mulheres da Malásia, com e sem morbidade materna grave no pós-parto (MARTINEZ-GALIANO *et al*, 2019; PAPAMARKOU *et al*, 2017; CHINWEUBA *et al*, 2018; NORHAYATI; HAZLINA; ANIZA, 2016).

Vale ressaltar que o SF-36 e o SF12 são fortemente utilizados em estudos cujos objetos de análise são tipos de partos, problemas com a amamentação e dispareunia (TRIVIÑO-JUÁREZ, *et al*, 2017; LAGAERT *et al*, 2017). Esse fato chama atenção para a lacuna que persiste sobre o cuidado à mulher no puerpério. Pode-se dizer que os padrões socialmente determinados estabelecem que a mulher, após dar à luz, torna-se mãe e seu foco principal será o bem-estar de seu filho. O bem-estar materno é negligenciado, pela família, pela própria mulher e pelo serviço de saúde.

Outro instrumento proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliação da QV de maneira genérica é o *The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-BREF*, composto por 26 questões, sendo 2 questões gerais e as outras 24 que representam as facetas que compõe o instrumento original (WHOQOL-100), dividido em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Os itens são avaliados em escala *Likert* de 5 pontos. As pontuações brutas em cada dimensão são convertidas em uma escala de 0–100. Pontuações mais altas significam melhor QV (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996; FLECK *et al*, 2000).

Recentemente, essa escala foi aplicada para avaliação de mulheres no pós-parto imediato em uma maternidade brasileira e, em outro estudo, também foi utilizada com a mesma população. Mesmo se tratando de escala de uso inespecífico, tem sido utilizada com o enfoque voltado para a puérpera (ALMEIDA *et al*, 2020; WEBSTER *et al*, 2010).

Outro instrumento de mensuração de QV é o EQ-5D. É composto de duas partes. A primeira, descritiva, é uma autoavaliação da saúde atual ao longo de 5 dimensões (mobilidade, autocuidado, atividade usual, dor ou desconforto e ansiedade ou depressão). Para cada dimensão, deve-se escolher um dos 5 níveis de incapacitação na versão 5L: não, problemas leves, moderados, graves ou extremos. A segunda parte do EQ-5D consiste em uma escala visual analógica (VAS) que pode ser usada para obter uma autoavaliação da saúde em uma escala de 0 (pior) a 100 (melhor). Ambas as partes do instrumento EQ-5D devem ser usadas em conjunto (FIROZ *et al*, 2013; HERDMAN *et al*, 2011).

Uma revisão sistemática utilizando o EQ-5D mostrou que este instrumento foi considerado responsivo quando avaliou uma gama de condições de saúde, sendo apenas quatro condições específicas (dependência de álcool, esquizofrenia,

reconstrução de membro e deficiência auditiva) consideradas insuficientes (PAYAKACHAT; ALI; TILFORD, 2015).

Neste estudo, a utilização do instrumento EQ-5D-5L foi empregado na avaliação da qualidade de vida pós-parto de puérperas indianas que vivem na zona rural e sua associação com o tipo de parto. Concluiu-se que os partos vaginais, mesmo com episiotomia, foram associados a uma maior qualidade de vida pós-parto quando comparados aos partos cesáreos (KOHLENER *et al*, 2018).

Alguns instrumentos foram propostos para avaliar especificamente o estado de saúde emocional como a depressão pós-parto. A escala com maior uso é a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), ela é autoaplicável e verifica a presença de sintomas depressivos no período puerperal. A EPDS é composta por 10 pontos com uma escala de 4 itens, com pontuação máxima de 30. Portanto, uma pontuação total de 12 ou mais pode ser indicador de possível depressão (SWORD *et al*, 2011).

Adequada e acessível, essa escala pode ser usada pelos profissionais para rastrear sinais, estabelecer estratégias de intervenção, instituir tratamento precoce a fim de minimizar danos à relação mãe-bebê, restabelecendo de forma digna essa mulher no contexto de vida familiar e social (MEIRA *et al*, 2015; SANTOS *et al*, 2013; SANTOS *et al*, 2007).

No Japão, o estresse pós-traumático após o parto, verificado pelo uso da EPDS, afetou o estabelecimento do vínculo mãe-bebê (SUETSUGU; HARUNA; KAMIBEPPU, 2020).

Outros instrumentos também mensuram o estado emocional e satisfação conjugal, como o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Este instrumento é composto por 21 questões do tipo autorreferidas. Cada questão avalia a gravidade com escores que variam de 0 a 3 pontos, na escala total de 4 pontos. Quanto mais altos os pontos, maior a gravidade da depressão pós-parto. Este teste pode ser resumido em 4 etapas: 0–9 pontos significam a condição normal, não depressiva; 10–15 pontos indicam depressão leve; 16–23 indicam depressão moderada; e 24–63 pontos indicam depressão grave (MANIAN *et al*, 2013).

O questionário de satisfação conjugal de Kansas, dispõe de 3 perguntas para avaliar a satisfação conjugal. Neste questionário, o escore total de satisfação conjugal é levado em consideração. Os itens são classificados na escala de *Likert*

de 7 pontos, e a pontuação mais alta indica maior taxa de satisfação (SCHUMM *et al*, 1996).

O *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) é a ferramenta de autoavaliação que consiste de 14 itens, subdivididos na subescala de ansiedade e depressão. Os itens são pontuados na escala de 4 pontos: 0 para a resposta mais positiva; e 3 para a resposta mais negativa, levando à variação de 0 a 42 (BRENNAN *et al*, 2010).

O *Postnatal Morbidity Index* (PMI) avalia três componentes: morbidade física materna, morbidade física infantil e uma lista descritiva de adjetivos para bebês. Os componentes de morbidade materna permitem identificar e medir os problemas de saúde física que podem ser vivenciados pela mãe (GLAZENER *et al*, 2018).

Outros instrumentos bastante específicos que avaliam a QV da mulher no pós-parto são o *The Mother Generated Index* (MGI) composto por 3 passos. No passo 1, a puérpera identifica os aspectos de sua vida que são importantes, indicando se eles foram afetados de forma positiva, negativa ou ambos/nenhum. No passo 2, ela deve atribuir notas para cada uma das áreas citadas. No passo 3, ela pode distribuir 20 pontos entre as áreas que considerou mais importante (KHABIRI *et al*, 2013).

O *Maternal Postpartum Quality Of Life* (MPQOL) possui 5 subdimensões e 40 itens. Os itens são planejados em uma escala do tipo *Likert*, variando entre 1 e 6. A escala é subdividida em dimensões como: afinidade-família-amigo (10 itens), socioeconômica (9 itens), cônjuge (5 itens), saúde (8 itens) e psicológico/bebê (8 itens). Cada item questiona a importância e a satisfação do MPQOL para puérpera (HILL *et al*, 2006).

Pode-se perceber com a utilização de instrumentos de avaliação da QV que a puérpera tem sido pouco notada e que o diagnóstico de vulnerabilidade precisa ser realizado de forma objetiva e rápida, acolhendo essa mulher e transformando a prática da equipe por meio da qualificação do cuidado puerperal.

Ao analisar o cuidado na fase puerperal, evidencia-se que as ações mínimas de vigilância à saúde a serem desempenhadas nessa fase encontram-se aquém do nível ideal, demonstrando situação de quase abandono da mulher no pós-parto (OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012).

Após o levantamento da literatura sobre a temática, recomenda-se que seja realizada ampliação na busca e produção de novos estudos sobre o uso de instrumentos para mensuração da QV de puérperas a fim de contribuir para que intervenções específicas ocorram para essa população negligenciada.

Como contribuição para a enfermagem, espera-se que o uso desses instrumentos possa identificar os principais problemas vivenciados pelas puérperas e propor intervenção no sentido de melhorar a assistência neste período.

1.5 CONCLUSÃO

Esta revisão identificou uma variedade considerável de instrumentos que podem efetivamente mensurar a QV, entretanto, há uma lacuna de conhecimento quanto ao uso deles, tendo como objeto de análise o período puerperal e seus desfechos. A importância de se verificar a QV de puérperas se justifica pela possibilidade de gerar informações que poderão ser utilizadas para rastrear, identificar e intervir nas necessidades de saúde dessas mulheres, priorizando a assistência e medidas de promoção de saúde.

Propõe-se que novas pesquisas sejam implementadas para demonstrar a relevância do assunto e trazer subsídios para repensar as políticas públicas voltadas às puérperas, evidenciando a necessidade de um olhar focado na qualidade de vida e saúde dessa população.

1.6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, *et al.* *Avaliação dos componentes de ansiedade em pacientes no pós-parto imediato em uma maternidade da rede SUS em Aracaju/SE*. Braz. J. Hea. Rev, Curitiba, v. 3, n. 6, p.18628-18649. nov/dez 2020. ISSN 2595-6825. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/viewFile/21665/17284>.

BRENNAN, C. *et al.* *The Hospital Anxiety and Depression Scale: A diagnostic meta-analysis of case-finding ability*, Journal of Psychosomatic Research, Vol. 69, Issue 4.

CHINWEUBA, A. U. *et al.* *Differentials in health-related quality of life of employed and unemployed women with normal vaginal delivery*. BMC women's health, 18 (1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0481-0>.

CICONELLI, R. M. *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)*. 148 p. Tese (Doutorado em Medicina) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 1997.

CRUZ, D. S. M.; COLLET, N. N.; MEDEIROS, V. *Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1 - revisão integrativa*. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 3 [Acessado 16 fevereiro 2021], pp. 973-989. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.08002016>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.08002016>.

FAYERS, P.M; MACHIN, D. Factor structure and clinical utility of BDI-II factor scores in postpartum women. In: *Quality of life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. 2nd ed. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd; 2007.

FIROZ, T. et al. *Maternal Morbidity Working Group* (2013). Measuring maternal health: focus on maternal morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(10), 794–796. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.117564>.

FLECK, M. P. A. et al. *Aplicação da versão em Português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF*. *Revista Saúde Pública*. 2000; 34: 178-83.

GARDONA, R. G. B.; BARBOSA, D. A. *The importance of clinical practice supported by health assessment tools*. *Revista Brasileira de Enfermagem* [internet]. 2018; 71(4): 1815-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018710401>.

GLAZENER, et al. *Postnatal care: a survey of patients experiences*. *British Journal of Midwifery*. Vol. 1. Nº 2.

GOMES, G. F.; SANTOS, A. P. V. dos. *Assistência de Enfermagem no Puerpério*. *Revista Enfermagem Contemporânea* [S.l.], v. 6, n. 2, p. 211-220, out. 2017. Disponível em <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1407/1081>.

GRYLKA-BAESCHLIN, S. et al. *Translation and validation of the German version of the Mother-Generated Index and its application during the postnatal period*. *Midwifery*. Volume 31. Issue 1. 2015. Pages 47-53. ISSN 0266-6138.

HERDMAN, M. et al (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 20 (10), 1727–1736. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9903-x>.

HILL, P. D. et al (2006). Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire. *Journal of nursing measurement*, 14(3), 205–220. <https://doi.org/10.1891/jnm-v14i3a005> <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.05.002>, ISSN 0165-0327, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.039>.

LAGAERT, L. et al (2017). Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study. *The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception*, 22(3), 200–206. <https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1315938>.

LEE, J. Y.; HWANG, J. Y. *A study on postpartum symptoms and their related factors in Korea*. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. Volume 54. Issue 4. 2015. Pages 355-363. ISSN 1028-4559. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2014.04.030>. Journal of Affective Disorders, Volume 149, Issues 1–3, 2013, Pages 259-268.

KHABIRI, R. *et al*. *Validation of the Mother-Generated Index in Iran: A Specific Postnatal Quality-of-Life Instrument*. Int J Prev Med. 2013; 4(12): 1371–9.

KOHLER, S. *et al* (2018). Postpartum quality of life in Indian women after vaginal birth and cesarean section: a pilot study using the EQ-5D-5L descriptive system. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 427. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2038-0>.

MARTÍNEZ-GALIANO, J. M. *et al* (2019). Women's Quality of Life at 6 Weeks Postpartum: Influence of the Discomfort Present in the Puerperium. *International journal of environmental research and public health*, 16(2), 253. <https://doi.org/10.3390/ijerph16020253>.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, PEREIRA, R. C. C.; & GALVÃO, C. M. *Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem*. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v.17, n.4, p.758-764, Dez. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 fev 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

NANMATHI, M. *et al* (2016). *Immediate and long-term relationship between severe maternal morbidity and health-related quality of life: a prospective double cohort comparison study*. BMC public health, 16 (1), 818. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3524-9>.

NORHAYATI, M. N.; Nik Hazlina, N. H.; & ANIZA, A. A. (2016). Immediate and long-term relationship between severe maternal morbidity and health-related quality of life: a prospective double cohort comparison study. *BMC public health*, 16 (1), 818. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3524-9>.

OLIVEIRA, J. F. B.; QUIRINO, G. S.; & RODRIGUES, D. P. *Percepção das Puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério*. Revista Rene. 2012; 13(1): 74- 84.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), Department of Economic and Social Affairs. Population Dynamics. *2019 Revision of World Population Prospects*. Disponível em: <https://population.un.org/wpp2019>.

Organization WH: WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996. In: Geneva: World Health Organization; 1996.

ÖZDEMİR, F. *et al* (2018). Determination of the life quality and self-care ability of the mothers in post-partum period. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 68(2), 210–215. Disponível em: https://jpma.org.pk/article-details/8556?article_id=8556.

PAPAMARKOU, M. *et al* (2017). Investigation of the association between quality of life and depressive symptoms during postpartum period: a correlational study. *BMC women's health*, 17(1), 115. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0473-0>.

PARVANEHVAR, S. *et al* (2020). Maternal omentin-1 level, quality of life and marital satisfaction in relation to mode of delivery: a prospective cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2825-2>.

PAYAKACHAT, N.; ALI, M. M.; & TILFORD, J. M. (2015). Can The EQ-5D Detect Meaningful Change? A Systematic Review. *Pharmaco Economics*, 33(11), 1137–1154. <https://doi.org/10.1007/s40273-015-0295-6>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4609224/>
Published Online: 4 Jan 2018 <https://doi.org/10.12968/bjom.1993.1.2.67>.

RÔLA, C. V. S.; SILVA, S. P. C.; & NICOLA, P. A. *Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida de pessoas jovens e idosas: um estudo de Revisão Sistemática*. Id on Line Rev. Mult. Psic. V.12, N. 42, p. 111-120, 2018 - ISSN 1981-1179, edição eletrônica em <http://idonline.emnuvens.com.br/id>.

SANTOS, I. S. *et al*. *Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study*. Caderno Saúde Pública. 2007; 23:2577-88.

SANTOS JÚNIOR, H. P. O. *et al*. *Postpartum depression: the (in) experience of Brazilian primary healthcare professionals*. J Adv Nurs. 2013; 69(6): 1248-58.

SARIS-BAGLAMA, R.N. *et al*. *Quality Metric health outcomes scoring software 4.5 user's guide*. Lincoln: Quality Metric; 2011.

SAY, L. *et al*. *Global causes of maternal death: WHO systematic analyses*. Lancet Glob Health 2014; 2: e322-33.
[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214.109X\(14\)70227X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214.109X(14)70227X.pdf).

SCHUMM, W. R. *et al*. *Concurrent and discriminant validity of the Kansas Marital Satisfaction Scale*. J Marriage Fam. 1996:381–7.

SUETSUGU, Y.; HARUNA, M.; & KAMIBEPPU, K. (2020). A longitudinal study of bonding failure related to aspects of posttraumatic stress symptoms after childbirth among Japanese mothers. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 434. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03099-0>.

SWORD, W. *et al* (2011). Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 118(8), 966–977. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02950.x>

TRIVIÑO-JUÁREZ, J. M. *et al* (2017). Health related quality of life of women at the sixth week and sixth month postpartum by mode of birth. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 30(1), 29–39.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.06.005>

WARE Jr, J.E. *SF-36 health survey update*. Spine [internet]. 2000 [cited 2017 Apr 2017]; 25(24): 3130-9. Available from: https://journals.lww.com/spinejournal/Citation/2000/12150/SF_36_Health_Survey_Update.8.aspx.

WEBSTER, J. *et al*. *Validation of the WHOQOL-BREF among women following childbirth*. Aust New Zeal J Obstet Gynaecol, v.50, p.132-137, 2010.
World Health Organization-WHO. Quality of Life Assessment Group. WHOQOL: position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1996; 41:1403-10. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369500112K>.

2 ESTUDO 2

QUALIDADE DE VIDA DE PUÉRPERAS QUE VIVENCIARAM NEAR MISS MATERNO

(PUBLICADO EM 2 DE FEVEREIRO DE 2021 /
DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e5879.2021>)

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida de mulheres que vivenciaram o *near miss* no período pós-parto. **Métodos:** Estudo transversal, aninhado a uma coorte prospectiva, entre outubro de 2016 e agosto de 2017. Participaram 262 puérperas de alto risco de uma maternidade pública, com algum critério de *near miss* materno. Utilizou-se formulário estruturado para a caracterização delas e o *Short Form Survey*, cujas medianas e testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e de Dunn foram calculados. **Resultados:** Dor e limitações por aspectos físicos e emocionais foram os domínios da qualidade de vida com piores escores e o *near miss* cardiovascular prevaleceu. Adolescentes tiveram pior escore de limitação física ($p=0,035$), puérperas com 36 anos ou mais apresentaram melhor escore de saúde mental ($p=0,042$), as brancas apresentaram escore pior de dor ($p=0,04$) e melhor de estado geral de saúde ($p=0,04$), e quem realizou cesárea teve pior escore de limitação física, aspectos emocionais, saúde mental e aspectos globais físicos e mentais. **Conclusão:** A qualidade de vida das participantes foi prejudicada pela dor e limitações físicas e emocionais, que definem o diagnóstico de conforto prejudicado e exigem qualidade na atenção à saúde materna.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Saúde materna, *Near Miss*, Período pós-parto, Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Objective: To assess the quality of life of women who experienced near miss in the postpartum period. **Methods:** Cross-sectional study, nested in a prospective cohort, between October 2016 and August 2017. 262 high-risk postpartum women in a public maternity, with some maternal near miss criterion. A structured form was used to characterize them and the Short Form Survey, whose medians and Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Dunn tests were calculated. **Results:** Pain and limitations due to physical and emotional aspects were the domains of quality of life with the worst scores and cardiovascular near miss prevailed. Adolescents had worse physical limitation score ($p = 0.035$), puerperal women aged 36 years or more had better mental health score ($p = 0.042$), white women had worse pain score ($p = 0.04$) and better general condition health ($p = 0.04$) and those who underwent cesarean section had a worse score for physical limitations, emotional aspects, mental health and overall physical and mental aspects. **Conclusion:** The participants' quality of life was impaired by pain and physical and emotional limitations, which define the diagnosis of impaired comfort and demand quality in maternal health care.

Key words: Quality of life, Maternal health, Near miss healthcare, Postpartum period, Obstetric Nursing.

Descritores: Qualidade de vida, Saúde materna, *Near Miss*, Período pós-parto, Enfermagem Obstétrica.

2.1 INTRODUÇÃO

O termo *qualidade de vida* é definido pela percepção do indivíduo sobre sua posição na vida e na sociedade na qual está inserido, incluindo suas metas, expectativas, padrões e preocupações. Esse conceito abrange aspectos físicos e psicológicos da saúde, assim como a independência, as crenças, as relações sociais e os fatores ambientais (Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, 2016; Organização Mundial da Saúde – OMS, 2016).

Nesse sentido, a saúde não é mais definida somente como a inexistência de doenças, mas como conceito amplo e complexo que compreende um estado de completo bem-estar físico, mental e social, afetado por diversos fatores. Entre eles, as condições de trabalho, as questões de gênero, o estilo de vida, a exclusão social, a violência e a violação dos direitos humanos (WHO, 2020). Mudanças nesses domínios podem determinar alterações no estado de saúde e refletir na qualidade de vida do indivíduo (CONDELES *et al.*, 2019).

No ciclo reprodutivo feminino, o puerpério destaca-se como um momento que agrega inúmeras transformações decorrentes de outras demandas para mulher, caracterizadas por novas responsabilidades e novo modo de estar no mundo.

No geral, compreende uma fase delicada, de adaptações e evolução variáveis para cada mulher, na qual ela necessita adequar-se às modificações biológicas, ao exercício da maternidade, aos cuidados com o filho, ao novo contexto familiar, bem como às demandas psicológicas, relacionais, socioculturais e econômicas, e às questões de gênero que cada uma vivencia de acordo com seus valores, crenças e costumes (CABRAL; OLIVEIRA, 2010; OKUN *et al.*, 2018).

Além disso, outro componente importante a ser considerado é a falta de suporte familiar e social nesse momento, podendo gerar desgastes físicos, distúrbios de humor, estresse e sintomas de depressão nessas mulheres (OKUN *et al.*, 2018).

Associada a todas essas transformações vivenciadas no puerpério, há uma parcela de mulheres que, por serem portadoras de alguma doença ou sofrerem algum agravo, apresentam maiores chances de desfecho desfavorável tanto para a mãe como para seu filho (BRASIL, 2011).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), a Razão de Mortalidade Materna (RNM), para ser considerada baixa, tem que ser menor que 20 mortes por 100.000 Nascidos Vivos

(NV). Essa razão reflete diretamente na qualidade de atenção à saúde da mulher, e as taxas elevadas nos levam a questionar como vêm sendo prestados os serviços de saúde, desde o planejamento familiar, a assistência pré-natal, o parto e o puerpério (PARANÁ, 2018).

Dados comparativos do Estado do Paraná apontam que essa realidade permanece preocupante pois, apesar do declínio evidenciado, após 2012, com a implantação da Rede Mãe Paranaense (RMP), em 2017, foi de 20,3% (PARANÁ, 2018). Uma forma de garantir a redução dessas taxas é adotar medidas que possam identificar e acompanhar mulheres que sobreviveram a complicações graves da gravidez, do parto e do pós-parto, visto que elas têm muitos aspectos em comum com aquelas que morreram dessas mesmas complicações, o que caracteriza o conceito de *Near Miss*. A verificação dos casos de quase morte materna emerge como promissora estratégia alternativa e complementar pois permite identificar problemas e obstáculos da assistência prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal (DIAS *et al*, 2014; LONGHI, PETERLINI, 2019).

A realização deste estudo justifica-se na necessidade de conhecer as dimensões afetadas na qualidade de vida dessas mulheres vítimas de *Near Miss*, que vivenciaram um período complexo e de transformações em suas vidas, e que se fomentem ações de promoção, proteção e recuperação da saúde no período puerperal.

Ressalta-se, portanto, que este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de puérperas que vivenciaram *near miss* durante a internação para o parto por meio da escala *Short Form Survey* (SF-36), variáveis sociodemográficas, econômicas e obstétricas.

2.2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, aninhado a uma coorte prospectiva. Foi realizado em uma maternidade pública do sul do Brasil, referência para parto de alto risco, no período de outubro de 2016 a agosto de 2017. Abrange a demanda da 17ª. Regional de Saúde, que atende 21 municípios do Estado do Paraná, fornecendo suporte a outros municípios.

Foram incluídas todas as mulheres de alto risco internadas na maternidade em estudo que estivessem no puerpério imediato (1º. ao 10º. dia pós-parto) e que

apresentassem ao menos um critério de *NMM* estabelecido pela OMS – Quadro 1 (BRASIL, 2011).

Quadro 1 - Critérios de inclusão de *Near Miss* Materno (OMS)

<p>Complicações Maternas Graves</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia pós-parto grave • Pré-eclâmpsia grave • Eclâmpsia • Sepses ou infecção sistêmica grave • Rotura uterina • Complicações graves do abortamento 	<p>Intervenções críticas ou uso da unidade de terapia intensiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Internação em unidade de terapia intensiva • Radiologia intervencionista • Laparotomia (inclui histerectomia, exclui cesáreas) • Uso de hemoderivados
<p>Condições ameaçadoras à vida (critérios de NMM)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disfunção Cardiovascular Choque, parada cardíaca (falta de pulso/batimento cardíaco e perda de consciência), uso contínuo de drogas vasoativas, reanimação cardiopulmonar, hipoperfusão grave (lactato > 5 mmol/l ou > 45 mg/dl), acidose grave (pH < 7,1). • Disfunção Respiratória Cianose aguda, respiração tipo Gasping, taquipneia grave (frequência respiratória > 40 respirações por minuto), bradipneia grave (frequência respiratória < 6 respirações por minuto), intubação e ventilação não relacionadas à anestesia, hipoxemia grave (saturação de oxigênio < 90% por tempo ≥ 60 minutos ou PaO₂/ FiO₂ < 200). 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunção Renal Oligúria não responsiva à administração de fluidos ou diuréticos, diálise para insuficiência renal aguda, azotemia aguda grave (creatinina ≥ 300 µmol/ml ou ≥ 3,5 mg/dl). • Disfunção hematológica / da coagulação Falência da coagulação, grande transfusão de sangue ou de hemácias (≥ 5 unidades), trombocitopenia aguda grave (< 50.000 plaquetas/ml). • Disfunção Hepática Icterícia na presença de pré-eclâmpsia, hiperbilirrubinemia (bilirrubina > 100 µmol/l ou > 6,0 mg/dl). • Disfunção Neurológica Perda de consciência prolongada (com duração de ≥ 12 horas) / coma (incluindo coma metabólico), acidente vascular cerebral, convulsões incontroláveis / status epilético, paralisia total. • Disfunção Uterina Hemorragia ou infecção uterina que levem à histerectomia.
<p>Status vital materno</p> <ul style="list-style-type: none"> • Óbito materno 	

Fonte: COLOMBO *et al*, 2021. Baseado em OMS. BRASIL, 2011.

Foram excluídas mulheres que estivessem internadas para submeter-se a abortamento ou a tratamento gestacional.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas estruturadas com duração de aproximadamente 30 minutos e transcrição de dados documentais diariamente até a composição da amostra proposta (n=262). Considerou-se, para cálculo amostral,

o relatório anual de 1.045 partos realizados em 2015, erro amostral de 5%, nível de confiança de 95% (BARETA, 2012). Utilizou-se, como instrumentos, o *Short Form Survey* (SF-36) (ANEXO A), que avalia a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e o formulário estruturado para caracterização da população contendo 340 questões e transcrição de variáveis relacionadas à história obstétrica atual, do cartão de pré-natal e do prontuário hospitalar.

O SF-36 engloba oito domínios (estado geral de saúde; capacidade funcional; aspectos sociais; aspectos físicos; saúde mental; aspectos emocionais; dor e vitalidade) que possibilitam análise multidimensional. Os domínios variam de 0 a 100, em que 0 é considerado “pior”; e 100, “melhor”. Por exemplo, quanto mais próximo de 100 estiver o escore, melhor está a qualidade de vida da pessoa naquele domínio e, quanto mais perto de 0, pior estará. Foi criado a partir da necessidade de ter-se um instrumento padronizado que abordasse conceitos de saúde geral, não específico para qualquer condição clínica e que fosse compreensível, de fácil aplicação e com boas propriedades psicométricas. O aspecto físico global foi calculado considerando os escores de capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde. O aspecto mental global considera a vitalidade, os aspectos sociais e emocionais e a saúde mental (FRANCESCHINI *et al.*, 2008).

O programa SPSS® versão 20.0 foi utilizado para a análise estatística. Para caracterização das mulheres, foi realizada a análise exploratória, sendo os dados apresentados em mediana (mínimo – máximo ou 95% IC) ou frequência absoluta (n) e frequência relativa (%). Para verificar a homogeneidade dos dados, foi utilizado o teste Shapiro-Wilk. Quando necessário, o teste de Levene foi aplicado para verificar a homogeneidade dos dados. A comparação das medianas foi realizada utilizando o teste de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis. Quando necessário, o teste de Post-Hoc de Dunn foi utilizado. Para todas as comparações, foi adotado o nível de significância de $p < 0,05$.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), parecer 1.757.596, CAAE: 59935716.7.0000.5231 (ANEXO B).

2.3 RESULTADOS

As características sociodemográficas das participantes destacaram mulheres com idade entre 20 e 35 anos (70,6%), autodeclararam-se brancas (58,6%), tinham companheiro (88,2%), estudaram até o Ensino Médio (83,9%), com renda de até dois salários mínimos (50,7%) e tinham ocupações com nível de atividade física leve (77,5%). A cesariana foi o tipo de parto predominante (61,1%), e as primíparas apresentaram maior taxa de *Near Miss* (40,5%). A maioria realizou o pré-natal (99,2%), tiveram seis ou mais consultas de pré-natal (92,2%), as quais foram eficientes para 72,9% delas (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, econômica e obstétrica de mulheres em situação de *Near Miss* durante a internação no pós-parto, 17^a Regional de Saúde (RS) do Paraná (PR), 2021.

Características Sociodemográficas	Frequência Absoluta (n) n = 262	Frequência Relativa (%) 100 %
Faixa etária (n=262)		
14-19	29	11,1
20-35	185	70,6
≥36	48	18,3
Raça/cor (n=256) *		
Branca	150	58,6
Negra	106	41,4
Situação conjugal (n=262)		
Com companheiro	231	88,2
Sem companheiro	31	11,8
Escolaridade (n=262)		
Fundamental	71	27,2
Médio	148	56,7
Superior	42	16,1
Renda em salários mínimos (n=262)		
≤1	34	12,9
1-2	99	37,8
2-3	84	32,1
>3	45	17,2
Classificação do Nível e Atividade Física Ocupacional (n=262)		
Leve	203	77,5
Moderada	53	20,2
Pesada	6	2,3
Tipo de Parto (n=262)		
Normal espontâneo	102	38,9
Cesárea	160	61,1
Quantidade de Filhos (n=262)		
1	106	40,5
2	87	33,2
≥3	69	26,3
Realizou pré-natal (n=262)		
Sim	260	99,2
Não	2	0,8
Número de consultas de pré-natal (n=258)		
≤2	1	0,4
3-5	19	7,4
≥6	238	92,2
Eficiência do pré-natal (n=262)		
Eficiente	191	72,9
Não eficiente	71	27,1

* informações ignoradas, não incluídas

A análise descritiva referente aos domínios da qualidade de vida das puérperas que vivenciaram *near miss* evidenciou que as dimensões da dor (21,0), as limitações por aspectos físicos (25,0) e emocionais (33,3) foram os mais afetados. A capacidade funcional foi o domínio da qualidade de vida menos afetado pelo *near miss* (85,0). Quanto à análise exploratória global dos aspectos físico e mental, foi possível observar maior pontuação para o aspecto mental (59,0) em relação ao aspecto físico (50,2) (Tabela 2).

Tabela 2 – Análise descritiva dos domínios da qualidade de vida das puérperas que vivenciaram *near miss*, segundo a SF36, 17^a. RS, Paraná, 2021.

Domínios	Mediana (min - máx)
1 Capacidade funcional	85,0 (0 - 100)
2 Limitações por aspectos físicos	25,0 (0 - 100)
3 Dor	21,0 (0 - 100)
4 Estado geral da Saúde	60,0 (20 - 95)
5 Vitalidade	52,5 (5 - 100)
6 Aspectos sociais	62,5 (0 - 100)
7 Limitações por aspectos emocionais	33,3 (0 - 100)
8 Saúde mental	68,0 (12 - 100)
9 Aspecto físico global	50,2 (10 - 96,2)
10 Aspecto mental global	59,0 (10 - 98,7)

Na comparação entre os domínios da qualidade de vida e as características sociodemográficas, a condição econômica, o tipo de parto e o número de filhos, não foram encontradas diferenças significativas para os desfechos situação conjugal, escolaridade, renda, classificação da ocupação e número de filhos ($p > 0,05$). Em relação a faixa etária, as mulheres mais jovens (14-19 anos) apresentaram pior percepção de limitação física em relação às mulheres com idade superior ou igual a 36 anos ($p = 0,035$). Por outro lado, as mulheres com 36 anos ou mais tiveram melhor percepção de saúde mental em relação às mais jovens ($p = 0,042$). Quanto à raça, as mulheres brancas apresentaram piores escores para dor e melhores escores para o estado geral de saúde em comparação às mulheres negras ($p = 0,04$ para ambos). As mulheres que realizaram cesárea apresentaram piores escores de qualidade de vida para os domínios limitação física ($p = 0,048$), aspectos emocionais ($p = 0,020$), saúde mental ($p = 0,012$), e escore global dos aspectos físicos ($p = 0,044$) e mentais ($p = 0,009$) comparado às mulheres que realizaram parto normal espontâneo (Tabela 3).

Tabela 3 – Comparação dos domínios de qualidade de vida de acordo com a caracterização sociodemográfica, econômica, o tipo de parto e o número de filhos, 17^a. RS, Paraná, 2021.

Variáveis	Capacidade Funcional	Limitação Física	Dor	Estado Geral de Saúde	Vitalidade	Aspectos sociais	Aspectos Emocionais	Saúde Mental	Aspectos Físicos Global	Aspectos Mentais Global
Faixa etária										
14-19	85,0 (62,0 – 81,5)	50,0 (36,5 – 67,0) ^a	32,0 (23,8 – 37,0)	65,0 (58,1 – 67,5)	55,0 (49,0 – 67,0)	75,0 (66,0 – 80,4)	67,0 (37,8 – 72,6)	80,0 (67,6 – 82,0) ^a	55,5 (48,0 – 60,4)	66,2 (57,7 – 72,6)
20-35	85,0 (73,1 – 79,7)	25,0 (37,5 – 49,2)	21,0 (27,2 – 33,9)	60,0 (57,5 – 62,0)	50,0 (50,3 – 56,5)	63,0 (64,6 – 71,5)	33,0 (41,3 – 53,4)	68,0 (63,5 – 69,2)	50,2 (50,3 – 55,0)	57,8 (56,0 – 61,6)
≥36	80,0 (63,3 – 79,6)	80,0 (18,1 – 41,3)	21,0 (24,0 – 38,0)	55,0 (54,6 – 63,5)	50,0 (49,0 – 59,3)	63,0 (59,7 – 73,0)	33,0 (32,1 – 57,0)	66,0 (57,9 – 70,0)	45,2 (43,0 – 53,0)	58,3 (51,6 – 62,6)
p-valor KW	0,506	0,035	0,479	0,414	0,521	0,414	0,574	0,042	0,130	0,181
Raça/cor										
Branca	85,0 (72,5 – 80,1)	25,0 (33,2 – 46,1)	21,0 (25,3 – 32,2)	60,0 (58,7 – 63,4)	50,0 (48,5 – 55,4)	63,0 (62,4 – 70,1)	33,0 (40,6 – 54,3)	68,0 (61,5 – 68,0)	48,5 (48,9 – 54,0)	56,9 (54,4 – 61,0)
Negra	80,0 (68,1 – 77,7)	37,5 (37,2 – 53,2)	23,0 (28,8 – 38,3)	55,0 (54,9 – 60,6)	55,0 (52,6 – 60,6)	75,0 (66,4 – 74,9)	33,0 (38,8 – 54,8)	72,0 (65,5 – 73,1)	52,5 (49,1 – 55,6)	59,3 (57,4 – 64,3)
p-valor MW	0,250	0,290	0,043	0,041	0,050	0,127	0,897	0,059	0,627	0,155
Situação conjugal										
Com companheiro	85,0 (71,6 – 77,9)	25,0 (35,4 – 45,9)	21,0 (26,9 – 32,4)	60,0 (57,9 – 61,8)	55,0 (51,6 – 57,1)	63,0 (66,0 – 72,1)	33,0 (42,1 – 53,1)	68,0 (64,1 – 69,4)	49,3 (49,2 – 53,3)	59,0 (56,7 – 61,9)
Sem companheiro	85,0 (68,0 – 77,9)	50,0 (34,6 – 65,3)	21,0 (26,1 – 47,8)	60,0 (55,9 – 65,7)	50,0 (44,1 – 58,9)	63,0 (54,9 – 70,6)	33,0 (32,3 – 64,4)	68,0 (60,2 – 73,5)	55,5 (49,3 – 62,7)	52,4 (50,9 – 63,7)
p-valor MW	0,837	0,226	0,311	0,702	0,655	0,278	0,916	0,894	0,211	0,572
Escolaridade										
Fundamental	80,0 (66,7 – 79,5)	25,0 (29,3 – 48,2)	21,0 (25,9 – 38,2)	60,0 (56,6 – 63,7)	55,0 (51,6 – 61,8)	63,0 (62,8 – 74,9)	33,0 (33,6 – 53,7)	68,0 (62,0 – 72,4)	50,2 (47,0 – 55,0)	58,7 (54,4 – 63,7)
Médio	85,0 (72,5 – 80,0)	25,0 (37,2 – 50,6)	21,0 (27,7 – 34,5)	60,0 (57,3 – 62,0)	52,5 (51,0 – 57,8)	63,0 (65,7 – 73,2)	33,0 (40,2 – 54,0)	68,0 (64,2 – 70,5)	51,0 (50,1 – 55,3)	59,4 (56,4 – 62,7)
Superior	80,0 (66,2 – 80,5)	25,0 (28,3 – 52,6)	21,0 (19,8 – 33,3)	62,5 (55,3 – 65,9)	50,0 (42,2 – 54,5)	63,0 (57,2 – 69,6)	67,0 (45,1 – 70,7)	68,0 (58,5 – 70,4)	47,7 (45,3 – 55,1)	58,9 (52,7 – 64,2)
p-valor KW	0,670	0,654	0,072	0,875	0,122	0,218	0,204	0,670	0,622	0,979
Renda (em salários mínimos)										
≤1	80,0 (61,7 – 80,4)	50,0 (34,4 – 65,6)	21,0 (23,7 – 40,3)	60,0 (52,2 – 63,7)	55,0 (48,6 – 63,4)	63,0 (57,0 – 75,0)	33,0 (28,7 – 59,4)	68,0 (54,5 – 69,9)	49,8 (45,2 – 60,2)	54,5 (49,6 – 64,5)
2-3	80,0 (69,7 – 79,3)	25,0 (34,9 – 50,4)	21,0 (24,3 – 32,8)	55,0 (55,8 – 61,7)	50,0 (47,8 – 56,4)	75,0 (65,6 – 74,8)	33,0 (36,6 – 52,9)	68,0 (61,3 – 69,5)	49,0 (48,3 – 54,0)	57,6 (54,2 – 61,9)
>3	85,0 (72,3 – 80,46)	25,0 (31,9 – 46,0)	21,0 (27,7 – 35,8)	60,0 (58,8 – 63,9)	55,0 (51,4 – 58,6)	63,0 (63,5 – 71,4)	67,0 (43,4 – 58,4)	72,0 (65,9 – 72,4)	50,5 (49,3 – 54,9)	59,5 (57,3 – 63,9)
p-valor KW	0,550	0,349	0,306	0,346	0,495	0,509	0,550	0,186	0,919	0,601
Classificação da ocupação										
Leve	85,0 (71,6 – 78,3)	25,0 (38,7 – 50,0)	21,0 (27,2 – 33,0)	60,0 (58,6 – 62,8)	55,0 (51,6 – 57,5)	63,0 (65,1 – 71,6)	33,0 (43,2 – 55,0)	68,0 (63,3 – 69,0)	50,3 (50,3 – 54,7)	58,8 (56,8 – 62,1)
Moderada	85,0 (68,4 – 81,4)	25,0 (21,0 – 42,1)	21,0 (24,2 – 39,0)	55,0 (54,0 – 61,0)	50,0 (45,0 – 56,2)	63,0 (61,0 – 73,0)	33,0 (30,2 – 54,1)	72,0 (63,5 – 74,7)	47,8 (44,5 – 53,3)	59,3 (51,8 – 62,)
Pesada	90,0 (44,6 – 110,1)	37,5 (-2,3 – 94,0)	30,5 (9,7 – 62,3)	55,0 (32,7 – 77,3)	67,5 (54,0 – 81,1)	87,5 (52,5 – 106,2)	50,0 (13,2 – 87,0)	76,0 (51,5 – 95,2)	60,0 (27,7 – 79,4)	74,9 (46,5 – 88,5)

p-valor KW	0,850	0,140	0,717	0,278	0,071	0,385	0,480	0,416	0,244	0,349
Tipo de parto										
Normal espontâneo	85,0 (72,8 – 81,0)	50,0 (40,0 – 56,1)	21,0 (27,8 – 37,1)	60,0 (58,3 – 64,2)	55,0 (52,1 – 61,0)	63,0 (65,7 – 74,6)	67,0 (47,2 – 64,0)	76,0 (66,4 – 74,2)	54,1 (51,5 – 57,7)	65,3 (59,2 – 67,0)
Cesária	85,0 (69,7 – 77,9)	25,0 (31,6 – 44,0)	21,0 (26,0 – 33,0)	60,0 (57,0 – 61,4)	50,0 (49,3 – 56,0)	63,0 (63,4 – 70,8)	33,0 (36,2 – 49,1)	64,0 (61,5 – 67,7)	47,9 (47,5 – 52,5)	54,7 (54,0 – 59,6)
p-valor MW	0,685	0,048	0,236	0,340	0,182	0,476	0,020	0,012	0,044	0,009
Quantidade de filhos										
1	85,0 (70,1 – 79,3)	50,0 (37,6 – 53,0)	21,0 (26,0 – 33,6)	60,0 (57,1 – 62,2)	55,0 (49,1 – 57,5)	69,0 (65,5 – 74,1)	67,0 (43,0 – 60,1)	72,0 (64,0 – 71,5)	51,6 (49,4 – 55,4)	59,5 (56,7 – 64,4)
2	85,0 (70,0 – 81,0)	25,0 (27,0 – 44,0)	21,0 (27,0 – 38,0)	55,0 (56,4 – 63,7)	50,0 (49,3 – 58,0)	63,0 (62,4 – 72,9)	33,0 (34,3 – 51,4)	68,0 (61,5 – 69,9)	48,0 (47,0 – 54,3)	55,1 (53,6 – 61,2)
≥3	80,0 (69,3 – 80,5)	25,0 (35,0 – 55,0)	21,0 (24,2 – 35,2)	60,0 (56,6 – 63,9)	55,0 (51,0 – 61,0)	63,0 (61,3 – 72,4)	33,0 (38,0 – 57,7)	68,0 (61,6 – 72,0)	50,0 (49,0 – 56,3)	59,3 (54,4 – 64,1)
p-valor KW	0,796	0,159	0,657	0,959	0,687	0,664	0,449	0,772	0,555	0,593

* Dados apresentados em mediana (IC 95%)

KW= Kruskal-Wallis. MW = Mann-Whitney

^ap<0,05 vs. ≥36 anos

Tabela 4 – Comparação dos domínios de qualidade de vida de acordo com a origem do *near miss*, 17^a RS, Paraná, 2021.

Near Miss	Capacidade Física	Limitação Física	Dor	Estado Geral de Saúde	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspectos Emocionais	Saúde Mental	Aspectos Físicos Global	Aspectos Mentais Global
Cardiovascular										
Sim	80,0 (70,9 – 78,6)	25,0 (33,4 – 46,6)	21,0 (27,3 – 34,9)	60,0 (57,5 – 62,7)	50,0 (48,8 – 56,0)	63,0 (65,0 – 72,3)	67,0 (43,3 – 57,4)	72,0 (64,5 – 71,4)	50,3 (49,0 – 54,0)	60,0 (56,6 – 63,0)
Não	85,0 (70,7 – 79,8)	25,0 (36,4 – 51,4)	21,0 (26,0 – 34,0)	60,0 (57,2 – 62,3)	55,0 (52,3 – 59,6)	63,0 (63,4 – 72,3)	33,0 (37,0 – 52,0)	68,0 (62,0 – 68,8)	49,0 (49,2 – 55,3)	56,5 (54,9 – 61,9)
p-valor MW	0,622	0,445	0,565	0,921	0,133	0,857	0,321	0,259	0,734	0,537
Metabólico										
Sim	85,0 (70,8 – 80,4)	25,0 (28,0 – 43,3)	21,0 (24,9 – 33,2)	60,0 (56,6 – 62,6)	50,0 (49,1 – 56,9)	63,0 (59,8 – 69,1)	33,0 (38,5 – 55,3)	68,0 (63,4 – 70,3)	49,0 (46,8 – 53,2)	57,3 (53,9 – 61,6)
Não	80,0 (70,9 – 78,3)	50,0 (39,3 – 52,2)	21,0 (27,9 – 35,2)	60,0 (57,9 – 62,5)	55,0 (51,3 – 58,1)	75,0 (67,3 – 74,3)	33,0 (41,6 – 54,8)	68,0 (63,5 – 70,1)	51,3 (50,5 – 55,5)	59,5 (57,1 – 63,1)
p-valor MW	0,591	0,047	0,398	0,677	0,357	0,020	0,800	0,797	0,165	0,329
Hematológico										
Sim	82,5 (61,8 – 85,3)	50,0 (31,8 – 64,1)	21,0 (18,9 – 30,1)	60,0 (54,5 – 68,4)	52,5 (44,7 – 63,2)	63,0 (59,5 – 75,3)	33,0 (27,8 – 63,9)	60,0 (54,7 – 67,9)	58,3 (45,6 – 58,2)	57,0 (51,4 – 62,8)
Não	85,0 (72,1 – 78,2)	25,0 (36,0 – 46,4)	21,0 (28,2 – 34,1)	60,0 (57,9 – 61,7)	52,5 (51,4 – 56,7)	63,0 (65,4 – 71,4)	33,0 (42,5 – 53,3)	70,0 (64,8 – 70,0)	49,6 (49,7 – 53,9)	59,4 (56,8 – 62,0)
p-valor MW	0,968	0,424	0,185	0,448	0,992	0,799	0,796	0,073	0,721	0,581
Infeccioso										
Sim	85,0 (67,1 – 81,8)	25,0 (25,4 – 54,4)	21,0 (23,8 – 40,9)	60,0 (52,7 – 63,5)	50,0 (46,0 – 58,9)	63,0 (52,7 – 69,9)	33,0 (26,7 – 56,1)	60,0 (58,3 – 72,3)	47,5 (45,3 – 57,0)	54,4 (48,2 – 62,0)
Não	85,0 (71,9 – 78,3)	25,0 (36,8 – 47,4)	21,0 (27,4 – 33,2)	60,0 (58,3 – 62,3)	55,0 (51,5 – 57,1)	63,0 (66,5 – 72,4)	33,0 (43,2 – 54,2)	68,0 (64,5 – 69,7)	50,5 (49,8 – 54,0)	59,4 (57,3 – 62,3)
p-valor MW	0,578	0,698	0,915	0,555	0,522	0,079	0,295	0,554	0,533	0,200

* Dados apresentados em mediana (95% IC)

Os eventos de *near miss* de origem cardiovascular (hipertensão arterial, pré-eclâmpsia e cardiopatia) foram os mais prevalentes (54,6%), seguido dos metabólicos (39,3% – obesidade, diabetes mellitus e distúrbios da tireoide), infecciosos (14,1% – Infecção do trato urinário- ITU e infeccioso) e hematológicos (9,2% – distúrbios de coagulação e hemorragia). Como pode ser observado na Tabela 4, foram encontradas diferenças significativas nos domínios de limitação física e aspectos sociais apenas entre as pacientes com eventos de *Near Miss* de origem metabólica. Nesse contexto, as mulheres com *Near Miss* metabólico apresentaram pior qualidade de vida para a limitação física ($p=0,047$) e para os aspectos sociais ($p=0,020$), em comparação às mulheres que não desenvolveram *Near Miss* de origem metabólica. Não foram identificadas outras diferenças significativas ($p>0,05$) para todas as outras comparações.

2.4 DISCUSSÃO

As mulheres classificadas como adultas jovens, brancas, que possuem companheiro, baixa escolaridade e renda, primíparas e que realizaram parto cesariano predominaram neste estudo. Tais características foram associadas à morbidade materna e à ocorrência de *near miss*, em diversos estudos nacionais e internacionais (VIDAL *et al*, 2016; PINHEIRO *et al*, 2020; CHICAS *et al*, 2018).

Quanto à idade, as adolescentes obtiveram maiores pontuações nos domínios limitação física e saúde mental, o que corrobora com estudo que identificou que os extremos de idade influenciaram negativamente na qualidade de vida (ANGELINI *et al*, 2018). Ao contrário, a influência das características sociodemográficas na qualidade de vida das puérperas afirma a necessidade de uma rede de apoio com efeito favorável para as adolescentes (SILVA *et al*, 2019).

A maior ocorrência de cesáreas pode estar relacionada às complicações no estado clínico das parturientes, com consequências no desempenho de atividades no puerpério e na qualidade de vida relacionada às limitações físicas e emocionais, principalmente no que concerne à dor e à sensação de incapacidade (MEDEIROS; MARCELINO, 2018).

Quando comparadas às puérperas de baixo risco, as que sofreram *near miss* apresentaram escores mais baixos de qualidade de vida em todos os domínios (SOMA-PILLAY; MAKIN; PATTINSON, 2018), sendo que as complicações intraparto repercutem na saúde global da mulher a longo prazo, principalmente relacionado a aspectos físicos e à experiência com o nascimento do filho, por não terem suas necessidades respeitadas e atendidas (AGUIAR; TANAKA, 2016).

Neste estudo, um pouco mais que a metade das puérperas apresentaram NMM de origem cardiovascular, assim como as gestantes e as puérperas de uma maternidade de Uberlândia-MG, que atendia mulheres com gestação de alto risco, cuja maioria era negra ou parda, com idade entre 20 e 39 anos, submetida à cesárea atual, destacando-se o choque, a oligúria não responsiva à hidratação e ao padrão respiratório alterado entre os critérios clínicos (ARANTES *et al*, 2020).

As puérperas vítimas de NMM de origem cardiovascular e hemorrágica, assistidas na maternidade de um hospital universitário do Paquistão, foram urgentemente submetidas à hemodiálise, à infusão de sulfato de magnésio,

à reembolização da artéria uterina, à histerectomia de emergência e à ventilação não invasiva e invasiva, com o intuito de se obterem resultados favoráveis à saúde materna (SULTANA *et al.*, 2019).

Assim como neste estudo, em outro país em desenvolvimento, o NMM por distúrbios cardiovasculares e hematológicos predominou com baixos índices de mortalidade materna, possivelmente devido à prevenção e ao manejo adequado da hemorragia obstétrica, sugerindo qualidade razoável da atenção à mulher no período pós-operatório (IWUH; FAWCUS; SCHOEMAN, 2018).

As patologias metabólicas também foram associadas a menores escores de qualidade de vida, o que foi semelhante a outro estudo que mostrou que características clínicas pregressas, como doenças respiratórias, distúrbios da tireoide e HIV foram desfavoráveis à qualidade de vida (ANGELINI *et al.*, 2018). As doenças hematológicas, hipertensivas e cardiovasculares são as mais frequentes nessa população, com ocorrência de 55,3% no grupo *Near Miss* e 33,2% no controle, além de obesidade, diabetes, tabagismo, doenças renais, neurológicas e respiratórias (MEKANGO *et al.*, 2017; FERREIRA *et al.*, 2020).

Neste estudo, a dor e as limitações físicas e emocionais foram as dimensões da qualidade de vida das puérperas mais afetadas após a vivência do *near miss*, as quais foram confirmadas pelos valores globais da qualidade de vida e dizem respeito ao diagnóstico de enfermagem de conforto prejudicado (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

Esses achados se assemelham aos de puérperas da Holanda, Canadá e Suécia que apresentavam doenças na gestação e/ou puerpério. Possivelmente, estas dimensões prejudicadas da qualidade de vida seriam explicadas pela insatisfação das puérperas com o lar, o apoio recebido, as condições sociais, os vizinhos e a dor (CONDELES *et al.*, 2019).

A presença do choro, suspiros, inquietação, irritabilidade, medo, sono perturbado, desconforto no baixo ventre e região lombo sacral, queixa de insegurança, desânimo, sofrimento espiritual, sentimento de desprezo, fome, dificuldade para relaxar, insatisfação com a situação e/ou ambiente, desconforto, prurido, calor ou frio e as expressões físicas de desconforto são indicadores do conforto prejudicado a serem avaliados pelo enfermeiro que assiste as parturientes e puérperas. Esses sinais e sintomas mencionados corroboram com este estudo que tiveram

as dimensões físicas, emocionais e dor mais afetadas (GONÇALVES *et al*, 2020; RETT *et al*, 2017).

As diretrizes nacionais recomendam à equipe de saúde que identifiquem e respeitem as crenças e os valores das parturientes que influenciam sua atitude em lidar com a dor durante o parto para proporcionar-lhes alívio desse sintoma, por meio da analgesia regional, outras substâncias analgésicas e outras medidas não farmacológicas, como a aplicação de massagens e a imersão em água de banheira ou chuveiro (BRASIL, 2017).

Em algumas maternidades públicas de São Paulo-SP, os analgésicos, os anti-inflamatórios e a crioterapia, com aplicação local de cubos de gelo em luva de látex, foram os principais métodos adotados para tratamento da dor perineal pós-parto normal e do edema perineal (PELECKIS, 2017).

Para promover o conforto físico, devem-se investigar os fatores que predisõem e aliviam o desconforto, como roupa de cama com rugas e irritantes ambientais, reduzir e eliminá-los, programar os cuidados de enfermagem para evitar interrupções desnecessárias e proporcionar períodos de descanso. Entre as medidas de promoção do conforto psicológico, está a terapia de relaxamento, orientar a realização de respiração profunda, manter o ambiente com iluminação difusa e temperatura confortável quando possível (LIMA *et al.*, 2016).

Além destes cuidados, as maternidades devem investir no acolhimento e nas práticas humanizadas para fortalecer o vínculo entre profissionais, usuárias, família e comunidade, bem como qualificar a atenção ao parto e puerpério (RETT *et al.*, 2017).

Também se faz necessário o referenciamento da puérpera para atenção básica, para garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem para satisfazer suas necessidades de conforto, uma vez que o controle e o alívio da dor proporcionarão conforto físico e psicológico (LIMA *et al.*, 2016).

A dor foi a dimensão da qualidade de vida mais prejudicada entre as mulheres que se autodeclararam brancas, contrariando os resultados da pesquisa nacional sobre parto e nascimento, na qual as mulheres negras e pardas tiveram pré-natal e puerpério inadequados e maiores taxas de mortalidade materna. Esse desfecho releva as disparidades raciais no processo de atenção à gestação e ao parto que devem ser superadas e devem ser melhor exploradas por futuras investigações (LEAL *et al.*, 2017).

A paridade não foi preditora da dor de puérperas assistidas em uma maternidade pública paranaense, mas foram encontradas diferenças significativas para intensidade da dor perineal e incisão da cesariana (TOMASONI *et al*, 2020).

A dor foi relatada pela maioria das puérperas que tiveram parto cesáreo em dois hospitais de São Paulo, especialmente na região suprapúbica e abdominal, as quais apresentaram dificuldades para sentar e andar. Já para as puérperas de um estudo no Recife-PE, a dor, as dificuldades para retomar as atividades habituais e o apoio de pessoas na recuperação após a cesárea foram decisivos para a qualidade de vida nesse período (SANTOS *et al*, 2016; MEDEIROS *et al*, 2018).

Também foi observada neste estudo a relação entre cesariana e baixo escore dos aspectos físicos, emocionais e mentais da qualidade de vida das puérperas que vivenciaram o NMM. De semelhante modo, as puérperas da Colômbia que vivenciaram o NMM também apresentaram a qualidade de vida prejudicada, por consequências físicas, emocionais e psicológicas, as quais sofreram perdas da imagem corporal, autoestima, identidade e capacidade de produtividade econômica, além do sentimento de fracasso com relação ao sentimento de maternidade (VALENCIA-FLÓREZ; GAVIRIA-LONDOÑO, 2018).

Em outros estudos, as puérperas que vivenciaram o NMM expressaram tanto gratidão pela vida salva como medo, tristeza, desesperança, desânimo e frustração, referentes ao atendimento recebido na maternidade. Também demonstraram algumas deficiências na atitude do pessoal de saúde, recursos físicos e atrasos no tratamento ansiedade decorrente desse evento traumático, além do sentimento de medo presente em seus cônjuges, sendo constatado que o fatalismo, as expectativas e a insegurança social contribuem significativamente para a vulnerabilidade delas (TUNÇALP *et al*, 2012; MBALINDA *et al*, 2015).

As mulheres atendidas em duas maternidades públicas de Aracaju-SE que são referência para a gestação de médio e alto risco apresentaram associação entre NMM e sintomatologia de ansiedade e depressão, possivelmente devido ao baixo suporte social, antecedentes pessoais de transtornos de humor, histórico familiar de doença psiquiátrica, gravidez não planejada, baixo nível social e econômico, além da precarização da assistência à saúde materna (SILVEIRA *et al*, 2019).

Entre as puérperas assistidas por dois serviços de saúde de atenção à saúde da mulher de Ribeirão Preto-SP e as que participaram de estudos realizados na África e na Ásia a dispareunia prevaleceu entre as causas da qualidade de vida prejudicada após a ocorrência do NMM, fato pouco explorado e que impede essas mulheres de terem orgasmos. Pode-se inferir que mulheres que vivenciaram o NM apresentaram grandes repercussões não somente nos aspectos físicos e emocionais mas também tiveram reflexos na qualidade de vida sexual (ALVES *et al*, 2020).

A equipe de enfermagem deve estar capacitada para atender as puérperas com tais prejuízos na qualidade de vida pois os cuidados de enfermagem ainda estão centrados no modelo biomédico, com a administração de medicações e as orientações e as medidas não farmacológicas para o alívio da dor (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

Como limitação deste estudo, destaca-se a dificuldade de encontrar outras pesquisas sobre a qualidade de vida de puérperas que sofreram o *near miss* durante a internação para o parto para ampliar as discussões dos dados que foram encontrados e que, embora possa ser considerado uma limitação, reforça a importância/relevância desta pesquisa. Como aplicação prática, os dados por si só revelam/demonstram um evento recorrente pouco explorado e que pode indicar para os serviços de saúde referência para essas mulheres a necessidade de melhoria na qualidade da atenção ao pré-natal e ao puerpério.

2.5 CONCLUSÃO

Destaca-se, portanto, que a qualidade de vida das puérperas que sofreram NM foi prejudicada nas dimensões dor, limitações para aspectos físicos e emocionais, acarretando prejuízo na vivência e na experiência dessa mulher nessa fase de vida por apresentar restrições que podem impedir de exercer a maternidade na sua totalidade.

Diante desse diagnóstico, entende-se que, para promover cuidados em saúde de maneira adequada, não basta apenas prevenir e tratar complicações; é necessária uma visão ampliada que inclua a promoção da qualidade de vida das mulheres no puerpério, considerada uma fase delicada do ciclo reprodutivo.

2.6 REFERÊNCIAS

AGUIAR, C. A.; & TANAKA, A. C. D. *Memórias coletivas de mulheres que vivenciaram o near miss materno: necessidades de saúde e direitos humanos*. Caderno Saúde Pública, 2016; 32(9): e00161215.

ALVES, L. C. *et al.* *Saúde sexual de mulheres seis meses após um evento de morbidade materna grave*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2020; 28:e3293.

ANGELINI, C. R. *et al.* *Quality of life after an episode of severe maternal morbidity: evidence from a cohort study in Brazil*. Biomed Research International, 2018; 1-10.

ARANTES, B. M. *et al.* *Fatores associados ao near miss materno em um hospital universitário*. REFACS, 2020; 8(3).

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida* [recurso eletrônico], Brasília, DF, 2017. 51 p.

CABRAL, F. B.; & OLIVEIRA, D. L. L.C. *Vulnerabilidade de puérperas na visão de equipes de saúde da família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência*. Rev Esc Enferm USP, 2010; 44(2): 368-375.

CHICAS, A. A. N. *et al.* *Mortalidad y morbilidad materna externa, Hospital Escuela Universitario 2015: estudio caso-control*. Rev Méd Hondur, 2018; 86(3/4): 96-101.
CICONELLI, R. M. *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, 1997.

CONDELES, P. C. *et al.* *Qualidade de vida no período puerperal: importância e satisfação*. Rev Rene, 2019; 20: e41421. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522019000100343&lng=pt. Epub 7 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192041421>.

DIAS, M. A. B. *et al.* *Incidência do Near Miss Materno no Parto e Pós-Parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil*. Caderno Saúde Pública, 2014; 30 (Supl 1): S1-12.

FERREIRA, E. C. *et al.* *Saúde geral e reprodutiva entre mulheres após um episódio de morbidade materna grave: resultados do estudo COMMAG*. Int J Gynecol Obstet, 2020; 150:83-91.

FIGUEIREDO, J. V. *et al.* *Pain in the immediate puerperium: nursing care contribution*. Rev. Bras. Enferm, 2018; 71 (Suppl 3): 1343-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0345>.

GONÇALVES, M. C. S. *et al.* Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado em oncologia. *Acta Paul Enferm.*, 2016; 29 (1): 115-24.

IWUH, I. A.; FAWCUS, S.; & SCHOEMAN, L. *Maternal near-miss audit in the Metro West maternity service, Cape Town, South Africa: a retrospective observational study.* *S Afr Med J.*, 2018; 108(3):171-5.

LEAL, M. C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2017; 33:e00078816.

LIMA, J. V. F. *et al.* Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica. *Rev Gaúcha Enferm*, 2016; 37(4): e65022.

LONGHI, S.A.T.; & PETERLINI, O.L.G. *Comissão interna de Near Miss Materno em um hospital da Rede Mãe Paranaense no sudoeste do Paraná: implantação, desafios e perspectivas* *Rev Saúde Públ Paraná*, 2019; 2 (Suppl 1): 21-30.

MBALINDA, S. N. *et al.* Male partners' perceptions of maternal near miss obstetric morbidity experienced by their spouses. *Reprod Health*, 2015; 12(1): 23.

MEDEIROS, T. M. L.; & MARCELINO, J. F. Q. *Percepção de puérperas sobre o seu desempenho ocupacional no pós-operatório da cesariana.* *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, v. 26, n. 1, p. 97-109, 2018.

MEKANGO, D. E. *et al.* Determinants of maternal near miss among women in public hospital maternity wards in Northern Ethiopia: a facility based case-control study. *Plos Oone*, 2017; 12(9): e0183886.

NORHAYATI, M.; NIK, H. N.; & ASRENEE, A. *The experiences of women with maternal near miss and their perception of quality of care in Kelantan, Malaysia: a qualitative study.* *BMC Pregnancy Childbirth*, 2017; 17: 189.

OKUN, M.L. *et al.* Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *J Behav Med*, 2018; 41:703–10.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do Near Miss da OMS para a saúde materna.* Geneva, 2011. 34 p.

_____. *Mulheres e Saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã.* 2011.

Disponível em:

https://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf?ua=1

Acesso em: 9 nov. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, Superintendência de Atenção à Saúde. *Linha Guia da Rede Mãe Paranaense*, 2018.

PELECKIS, M.V.; FRANCISCO, A. A.; & OLIVEIRA, S. M. J. V. *Terapias de alívio da dor perineal após o pós-parto.* *Texto Contexto Enferm*, 2017; 26 (2): e05880015.

PINHEIRO, D. L. F. L. *et al.* *Gestational Outcomes in Patients with Severe Maternal Morbidity Caused by Hypertensive Syndromes*. Rev Bras Ginecol Obstet., 2020; 42 (2): 74-80.

RETT, M.T. *et al.* *Satisfação e percepção de dor em puérperas: um estudo comparativo após parto vaginal e cesariana em maternidades públicas de Aracaju*. ABCS Health Sciences, 2017; 42 (2). Disponível em: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v42i2.1005>

SANTANA, D.S. *et al.* *Near Miss Materno: entendendo e aplicando o conceito*. Rev Med (São Paulo), 2018; 97(2): 187-94.

SANTOS, J. O. *et al.* *Evaluation of pain during postpartum: study comparing types of birth*. J Health Sci Inst. 2016; 34(4): 200-5

SILVA, S. G. F. *et al.* *Influence of sociodemographic, clinical, obstetric and neonatal variables on postpartum quality of life*. Rev Enferm, UERJ, 2019; 27: e44636.

SILVEIRA, M. S. *et al.* *Ansiedade e depressão na morbidade materna grave e Near Miss*. Psicologia: teoria e pesquisa, 2019; 35: e35442.

SOMA-PILLAY, P.; MAKIN, J. D.; & PATTINSON, R. C. *Qualidade de vida um ano após um evento de near miss materno*. Int J Gynecol Obstet., 2018; 141:133-8.
SULTANA, S. *et al.* *Clinical spectrum of near-miss cases in obstetrics*. Cureus, 2019; 11(5): e4641.

TOMASONI, T. A. *et al.* *Intensidade de dor e desconfortos puerperais imediatos*. BrJP, 2020; 3 (3): 217-221.

TUNÇAL, P.O. *et al.* *Listening to women's voices: the quality of care of women experiencing severe maternal morbidity, in Accra, Ghana*. PLoS One, 2012; 7(8): 1-8.

VALENCIA-FLÓREZ, B.; & GAVIRIA-LONDOÑO M.B. *Vida vivida: experiencias de morbilidad materna extrema. Relatos de mujeres sobrevivientes y cuidadoras*. Subregión del Urabá antioqueño, 2016. Rev Fac Nac Salud Pública, 2018; 36(3).

VIDAL, C. E. L. *et al.* *Morbidade materna grave na microrregião de Barbacena/MG*. Caderno Saúde Coletiva. 2016; 24(2): 131-138.

VIEIRA, S. N. *et al.* *Evaluation of nursing care in post-partum hemorrhaging*. J Nurs UFPE, 2018; 12(12): 3247-53.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Health statistics and health information systems*. Maternal mortality ratio (per 100 000 live births). Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/>. Acesso em: 9 nov. 2020.

3 ESTUDO 3

THE MOTHER GENERATED INDEX (MGI): ESTRATÉGIA PARA AVALIAR A QUALIDADE DE VIDA NO PÓS-PARTO

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade de vida pós-parto de mulheres que sofreram *near miss* por meio do instrumento *Mother-Generated Index*. **Método:** Estudo transversal aninhado a uma coorte prospectiva, realizado entre outubro de 2016 a agosto de 2017, em maternidade referência para alto risco da 17ª Regional de Saúde do Paraná-PR, com 236 puérperas em situação de *near miss*. Utilizou-se a escala *Mother Generated Index*, variáveis socioeconômicas e demográficas, tipo de parto e número de filhos. Foram realizados os testes Shapiro-Wilk, Levene, Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis para comparar as medianas e o Post-Hoc de Dunn. **Resultados:** No Passo 1, para a maioria das puérperas foi negativo o retorno ao trabalho (n= 58; 45,7%) e problemas físicos ou mentais (n=71; 34,6%). No Passo 2, os dados absolutos e médias foram positivos nas áreas sentimento em relação a si mesma (8,7±1,3); sentimento em relação ao bebê (9,5±1,0), relacionamento parceiro/família (9,5±1,0) e vida social (8,4±1,4). No Passo 3, o retorno ao trabalho (média do escore secundário=0,5±0,9) e a vida social (média do escore secundário = 0,4; ±0,9) foram as piores áreas da qualidade de vida. Houve associação entre os diferentes níveis de escolaridade, vida social ($p= 0,036$); sentimentos em relação a si mesma ($p=0,023$) e retorno ao trabalho ($p=0,037$); ensino fundamental com sentimento em relação a si mesma ($p=0,038$) e vida social ($p=0,033$); retorno ao trabalho e nível fundamental ($p=0,041$); ocupação leve e vida social ($p= 0,033$); *near miss* infeccioso e sentimentos com relação a si mesma ($p=0,028$) e problemas físicos ou mentais ($p=0,014$). **Conclusão:** Várias dimensões da qualidade de vida das puérperas foram afetadas, sendo as principais: o retorno ao trabalho, os problemas físicos e emocionais e a vida social. A inserção dessa mulher em um novo contexto identificou áreas mais prejudicadas que exigem atenção e cuidados em saúde.

Palavras-chave: Qualidade de vida; *Near Miss*; Período pós-parto; Serviços de Saúde Materno-Infantil. Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the postpartum quality of life of women who suffered near miss using the Mother-Generated Index instrument. **Method:** Cross-sectional study nested in a prospective cohort, carried out between October 2016 and August 2017, in a reference maternity hospital for high risk of the 17th. Regional Health Department of Paraná-PR, with 236 puerperal women in a situation of near miss. The Mother Generated Index scale, socioeconomic and demographic variables, type of delivery and number of children were used. Shapiro-Wilk, Levene, Mann-Whitney or Kruskal-Wallis tests were performed to compare Dunn's medians and Post-Hoc. **Results:** In Step 1, for most puerperal women, it was negative to return to work (n = 58; 45.7%) and physical or mental problems (n = 71; 34.6%). In Step 2, the absolute and average data were positive in the feeling areas in relation to itself (8.7 ± 1.3); feeling about the baby (9.5 ± 1.0), partner / family relationship (9.5 ± 1.0) and social life (8.4 ± 1.4). In Step 3, return to work (mean secondary score = 0.5 ± 0.9) and social life (mean secondary score = $0.4; \pm 0.9$) were the worst areas of quality of life. There was an association between different levels of education, social life (p = 0.036); feelings about herself (p = 0.023) and returning to work (p = 0.037); elementary school with feeling about itself (p = 0.038) and social life (p = 0.033); return to work and basic level (p = 0.041); light occupation and social life (p = 0.033); near miss infectious and feelings about herself (p = 0.028) and physical or mental problems (p = 0.014). **Conclusion:** Several dimensions of the quality of life of the mothers were affected, the main ones being the return to work, physical and emotional problems and social life. The insertion of this woman in a new context identified the most affected areas that require attention and health care.

Key words: Quality of life; Near Miss; Postpartum Period; Maternal-Child Health Services; Obstetric Nursing.

3.1 INTRODUÇÃO

O puerpério é um período marcado por intensas transformações na vida da mulher que vão desde alterações físicas, psíquicas e emocionais, estendendo-se até mudanças nos contextos familiar e social (CAETANO; MENDES; RODRIGUES, 2019). Essas mudanças ocorrem em decorrência da nova rotina imposta à família recém-composta, aos desafios da amamentação e ao turbilhão hormonal do corpo feminino. A qualidade de vida da mulher, nesse período, pode ser influenciada pelo quanto ela se adapta à nova realidade (SILVA *et al.*, 2019).

O tipo de parto, a presença de transtornos mentais, como a depressão e ansiedade, os conflitos no relacionamento do casal ou as dores no corpo são os desconfortos com maior impacto negativo na qualidade de vida materna no pós-parto (REZAEI *et al.*, 2018; MARTÍNEZ-GALIANO, 2019).

Mulheres que sofreram complicações tipo *Near Miss* (NM) fazem parte de um grupo ainda mais vulnerável durante o pós-parto, uma vez que esses eventos podem não impactar a vida feminina somente de forma aguda, mas estender-se por mais tempo. Um número elevado de mulheres no mundo tem sofrido com complicações durante a gestação e o pós parto, e uma parcela delas, carrega consigo complicações que podem permanecer até o final de suas vidas, como anemia, infecções, sangramento, bem como disfunção sexual, dores nas costas, dor perineal, constipação e depressão (REZAEI *et al.*, 2018; MARTÍNEZ-GALIANO, 2019).

A Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como a concepção do indivíduo sobre sua vida em relação a seus objetivos e a padrões que deseja alcançar e, mais especificamente, a qualidade de vida relacionada à saúde aborda o impacto das doenças e das intervenções terapêuticas no bem-estar da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Muito se tem discutido acerca da qualidade de vida da mulher em diferentes dimensões, como após ter um diagnóstico de câncer de mama ou de colo, mulheres no climatério e a qualidade de vida na fase idosa mas pouco se estuda a respeito da qualidade de vida da puérpera (LIMA; SILVA, 2020; SANTOS, 2019; SOUSA *et al.*, 2020).

Avaliar a qualidade de vida da mulher durante a gestação e no pós-parto é um processo de difícil aplicação, pois a maioria dos instrumentos são objetivos com escalas pré-definidas e que, por isso, não mensuram os significados e

a experiência que esse período proporciona à mulher em sua totalidade (CALOU *et al.*, 2018). Além disso, essa parcela da população é relativamente jovem, e as escalas são mais direcionadas a adultos mais velhos, com problemas de saúde específicos e com duração mais prolongada e, essa população necessita de ferramentas de medição que capturem mudanças em curtos períodos de tempo (CRESSWELL *et al.*, 2020).

Há grande variedade de instrumentos para mensuração da qualidade de vida em geral, como a Escala SF-36, que fornece perfil do estado de saúde da população geral e de subgrupos específicos (MARTÍNEZ-GALIANO, 2019). Há também a Escala *WHO Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0), que mede como os problemas de saúde geraram dificuldades para a vida da mulher nos últimos 30 dias (CRESSWELL *et al.*, 2020). No entanto, mais específica ao momento da gestação e ao puerpério, a *Mother Generated Index* (MGI) tem o objetivo de identificar as áreas da vida da mulher que foram afetadas nesta fase. Para isso, a puérpera elenca até oito áreas de sua vida que foram afetadas com a chegada do bebê e após, utiliza-se de escalas visuais analógicas com pontuações, para mensurar o sentimento com a gravidez. Esta escala aborda a qualidade de vida de forma ampla, englobando seus aspectos multifatoriais (CALOU *et al.*, 2018).

Em vista desse contexto e da necessidade de conhecer-se a qualidade de vida com instrumento específico e qualificado, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida pós-parto de mulheres que vivenciaram *near miss* por meio do instrumento *Mother Generated Index*.

3.2 MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa do tipo transversal, aninhado a uma coorte prospectiva, realizada em uma maternidade pública do sul do Brasil, referência para o Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento a gestantes de alto risco. Abrange 21 municípios que compõem a 17^a. Regional de Saúde do Estado do Paraná e outros estados vizinhos.

A coleta de dados ocorreu em agosto de 2017, por meio de entrevista via telefone, utilizando o instrumento MGI, com puérperas que estivessem no puerpério mediato (até 10 dias após o parto), com duração de aproximadamente 30 minutos cada ligação.

Foram incluídas puérperas que foram internadas na maternidade em questão com ao menos um dos critérios de NM descritos abaixo (BRASIL, 2011). Foram excluídas aquelas que realizaram abortamento ou tratamento gestacional.

Critérios de *Near Miss Materno* estabelecidos pela OMS

Complicações maternas graves:

- Hemorragia pós-parto grave
- Pré-eclâmpsia grave
- Eclâmpsia
- Sepses ou infecção sistêmica grave
- Rotura uterina
- Complicações graves do abortamento

Condições ameaçadoras à vida (critérios de *Near Miss*)

- *Disfunção Cardiovascular*: choque, parada cardíaca, uso contínuo de drogas vasoativas, reanimação cardiopulmonar, hipoperfusão grave (lactato >5 mmol/l ou >45 mg/dl), acidose grave (pH $<7,1$).
- *Disfunção Respiratória*: cianose aguda, respiração tipo Gaspings, taquipneia grave (frequência respiratória >40 respirações/minuto), bradipneia grave (frequência respiratória <6 respirações/minuto), intubação e ventilação não relacionadas à anestesia, hipoxemia grave (saturação de oxigênio $<90\%$ por tempo ≥ 60 minutos ou PaO₂/ FiO₂ <200).
- *Disfunção Renal*: oligúria não responsiva aos fluidos ou diuréticos, diálise para insuficiência renal aguda, azotemia aguda grave (creatinina ≥ 300 $\mu\text{mol/ml}$ ou $\geq 3,5$ mg/dl).
- *Disfunção Hematológica / da Coagulação*: falência da coagulação, grande transfusão de sangue ou de hemácias (≥ 5 unidades), trombocitopenia aguda grave (<50.000 plaquetas/ml).
- *Disfunção Hepática*: icterícia na presença de pré-eclâmpsia, hiperbilirrubinemia (bilirrubina >100 $\mu\text{mol/l}$ ou $>6,0$ mg/dl).
- *Disfunção Neurológica*: perda de consciência prolongada (duração ≥ 12 horas) / coma (incluindo o metabólico), acidente vascular cerebral, convulsões incontroláveis / status epilético, paralisia total.

- *Disfunção Uterina*: hemorragia ou infecção uterina causadores de histerectomia.

Intervenções críticas ou uso da unidade de terapia intensiva:

- Internação em uma unidade de terapia intensiva
- Radiologia intervencionista
- Laparotomia (inclui histerectomia, exclui cesáreas)
- Uso de hemoderivados

Status vital materno

- Óbito materno

Considerou-se para cálculo amostral o relatório anual de 1.045 partos realizados em 2015, erro amostral de 5%, nível de confiança de 95% (BARETA, 2012). A amostra foi de 319 puérperas, das quais 54 foram perda e 29 recusas, totalizando 236 mulheres. Foi utilizado o instrumento MGI (Anexo D), que avalia a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) para puérperas, variáveis socioeconômicas e demográficas, tipo de parto e número de filhos.

A escala MGI é composta por três passos. No passo 1, foi solicitado à puérpera que identificasse até oito áreas de sua vida que eram importantes, indicando se eles foram positivos, negativos ou ambos/nenhum. Para este estudo, foram selecionadas seis dimensões, como: Sentimento em relação a si mesma (A1), Sentimento em relação ao bebê (A2); Relacionamento familiar/parceiro (A3); Problemas físicos ou mentais (A4); Retorno ao trabalho (A5); Vida social (A6).

No passo 2, deveriam atribuir notas para cada uma das áreas citadas. Por fim, no passo 3, deveriam distribuir 20 pontos entre as áreas que considerassem mais importantes.

A partir das notas atribuídas no passo 2, foi calculada a média do escore primário, o qual reflete a forma como a mulher percebe cada uma das áreas de sua vida. O escore secundário foi calculado a partir da média do escore do passo 2, multiplicado pelos pontos do passo 3 e dividido por 20. Ambos os escores consistem em valores que variam entre 0 – 10. Para o escore secundário, 0 reflete que a realidade fica aquém das esperanças e as expectativas das puérperas e 10 consiste na maior medida em que a realidade corresponde às expectativas (KHABIRI *et al*, 2013).

O programa SPSS®, versão 20.0, foi utilizado para a análise estatística. Para caracterização das mulheres, foi realizada a análise exploratória, sendo os dados apresentados em média (mínimo – máximo) ou frequência absoluta (n) e frequência relativa (%). Para verificar a normalidade dos dados, foi utilizado o teste Shapiro-Wilk. O teste de Levene foi aplicado para verificar a homogeneidade dos dados. A comparação das médias foi realizada utilizando o teste de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis. Quando necessário, o teste de Post-Hoc de Dunn foi aplicado. Para todas as comparações, foi adotado o nível de significância de $p < 0,05$.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina-PR (CEP/UEL), parecer 1.757.596, parecer 1.757.596, CAAE: 59935716.7.0000.5231 (Anexo B).

3.3 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características socioeconômicas e demográficas das puérperas em situação de *Near Miss* que participaram do estudo. A maior parte da amostra foi composta por mulheres adultas jovens (72,0%), da cor branca autodeclarada (58,9%) e vivendo com companheiro (84,7%). Quanto à escolaridade, 54,5% possuía nível médio. Em relação às características da profissão e renda, 46,6% declarou receber entre dois e três salários mínimos, não sendo observada diferença entre as frequências quanto à classificação da ocupação. Realizaram parto tipo cesárea (58,9%) e não houve diferença entre as frequências para a quantidade de filhos.

Tabela 1 - Caracterização socioeconômicas e demográficas de puérperas em situação de *Near Miss* durante a internação para o parto, 17^a. RS, Paraná, 2021.

Variáveis	n (%) – 236 (100%)
Faixa etária (n=236)	
14-19	25 (10,6)
20-35	170 (72,0)
≥36	41 (17,4)
Raça/cor (n=231)	
Branca	136 (58,9)
Negra	95 (41,1)
Situação conjugal (n=236)	
Com companheiro	200 (84,7)
Sem companheiro	36 (15,3)
Escolaridade (n=235)	
Fundamental	68 (28,9)
Médio	128 (54,5)
Superior	39 (16,5)
Renda (em salários mínimos) (n=236)	
≤1	38 (16,1)
1-2	85 (36,0)
2-3	110 (46,6)
>3	3 (1,3)
Classificação da ocupação (n=236)	
Leve	109 (46,2)
Moderada	127 (53,8)
Pesada	8 (3,4)
Tipo de parto (n=236)	
Normal espontâneo	97 (41,1)
Cesárea	139 (58,9)
Quantidade de filhos (n=236)	
1	86 (36,4)
2	81 (34,3)
≥3	69 (29,2)

* número de casos com raça não declarada

No primeiro passo para a aplicação do MGI, as puérperas foram solicitadas a identificar os aspectos de sua vida que eram importantes e deveriam indicar se estes foram positivos, negativos ou ambos/nenhum. De todas as seis áreas da qualidade de vida mais apontadas pelas puérperas, exceto para o *retorno ao trabalho* (45,7%) relataram sentimentos negativos, todas as outras áreas obtiveram maior frequência para o sentimento positivo (Tabela 2). Entre as áreas mais citadas como negativas, destacam-se o *retorno ao trabalho* (45,7%) e os *problemas físicos ou mentais* (34,6%). Para a opção ambos/nenhum, o mais frequente foi *problemas físicos ou mentais* (26,3%).

Tabela 2 - Distribuição da pontuação do primeiro passo da MGI, de acordo com as áreas de qualidade de vida mais apontadas pelas puérperas em situação de *Near Miss* durante a internação para o parto, 17^a. RS, Paraná, 2021.

Áreas da Qualidade de Vida	Positivo n (%)	Negativo n (%)	Ambos/Nenhum n (%)
A1 Sentimento em relação a si mesma (n=227)	173 (76,2)	45 (19,8)	9 (4,0)
A2 Sentimento em relação ao bebê (n=226)	189 (83,6)	34 (15,0)	3 (1,3)
A3 Relacionamento familiar/parceiro (n=233)	182 (78,1)	45 (19,3)	6 (2,6)
A4 Problemas físicos ou mentais (n=205)	80 (39,0)	71 (34,6)	54 (26,3)
A5 Retorno ao trabalho (n=127)	55 (43,3)	58 (45,7)	14 (11,0)
A6 Vida social (n=193)	134 (69,4)	45 (23,3)	14 (7,2)

A Tabela 3 apresenta a distribuição das pontuações (média \pm DP) para os passos dois e três do MGI. O Passo 2 refere-se à média que as puérperas atribuíram para cada uma das áreas mencionadas, enquanto o Passo 3 refere-se à distribuição de pontos para cada uma das áreas. No Passo 2, as áreas que receberam maior pontuação positiva foram o *sentimento em relação ao bebê* (9,5) e relacionamento familiar e com o parceiro (9,0). Destaca-se que para as pontuações positivas no Passo 2, nenhuma das áreas recebeu pontuação menor do que 8,0. Ainda no Passo 2, a média das pontuações negativas variou entre 2,2 e 2,9, sendo a menor para o *sentimento em relação ao bebê*, e a maior para os *problemas físicos ou mentais*. A maior pontuação média para a categoria ambos/nenhum foi atribuída aos *problemas físicos ou mentais* (7,4). Em relação ao Passo 3, notadamente houve maior pontuação positiva para o *sentimento em relação ao bebê* (8,3), e menor pontuação para a *vida social* (1,5). Quanto aos sentimentos negativos, a maior pontuação foi atribuída ao *retorno para o trabalho* (5,9), e a menor para o *relacionamento familiar* ou *com o parceiro* (3,8). Para a categoria ambos/nenhum, a maior pontuação foi atribuída ao *sentimento em relação ao bebê* (4,3), e a menor para o *retorno ao trabalho* (0,3).

Tabela 3 – Média \pm Desvio Padrão (DP) da pontuação do segundo e do terceiro passo da MGI, de acordo com as áreas de qualidade de vida mais apontadas pelas puérperas em situação de *near miss* durante a internação para o parto, 17^a RS, Paraná, 2021.

Áreas da Qualidade de Vida	Positivo		Negativo		Ambos/Nenhum	
	Passo 2	Passo 3	Passo 2	Passo 3	Passo 2	Passo 3
A1 Sentimento em relação a si mesma (n=227)	8,7 \pm 1,3	3,0 \pm 3,2	2,8 \pm 1,4	5,4 \pm 3,6	5,7 \pm 1,0	3,9 \pm 3,6
A2 Sentimento em relação ao bebê (n=226)	9,5 \pm 1,0	8,3 \pm 6,4	2,2 \pm 1,2	5,0 \pm 3,9	5,3 \pm 0,6	4,3 \pm 4,0
A3 Relacionamento familiar/parceiro (n=233)	9,0 \pm 1,3	3,5 \pm 3,5	2,3 \pm 1,3	3,8 \pm 2,9	-	2,3 \pm 4,1
A4 Problemas físicos ou mentais (n=205)	8,5 \pm 1,5	2,0 \pm 2,6	2,9 \pm 2,1	4,5 \pm 4,8	7,4 \pm 2,5	1,3 \pm 3,4
A5 Retorno ao trabalho n=127)	8,0 \pm 1,4	1,6 \pm 3,2	2,3 \pm 1,5	5,9 \pm 6,9	5,6 \pm 1,6	0,3 \pm 0,6
A6 Vida social (n=193)	8,4 \pm 1,4	1,5 \pm 2,6	2,7 \pm 1,3	3,0 \pm 2,9	5,9 \pm 0,9	0,5 \pm 0,8

A partir das notas atribuídas no passo 2, foi calculada a média do escore primário, o qual reflete a forma como a mulher percebe cada uma das áreas de sua vida (Tabela 4) e pode variar entre 0–10 (KHABIRI *et al*, 2013). Como pode ser observado, o sentimento em relação ao bebê foi a área com maior pontuação para o escore primário (8,3), seguida do relacionamento familiar/parceiro (7,6) e do sentimento em relação a si mesma (7,5).

O escore secundário foi calculado a partir da média do escore do passo 2, multiplicado pelos pontos do passo 3 e dividido por 20, e varia entre 0–10 (KHABIRI *et al*, 2013). Para o escore secundário, 0 reflete que a realidade fica aquém das esperanças e das expectativas das puérperas, e 10 consiste na maior medida em que a realidade corresponde às expectativas (KHABIRI *et al*, 2013). As áreas com menores pontuações foram vida social (0,4), problemas físicos ou mentais e retorno ao trabalho (ambos 0,5) enquanto a maior pontuação (2,9) foi atribuída ao sentimento em relação ao bebê (Tabela 4).

Tabela 4 – Média \pm desvio padrão (DP) para os escores primário e secundário da MGI, de acordo com seis áreas de qualidade de vida apontadas pelas puérperas em situação de *Near Miss* durante a internação para o parto, 17^a. RS, Paraná, 2021.

Áreas afetadas	Escore Primário	Escore Secundário
A1 Sentimento em relação a si mesma (n=227)	7,5 \pm 2,4	1,0 \pm 1,3
A2 Sentimento em relação ao bebê (n=226)	8,3 \pm 2,7	2,9 \pm 3,0
A3 Relacionamento familiar/parceiro (n=233)	7,6 \pm 2,7	1,1 \pm 1,3
A4 Problemas físicos ou mentais (n=205)	6,3 \pm 2,9	0,5 \pm 1,0
A5 Retorno ao trabalho n=127)	4,9 \pm 3,0	0,5 \pm 0,9
A6 Vida social (n=193)	7,2 \pm 2,4	0,4 \pm 0,9

Não foram encontradas diferenças significativas para o escore primário da escala MGI em relação à faixa etária, raça, renda, ao tipo de parto e quantidade de filhos ($p > 0,05$ para todas as comparações). Houve diferença significativa para o escore primário entre os diferentes níveis de escolaridade para as áreas sentimentos em relação a si mesma ($p = 0,023$), retorno ao trabalho ($p = 0,036$) e vida social ($p = 0,037$). Para o sentimento em relação a si mesma e para a vida social, foi identificado maior escore para as puérperas com Ensino Fundamental em relação às que possuíam nível médio, $p = 0,038$ e $p = 0,033$, respectivamente. Já, para o retorno ao trabalho, as mulheres com Ensino Médio apresentaram maiores escores em relação às que possuíam nível fundamental ($p = 0,041$). Quanto à classificação da ocupação, a única diferença encontrada foi para vida social, sendo que a classificação leve apresentou menor escore quando comparada à classificação moderada ($p = 0,033$) (Tabela 5).

Tabela 5 – Dados apresentados em mediana (mínimo - máximo) da MGI para a comparação do escore primário das seis áreas de qualidade de vida apontadas pelas puérperas em situação de *Near Miss* durante a internação para o parto, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas, 17^a. RS, Paraná, 2021.

Variáveis	A1*	A2*	A3*	A4*	A5*	A6*
Faixa etária						
14-19	7,5 (4 - 10)	7,5 (4 - 10)	5,0 (3 - 10)	7,5 (3 - 10)	2,0 (0 - 4)	9,0 (5 - 10)
20-35	8,0 (2 - 10)	10,0 (0 - 10)	9,0 (2 - 10)	7,0 (0 - 10)	5,0 (0 - 10)	8,0 (2 - 10)
≥36	8,0 (2 - 10)	10,0 (0 - 10)	8,0 (2 - 10)	7,0 (1 - 10)	4,0 (0 - 10)	8,0 (1 - 10)
p-valor KW	0,696	0,337	0,487	0,385	0,633	0,899
Raça/cor						
Branca	8,0 (2 - 10)	10,0 (1 - 10)	9,0 (2 - 10)	7,0 (1 - 10)	5,0 (0 - 10)	7,5 (1 - 10)
Negra	8,0 (2 - 10)	10,0 (0 - 10)	8,0 (2 - 10)	6,0 (0 - 10)	4,5 (0 - 10)	8,0 (2 - 10)
p-valor MW	0,842	0,930	0,333	0,810	0,416	0,575
Situação conjugal						
Com companheiro	8,0 (2 - 10)	10,0 (0 - 10)	9,0 (2 - 10)	7,0 (0 - 10)	5,0 (0 - 10)	8,0 (1 - 10)
Sem companheiro	8,0 (4 - 10)	10,0 (4 - 10)	6,0 (3 - 10)	6,0 (2 - 10)	3,0 (0 - 10)	8,0 (4 - 10)
p-valor MW	0,548	0,275	0,023	0,468	0,698	0,602
Escolaridade						
Fundamental	9,0 ^a (2 - 10)	9,5 (0 - 10)	9,5 (2 - 10)	5,0 (0 - 10)	3,0 ^a (0 - 10)	8,5 ^a (2 - 10)
Médio	8,0 (2 - 10)	10,0 (1 - 10)	8,0 (2 - 10)	7,0 (1 - 10)	5,0 (0 - 10)	7,0 (1 - 10)
Superior	9,0 (2 - 10)	10,0 (2 - 10)	9,0 (2 - 10)	7,0 (1 - 10)	4,5 (0 - 10)	8,0 (2 - 10)
p-valor KW	0,023	0,854	0,147	0,514	0,037	0,036
Renda (em salários mínimos)						
≤1	10,0 (2 - 10)	10,0 (2 - 10)	8,5 (2 - 10)	9,5 (1 - 10)	4,5 (0 - 10)	8,5 (2 - 10)
2-3	8,0 (2 - 10)	8,0 (0 - 10)	8,0 (2 - 10)	6,0 (1 - 10)	5,0 (0 - 10)	7,0 (2 - 10)
>3	8,0 (2 - 10)	10,0 (2 - 10)	9,0 (2 - 10)	7,0 (0 - 10)	5,0 (0 - 10)	8,0 (2 - 10)
p-valor KW	0,839	0,454	0,462	0,840	0,970	0,972
Classificação da ocupação						
Leve	8,0 (2 - 10)	10,0 (0 - 10)	8,0 (2 - 10)	6,0 (1 - 10)	5,0 (0 - 10)	7,0 ^b (1 - 10)
Moderada	9,0 (3 - 10)	10,0 (6 - 10)	10,0 (4 - 10)	7,0 (0 - 10)	5,0 (0 - 10)	8,0 (5 - 10)
Pesada	8,0 (6 - 10)	10,0 (4 - 10)	8,0 (5 - 10)	8,0 (3 - 10)	3,0 (0 - 6)	6,0 (3 - 10)
p-valor KW	0,960	0,733	0,646	0,286	0,601	0,033
Tipo de parto						
Normal espontâneo	8,5 (2 - 10)	10,0 (2 - 10)	8,0 (2 - 10)	7,0 (0 - 10)	5,0 (0 - 10)	8,0 (1 - 10)
Cesária	8,0 (2 - 10)	10,0 (0 - 10)	9,0 (2 - 10)	6,0 (1 - 10)	5,0 (0 - 10)	7,0 (2 - 10)
p-valor MW	0,152	0,687	0,643	0,170	0,682	0,646
Quantidade de filhos						
1	8,0 (2 - 10)	10,0 (1 - 10)	8,0 (2 - 10)	7,0 (1 - 10)	5,0 (0 - 10)	7,5 (2 - 10)
2	8,0 (2 - 10)	10,0 (2 - 10)	9,0 (2 - 10)	6,0 (1 - 10)	5,5 (0 - 10)	8,0 (2 - 10)
≥3	8,0 (2 - 10)	10,0 (0 - 10)	9,0 (2 - 10)	6,0 (0 - 10)	4,0 (0 - 10)	8,0 (1 - 10)
p-valor KW	0,900	0,172	0,413	0,683	0,493	0,071

^ap<0,05 vs. Ensino médio; ^bp<0,05 vs. Moderada; A1: Sentimento em relação a si mesma
A2: Sentimento em relação ao bebê; A3: Relacionamento familiar/parceiro
A4: Problemas físicos ou mentais; A5: Retorno ao trabalho; A6: Vida social

Do total, 124 (52,5%) das mulheres apresentaram *near miss* de origem cardiovascular, 91 (38,6%) metabólica, 33 (14,0%) infecciosa e 20 (8,5%) hematológica. Houve diferença significativa entre os escores apenas para o *near miss* infeccioso ($p > 0,05$ para todas as demais comparações), média = 7,3 e DP = 2,8 e apresentaram menor escore em relação às que não tiveram (média = 7,5 e DP = 2,4) ($p = 0,028$) para o sentimento em relação a si mesma. Nesse mesmo sentido, a presença de *near miss* infeccioso promoveu menor escore para os problemas físicos e mentais (média = 5,3 e DP = 3,1) em relação às mulheres que não apresentaram *near miss* de origem infecciosa (média = 6,5 e DP = 2,9) ($p = 0,014$) (Tabela 6).

Tabela 6 – Dados apresentados em mediana (mínimo – máximo) da MGI para a comparação do escore primário das seis áreas apontadas pelas puérperas em situação de *Near Miss* durante a internação para o parto, segundo a origem do *Near Miss*, 17^a. RS, Paraná, 2021.

Near Miss	A1	A2	A3	A4	A5	A6
Cardiovascular						
Sim	8,0 (2 – 10)	10,0 (0 – 10)	8,0 (2 – 10)	8,0 (0 – 10)	5,0 (0 – 10)	7,0 (2 – 10)
Não	8,0 (2 – 10)	10,0 (0 – 10)	9,0 (2 – 10)	6,0 (1 – 10)	5,0 (0 – 10)	8,0 (1 – 10)
p-valor MW	0,309	0,613	0,844	0,912	0,867	0,861
Metabólico						
Sim	8,0 (2 – 10)	10,0 (0 – 10)	8,0 (2 – 10)	7,0 (1 – 10)	5,0 (0 – 10)	8,0 (1 – 10)
Não	8,0 (2 – 10)	10,0 (0 – 10)	9,0 (2 – 10)	6,0 (0 – 10)	5,0 (0 – 10)	7,0 (2 – 10)
p-valor MW	0,909	0,374	0,074	0,839	0,586	0,947
Hematológico						
Sim	8,0 (5 – 10)	8,0 (0 – 10)	9,0 (5 – 10)	6,0 (3 – 10)	5,0 (0 – 10)	8,0 (3 – 10)
Não	8,0 (2 – 10)	10,0 (0 – 10)	8,0 (2 – 10)	7,0 (0 – 10)	5,0 (0 – 10)	8,0 (1 – 10)
p-valor MW	0,502	0,505	0,132	0,688	0,639	0,587
Infeccioso						
Sim	8,0 (3 – 10)	9,5 (1 – 10)	9,0 (2 – 10)	6,0 (1 – 10)	3,5 (0 – 10)	7,5 (2 – 10)
Não	8,0 (2 – 10)	10,0 (0 – 10)	8,0 (2 – 10)	7,0 (0 – 10)	5,0 (0 – 10)	8,0 (1 – 10)
p-valor MW	0,028	0,632	0,216	0,014	0,203	0,785

*A1: Sentimento em relação a si mesma; A2: Sentimento em relação ao bebê; A3: Relacionamento familiar/parceiro; A4: Problemas físicos ou mentais; A5: Retorno ao trabalho; A6: Vida social

3.4 DISCUSSÃO

Existem uma variedade de instrumentos que avaliam a qualidade de vida da população geral, porém, poucos instrumentos avaliam especificamente a qualidade de vida no pós-parto. Estudos têm mostrado que a utilização do MGI pode indicar intervenções específicas de apoio a mulher e família durante este período (GADELHA *et al.*,2020; BAI *et al.*,2018).

As puérperas deste estudo que apresentaram NM e prejuízos na qualidade de vida possuíam condição de vida estável, sem estar em extremos de idade, com companheiro, Ensino Médio completo e renda baixa.

Sabe-se que as taxas de NM são mais altas em países de renda baixa e média do que em países de alta renda. Sendo assim, as mulheres de países mais desfavorecidos tendem a ser mais vulneráveis (GELLER *et al.*, 2018).

No que se refere à qualidade de vida de puérperas que sofreram NM associando ao tipo de parto, a cesárea foi predominante neste estudo, extrapolando a taxa de parto cirúrgico preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que prevê até 15% do total de partos (OMS, 2015). Ressalta-se que a incidência elevada de cesáreas pode ter sido determinada justamente pela condição de NM gerando uma situação de urgência na resolução desse parto. Entretanto, para garantir indicação segura para o binômio, sugere -se a classificação de Robson, que propõe padronização por grupos, seja aplicada a fim de minimizar danos, não somente maternos como também para o recém-nascido, conhecidos como NM neonatal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; PEREIRA *et al.*, 2020).

Explorando as fases propostas pela MGI, no passo 2, em que a mulher pontua de 0-10, o que mais incomoda com a chegada do bebê, tanto os dados absolutos como as médias evidenciaram que as puérperas deste estudo não tiveram prejuízos nas dimensões sentimento em relação a si mesma e com o bebê, nos relacionamentos com o parceiro e a família, nem na vida social (GADELHA *et al.*, 2020).

No que tange à qualidade de vida de forma positiva, as mulheres se sentiram melhor com a chegada do bebê, demonstrado por falas extraídas durante a entrevista em que expressaram sentimento de satisfação, como “felicidade em ser mãe”, “amor pelo bebê” e “o novo membro da família ser a alegria da casa”. Corroborando com o discurso de se sentirem bem consigo mesmas, com o bebê e com o parceiro, um estudo afirma que, mesmo sentindo fadiga, falta de sono,

mau humor e falta de tempo, as puérperas consideravam as condições de vida muito boas no quesito relacionamento com o parceiro e vida sexual, quando comparadas ao estado pré-gravídico. Não achavam que negligenciaram seus filhos e que os parceiros as achavam atraentes (VRANES *et al*, 2019).

A mulher contemporânea possui múltiplos papéis, o pós-parto exige readequação a essa nova faceta no contexto familiar, seja no reestabelecimento físico e/ou nas alterações psicológicas. E, em futuro próximo, surgem a ansiedade e a preocupação inerente à mãe que necessita retornar ao trabalho por necessidade de compor a renda familiar, mas teme como serão os cuidados ao bebê e a continuidade do aleitamento materno (ANDRADE *et al*, 2018; CAETANO *et al*, 2018; KALIL; AGUIAR, 2016; MANENTE; RODRIGUES, 2016), reafirmando os dados obtidos neste estudo, em que o retorno ao trabalho foi também considerado negativo.

A outra área considerada negativa foi os problemas físicos ou mentais expressados pelas puérperas como “alteração no padrão de sono”, “dores físicas”, “tristeza” e “ansiedade” (SAADATI *et al*, 2018).

Sabe-se que o pós-parto é reconhecido como período de fragilidade para o desenvolvimento de vários transtornos de humor devido à drástica mudança no cotidiano da mulher. Alguns estudos mostram que sinais de tristeza, melancolia e ansiedade podem anteceder à depressão pós-parto e, alguns fatores como a gestação de alto risco e as complicações relacionadas ao parto, estão associados a esse desfecho. O que reflete diretamente na piora da qualidade de vida não somente da puérpera e do recém-nascido, mas de todo o entorno familiar (HOWARD; KHALIFEH, 2020; MARIYA *et al*, 2020; MISHRA *et al*, 2020; TOLOSSA *et al*, 2020).

Este estudo que teve como objetivo examinar as mudanças na satisfação e a duração do sono de mães e pais durante a pré-gravidez, gravidez e pós-parto até seis anos após o nascimento, mostrou piora drástica com o parto até os três primeiros meses de vida da criança, com as mulheres mais fortemente afetadas quando comparadas aos pais (RICHTER *et al*, 2019).

No período puerperal, alterações físicas e hormonais, acompanhadas pelo sono, cansaço e exaustão, encontram-se exacerbadas. Devido a esses vários fatores estressores, cabe o olhar mais atento a essa mãe com vistas a prevenir alguns distúrbios mentais mais leves como alterações de humor e *baby blue* até os mais severos, como a depressão ou, em casos mais raros, a psicose (RAZA; RAZA, 2020; MCEVOY *et al*, 2019; OKUN *et al*, 2018).

Outro estudo inglês afirmou que o apoio do parceiro no pós-parto foi fator de proteção para a fadiga/cansaço materno (HENDERSON *et al.*, 2019).

Também diferentes tipos de dor podem ser experimentados no puerpério como dor em cólica, lombar, nas mamas, perineal, na incisão da cesárea, *etc.* Muitas vezes, são sentidas de forma conjunta e, quando associadas às demandas da maternagem, causam sofrimento emocional a essa mulher (FROTA *et al.*, 2020; TOMASONI *et al.*, 2020; ANGELO *et al.*, 2014).

A pontuação da MGI representa a média dos escores das áreas (Sentimento em relação a si mesma (A1); Sentimento em relação ao bebê (A2); Relacionamento familiar/parceiro (A3); Problemas físicos ou mentais (A4); Retorno ao trabalho (A5); Vida social (A6)) identificadas, refletindo como a mulher percebe a influência de cada área em sua vida que foi modificada após o parto. As áreas com baixa pontuação na etapa 2 significam áreas em que os profissionais devem direcionar estratégias de atuação, com vistas à promoção da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) da puérpera (RIBEIRO *et al.*, 2015).

Entretanto, ao analisar o passo 3 da MGI, quando a mulher prioriza e atribuiu nota à área mais afetada e, ao se comparar o escore secundário com o primário, observou-se que houve piora significativa em relação ao retorno ao trabalho e aos problemas físicos ou mentais, bem como aumentaram o sentimento em relação a si mesma, o relacionamento familiar e com o parceiro e com a vida social. Isso demonstra que todas essas áreas citadas interferiram negativamente em sua qualidade de vida por meio dos escores alterados. Somente o sentimento em relação ao bebê se mostrou melhor quando comparado às demais dimensões.

Devido as características da escala permitir num primeiro momento que a mulher verbalize no contexto geral aquilo que a incomoda e, depois numa segunda etapa, oferecer a oportunidade de pontuar o que mais causou desconforto, o que tem mais peso ou significância, pode promover dessa forma um diagnóstico com maior precisão da qualidade de vida dessa puérpera (GADELHA *et al.*, 2020).

Em relação à escolaridade, mulheres com Ensino Fundamental se sentiram melhores quando comparadas às que possuíam Ensino Médio nas áreas sentimento em relação a si mesma e à vida social. Podemos inferir que, devido à sua rotina doméstica e de cuidadora, podem não ter tempo de pensar em si mesmas e em sua vida social, anulando muitas vezes seu valor e significado enquanto mulher na sociedade (TEIXEIRA *et al.*, 2015).

Já, as mulheres com Ensino Médio apresentaram maiores escores em relação ao retorno ao trabalho em atividades leves. Pois estão inseridas no mercado de trabalho, apresentam preocupações com o fim da licença maternidade e as questões financeiras (GRYLKA-BAESCHLIN *et al*, 2019).

Quanto às comorbidades, as mulheres que apresentaram *Near Miss* infeccioso tiveram associação com o sentimento em relação a si mesmas e os aspectos físicos e/ou mentais. Essas mulheres podem estar com a percepção diminuída em relação à sua saúde e ao autocuidado, e a dor e os demais desconfortos devido à infecção podem ter gerado ou fortalecido alterações emocionais.

De acordo com um estudo que avaliou as necessidades da mulher no pós-parto, notou que existe ambivalência de sentimentos com a maternidade em que a felicidade em ser mãe está presente, mas outros sentimentos ruins estão atrelados a esse novo papel. A mulher se coloca em segundo plano, negligenciando o cuidado de si, manifestados em dores, incômodos, medos, preocupações, redução da autoestima e percalços sexuais. Confirmado pelo dado que nenhuma delas compareceu à consulta puerperal mas deram continuidade à puericultura (TEIXEIRA *et al*, 2015).

Eventos de NM estão fortemente associados a distúrbios hemorrágicos e hipertensivos. Mas, em nosso estudo, somente o NM infeccioso mostrou significância quando associado a outras áreas. Quando esse evento acontece anteriormente à internação para o parto, pode determinar de forma mais grave o desfecho, por exemplo, como a infecção do trato urinário na gestante desencadear infecção puerperal e complicações até mais severas como a sepse materna (LAWTON *et al*, 2019; ABHA; SONAL, 2018; SANTOS *et al*, 2018).

Com isso, a MGI se mostra importante no diagnóstico precoce e, conseqüente, minimização de atrasos na assistência, pois permite identificar com precisão as áreas da vida da gestante que estão mais afetadas, o que poderia passar despercebido pelos instrumentos de mensuração pré-formulados (RIBEIRO *et al*, 2015).

A demora na obtenção de acesso a cuidados de saúde adequados é um problema bastante comum que pode ser melhorado. A ocorrência de qualquer atraso, seja por parte da usuária, da atenção médica ou da acessibilidade ao serviço de referência está associada ao aumento da gravidade do desfecho materno e neonatal (PACAGNELLA *et al*, 2014).

Como as limitações deste estudo, podemos apontar que apesar da coleta de dados ter utilizado o telefone e, em algumas vezes, a comunicação ficar ruim, a não invasão da privacidade em um momento tão difícil para a mulher proporcionou maior leveza na entrevista e sanou dúvidas oportunas.

Sugerem-se novos estudos, utilizando esse instrumento valioso a fim de identificar os percalços vivenciados no puerpério e fortalecer por meio de estratégias de melhoria na assistência à puérpera no intuito de minimizar prejuízos na vida dessa mulher com a chegada do bebê para que tal experiência seja marcante e agradável, e não, repleta de memórias desagradáveis.

3.5 CONCLUSÃO

Somente a dimensão sentimento em relação ao bebê se mostrou positiva entre todas as áreas identificadas pela puérpera, demonstrando que os relacionamentos familiares e conjugal, sentimento em relação a si mesma, retorno às atividades profissionais, aspectos de cunho psicológico e emocional e vida social refletiram de forma negativa na sua qualidade de vida no período pós-parto.

Cabe salientar que a mulher no contexto mãe, de um modo geral, negligencia seus valores e cuidados em prol do bebê e de suas demandas.

A escala MGI, por possuir particularidades que permitem as puérperas indicarem as áreas mais afetadas com a chegada do filho de forma livre e não pré-definida como os demais instrumentos, possibilitou essa análise com maior precisão e revelou em quais aspectos essa qualidade de vida pós-natal tem sido prejudicada e necessita de maiores cuidados por meio do olhar ampliado por parte da rede de apoio dessa mulher e dos profissionais de saúde.

3.6 REFERÊNCIAS

ABHA, S.; CHANDRASHEKHAR, S.; & SONAL, D. *Maternal Near Miss: A Valuable Contribution in Maternal Care*. Journal of obstetrics and gynaecology of India, 2018, 66 (Suppl 1), 217–222. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13224-015-0838-y>.

ANDRADE, H. S.; PESSOA, R. A.; & DONIZETE, L. C. V. *Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno*. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018; 13 (40): 1-11. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1698](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1698).

ANGELO, R. C. O. *et al. Dor e Fatores associados em puérperas deprimidas e*

não deprimidas. Rev. dor, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 100-106, jun. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132014000200100&lng=en&nrm=iso> acesso em 12 dez 2020. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20140022>.

AOYAMA, K. *et al.* Association of Maternal Age With Severe Maternal Morbidity and Mortality in Canada. JAMA Netw Open. 2019 Aug 2;2(8):e199875. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.9875. PMID: 31441937; PMCID: PMC6714030.

BAI, G. *et al.* Trajetórias e preditores da qualidade de vida relacionada à saúde da mulher durante a gravidez: um grande estudo de coorte longitudinal. PLoS ONE. 2018; 13 (4): e0194999. DOI: 10.1371 / journal.pone.0194999.

BARETA, P. A. *Fórmula para o cálculo do tamanho mínimo da amostra: estatística aplicada às ciências sociais*. Florianópolis: Ed. UFSC; 2012.

CAETANO, A. B. J. R.; MENDES, I. M. M. M. D; & REBELO, Z. A. S. A. *Maternal concerns in the postpartum period: an integrative review*. Rev. Enf. Ref., Coimbra, v. serIV, n. 17, p. 149-159, jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832018000200015&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 12 dez. 2020. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV17074>.

CAETANO, A.T.C. *et al.* Calidad de vida, apoyo social y síntomas depresivos en púerperas a las 6 semanas posparto. Matronas Profesion, Madrid, v. 20, n. 4, p: 20-27, 2020. Disponível em: <https://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/calidad-de-vida-apoyo-social-y-sintomas-depresivos-en-puerperas-a-las-6-semanas-posparto/>. Acesso em: 30 nov. 2020.

CALOU, C.G.P. *et al.* Maternal predictors related to quality of life in pregnant women in the Northeast of Brazil. Health Qual Life Outcomes. v. 16, n. 109, 2018. Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-018-0917-8>. Acesso em: 1 dez. 2020.

CRESSWELL, J.A. *et al.* Measurement of maternal functioning during pregnancy and postpartum: findings from the cross-sectional WHO pilot study in Jamaica, Kenya, and Malawi. BMC Pregnancy Childbirth. v. 20, n. 518, 2020. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03216-z>. Acesso em: 1 dez. 2020.

CROWTHER, S.; SMYTHE, E.; & SPENCE, D. *The joy at birth: an interpretive hermeneutic literature review*. Midwifery. 2014 Apr; 30(4): e157-65. DOI: 10.1016/j.midw. 2014.1.004. Epub 2014 jan. 27. PMID: 24529923.

FROTA, C. A. *et al.* A transição emocional materna no período puerperal associada aos transtornos psicológicos como a depressão pós-parto. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 48, p. e3237, 7 mai. 2020.

GADELHA, I. P. *et al.* Qualidade de vida de mulheres com gravidez de alto risco durante o cuidado pré-natal. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 73, supl. 5, e20190595, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

71672020001700152&lng=en&nrm=iso> Epub Aug 7, 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0595>.

GELLER, S. E. *et al.* *A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality.* *Reprod Health.* 22 jun. 2018; 15 (Suppl 1): 98. DOI: 10.1186/s12978-018-0527-2. PMID: 29945657; PMCID: PMC6019990.

GRYLKA-BAESCHLIN, S. *et al.* *Postnatal quality of life – A content analysis of qualitative results to the Mother-Generated Index.* *Women Birth.* 2019 Apr; 32(2): e229-e237. DOI: 10.1016/j.wombi.2018.06.003. Epub 22 jun. 2018. PMID: 29937371.

HENDERSON, J.; ALDERDICE, F.; & REDSHAW, M. *Factors associated with maternal postpartum fatigue: an observational study.* *BMJ Open.* 2019 Jul 27; 9(7): e025927. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-025927. PMID: 31352411; PMCID: PMC6661702.

HOWARD, L. M.; & HIND, K. *Perinatal mental health: a review of progress and challenges.* *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA),* v. 19, 3; 2020, 313-327. DOI:10.1002/wps.20769.

JOHN, A. O. *et al.* *Opportunities for improvement in care among women with severe maternal morbidity.* *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* v. 215, Issue 4, 2016, pages 509. e1-509. e6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.05.022>.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937816302174>

KALIL, I. R.; & AGUIAR, A. C. *Trabalho feminino, políticas familiares e discursos pró-aleitamento materno: avanços e desafios à equidade de gênero.* *Saúde Debate,* Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 208-223, set. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300208&lng=en&nrm=iso>. acesso em: 11 dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611016>.

KARLSTRÖM, A.; NYSTEDT, A.; & HILDINGSSON, I. *The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women.* *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015 Oct 9;15:251. DOI: 10.1186/s12884-015-0683-0. PMID: 26453022; PMCID: PMC4600272.

KHABIRI, R. A. *et al.* *Validation of the Mother-Generated Index in Iran: A Specific Postnatal Quality-of-Life Instrument.* *Int J Prev Med.* 2013; 4(12):1371–9.

LAWTON, B. A. *et al.* *Preventability review of severe maternal morbidity.* *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica,* 2019, 98 (4), 515–522. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/aogs.13526>.

LIMA, E. O. L.; & SILVA, M. M. *Qualidade de vida de mulheres acometidas por câncer de mama localmente avançado ou metastático.* *Rev Gaúcha Enferm.* 2020; 41: e20190292. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190292>.

MANENTE, M. V.; & RODRIGUES, O. M. P. R. *Maternidade e Trabalho: Associação entre Depressão Pós-parto, Apoio Social e Satisfação Conjugal*. Pensando fam., Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 99-111, jul. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2016000100008&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 11 dez. 2020.

MARIYA, C. *et al.* *Factors Associated with Postnatal Depression among Mothers Attending at Bharatpur Hospital, Chitwan*, Depression Research and Treatment, Article ID 9127672, 7 pag, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/9127672>

MARTÍNEZ-GALIANO, J. M. *et al.* *Women's Quality of Life at 6 Weeks Postpartum: Influence of the Discomfort Present in the Puerperium*. Int J Environ Res Public Health. v. 16, n. 2, p. 253, 2019; 16(2): 253. Published jan. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30658406/>. Acesso em: 30 nov. 2020.

MCEVOY, K. M. *et al.* *Poor Postpartum Sleep Quality Predicts Subsequent Postpartum Depressive Symptoms in a High-Risk Sample*. Journal of clinical sleep medicine, JCSM, official publication of the American Academy of Sleep Medicine, 2019, 15 (9), 1303–1310. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7924>.

MISHRA K.; MOHAPATRA I.; & ROUT R. N. *An epidemiological study on depression among women during postpartum period in an urban slum of Bhubaneswar*. J Family Med Prim Care, 2020; 9: 4736-40. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7652148>.

OLIVEIRA, J. R. *et al.* *Brazilian Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity Study Group*. Severe maternal morbidity and maternal near miss in the extremes of reproductive age: results from a national cross - sectional multicenter study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014 Feb 20; 14:77. DOI: 10.1186/1471-2393-14-77. PMID: 24555831; PMCID: PMC3975952.

OKUN, M. L. *et al.* *Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women*. In Journal of Behavioral Medicine, 2018, 41 (5), 703–710. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9950-7>.

PACAGNELLA, R. C. *et al.* *Brazilian Network for the Surveillance of Severe Maternal Morbidity study group*. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014 May 5; 14:159. DOI: 10.1186/1471-2393-14-159. PMID: 24886330; PMCID: PMC4016777.

PEREIRA, T. G. *et al.* *Fatores associados ao near miss neonatal no Brasil*. Revista Saúde Pública. 2020; 54: 123.

RAZA, S. K.; & RAZA, S. *Postpartum Psychosis*. 30 jun. 2020. In Stat Pearls [internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2020 jan. PMID: 31335024.

REZAEI, N. *et al.* *The relationship between quality of life and methods of delivery*:

A systematic review and meta-analysis. *Electron Physician*, v. 10, n. 4, p: 6596-6607, abr. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29881521/>. Acesso em: 2 dez. 2020.

RIBEIRO, S. G. *et al.* *Translation and cultural adaptaton of the Mother-Generated Index into Brazilian Portuguese: A postnatal quality of life study.* *Midwifery* 31 (7): 735-741. 2015, DOI: 10.1016/j.midw.2015.03.009.

RICHTER, D. *et al.* *Long-term effects of pregnancy and childbirth on sleep satisfaction and duration of first-time and experienced mothers and fathers.* *Sleep*. 2019 Apr 1; 42 (4): zsz015. DOI: 10.1093/sleep/zsz015. PMID: 30649536.

ROBSON Classification: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Cataloguing-in-Publication (CIP) data. CIP data are available at <http://apps.who.int/iris>. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259512/9789241513197-eng.pdf?sequence=1>.

SAADATI, F.; SHAFAEI, F.S.; MIRGHAFOURVAND M. Sleep quality and its relationship with quality of life among high-risk pregnant women (gestational diabetes and hipertension). *J Maternal-Fetal Neonat Med.* 2018; 31(2): 150-7. DOI: 10.1080/14767058.2016.1277704.

SANTOS, I. D. L. *et al.* *Near Miss materno no trabalho de parto e parto à luz das tecnologias em saúde.* *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 52, e03409, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100493&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 dez. 2020. Epub jan. 7, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017049603409>.

SANTOS, L. N. *et al.* *Health-related Quality of Life in Women with Cervical Cancer.* *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4, p. 242-248, Apr. 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032019000400242&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Nov. 2020. Epub June 19, 2019. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1683355>.

SILVA, S. G. F. *et al.* *Influência de variáveis sociodemográficas, clínicas, obstétricas e neonatais na qualidade de vida de puérperas.* *Revista Enfermagem UERJ*, v. 27, p. e44636, nov. 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/44636/31829>. Acesso em: 3 dez. 2020.

SOLJAČIĆ, V. *et al.* *Changes in Sex Life after Childbirth.* *Psychiatria Danubina*, 2019, 31 (Suppl 5), 847–850.

SOUSA, J. W. A. *et al.*, 2020. *Quality of life and nursing care for women in the climacteric period: a literature review.* *Research, Society and Development*, 9 (11), e4409119956. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9956>.

TEIXEIRA, R. C. *et al.* *Necessidades de saúde de mulheres em pós-parto*. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 621-628, dez. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000400621&lng=en&nrm=iso>. acesso em: 18 dez. 2020.

TOLOSSA, T. *et al.* *Postpartum depression and associated factors among postpartum women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis*, 2020. Public Health Rev; 41:21. Published 2020 Sep 16. DOI:10.1186/s40985-020-00136-3.

TOMASONI, T. A. *et al.* *Intensidade de dor e desconfortos puerperais imediatos*. BrJP, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 217-221, Sept. 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922020000300217&lng=en&nrm=iso>. acesso em: 12 dez. 2020. Epub July 17, 2020. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200047>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Geneva, Switzerland, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=48941B317B59CF4DD113EBED897F61EA?sequence=3.

4 CONCLUSÕES DA TESE

Os estudos realizados mostraram um panorama de como vem sendo estudada a qualidade de vida de mulheres no puerpério por meio do uso de instrumentos e como realmente essa população se encontra. Sabe-se que esse período de transição no qual a mulher vivencia inúmeras transformações e adaptações vem acompanhado de certo abandono visto que os olhares estão voltados ao novo ser, e não, na singularidade e na totalidade das necessidades da mãe.

Por meio da revisão integrativa, identificaram-se instrumentos de avaliação da qualidade de vida em puérperas porém percebeu-se que os estudos aplicando instrumentos de mensuração ainda são escassos e pouco utilizados.

Entre as áreas mais afetadas da qualidade de vida de puérperas sob o enfoque do instrumento SF-36, dor e limitações físicas e emocionais foram os domínios mais prejudicados.

De acordo com a MGI, o retorno ao trabalho foi a dimensão mais afetada da qualidade de vida, seguida por problemas físicos e mentais.

Esses resultados corroboraram a percepção durante a vivência profissional que mostra certo descaso com as mulheres no pós-parto mesmo diante de protocolos estabelecidos e da necessidade de assistência multiprofissional mais qualificada, humanizada e individualizada.

Espera-se, com este diagnóstico, contribuir para que ocorram melhorias na efetivação das políticas públicas de promoção da saúde em prol das puérperas, e que futuras investigações possam ser a constante, aumentando a visibilidade dessa população.

REFERÊNCIAS

ABDOLLAHPOUR, S.; HEIDARIAN, M. H.; & KHADIVZADEH, T. *The global prevalence of maternal near miss: a systematic review and meta-analysis*. Health promotion perspectives; 2019, 9(4), 255–262. Disponível em: <https://doi.org/10.15171/hpp.2019.35>.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico N°. 20*. v. 51. Mai. 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020>.

LAWTON, B. A. *et al. Preventability review of severe maternal morbidity*. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica; 2019, 98(4), 515–522. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/aogs.13526>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna*. Genebra, 2014. Disponível em: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=guias-clinicas-3&alias=405-avaliacao-da-qualidade-do-cuidado-nas-complicacoes-graves-da-gestacao-a-abordagem-do-nearmiss&Itemid=219&lang=es

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). United Nations Development Programme – UNDP. *The Millennium Development Goals*. Eight goals for 2015. UNDP 2000. Disponível em: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/mdgoverview.html>.

VERSCHUEREN, K. J. *et al. Applicability of the WHO maternal near-miss tool: A nationwide surveillance study in Suriname*. *J Glob Health*. 2020; 10(2): 020429. DOI: 10.7189/jogh.10.02042.

ANEXOS

ANEXO A - SHORT FORM SURVEY (SF-36)

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

1- Em geral você diria que sua saúde é:

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

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

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

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

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 SEMANAS, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2

d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2
---	---	---

5- Durante as últimas 4 SEMANAS, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 SEMANAS, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

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

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

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

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

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

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 SEMANAS. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 SEMANAS.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 SEMANAS, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

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

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestação de Alto Risco: Situações de near miss no ciclo gravídico puerperal materno e neonatal.

Pesquisador: Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59935716.7.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.757.596

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado que pretende conhecer situações de near miss às quais a mulher e a criança são expostas no ciclo gravídico puerperal e quais barreiras foram aplicadas para evitar ou minimizar o dano. O estudo terá como referencial teórico metodológico a tríade proposta por Donabedian. Trata-se de um estudo de coorte prospectivo. Será realizado no Município de Londrina no Paraná, em duas maternidades, sendo uma pública e outra filantrópica. A população do estudo será constituída por mulheres classificadas como de alto risco e acompanhadas exclusivamente no Sistema Único de Saúde (SUS). A amostra será constituída por 123 mulheres do hospital filantrópico e 216 do hospital público. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas no puerpério e transcrição de dados do prontuário. Análise dos dados será realizada no programa SPSS®, versão 20.0. A partir do conhecimento gerado por meio do diagnóstico que será realizado neste estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer situações de near miss às quais a mulher e recém-nascido são expostas no ciclo gravídico puerperal e quais barreiras foram aplicadas para evitar ou minimizar o dano.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 1.757.596

Objetivos Específicos

- Caracterizar a população de estudo, segundo variáveis sociais e demográficas;
- Descrever a história obstétrica anterior da população do estudo;
- Caracterizar a assistência no pré-natal, ao parto e puerpério de alto risco quanto à estrutura, processo e resultado;
- Levantar o conhecimento das mulheres, relacionado à sua classificação como alto risco;
- Apontar condições de saúde das mulheres desde o pré-natal até 42 dias pós-parto;
- Apontar condições de saúde das crianças durante a gestação, nascimento e até 42 dias pós-parto;
- Identificar fatores de risco para morbidade e mortalidade da população materno-infantil;
- Verificar possíveis associações entre a ocorrência de near miss e características de estrutura, processo e resultado na assistência ofertada entre a internação para o parto até a alta hospitalar e no puerpério imediato;
- Apreender a percepção e satisfação da mulher quanto à assistência recebida e prestada ao seu filho nos serviços de saúde nos programas de pré-natal e no parto e puerpério.

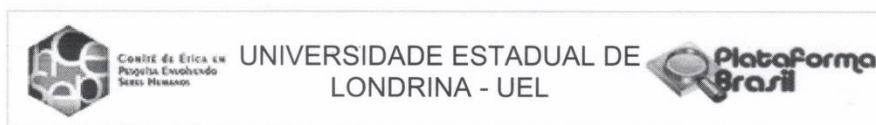
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os possíveis riscos da presente pesquisa poderão se referir, mesmo que cumpridas todas as normas regulamentares da resolução CNS466/12, à possibilidade da população de estudo não se sentir confortável em responder as perguntas, pois trata-se de investigação sobre riscos que podem resultar em morbidade e mortalidade. Nem sempre as mães estarão disponíveis a informar situações que cause tristeza devido ao desfecho desfavorável, pois, a expectativa destas é de que o período gravídico-puerperal transcorra sem riscos para ela e seu filho. Portanto, os pesquisadores reforçam que todos os cuidados éticos serão seguidos e caso ocorram intercorrências, estas serão encaminhadas à equipe multiprofissional disponível nos hospitais ou nos serviços de saúde.

Benefícios:

Os benefícios diretos deste estudo abrangerão a tríade: serviço de saúde, usuária e produção de conhecimento científico sobre um tema ainda pouco investigado. Nesse sentido, às instituições, será apresentado o diagnóstico da prática assistencial implementada nas situações de near miss materno e neonatal que possibilitará a revisão ou aprimoramento das mesmas. Às participantes será realizada devolução dos resultados da pesquisa, por meio de grupos de orientação em saúde, para que as mesmas tenham todas as suas dúvidas sanadas e possam prevenir futuros riscos à saúde em uma nova gestação, quando possível. A publicação dos resultados oferecerá informações para que outros serviços de saúde possam revisar e adequar suas práticas.

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 1.757.596

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante para área pois, possibilitará fazer o diagnóstico das situações de near miss materno e neonatal no município de Londrina em mulheres de alto risco atendidas pelo SUS e posteriormente poderá ser proposto melhoria da qualidade assistencial e aprimoramento do conhecimento sobre o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto - OK

Termo de Sigilo- Ok

TCLE- OK

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

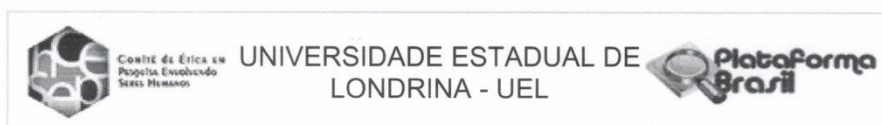
Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	TERMODESIGILO.pdf	03/10/2016 11:58:27	Kely Moreira Cesário	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_771107.pdf	03/10/2016 11:12:40		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CEP022_1.pdf	15/09/2016 10:49:44	Kely Moreira Cesário	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_HU.pdf	15/09/2016 10:49:20	Kely Moreira Cesário	Aceito
Folha de Rosto	Scan.pdf	09/08/2016 10:45:33	Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	08/08/2016 22:45:46	Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_1.docx	06/08/2016 00:17:40	Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 1.757.596

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	06/08/2016 00:17:08	Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli	Aceito
---	-----------	------------------------	---	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 03 de Outubro de 2016

Assinado por:
Rosana Lopes
(Coordenador)

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br

ANEXO C - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO

Roteiro para entrevista

Data do Parto: ___/___/___ (Prontuário)

Data da Entrevista: ___/___/___.

Registro Hospitalar: _____ (Prontuário)

Data de admissão: ___/___/___ (Prontuário).

Nome da Puérpera: _____

Endereço: _____ Nº.: _____

Bairro: _____ Zona: _____ Telefone: _____

Cidade: _____

Endereço: _____ Nº.: _____

Bairro: _____ Zona: _____ Telefone: _____

Cidade: _____

Local do parto: HU () HEL ()

ID Municipal (cartão de Pré- Natal)

Número do Instrumento/Ficha: _____

Entrevistador: _____

Obs:

I. Aspectos Sócio-Demográficos			
1. Idade:	_____ anos.		Entrevista
2. Raça:	(1) Branca (2) Negra (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena		Entrevista
3. Situação conjugal:	(1) Com companheiro (2) Sem companheiro		Entrevista
4. Localidade de residência:	(1) Zona rural (2) Zona urbana		Entrevista
5. Cidade:	_____		Entrevista
* 6. Regional	(1) 17º (2) outra (3) outro estado		Fabiana/Izabel
7. Número de pessoas na casa	(1) mora sozinha (2) 2 (3) 3 (4) 4 (5) 5 (6) 6 ou mais		Entrevista
8. Número de cômodos na casa (exceto banheiro)	(1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 (5) 5 (6) 6 ou mais		Entrevista
9. Número de filhos:	(1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) Mais que 4		Entrevista
10. Escolaridade:	(1) Analfabeta (até 4 anos de estudo) (2) Ensino fundamental completo (8 anos) (3) Ensino fundamental incompleto (4) Ensino médio completo (11 anos) (5) Ensino médio incompleto (6) Ensino superior completo (7) Ensino superior incompleto		Entrevista
11. Condição de Ocupação: Se atividade	(1) Remunerada Qual atividade exerce? _____ (2) Não remunerada		Entrevista
12. Renda familiar	RS _____		Entrevista
13. Recebe benefício bolsa família ou bolsa gestante	(1) Sim (2) Não		Entrevista
II. Dados Obstétricos			
14. Nº de gestações anteriores:	(1) Um (2) Duas (3) Três (4) Quatro ou mais	(1) (3) (2) (4)	CPN/ Entrevista
15. Nº de partos normais:	(1) Um (2) Duas (3) Três (4) Quatro ou mais	(1) (3) (2) (4)	CPN/ Entrevista
16. Nº de cesarianas:	(1) Um (2) Duas (3) Três (4) Quatro ou mais	(1) (3) (2) (4)	CPN/ Entrevista
17. Nº Aborto	(1) SIM (2) NÃO Nº. _____ IG: _____ Complicações _____ (1) Sim Qual? _____ (2) Não.	(1) (2)	CPN/ Entrevista

18. Gravidez Molar	(1) SIM (2) NÃO (1) Mola parcial (2) Mola total Nº. _____ IG: _____ Complicações _____ (1) Sim Qual? _____ (2) Não	(1) (2)	CPN/ Entrevista	28. Você acha que sofreu algum tipo de violência doméstica durante a gestação? (Violência doméstica é aquela sofrida no ambiente doméstico ou no lar).	(1) SIM (2) NÃO (1) Psicológica (xingamentos, ofensa como mulher e mãe, etc) (2) Física (tapas, golpes, empurrões, etc) (3) Sexual (sexo sem permissão) (4) Outro Qual? _____	Entrevista
19. Nº de gravidez ectópica (fora do útero)	(1) SIM (2) NÃO Nº. _____ IG: _____ Complicações _____ (1) Sim Qual? _____ (2) Não	(1) (2)	CPN/ Entrevista	29. Se violência doméstica procurou ajuda?	(1) Sim Onde? _____ (2) Não Motivo? _____ (99) não se aplica	Entrevista
20. Intervalo entre uma gestação e outra?	(1) < 1 ano (2) 1 a 2 anos (3) > 2 anos (4) não se aplica		Entrevista	IV. Assistência Pré-Natal de Risco (gestação atual)		
21. Antecedentes Clínicos anteriores a gestação atual (near miss):	III. Antecedentes clínicos			30. Realizou Pré-Natal	(1) Sim (2) Não Por quê? _____	Entrevista
22. Medicamentos de uso contínuo:	(1) HAS. (2) DM. (3) Cardiopatia. (4) Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia. (5) Doença Tireoide (6) Lúpus eritematoso (7) Infecção do trato urinário. (8) Doença Mental. (9) Distúrbios de coagulação. (10) Outro Qual? _____		Entrevista	31. Local que realizou o pré-natal	(1) UBS (2) Convênio/particular (3) UBS + convênio/particular (4) UBS + ambulatório especializado (5) Outro Qual? _____	Entrevista
23. Faz uso de:	(1) SIM (2) NÃO (1) Anti-hipertensivo (2) anticoagulante (3) Anticonvulsivante (4) Corticóide (5) Diurético (6) Insulina (7) outros Quais? _____		Entrevista	32. Procedência	UBS Londrina _____ Outra cidade (cidade/ local PN) _____ Outro estado _____ (99) não se aplica	Entrevista
24. Abandonou o consumo (cigarro, drogas, álcool ou narguile) na gestação?	(1) cigarro (2) drogas (3) álcool (4) Narguile (5) não faz uso Quanto no dia: _____ Há quanto tempo: _____		Entrevista	33. Você sabe por que foi encaminhada para acompanhamento de gestação de alto risco?	(1) Sim (2) Não Qual? _____	Entrevista
25. Diminuiu consumo (cigarro, drogas, álcool ou narguile) na gestação?	(1) Sim (2) Não (99) não se aplica Por quê? _____		Entrevista	34. Tempo de espera para início do acompanhamento ambulatorial:	_____ Dias	Entrevista
26. Alguém da casa em que você mora faz uso de drogas ilícitas (álcool, tabaco)	(1) Sim (2) Não (99) não se aplica Por quê? _____		Entrevista	35. Visitou a maternidade na rotina do pré-natal?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
27. Alguém da casa em que você mora faz uso de drogas ilícitas (maconha, crack, cocaína, outras)	(1) Sim (2) Não (99) não se aplica Por quê? _____		Entrevista	36. Classificação de risco da gestante está presente no cartão de pré-natal?	(1) Sim (2) Não	Cartão de pré-natal
				37. Você continuou sendo acompanhada pela UBS de origem, mesmo depois do encaminhamento para alto risco?	(1) Sim (2) Não Por quê? _____	Entrevista
				38. A gravidez foi planejada?	(1) O casal queria (2) Só a mulher queria (3) Só o homem queria (4) O casal não queria (1) Está sendo bem aceita pelo casal (2) Está sendo aceita por apenas um do casal (3) Não está sendo bem aceita Por quê?(para 2 e 3) _____	Entrevista
				39. A gravidez está sendo aceita?	(1) O casal queria (2) Só a mulher queria (3) Só o homem queria (4) O casal não queria (1) Está sendo bem aceita pelo casal (2) Está sendo aceita por apenas um do casal (3) Não está sendo bem aceita Por quê?(para 2 e 3) _____	Entrevista

40. Estava usando algum método contraceptivo quando engravidou?	(1) SIM (1) Preservativo feminino (2) Preservativo masculino (3) Contraceptivo hormonal oral (4) DIU (5) contraceptivo Injetável (6) Outro Qual? _____	(2) NÃO (1) Não estava usando porque queria engravidar (2) Estava usando, mas falou ou esqueceu-se de usar. (3) não tinha conhecimento (4) não gosta (5) o parceiro não gosta (6) não tinha acesso (7) questões religiosas. Quais? _____ (8) Não estava usando por outro motivo Qual? _____	Entrevista
41. Sobre o método usado, ocorreu algum problema? (se sim responda as questões do lado)	(1) SIM (2) NÃO Contraceptivo de barreira: (1) Não utilizou durante todo o ato sexual (2) Estourou (3) Não sabia colocar Contraceptivo hormonal: (4) Não tomava todos os dias no mesmo horário (5) Esqueceu algum dia (6) Não tomou as injeções nas datas marcadas Contraceptivo não hormonal (DIU): (7) Mais de 10 anos de uso (8) Não realizou ultrassonografia para confirmar posição Contraceptivo definitivo (laqueadura ou vasectomia) (9) Menos de três meses (10) Outros. Quais? _____ (99) Não se aplica		Entrevista
42. Onde obteve informação sobre os métodos?	(1) Profissionais de saúde (2) Internet (3) Televisão ou rádio (4) Escola (5) Família (6) Amigos (7) Parceiro (8) Outro. Quais? _____ (99) não se aplica		Entrevista
43. O método utilizado foi...	(1) Prescrito pelo médico (4) Farmacêutico (2) Escolha própria (5) Amiga (3) Enfermeiro (6) Outros. Quais? _____		Entrevista
44. Data da última menstruação (DUM):	____/____/____.		CPN/ Entrevista
45. Ultrassonografia Obstétrica: (1ª USG)	Data: ____/____/____.		CPN/ Entrevista
46. Ultrassonografia Morfológica:	(1) sim (2) não (88) sem registro	(1) _____ (2) _____	CPN/ Entrevista
47. Idade gestacional pela DUM:	_____ semanas. (1) sem registro		Cartão de pré-natal
48. Nº USG realizada no 1º trimestre	(1) Uma (2) Duas (3) Três e mais (4) sem registro Motivo da realização de 1 e mais USG _____	(1) _____ (2) _____ (3) _____	CPN/ Entrevista
49. Nº USG realizada no 2º trimestre	(1) Uma (2) Duas (3) Três e mais (4) sem registro Motivo da realização de 1 e mais USG _____	(1) _____ (2) _____ (3) _____	CPN/ Entrevista
50. Nº USG realizada no 3º trimestre	(1) Uma (2) Duas (3) Três e mais (4) sem registro Motivo da realização de 1 e mais USG _____	(1) _____ (2) _____ (3) _____	CPN/ Entrevista
51. Idade gestacional pela USG:	_____ semanas. (88) sem registro		Cartão de pré-natal
52. Consulta de odontologia:	(1) 1 (2) 2 (3) 3 ou mais (4) nenhuma consulta se 4 por quê? _____		Entrevista
53. Você pratica exercício físico?	(1) SIM (2) NÃO (1) uma vez na semana (2) duas vezes na semana (3) três ou mais vezes na semana		Entrevista
54. Durante o pré-natal participou de grupos de gestantes	(1) Sim Local: _____ (2) Não Por quê? _____		Entrevista
55. Se participou de grupos de gestante teve orientações ou palestras de quais assuntos (assinale 1 ou mais)	(1) Aleitamento Materno (2) Alimentação durante a gestação (3) Desenvolvimento do feto (4) Tipo de parto (5) Uso de medicação na gestação (6) Doenças na gestação (7) Educação sexual e prevenção de DST (8) Atividade física durante a gestação (9) Mudanças físicas e emocionais na gravidez (10) Outro Qual? _____ (99) não se aplica		Entrevista
56. Durante a gestação buscou qual (is) fonte de informação sobre a gravidez/parto/bebê (assinale 1 ou mais)	(1) SIM (2) NÃO (1) Internet (2) mãe/sogra (3) amigas (4) programa TV (5) livro/revistas (6) não buscou pois já tinha experiência anterior (gravidez anterior) (7) com enfermeiro (8) com médico (9) outro profissional de saúde (10) Outro. Qual? _____		Entrevista

57. Se participou de grupos de gestante qual profissional orientou ou ministrou a palestra (assinale 1 ou mais):	(1) enfermeiro (2) médico (3) nutricionista (4) psicólogo (5) educador físico (6) farmacêutico (7) auxiliar/técnico de enfermagem (8) Agente Comunitário de Saúde (9) Outro. Qual? _____ (99) não se aplica		Entrevista
* 58. Adequação do processo de atendimento do pré-natal:	(1) Adequado (2) Intermediário (3) Inadequado		Fabiana Izabel
#59. Início do PN:	(1) < 14ª sem. (2) 14ª - 27ª sem. (3) > 27ª sem.	(1) _____ (2) _____ (3) _____	CPN/ Entrevista
#60. Nº de consultas:	(1) 0 a 2 (2) 3 a 5 (3) 6 ou mais	(1) _____ (2) _____ (3) _____	CPN/ Entrevista
#61. BCF	(1) 0 a 2 (2) 3 a 5 (3) 6 ou mais	(1) sim (2) não	CPN/ Entrevista
#62. Anotação de Altura Uterina	(1) 0 a 2 (2) 3 a 5 (3) 6 ou mais	(1) sim (2) não	CPN/ Entrevista
#63. Peso materno	(1) 0 a 2 (2) 3 a 5 (3) 6 ou mais	(1) sim (2) não	CPN/ Entrevista
64. Pressão arterial:	(1) 0 a 2 (2) 3 a 5 (3) 6 ou mais	(1) sim (2) não	CPN/ Entrevista
65. Exame das mamas:	(1) Presente (2) Não realizou (88) S/ registro	(1) sim (2) não	CPN/ Entrevista
#66. Anotação de Idade Gestacional	(1) 0 a 2 (2) 3 a 5 (3) 6 ou mais		Cartão de pré-natal
#67. Apresentação fetal	(1) 0 a 2 (2) 3 a 5 (3) 6 ou mais		Cartão de pré-natal
68. Preenchimento do gráfico de controle de peso:	(1) Sim (2) Não		Cartão de pré-natal
69. Preenchimento de avaliação de edema:	(1) Sim (2) Não		Cartão de pré-natal
#70. Tipagem ABO	(1) 1 registro (2) não coletou (88) S/registro		CPN/ Entrevista
71. Peso corporal.	Peso: _____ Kg Altura: _____ cm IMC: _____ (88) S/registro		CPN/ Entrevista
72. você considera sua alimentação	(1) adequada (2) nem adequada nem inadequada (3) inadequada		Entrevista

#73. Glicemia	(1) 1 ou 2 registro (2) não coletou (88) S/registro		CPN/ Entrevista
#74. VDRL	(1) SIM (2) NÃO Qual trimestre? _____		CPN/ Entrevista
#75. Hemoglobina (Hb)/ Hematócrito (Ht)	(1) 1 registro (2) não coletou (88) S/registro		CPN/ Entrevista
#76. Urina 1	(1) 1 ou 2 registro (2) não coletou (88) S/registro		CPN/ Entrevista
77. Estreptococos Agalactae B	(1) Positivo (2) Negativo (3) Não coletou (88) S/ registro	(1) sim (2) não	CPN/ Entrevista
78. Coombs indireto	(1) Presente (2) S/ registro (99) não se aplica		CPN/ Entrevista
79. GTTs	(1) Presente (2) Não realizou (88) S/ registro	(1) sim (2) não	CPN/ Entrevista
80. HIV	(1) SIM (2) NÃO Qual trimestre? _____		CPN/ Entrevista
81. Hepatite B:	(1) Presente (2) Não coletou (88) S/ registro		CPN/ Entrevista
82. Toxoplasmose	(1) IgG () Reagente () Não reagente (2) IgM () Reagente () Não reagente (88) S/ registro		CPN/ Entrevista
83. Eletroforese de hemoglobina	(1) Presente (2) Não realizou (88) S/ registro (99) não se aplica		CPN/ Entrevista
84. Vacinação anti-tetânica:	(1) Sim (2) Não	(1) sim (2) não	CPN/ Entrevista
85. Vacinação hepate B:	(1) Esquema correto (2) esquema incorreto	(1) sim (2) não	CPN/ Entrevista
86. Vacina de gripe:	(1) Sim (2) Não	(1) sim (2) não	CPN/ Entrevista
87. Coleta de Citologia Oncótica	(1) Colhido preventivo no pré-natal (2) Já havia colhido anterior a gravidez num período menor de 1 ano (3) Não realizou. Por quê? _____		Entrevista
88. Uso de ácido fólico e sulfato ferroso	(1) Sim (2) Não, por quê? _____		Entrevista
89. Problemas detectados durante o pré-natal relatados pela mulher:	(1) Sim (2) Não Qual? _____		Entrevista
90. Orientações recebidas	(1) Aleitamento Materno (2) Alimentação durante a gestação/ Peso (3) Evolução da gravidez /Desenvolvimento do feto (4) Tipo de parto (5) Uso de medicação na gestação (6) Doenças na gestação (7) Patologia específica (8) Educação sexual e prevenção de DST (9) Atividade física durante a gestação (10) Mudanças físicas e emocionais na gravidez (11) Resultado de exames (12) Acompanhamento puerperal (13) Autocuidado (14) Outro Qual? _____		Entrevista

91. Como você considera o atendimento realizado em seu pré-natal?	(1) Satisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Insatisfeito (4) Não sei Por quê? _____	Entrevista	105. Batimento cardio fetal BCF: _____ bpm (88) S/registro	Prontuário
92. Problemas detectados durante o pré-natal anotados em cartão de pré-natal pelo profissional de saúde:	(1) Sim (2) Não Qual? _____	Cartão de pré-natal	106. Cardiocardiografia 107. Idade gestacional Semanas (1) extremamente prematuro (<28 semanas) (2) muito prematuros (28 a <32 semanas) (3) moderada a final prematuro (32 a <37 semanas) (4) a termo (>37semanas) (88) S/registro	Prontuário / Fabiana e Izabel
93. Patologia prévia à gestação anotada em cartão de pré-natal pelo profissional de saúde:	(1) Sim (2) Não Qual? _____	Cartão de pré-natal	108. Sangramento vaginal (1) Presente (2) Ausente (88) S/ registro	Prontuário
94. Qual o intervalo entre a última consulta do pré-natal e parto?	(1) 0-15 dias (4) 46-60 dias (1) (4) (2) 16-30 dias (5) Mais que 60 dias (2) (5) (3) 31-45 dias (3)	CPN/ Entrevista	109. Dilatação cervical: _____ cm. (88) S/registro (99) Não se aplica	Prontuário
95. Foi informada que hospital procurar em caso de emergência?	(1) Sim (2) Não Qual? _____	Entrevista	110. Dinâmica uterina: (1) Presente (2) Ausente (88) S/ registro	Prontuário
V. Condições da Internação.				
96. Determinantes Primários de Near Miss	(1) Hemorrágicos (2) infecciosos (3) hipertensivas (4) aborto (5) agravo clínico (6) neurológico (7) cardiovascular (8) respiratório (9) metabólico (10) renal (11) hepático (12) hematológico (13) DST (IST) (14) outros Qual? _____	Prontuário	111. Estado das membranas: (1) Íntegra (2) Rota (88) S/ registro	Prontuário
97. Qual origem do encaminhamento:	(1) UBS (2) UPA (3) Hospital da cidade (4) Consultório médico (5) HC (6) Outro Qual? _____	Entrevista	112. Características do líquido amniótico: (1) Claro (2) Meconial (3) Hemático (88) S/ registro	Prontuário
98. Como foi o transporte?	(1) Ambulância (2) carro particular (3) Outros Quais? _____	Entrevista	113. A paciente está com pulseira de identificação? (1) Sim (2) Não	Observação
99. Teste rápido para HIV	(1) Sim (2) Não	Prontuário	114. A identificação da paciente esta completa tanto na pulseira quanto no leito? (1) Sim (2) Não	Observação
100. Teste rápido para Sífilis	(1) Sim (2) Não	Prontuário	115. Existe identificação no equipo e nos frascos de soro e graduação de velocidade de infusão? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Observação
101. Peso corporal de entrada	Peso: _____ Kg Altura: _____ cm IMC: _____ (88) S/registro	Prontuário/ Entrevista	116. Recebeu informações sobre o direito de ter um acompanhante no pré-parto, parto e puerpério? (1) Sim (2) Não	Entrevista
102. Peso anterior à gravidez	Peso: _____ Kg (88) S/registro	Prontuário/ Entrevista	117. Fornecimento de orientações/explicações antes do parto? (1) Sim Se sim, quais informações _____	Entrevista
103. Glicemia capilar	HGT: _____ (88) S/registro	Prontuário	118. Se orientações/explicações antes do parto quem realizou? (1) Médico (2) Enfermeiro (3) Auxiliar/técnico de enfermagem (4) outro Qual? _____	Entrevista
104. Alteração dos sinais vitais:	(1) Sim (2) Não Se sim, qual? _____ (88) S/registro	Prontuário	119. Se orientações / explicações antes do parto recebeu todas as informações que desejava? (1) Sim (2) Não (3) Em parte (4) não foi orientada Qual não recebeu e desejava? _____ Você ficou com alguma dúvida? _____	Entrevista

120. Em que momento você recebeu informações sobre o direito de ter um acompanhante no pré-parto, parto e puerpério?	(1) Internação (2) Pré-parto (3) Parto (4) Puerpério (99) Não se aplica	Entrevista	135. Indicação de parto instrumental (fórceps/vácuo): (Indicação do motivo anotado pelo obstetra)	(1) urgência (2) emergência Por quê? _____ (88) S/registro (99) Não se aplica	Prontuário
VI. Condições Maternas no Trabalho de Parto e Parto					
121. Condução no momento do parto com oitocina:	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário	*136. Duração do trabalho de parto anotada no "partograma"?	Início: _____ horas de TP Término: _____ horas de TP (88) S/registro (99) Não se aplica (55) Aberto para conclusão de cesariana	Prontuário/ Fabiana e Izabel
122. Indução no trabalho de parto com oitocina:	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário	137. Condições do perineo	(1) Perineo íntegro (se íntegro ir para 140) (2) Laceração de 1º grau (3) Laceração de 2º grau (4) Laceração de 3º grau (5) Laceração de 4º grau (6) Episiotomia (se sim responder 138 a 141) (88) S/registro (99) Não se aplica	Prontuário
123. Fisiometria (odor fétido)	(1) Sim (2) Não (88) S/registro	Prontuário	138. Você sabe o que é episiotomia?	(1) Sim (2) Não Se sim, o que é? _____ (99) Não se aplica	Entrevista
124. Verificação de Sinais Vitais Materno	(1) presente trabalho de parto e parto (2) presente no trabalho de parto (3) presente no parto (4) presente durante a cesariana (88) S/ registro	Prontuário	139. Se você pudesse optar faria episiotomia?	(1) Sim (2) Não Se sim, por quê? _____ (99) Não se aplica	Entrevista
125. Alteração dos sinais vitais:	(1) Sim (2) Não (88) S/registro Se sim, qual? _____	Prontuário	140. O profissional que realizou a episiotomia te explicou o que era?	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (99) Não se aplica	Entrevista
126. Foi realizado Cardiocardiografia?	(1) Sim (2) Não (88) S/registro	Prontuário	141. O profissional que realizou a episiotomia te explicou o porquê estava realizando este procedimento?	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (99) Não se aplica	Entrevista
127. Tem acesso venoso?	(1) Sim (2) Não (88) S/registro	Prontuário	142. Intercorrências intra-parto: (Intercorrências durante o trabalho de parto e anotado no prontuário pela equipe de atendimento).	(1) Distúrcia (2) Apresentação córnica (3) Descolamento Prematuro da Placenta (4) Prolapso de cordão (5) Eclampsia (6) Ruptura uterina (7) Outros Quais? _____ (8) sem intercorrências (99) Não se aplica	Prontuário
128. Infusão de antibioticoterapia?	(1) Sim (2) Não (88) S/registro	Prontuário	143. Intercorrências no quarto (Greenberg) período: (Intercorrências durante a primeira hora pós parto anotadas no prontuário pela equipe de atendimento).	(1) Ruptura Uterina (2) Eclampsia (3) hemorragia pós-parto (4) Retorno ao centro cirúrgico (5) Remoção de produtos retidos (6) Massagem uterina (7) Histerectomia (8) Choque (9) Outros Quais? _____ (10) sem intercorrências (99) Não se aplica	Prontuário
129. Qual era sua opção de parto?	(1) Parto normal (2) Cesárea	Entrevista			
130. Tipo de parto:	(1) Parto normal espontâneo (2) Parto normal instrumental (fórceps ou vácuo extrator). (3) Cesárea	Prontuário			
131. Sentiu dor? (Classifique sua dor entre 0 a 10)	(1) SIM (2) NÃO 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Entrevista			
132. O que você fez algo para minimizar a dor	(1) Sim O que? _____ (2) Não Por quê? _____	Entrevista			
133. Quem realizou o parto?	(1) Médico (2) Enfermeiro (3) Residente (4) Outro	Prontuário			
134. Indicação de cesárea: (Indicação do motivo anotado pelo obstetra)	(1) Eletiva (2) interativa (3) urgência (4) emergência Por quê? _____ (88) S/registro (99) não se aplica	Prontuário			

144. Controles do puerpério imediato: (Intercorrências até duas horas pós parto anotadas no prontuário pela equipe de atendimento).	(1) FR >40 ou <6 (2) Transfusão sanguínea (3) Expansão de volume (4) Admissão UTI (5) Uso de drogas vasoativas (6) Dialise para IRA (7) Reanimação cardiopulmonar (8) Convulsões (9) Sepses (10) Outros Quais? _____ (99) Não se aplica	Prontuário	155. Ausculta de batimento cardíofetal (BCF) no parto?	(1) Sim (2) Não Quantas vezes (n)? _____ Espaçamento (tempo)? _____ (88) S/ registro	(1) (2)	Entrevista/ Prontuário	
145. Teve ajuda e orientação para o Aleitamento Materno (AM) na sala de parto:	(1) Sim O que? _____ (2) Não Por quê? _____ (99) Não se aplica	Entrevista	156. Banho de relaxamento:	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica (88) S/ registro	(1) (2) (99)	Entrevista/ Prontuário	
146. Amamentação na sala de parto:	(1) Na primeira ½ hora pós-parto (2) 30 min. a 1 hora (3) 1 a 2 horas (99) Não se aplica	Entrevista	157. Uso de bola ou assento ativo:	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica (88) S/ registro	(1) (2) (99)	Entrevista/ Prontuário	
147. Tempo para encaminhamento ao Alojamento Conjunto:	(1) Até ½ hora (3) 30 a 60 min (2) mais de 60 min. (99) Não se aplica	Prontuário	158. Teve acompanhante no pré-parto?	(1) Sim (2) Não. Por quê? _____ (88) S/ registro	(1) (2)	Entrevista	
148. Internação em unidade de terapia intensiva:	(1) Sim (2) Não	Prontuário	159. Teve acompanhante no parto?	(1) Sim (2) Não. Por quê? _____ (88) S/ registro	(1) (2)	Entrevista	
149. Óbito materno:	(1) Sim (2) Não Causa: _____	Prontuário	160. Local do parto:	(1) Quarto (2) Sala de parto (3) Centro cirúrgico (4) Outro Qual? _____ (88) S/ registro	(1) (2) (3) (4)	Entrevista/ Prontuário	
VII. Práticas Obstétricas			161. Posição de parto:	(1) Litotômica (2) Dorsal não litotômica (3) Vertical (4) Lateral (5) Outro Qual? _____ (88) S/ registro	(1) (2) (3) (4)	Entrevista/ Prontuário	
150. Tipo de rotura de membrana:	(1) Artificial (2) Rotura espontânea (3) Bolsa rota na internação (88) S/ registro (99) Não se aplica	Relato (1) (3) (2) (4) não sabe	Entrevista/ Prontuário	162. Uso de musicoterapia:	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica (88) S/ registro	(1) (2)	Entrevista/ Prontuário
151. Uso de ocitocina:	(1) Sim (2) Não	(1) (2)	Entrevista/ Prontuário	163. Uso de massagem para alívio da dor?	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica (88) S/ registro	(1) (2)	Entrevista/ Prontuário
152. Uso de misoprostol:	(1) Sim (2) Não	(1) (2)	Entrevista/ Prontuário	164. Outros métodos não farmacológicos para alívio da dor? (uso de reboco, escada pés, banheira)	(1) Sim Qual: _____ (2) Não (99) Não se aplica (88) S/ registro	(1) (2)	Entrevista/ Prontuário
153. Avaliação de dinâmica uterina:	(1) Sim (2) Não (88) S/ registro	(1) (2)	Entrevista/ Prontuário	165. Algum método farmacológico para alívio da dor?	(1) Sim Qual: _____ (2) Não (88) S/ registro	(1) (2)	Entrevista/ Prontuário
154. Ausculta de batimento cardíofetal (BCF) no pré-parto?	(1) Sim (2) Não Quantas vezes (n)? _____ Espaçamento (tempo)? _____ (88) S/ registro	(1) (2)	Entrevista/ Prontuário	166. Recebeu alimentação	(1) Sim (99) Não se aplica tempo de jejum (2) Não (88) S/ registro	(1) (2)	Entrevista/ Prontuário
				167. Recebeu hidratação	(1) Sim (99) Não se aplica tempo de jejum (2) Não (88) S/ registro	(1) (2)	Entrevista/ Prontuário

VIII. Puerpério imediato durante a hospitalização			
168. Aspecto das mamas:	(1) Flácidas (2) Turgidas (3) Ingurgitadas (88) S/ registro	Prontuário	
169. Aspecto nos mamilos:	(1) Protuso (2) Semi Protuso (3) Invertido (88) S/ registro	Prontuário	
170. Mamas secretantes	(1) Sim (2) Não	Prontuário	
171. Aspecto da incisão cirúrgica/episiotomia/perineo:	CURATIVO SE CESARIANA: (1) ABERTO (2) FECHADO (1) Bom aspecto (5) Edema (2) Equimose (6) Secreção (3) Hematoma (7) Deiscência (4) Hiperemia (88) s/registro (99) Não se aplica	Prontuário	
172. Lóquios - presença de odor:	(1) Sim (2) Não Se sim, qual conduta? _____	Prontuário	
X. Critérios de Near Miss (OMS)			
173. Distúrbios Hemorrágicos	(1) SIM (2) NÃO (1) Descolamento Prematuro da Placenta (2) Distúrbio da implantação da placenta (placenta accreta, increta e percreta) (3) Gravidez ectópica (4) hemorragia pós-parto (5) Ruptura Uterina	Prontuário	
174. Distúrbios Hipertensivos	(1) SIM (2) NÃO (1) Pré-eclâmpsia grave (2) Eclâmpsia (3) Hipertensão Grave (4) Encefalopatia hipertensiva (5) síndrome Hellp	Prontuário	
175. Outros Distúrbios sistêmicos	(1) SIM (2) NÃO (1) Endometrie (2) Falência Respiratória (3) Choque (4) Convulsões (5) FR >40 ou <6 (6) distúrbio de coagulação (7) Edema Pulmonar (8) Sepses (9) Trombocitopenia (menor que 100 mil) (10) Crises Tireotóxicas (11) cianose aguda (12) ausência de consciência (13) Ictericia associada a pré-eclâmpsia (14) Gasping (15) Oligúria	Prontuário	
176. Indicadores de Gravidade	(1) SIM (2) NÃO (1) Acesso venoso periférico (2) Acesso Venoso Central (3) Uso de medicação Ergotrate (4) Uso de medicação Misoprostol (5) ATB profilático durante cesariana (6) ATB terapêutico (7) Transfusão sanguínea (8) Expansão de volume (9) Massagem uterina (10) Histerectomia (11) Admissão UTI (12) Internação hospitalar prolongada (>7 dias após o parto) (13) Intubação não anestésica (14) Retorno ao centro cirúrgico (15) Remoção de produtos retidos (16) Intervenção cirúrgica (17) Laparotomia (18) Uso de sulfato de magnésio (19) Uso de outros anticonvulsivantes	Prontuário	
177. Outros Critérios	(1) SIM (2) NÃO (1) Creatinina igual ou maior que 3,5mg/dl (2) Bilirrubinas maior que 6,0mg/dl (3) Lactato maior que 5 (4) ph menor que 7,1 (5) Uso de drogas vasoativas (6) Dialise para IRA (7) Reanimação cardiopulmonar	Prontuário	
178. Em que momento ocorreu Near Miss:	(1) Gestação (2) Trabalho de parto (3) parto (4) Puerpério imediato (5) Puerpério tardio	Prontuário	
XI. CONDIÇÕES PERINATAIS NO NASCIMENTO			
179. Apgar - 1º min.	_____(Valor 1 a 10)	Prontuário	
180. Apgar - 5º min.	_____(Valor 1 a 10)	Prontuário	
181. Peso do RN	_____ gr.	Prontuário	
182. Perímetro Cefálico (PC)	_____ cm.	Prontuário	
183. Perímetro Torácico (PT)	_____ cm.	Prontuário	
184. Estatura	_____ cm.	Prontuário	
185. Idade gestacional: (em semanas e dias)	(1) extremamente prematuro (<28 semanas) (2) muito prematuro (28 a <32 semanas) (3) moderada a final prematuro (32 a <37 semanas) (4) a termo (>37 semanas)	Prontuário Fabiana e Izabel	
186. Adequação do peso segundo a idade gestacional:	(1) AIG (2) PIG (3) GIG (4) GIG (88) S/ registro	Prontuário	

187. Intercorrências com o RN	(1) Sim (se sim responda a questão a seguir - 188) (2) Não (se não vá para a questão 189)	Prontuário
188. Descreva as Intercorrências	_____	Prontuário
189. Realizado VPP (Ventilação vias aéreas)	(1) Sim (2) Não	Prontuário
190. Se realizado VPP ANOTE TEMPO	_____	Prontuário
191. Eliminação de mecônio intra-parto	(1) Sim Qual conduta _____ (2) Não	Prontuário
192. Contato precoce mãe-bebê na sala parto	(1) Sim (2) Não	Entrevista
193. Mãe foi informada sobre as condições do bebê na sala parto	(1) Sim (2) Não	Entrevista
194. O bebê nasceu com alguma malformação?	(1) Sim Qual (is)? _____ (2) Não	Prontuário
195. Se nasceu com malformação / síndrome detectou na gestação?	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
196. Se malformação / síndrome foi realizado encaminhamento?	(1) Sim Qual (is)? _____ (2) Não. Por quê? _____ (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
197. Se malformação / síndrome foi orientada por algum profissional?	(1) Sim Qual (is)? _____ (2) Não. Por quê? _____ (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
198. Se malformação / síndrome NÃO houve orientação profissional buscou informação?	(1) Sim Quem/Onde? _____ (2) Não Por quê? _____ (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
199. Se malformação / síndrome logo ao nascer REALIZOU CIRURGIA	(1) Sim Onde? _____ (2) Não Por quê? _____ (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
200. Rotina com RN	(1) BCG (2) Hepatite B (3) vitamina K (4) colírio (5) Testes do coraçãozinho (6) Testes do pezinho (7) Testes do olhinho (8) Testes da orelhinha (9) outro _____	Prontuário/ Entrevista
201. DESFECHO do RN	(1) Alojamento Conjunto (AC) - VÁ para XII (2) Unidade Cuidados Intermediários (UCI) - VÁ para XIII (3) UTI Neonatal ou UTI Pediátrica - VÁ para XIV (4) óbito fetal (intraútero) (5) óbito após nascer	Prontuário/ Entrevista
202. Motivo do encaminhamento para unidade de internação neonatal:	_____ _____ _____ (44) Não foi encaminhado	Prontuário/ Entrevista
203. TIPO DE TRANSPORTE para UTI/Neo/Ped	(1) Incubadora de transporte (2) Incubadora comum (3) Outro tipo Qual? _____	Prontuário/ Entrevista
204. Houve transferência para UTI/Neo/Ped de OUTRO HOSPITAL	(1) Sim Onde? _____ (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
XII. RECÉM-NASCIDO no ALOJAMENTO CONJUNTO		
205. Amamentou na sala de parto?	(1) Sim (2) Não por quê? _____	Prontuário/ Entrevista
206. Teve ajuda e orientação para o Aleitamento Materno (AM) na sala de parto:	(1) Sim (2) Não por quê? _____	Prontuário/ Entrevista
207. QUEM orientou amamentar seu bebê na sala de parto?	(1) Enfermeiro (2) Aux/Técnico de enfermagem (3) Médico (4) outro profissional, qual? _____ (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
208. A sucção ou amamentação na sala de parto ocorreu	(1) Na primeira ½ hora pós-parto (2) 30 min. a 1 hora (3) 1 a 2 horas (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
209. Tempo para encaminhamento do bebê ao Alojamento Conjunto	(1) Até ½ hora (2) 30 a 60 min (3) mais de 60 min. (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
210. Quanto tempo depois do parto o bebê foi amamentado no AC?	(1) Na primeira ½ hora pós-parto (2) 30 min. a 1 hora (3) 1 a 2 horas (3) > 3 horas (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
211. Amamentação do bebê em livre demanda no Alojamento Conjunto?	(1) Sim (2) Não por quê? _____ (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
212. Teve ajuda e orientação para o amamentar no AC	(1) Sim (2) Não por quê? _____	Prontuário/ Entrevista
213. QUEM orientou amamentar seu bebê no AC?	(1) Enfermeiro (2) Aux/Técnico de enfermagem (3) Médico (4) outro profissional, qual? _____ (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
214. Foi permitido a presença do acompanhante no AC	(1) Sim (2) Não, por quê? _____	Prontuário/ Entrevista
215. Houve a necessidade de ordenha	(1) Sim, por quê? _____ (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
216. Teve FACILIDADE para amamentar seu bebê no AC?	(1) Sim (se Sim vá para a questão 217) (2) Não (se Não vá para a questão 218) (99) Não se aplica	Entrevista

217. Quais as FACILIDADES AME?	_____	Entrevista
218. Quais as DIFICULDADES AME?	_____	Entrevista
219. Necessitou oferecer outro leite para o bebê além do seu leite?	(1) Sim, por quê? _____ (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
220. Se ofereceu outro leite VIA ORAL para seu bebê em qual recipiente?	(1) chupinha (2) mamadeira (3) copinho (4) seringa (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
221. RECÉM-NASCIDO no AC em boas condições gerais	(1) Sim (2) Não, por quê? _____ (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
222. ALTERAÇÃO das condições gerais do RECÉM-NASCIDO AC	(1) Sim (se Sim vá para a questão 222 a 224) (2) Não (se Não ir para questão 226) (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
223. DESCREVA QUAIS ALTERAÇÕES das condições gerais do RECÉM-NASCIDO?	_____	Prontuário/ Entrevista
224. DESCREVA tratamento das ALTERAÇÕES das condições gerais do RECÉM-NASCIDO?	_____	Prontuário/ Entrevista
225. Para tratamento das ALTERAÇÕES do RECÉM-NASCIDO necessitou punção venosa?	(1) Sim, por quê? _____ (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
226. O bebê sentiu dor?	(1) Sim (se Sim vá para a questão 227 a 228) (2) Não (se Não ir para questão 227)	Prontuário/ Entrevista
227. Se o bebê sentiu dor foi medicado?	(1) Sim Qual medicação? _____ (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
228. Se o bebê sentiu dor consta na prescrição de enfermagem o registro da avaliação da dor?	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
229. No Alojamento Conjunto recebeu auxílio do profissional para realizar cuidados com o bebê?	(1) Sim (vá para questão 230) (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
230. As orientações de cuidado com o bebê foram REGISTRADAS no prontuário?	(1) Sim (2) Não	Prontuário/ Entrevista
231. Recebeu auxílio para realizar os seguintes cuidados com o bebê?	(1) banho/higiene corporal (2) higiene ocular e oral (3) troca de fraldas e higiene perineal (4) pega e posição para amamentar (5) incentivo para o AME (6) integridade da pele e prevenção de lesões (7) curativo do coto umbilical (8) outros _____ (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
232. Qual profissional auxiliou você para realizar cuidados com o bebê no AC?	(1) Enfermeiro (2) Aux/Técnico de enfermagem (3) Médico (4) outro profissional _____ (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
233. O bebê apresentou algum tipo de intercorrência durante a internação na MATERNIDADE?	(1) Sim (se Sim responda questão 234 e 235) (2) Não (se Não vá para questão 236)	Prontuário/ Entrevista
234. ASSINALE a(s) intercorrência(s)	(1) icterícia Tipo: _____ (2) taquipnéia transitória (3) apnéia (4) síndrome desconforto respiratória agudo (SDRA) (5) enterocolite necrotizante (ECN) (6) Refluxo Gastroesofágico (RGE) (7) persistência canal arterial (PCA) (8) hipoglicemia (9) outro qual? _____	Prontuário/ Entrevista
235. Se intercorrência foi transferido para outra unidade?	(1) Sim Qual? _____ (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
236. BEBÊ RECEBEU ALTA HOSPITALAR?	(1) Sim (2) Não, por quê? _____	Prontuário/ Entrevista
XIII. RECÉM-NASCIDO na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI)		
237. Motivo da internação?	(1) baixo peso/ganhar peso (2) icterícia (3) problema respiratório Qual? _____ (4) problema cardíaco Qual? _____ (5) problema gastrointestinal Qual? _____ (6) outro, qual? _____ (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
238. A mãe foi orientada sobre o motivo da internação do bebê?	(1) Sim (2) Não por quê? _____ (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
239. Qual profissional orientou sobre o motivo da internação?	(1) Enfermeiro (2) Aux/Técnico de enfermagem (3) Médico (4) outro profissional, qual? _____ (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista
240. A mãe foi orientada sobre a rotina de visita e/ou acompanhamento do bebê na UCI?	(1) Sim (2) Não, por quê? _____ (99) Não se aplica	Prontuário/ Entrevista

241. Qual profissional realizou a orientação?	(1) Enfermeiro (3) Médico (99) Não se aplica	(2) Aux/Técnico de enfermagem (4) outro profissional, qual? _____	Prontuário Entrevista
242. A mãe realizou cuidados diários do bebê na UCI?	(1) Sim (2) Não, por quê? _____ (99) Não se aplica		Prontuário Entrevista
243. Durante a permanência do bebê na UCI foi orientada sobre manejo, ordenha e manutenção do AM?	(1) Sim (2) Não, por quê? _____ (99) Não se aplica		Prontuário Entrevista
244. Qual profissional orientou sobre o AM enquanto o bebê permaneceu na UCI?	(1) Enfermeiro (3) Médico (99) Não se aplica	(2) Aux/Técnico de enfermagem (4) outro profissional, qual? _____	Prontuário Entrevista
245. Tipo de alimentação do bebê e via na UCI?	(1) sucção seio materno (2) leite materno via Sonda Gástrica (3) complemento via Sonda Gástrica (4) outro qual? _____ (99) Não se aplica		Prontuário Entrevista
246. Tratamento medicamentoso durante a internação do bebê UCI?	(1) Sim (vá para questão 247) (2) Não (vá para questão 248) (99) Não se aplica		Prontuário Entrevista
247. Tipo de Tratamento medicamentoso do bebê na UCI?	Via _____		Prontuário Entrevista
248. Complicações durante a internação do bebê na UCI?	(1) Sim Qual? _____ (2) Não		Prontuário Entrevista
249. BEBÊ RECEBEU ALTA da UCI para:	(1) maternidade (2) domicílio (3) outro qual? _____		Prontuário Entrevista
250. TEMPO de internação NA UCI	_____ dias		Prontuário Entrevista
251. IDADE GESTACIONAL corrigida do prematuro na ALTA da UCI	_____ semanas e _____ dias (99) Não se aplica		Prontuário Entrevista
252. PARA ALTA foi realizado orientações de cuidado do bebê?	(1) Sim (se Sim responda questão 253) (2) Não (99) Não se aplica		Prontuário Entrevista
253. ASSINALE as orientações de CUIDADOS com o bebê fornecidas NA ALTA	(1) higiene/banho corporal (2) limpeza/curativo do coto umbilical (3) integridade da pele (prevenção dermatites) (4) medidas de alívio cólica abdominal (5) sono e repouso (6) sinais de perigo (respiratório/neurológico/infecção) (7) incentivo e manutenção do AME (8) fissuras mamárias e ingurgitamento (9) doação leite ao Banco de Leite Humano (10) ordenha e conservação do leite (11) vestuário conforme as estações do ano (11) outra qual? _____		Prontuário Entrevista
254. Quem orientou os cuidados com o bebê?	(1) Enfermeiro (3) Médico (99) Não se aplica	(2) Aux/Técnico de enfermagem (4) outro profissional, qual? _____	Prontuário Entrevista
255. As orientações de cuidado com o bebê foram REGISTRADAS no prontuário da UCI?	(1) Sim (2) Não		Prontuário Entrevista
256. TIPO ALIMENTAÇÃO do bebê na alta da UCI	(1) Aleitamento Materno Exclusivo (AME) (2) Aleitamento Misto (leite materno e outro leite) (3) Leite animal (pó ou líquido) (4) outro tipo, qual? _____		Prontuário Entrevista
257. PESOU Bebê para a ALTA da UCI	(1) Sim Qual peso? _____ (2) Não		Prontuário Entrevista
258. Na ALTA o profissional orientou a referência para seguimento do bebê no serviço de saúde?	(1) Sim Qual serviço? _____ (2) Não		Prontuário Entrevista
259. Qual profissional da UCI realizou a referência para o bebê?	(1) Enfermeiro (3) Médico (99) Não se aplica	(2) Aux/Técnico de enfermagem (4) outro profissional, qual? _____	Prontuário Entrevista
XIV. RECÉM-NASCIDO na UNIDADE DE TERAPIA NEONATAL ou PEDIÁTRICA			
260. Motivo da internação?	(1) prematuridade (2) problema respiratório Qual? _____ (3) problema cardíaco Qual? _____ (4) problema gastrointestinal Qual? _____ (5) infecção neonatal (6) anóxia neonatal (7) distúrbio eletrolítico (8) outro qual? _____		Prontuário Entrevista
261. Intercorrências durante o transporte do CC para UTI?	(1) Sim Qual? _____ (2) Não		Prontuário Entrevista
262. Suporte ventilatório na UTI?	(1) Sim (vá para questão 263) (2) Não (vá para questão 265)		Prontuário Entrevista
263. Oxigenioterapia na UTI?	(1) via COT/TOT Pressão C. (2) via nasal BIPAP (3) via nasal CPAP (4) via nasal cateter O2 (5) O2		Prontuário Entrevista
264. Extubação acidental?	(1) Sim Quantas vezes? _____ (2) Não		Prontuário Entrevista
265. Procedimentos Invasivos?	(1) SNG/SOG (2) PICC/Flebotomia (3) Acesso venoso periférico (4) SVD/SVA (5) dreno de tórax (6) outro qual? _____ (99) não se aplica		Prontuário Entrevista
266. Foi orientada sobre o motivo da internação?	(1) Sim (2) Não, por quê? _____ (99) Não se aplica		Prontuário Entrevista

267. Qual profissional orientou sobre o motivo da internação?	(1) Enfermeiro (3) Médico (99) Não se aplica	(2) Aux/Técnico de enfermagem (4) outro profissional, qual? _____	Prontuário Entrevista
268. A mãe foi orientada sobre a rotina de visita e/ou acompanhamento do bebê na UCI?	(1) Sim (2) Não, por quê? _____ (99) Não se aplica		Prontuário Entrevista
269. Qual profissional realizou a orientação?	(1) Enfermeiro (3) Médico (99) Não se aplica	(2) Aux/Técnico de enfermagem (4) outro profissional, qual? _____	Prontuário Entrevista
270. Mãe realizou contato/toque no bebê na UTI?	(1) Sim (2) Não por quê? _____ (99) Não se aplica		Prontuário Entrevista
271. Pai e mãe teve livre acesso para visitar o bebê na UTI?	(1) Sim (2) Não por quê? _____		Prontuário Entrevista
272. Durante a permanência do bebê na UTI foi orientada sobre manejo/manutenção do AM?	(1) Sim (2) Não, por quê? _____ (99) Não se aplica		Prontuário Entrevista
273. Qual profissional orientou sobre o AM enquanto o bebê permaneceu na UTI?	(1) Enfermeiro (3) Médico (99) Não se aplica	(2) Aux/Técnico de enfermagem (4) outro profissional, qual? _____	Prontuário Entrevista
274. Tipo de alimentação do bebê e via na UTI?	(1) leite materno via Sonda Gástrica (2) outro leite via Sonda Gástrica (3) via endovenosa com Nutrição Parenteral (NPP) (4) jejum por _____ dias (5) outro qual? _____		Prontuário Entrevista
275. Tratamento medicamentoso durante a internação do bebê UCI?	(1) Sim (vá para questão 276) (2) Não (vá para questão 277) (99) Não se aplica		Prontuário Entrevista
276. Tipo de Tratamento medicamentoso do bebê?	(1) antibiótico (5) corticoide (7) drogas vasoativas (9) outro qual? _____	(2) analgésico (6) broncodilatador (8) NPP	Prontuário Entrevista
277. Complicações durante a internação do bebê na UTI?	(1) Sepses relacionado a _____ (2) PCR (3) Distúrbios metabólicos (4) Pneumotórax (5) PAV (pneumonia associado ao ventilador) (6) outro qual? _____ (99) não se aplica		Prontuário Entrevista
278. CRIANÇA RECEBEU ALTA da UTI para:	(1) UCI (2) Pediatria (4) outro qual? _____	(3) óbito	Prontuário Entrevista
279. TEMPO de internação NA UTI	_____ dias		Prontuário Entrevista
280. IDADE GESTACIONAL corrigida do prematuro na ALTA da UTI	_____ semanas e _____ dias (99) Não se aplica		Prontuário Entrevista
281. PARA ALTA foi realizado orientações de cuidado do bebê?	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica		Prontuário Entrevista
282. Qual profissional realizou a orientação?	(1) Enfermeiro (3) Médico (99) Não se aplica	(2) Aux/Técnico de enfermagem (4) outro profissional qual? _____	Entrevista
ANÁLISE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM – dados a serem coletados durante internação			
Prescrição materna.			
283. Os dados de identificação do paciente estão corretos e completos?	(1) Sim (2) Não		Prontuário
284. A prescrição de enfermagem possui data, COREN e assinatura?	(1) Sim (2) Não		Prontuário
285. Existe uma prescrição diária para o paciente?	(1) Sim (2) Não		Prontuário
286. A prescrição permite conhecer as condições gerais do paciente?	(1) Sim (2) Não		Prontuário
287. A prescrição indica cuidados específicos conforme a patologia do paciente?	(1) Sim (2) Não		Prontuário
288. Há pelo menos uma anotação descritiva do estado do paciente a cada período (enfermeiro, tec. Enfermagem)?	(1) Sim (2) Não		Prontuário
289. Há horário e rubrica em cada anotação que identifiquem que profissional realizou o cuidado (nome)?	(1) Sim (2) Não		Prontuário
290. Os cuidados prescritos foram checkados rubricados ou circulados e justificados?	(1) Sim (2) Não		Prontuário
Prescrição do Recém Nascido.			
291. Os dados de identificação do paciente estão corretos e completos?	(1) Sim (2) Não		Prontuário
292. A prescrição de enfermagem possui data, COREN e assinatura?	(1) Sim (2) Não		Prontuário
293. Existe uma prescrição diária para o paciente?	(1) Sim (2) Não		Prontuário
294. A prescrição permite conhecer as condições gerais do paciente?	(1) Sim (2) Não		Prontuário
295. A prescrição indica cuidados específicos conforme a patologia do paciente?	(1) Sim (2) Não		Prontuário
296. Há pelo menos uma anotação descritiva do estado do paciente a cada período (enfermeiro, tec. Enfermagem)?	(1) Sim (2) Não		Prontuário
297. Há horário e rubrica em cada anotação que identifiquem que profissional realizou o cuidado (nome)?	(1) Sim (2) Não		Prontuário
298. Os cuidados prescritos foram checkados rubricados ou circulados e justificados?	(1) Sim (2) Não		Prontuário

PRESCRICAO MEDICA			Nível de satisfação do usuário - (sobre assistência hospitalar)		
Prescrição materna.					
299. Os dados de identificação do paciente estão corretos e completos?	(1) Sim (2) Não	Prontuário	312. Você foi tratada com gentileza pela enfermagem? Por quê? _____	(1) Sim (2) Não	Entrevista
300. A prescrição médica tem assinatura, data, CRM?	(1) Sim (2) Não	Prontuário	313. Você e seu acompanhante foram informados sobre a rotina do hospital (horários de visita, de refeições, horário do banho)?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
301. Existe uma prescrição diária para o paciente?	(1) Sim (2) Não	Prontuário	314. Você e seu acompanhante foram informados sobre seu quadro clínico?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
302. São usados nomes comerciais de medicamento na prescrição médica?	(1) Sim (2) Não	Prontuário	315. Todos os procedimentos realizados em você e no seu bebê foram explicados para você?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
303. As medicações prescritas foram checadas, rubricadas ou circuladas e justificadas (quando necessário)?	(1) Sim (2) Não	Prontuário	316. A equipe de enfermagem teve um bom relacionamento com você?	(1) Sim (2) Não Por quê? _____	Entrevista
304. As prescrições são feitas manuscritas?	(1) Sim (vá para questão 305) (2) Não (vá para questão 306)	Prontuário	317. Quando você tinha uma dúvida, você tinha liberdade para perguntar para os profissionais que te atenderam?	(1) Sim (2) Não Por quê? _____	Entrevista
305. A letra utilizada na prescrição médica é legível e de fácil compreensão?	(1) Sim (2) Não	Prontuário	318. A equipe de enfermagem apresentou se a você?	(1) sim, da maioria (2) sim, da minoria (3) não.	Entrevista
Prescrição do Recém Nascido.			319. Você sabe o nome dos profissionais que te atenderam?	(1) sim, da maioria (2) sim, da minoria (3) não.	Entrevista
306. Os dados de identificação do paciente estão corretos e completos?	(1) Sim (2) Não	Prontuário	320. A enfermeira de cada período apresentou se como responsável para você?	(1) sim, de todos os períodos (2) sim, de alguns períodos (3) não.	Entrevista
307. A prescrição médica tem assinatura, data, CRM?	(1) Sim (2) Não	Prontuário	321. Você recebeu apoio e orientação da enfermagem no pré-parto, parto e puerpério?	(1) Sim (2) Não Por quê? _____	Entrevista
308. Existe uma prescrição diária para o paciente?	(1) Sim (2) Não	Prontuário	322. Você teve assistência de algum profissional sempre que solicitou enquanto estava no pré-parto, parto e puerpério?	(1) sim, na maioria das vezes (2) sim, na minoria das vezes. (3) não. Por quê? _____	Entrevista
309. São usados nomes comerciais de medicamento na prescrição médica?	(1) Sim (2) Não	Prontuário	323. As suas mamas estão em boas condições para amamentação?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
310. As medicações prescritas foram checadas, rubricadas ou circuladas e justificadas (quando necessário)?	(1) Sim (2) Não	Prontuário			
311. As prescrições são feitas manuscritas?	(1) Sim (2) Não Se Sim A letra utilizada na prescrição médica é legível e de fácil compreensão? (1) Sim (2) Não	Prontuário			

324. Você foi orientada quanto cuidados das mamas?	(1) Sim (2) Não	Entrevista	337. Se o seu bebê esta em uso de complemento (leite artificial) te explicaram o por quê?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
325. Você foi orientada sobre amamentação?	(1) Sim (2) Não	Entrevista	338. Você foi orientada sobre a doação de leite para banco de leite?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
326. Você recebeu ajuda da equipe de enfermagem ou de outro profissional para realizar a amamentação?	(1) Sim (2) Não	Entrevista	339. Você acredita que a equipe conseguiu atender todas suas demandas?	(1) Sim (2) Não Por quê? _____	Entrevista
327. O profissional observou e avaliou a mamada?	(1) Sim (2) Não (99) não se aplica	Entrevista	340. Você ficou satisfeita com o atendimento que lhe foi oferecido durante sua internação e a internação de seu bebê?	(1) Satisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Insatisfeito (4) Não sei Por quê? _____	Entrevista
328. Teve dificuldades na amamentação?	(1) Sim, Qual? _____ (2) Não	Entrevista			
329. Foi orientada sobre os cuidados com o RN:	(1) SIM (2) NÃO (1) Chupeta (2) Cólica (3) gases (4) Teste do pezinho, orelhinha, coraçãozinho e olho	Entrevista			
330. Outras Orientações:	(1) Banho de sol (2) Puericultura e vacina (3) Prevenção de acidentes (4) Aleitamento materno (5) Planejamento familiar (6) Outras, quais? _____	Entrevista			
331. A equipe de enfermagem fez controle da evolução uterina e do aspecto das perdas vaginais (loquios)?	(1) Sim (2) Não	Entrevista			
332. Você foi orientada sobre as vantagens da amamentação para você e para seu bebê?	(1) Sim (2) Não	Entrevista			
333. Você foi orientada sobre como manter a lactação, mesmo que seu filho não esteja com você no momento (UCL/UTI)?	(1) Sim (2) Não	Entrevista			
334. Você foi orientada quanto à pega correta, amamentação em livre demanda, sobre a importância do aleitamento exclusivo?	(1) Sim (2) Não	Entrevista			
335. Você foi orientada sobre a não utilização de chupetas ou mamadeira?	(1) Sim (2) Não	Entrevista			
336. Você foi orientada a oferecer leite materno com xicaras ou copos pequenos, caso tenha problemas com a amamentação?	(1) Sim (2) Não	Entrevista			

obs:

