



UNILAB

**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA
AFRO-BRASILEIRA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

VANESSA KELLY DA SILVA LIMA

**QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DEPRESSIVOS DE PUÉRPERAS NO
CEARÁ**

REDENÇÃO - CE

2021

VANESSA KELLY DA SILVA LIMA

QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DEPRESSIVOS DE PUÉRPERAS NO
CEARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Integração Internacional de Lusofonia Afro-brasileira como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Práticas em Saúde no Cenário dos Países Lusófonos.

Orientador: Prof. Dra. Lydia Vieira Freitas dos Santos.

REDENÇÃO - CE

2021

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Lima, Vanessa Kelly da Silva.

L696q

Qualidade de vida e sintomas depressivos de puérperas no Ceará /
Vanessa Kelly da Silva Lima. - Redenção, 2021.

113f: il.

Dissertação - Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem,
Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade da Integração
Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2021.

Orientador: Profa. Dra. Lydia Vieira Freitas dos Santos.

1. Enfermagem obstétrica. 2. Qualidade de vida. 3. Depressão
pós-parto. I. Título

CE/UF/BSP

CDD 610.73

VANESSA KELLY DA SILVA LIMA

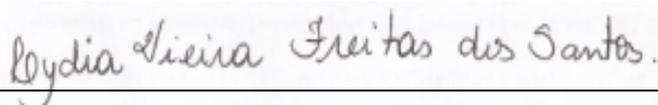
QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DEPRESSIVOS DE PUÉRPERAS NO
CEARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Integração Internacional de Lusofonia Afro-brasileira como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Apresentado em: 27/08/2021

Conceito obtido: Aprovado

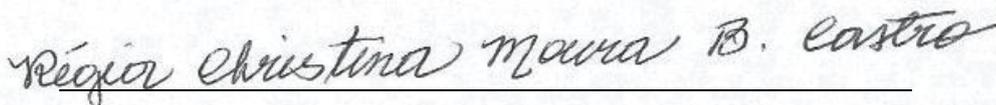
BANCA EXAMINADORA:



Prof^ª. Dr^ª. Lydia Vieira Freitas dos Santos (Orientadora)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB)



Prof^ª. Dr^ª. Carolina Maria de Lima Carvalho
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB)
Examinadora Interna



Prof^ª. Dr^ª. Regia Christina de Moura Barbosa Castro
Universidade Federal do Ceará (UFC)
Examinadora Externa ao Programa



Prof^ª. Dr^ª. Leilane Barbosa de Sousa
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB)
Examinadora Interna

À Deus,
por me sustentar com sua graça e misericórdia todos os dias da minha vida.

Ao meu esposo,
por todo apoio, incentivo, compreensão e companheirismo

Aos meus pais,
por toda instrução, dedicação e amor

À minha orientadora,
por ter ido além, como grande incentivadora de sonhos

A todas às puérperas,
por dedicar um momento para compartilhar suas ricas vivências.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua infinita graça e bondade que me sustentam todos os dias. Sem Ele, nada poderia alcançar.

Aos meus amados pais, Francisco e Silvanira, e ao meu irmão, João Marcos, por todo apoio, incentivo e instrução dedicados ao meu crescimento pessoal e profissional, sempre me encorajando a ser muito melhor, em todas as áreas da minha vida.

Ao meu esposo, Luã, por me apoiar em todos os momentos, acreditando e participando de todos os meus planos e sonhos. Agradeço a Deus pela graça de compartilhar a vida com um homem dedicado e amoroso.

À minha orientadora, Profa. Dra. Lydia Vieira Freitas dos Santos, que esteve presente durante toda a minha trajetória acadêmica, sendo fundamental a cada novo desafio. Se tornou um exemplo de profissional e pessoa, que pretendo levar por toda a vida. Agradeço muito por todo empenho e dedicação!

As grandes amigas do mestrado, em especial, Jallyne, Gisele, Wendel e Júlia, pela parceria durante toda essa intensa caminhada, tornando essa etapa muito mais agradável. Desejo que nossa amizade permaneça.

Aos meus queridos amigos, que passaram a participar de muitas etapas da minha vida, Elioana, Gabriela, Aslana, Isabelly, Bruna e Pedro. Por continuarem presentes, cada um a seu modo, sendo verdadeiros amigos e incentivadores. Torço tanto pela felicidade de cada um!

Aos membros do grupo de pesquisa, principalmente, Alexia e Gabriele, que foram essenciais na realização de muitas etapas dessa conquista.

Aos membros da banca, pelas valiosas contribuições para com este trabalho.

A todos os professores do Mestrado Acadêmico em Enfermagem, por todo conhecimento compartilhado e por toda contribuição para minha formação, meus sinceros agradecimentos.

À Funcap, pelo financiamento através do vínculo como bolsista, contribuindo para minha formação profissional e intelectual.

A todas as puérperas, que mesmo vivenciando uma fase tão singular, dedicaram um momento para participação nesse estudo. Meu muito obrigada!

RESUMO

A investigação da presença de sintomatologia depressiva no pós-parto e sua influência sobre aspectos relevantes da qualidade de vida possibilita o direcionamento de ações de promoção da saúde materna. Objetivou-se verificar a associação entre a qualidade de vida e sintomas depressivos de mulheres no puerpério. Estudo correlacional, de corte transversal e com abordagem quantitativa, que foi realizado no Estado do Ceará, de forma online, entre os meses de novembro de 2020 a março de 2021, via *Google Forms*®, com utilização das mídias sociais: Instagram® e WhatsApp®. Foi utilizada técnica de amostragem não probabilística, do tipo intencional, sendo usada técnica de amostragem bola de neve ou cadeia de referências. Todas as participantes, após convite, receberam acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Versão online/download. Após aceitarem participar do estudo, foram encaminhadas para a versão online dos três instrumentos: um formulário sobre dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos; a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) e o Instrumento abreviado *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)*, com tempo estipulado de quinze a vinte minutos. Os dados organizados, em seguida, analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 24. As pontuações dos domínios de qualidade de vida foram avaliadas quanto a normalidade por meio do teste de *Shapiro-Wilk* e comparados com as variáveis independentes por meio dos testes não-paramétricos de *Mann-Whitney* ou de *Kruskal-Wallis*. Foi adotado um nível de significância de 5%. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNILAB, conforme nº do parecer 4.394.957. Foram incluídas no estudo 174 puérperas até 45 dias pós-parto, residentes no estado do Ceará, maioria residente na capital de Fortaleza (58,6%; n=102), na faixa etária de 18 a 30 anos (70,1%; n=122). Quanto a ocorrência de sintomas depressivos, foi identificado um elevado percentual de participantes (41,4 %; n=72), com importantes fatores associados: presença de patologia na gestação (p= 0,046) e histórico pessoal de depressão (p < 0,001). Ao avaliar a qualidade de vida, o melhor domínio avaliado foi o psicológico (média = 66,7; mediana = 70,8). O pior domínio avaliado foi o físico (média = 62,8; mediana = 66,1). Ao correlacionar a presença de sintomas depressivos e os escores de qualidade de vida, foi observado que as puérperas com sintomas depressivos apresentaram valores de média e mediana significativamente menores em todos os domínios de qualidade de vida (p < 0,001). O pior domínio avaliado em relação as puérperas que apresentaram sintomas depressivos, foi o de relações sociais (média = 50,6; mediana = 50). Concluiu-se que a qualidade de vida de puérperas foi afetada significativamente por diversos fatores sociodemográficos, clínicos e obstétricos como faixa etária, religião, domicílio, ocupação, renda, intercorrência no parto, aumento de peso significativo, patologia antes e durante a gravidez, gravidez planejada, classificação de risco, droga ilícita na gestação, histórico pessoal e familiar de depressão, e medo/preocupação em ter COVID-19. A presença de sintomas depressivos influenciou negativamente em todos os domínios de qualidade de vida de mulheres no puerpério.

Palavras chave: Enfermagem Obstétrica (D009773). Qualidade de vida (D011788). Período Pós-Parto (D049590). Depressão Pós-Parto (D019052).

ABSTRACT

The investigation of the presence of depressive symptoms in the postpartum period and its influence on relevant aspects of quality of life makes it possible to direct actions to promote maternal health. The objective was to verify the association between quality of life and depressive symptoms in postpartum women. Correlational, cross-sectional study with a quantitative approach, which was carried out in the State of Ceará, online, between November 2020 and March 2021, via Google Forms®, using social media: Instagram® and WhatsApp ®. A non-probabilistic sampling technique, of the intentional type, was used, using a snowball or chain of references sampling technique. All participants, after being invited, received access to the Informed Consent Form – Online/download version. After accepting to participate in the study, they were sent to the online version of the three instruments: a form on sociodemographic, clinical and obstetric data; the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) and the abbreviated instrument The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref), with a stipulated time of fifteen to twenty minutes. The organized data were then analyzed in the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 24 software. The scores of the quality of life domains were assessed for normality using the Shapiro-Wilk test and compared with the independent variables using the non-parametric Mann-Whitney or Kruskal-Wallis tests. A significance level of 5% was adopted. The project was approved by the Research Ethics Committee of UNILAB, according to opinion 4.394.957. The study included 174 postpartum women up to 45 days postpartum, residing in the state of Ceará, most living in the capital of Fortaleza (58.6%; n=102), aged between 18 and 30 years (70.1%; n=122). As for the occurrence of depressive symptoms, a high percentage of participants was identified (41.4%; n=72), with important associated factors: presence of pathology during pregnancy ($p= 0.046$) and personal history of depression ($p < 0.001$). When assessing quality of life, the best assessed domain was psychological (mean = 66.7; median = 70.8). The worst domain evaluated was the physical (mean = 62.8; median = 66.1). By correlating the presence of depressive symptoms and quality of life scores, it was observed that postpartum women with depressive symptoms had significantly lower mean and median values in all quality of life domains ($p < 0.001$). The worst domain evaluated in relation to postpartum women who presented depressive symptoms was social relationships (mean = 50.6; median = 50). It was concluded that the quality of life of postpartum women was significantly affected by several sociodemographic, clinical and obstetric factors such as age group, religion, home, occupation, income, complications during childbirth, significant weight gain, pathology before and during pregnancy, pregnancy planned, risk classification, illicit drug during pregnancy, personal and family history of depression, and fear/concern about having COVID-19. The presence of depressive symptoms negatively influenced all domains of quality of life in postpartum women.

Key-words: Obstetric Nursing (D009773). Quality of Life (D011788). Postpartum Period (D049590). Depression, Postpartum (D019052).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Domínios e facetas do WHOQOL- <i>brief</i> . Ceará, 2021.....	36
Figura 1 – Página criada na rede social Instagram. Ceará, 2021.....	30
Figura 2 – Postagem criada para convite de participação ao estudo. Ceará, 2021.....	31
Figura 3 – Feed da página com publicações com conteúdo informativo e interativo. Ceará, 2021.....	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das puérperas em variáveis sociodemográficas. Ceará, 2021.....	40
Tabela 2 – Distribuição das puérperas em relação as variáveis obstétricas e clínicas. Ceará, 2021.....	44
Tabela 3 – Contexto da pandemia por COVID-19 e suas implicações. Ceará, 2021.....	46
Tabela 4 – Distribuição das puérperas em relação a presença de sintomas depressivos, Ceará, 2021.....	47
Tabela 5 - Correlação entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas, clínicas e contexto da pandemia por covid-19 com a presença de sintomas depressivos de mulheres no puerpério. Ceará, 2021.....	47
Tabela 6 – Escores de qualidade de vida de mulheres no puerpério. Ceará, 2021.....	51
Tabela 7 – Correlação entre as variáveis sociodemográficas e a qualidade de vida de puérperas. Ceará, 2021.....	52
Tabela 8 – Correlação entre as variáveis obstétricas e clínicas e a qualidade de vida de puérperas. Ceará, 2021.....	54
Tabela 9 – Correlação entre as variáveis contexto da pandemia por COVID-19 e a qualidade de vida de puérperas. Ceará, 2021.....	57
Tabela 10 – Correlação entre a presença de sintomas depressivos de mulheres no puerpério e a qualidade de vida de puérperas. Ceará, 2021.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

QV – Qualidade de vida

DPP – Depressão Pós-Parto

OMS – Organização Mundial da Saúde

WHOQOL - The World Health Organization Quality of Life

CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

DSM-V – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNILAB – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

SUS – Sistema Único de Saúde

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

UCIN – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	19
2.1. Geral.....	19
2.2. Específicos.....	19
3. REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1. Resgate conceitual da qualidade de vida	20
3.2. Qualidade de vida no ciclo gravídico-puerperal	22
3.3. Depressão pós-parto: aspectos gerais sobre fatores relacionados, diagnóstico e instrumentos de avaliação.....	25
3.4. Contexto da Pandemia por COVID-19	27
4. METODOLOGIA.....	30
4.1. Tipo de estudo	30
4.2. Local e período do estudo.....	30
4.3. População e amostra	30
4.4. Critérios de inclusão	34
4.5. Critérios de exclusão.....	34
4.6. Procedimento para coleta de dados.....	34
4.7. Instrumentos para a coleta de dados.....	35
4.7.1. Questionário sociodemográfico, clínico e obstétrico	35
4.7.2. Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)	36
4.7.3. Instrumento abreviado <i>The World Health Organization Quality of Life</i> (WHOQOL-bref)	37
4.8. Variáveis.....	39
4.8.1. Variáveis preditoras.....	39
4.8.2. Variável desfecho	40
4.9. Organização e análise de dados	40
4.10. Procedimentos e aspectos éticos da pesquisa	40
4.11. Riscos e benefícios aos participantes	41
5. RESULTADOS.....	42
6. DISCUSSÃO	61
7. CONCLUSÃO.....	82
REFERÊNCIAS.....	84
APÊNDICES	101
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - (VERSÃO ONLINE).....	101

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E OBSTÉTRICO.....	102
ANEXOS	109
ANEXO I – Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)	109
ANEXO II – Instrumento abreviado <i>The World Health Organization Quality of Life</i> (WHOQOL-bref).....	111
ANEXO III – Parecer consubstanciado do CEP	113

1. INTRODUÇÃO

O puerpério, ou período pós-parto, é uma etapa do ciclo gravídico puerperal dividida em três fases: pós-parto imediato (do primeiro ao décimo dia após a parturição), pós-parto tardio (do décimo primeiro ao quadragésimo quinto dia) e pós-parto remoto (do quadragésimo quinto dia até o retorno da ovulação ou da função reprodutiva feminina) (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2014).

A gestação, o parto e o puerpério são condições representativas de muitas transformações no universo feminino, que exige a compreensão deste contexto e dos inúmeros fatores que possam alimentar o processo de adoecimento e uma abordagem mais avançada. O ciclo gravídico puerperal é um momento da vida da mulher que constitui períodos de crises construtivas, pois, acarretam sentimentos profundos e possuem forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais (BRASIL, 2012).

Neste contexto, o Governo Federal do Brasil lançou em 2011 a estratégia Rede Cegonha, para proporcionar às mulheres promoção da saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida (BRASIL, 2013).

É importante enfatizar que a qualidade de vida (QV) consolida-se como uma variável importante na prática clínica e na produção de conhecimento na área de saúde. O desenvolvimento de pesquisas nessa temática tem o potencial de resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença, o que pode contribuir para a superação de modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que negligenciam aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde (SEIDL, ZANNON, 2004).

Em 1995 já existia um debate contínuo sobre a definição, mensuração e utilização da QV, particularmente, no uso de medidas para ajudar na alocação de recursos e na avaliação do impacto de intervenções. Argumentando-se ainda, que tais medidas só são possíveis quando há uma compreensão mais completa das condições em questão e da relação entre os componentes da QV (ROGERSON, 1995), interesse que deve ser ampliado e propagado constantemente com a promoção de novas pesquisas, abrangendo novas e diferentes populações.

Na área da saúde são identificados dois conceitos: qualidade de vida como um conceito mais amplo, e qualidade de vida relacionada à saúde, geralmente relacionada a aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde (SEIDL, ZANNON, 2004).

Considerando a população materna que, em sua exposição a diversos contextos, é influenciada por inúmeros fatores biopsicossociais, é imprescindível ter um plano de atendimento que atenda às reais necessidades desse grupo durante o período gestacional. Por isso, a assistência individualizada, holística e compartilhada à mulher e a seus familiares, com enfoque em preditores identificados a partir de estudos, fornece a base para o planejamento e a implementação de ações voltadas à melhoria da QV relacionada à saúde (CALOU *et al.*, 2018).

Durante o período puerperal ocorrem alterações hormonais, mudanças de humor e variações de sintomas entre as mulheres, que podem desencadear o “baby blues” ou a tristeza materna, que acontecem por um curto período. Quando permanecem por um período maior e com sintomas mais graves e começam a interferir na rotina e na interação do bebê, é caracterizada, então, a Depressão Pós-Parto (DPP) (CANTILINO *et al.*, 2010; CAMPOS; RODRIGUES, 2015).

Dentre os processos de adoecimento permeados por fatores psicológicos estão os transtornos psiquiátricos, dos quais um dos mais frequentes no puerpério é a DPP. No Brasil, um trabalho desenvolvido no âmbito da pesquisa Nascer no Brasil, maior estudo a respeito de parto e nascimento no país já ocorrido, com 23.896 mulheres no período pós-parto, apontou uma prevalência global de sintomas de DPP de 26,3%, demonstrando que tais sintomas são relatados por pouco mais de 1 em cada 4 mulheres brasileiras seis meses após o nascimento. A prevalência desse distúrbio no país foi mais elevada que a estimada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para países de baixa renda, em que 19,8% das parturientes apresentaram transtorno mental, em sua maioria a depressão (THEME FILHA *et al.*, 2016).

A DPP é um problema de saúde pública, por ser prevalente e, muitas vezes, subdiagnosticada, pode causar significativas repercussões na dinâmica familiar e na interação mãe-bebê. Dentre os fatores de risco estão: baixa renda, baixo grau de escolaridade, falta de suporte social do parceiro e gravidez não planejada, fatores estes que estão intrinsecamente relacionados a QV (SCHARDOSIM; HELDT, 2011).

Alta prevalência de sintomatologia depressiva também é encontrada no pós-parto imediato, evidenciando frequência elevada e gravidade do problema, advindo de

aspectos físicos, emocionais, ambientais, além de aspectos relacionados ao vínculo mãe-filho e relacionamento familiar. O rastreamento desses sintomas é uma estratégia viável na rotina de cuidados obstétricos, possibilitando a identificação de pacientes vulneráveis, implantação de intervenções adequadas, além da prestação de apoio psicológico e educativo, a fim de diminuir a prevalência e as sequelas da DPP (MONTEIRO *et al.*, 2018). Por isso a investigação da presença de sintomatologia depressiva no pós-parto associada a QV é necessária a fim de verificar se esta variável influencia aspectos relevantes da QV de puérperas, investigação que possibilitará o direcionamento de ações de promoção da saúde materna.

Por constituir-se como um momento de fragilidade, o puerpério demanda dos profissionais de saúde um comprometimento na avaliação e no cuidado dispensado durante este período à mãe, criança e família, na perspectiva da integralidade, promoção da saúde e QV. As intervenções de saúde e os determinantes do processo saúde-doença realizadas no puerpério e dirigidas atreladamente à mulher, criança e família promovem a saúde e bem-estar infantil, assim como, a convivência com pais que se relacionam bem e um ambiente familiar saudável. A presença ou ausência destas ações de saúde, repercutem direta e indiretamente na saúde das crianças, que se apresentam como seres mais vulneráveis, e que são as mais beneficiadas por um contexto saudável de vida em família (ANDRADE *et al.*, 2015).

Por isso, o foco baseado somente nos aspectos físicos não é suficiente, os processos psicoafetivos que permeiam o período gravídico-puerperal devem ser compreendidos na escuta e explorados através de uma abordagem baseada na integralidade. A mulher deve ser compreendida pela sua história de vida, seus sentimentos, sua família, ambiente em que vive, se possui rede de apoio social e emocional, estabelecendo assim, uma relação próxima e valorização da singularidade de cada pessoa, contexto e situação. É importante considerar que muitos dos sintomas físicos manifestados pela gestante podem estar encobrendo questões emocionais, ansiedades e medos que muitas vezes não são percebidos pela mulher. Sendo assim, é fundamental a sensibilidade do profissional para entender o que está ocorrendo com cada mulher (BRASIL, 2012).

Diante disso, um dos principais profissionais que estabelecem contato direto e contínuo com a mulher durante o período gestacional, trabalho de parto, parto, nascimento e puerpério, é o profissional enfermeiro, que deve ser capaz de oferecer suporte abrangente, visando à verdadeira compreensão do experienciado pela mulher

puérpera em transição ao papel materno. Este suporte deve ser inserido em todos os contextos, auxiliando na identificação de problemas, aguçando a percepção, o julgamento e o senso crítico no enfrentamento das forças antagônicas do processo de transição, ou seja, enfrentamento e adaptação aos novos papéis pela mulher. O enfermeiro deve estar preparado para apoiar a mulher e sua família, além de ampliar e promover discussões a respeito das implicações sociais deste processo (CATAFESTA; VENTURI; ZAGONEL, 2007).

O processo de nascimento deve ser visto como um evento familiar, que requer o desenvolvimento de um cuidado além do técnico/científico, atendendo também as necessidades emocionais e sociais. Por isso, o desenvolvimento de estudos que estimulam e guiam a assistência holística à mulher no ciclo gravídico puerperal provocam repercussões positivas no progresso do cuidado desempenhado pela enfermagem.

O estímulo a novas pesquisas com a temática puerpério, abordando conceitos como a questão da subjetividade, cultura e família advém da necessidade de sensibilização dos profissionais da enfermagem frente ao puerpério, a fim de assegurar à mulher a vivência da maternidade conforme o contexto sociocultural e emocional em que se inserem gravidez, parto e puerpério (STRAPASSON, NEDEL, 2010).

Os serviços de pesquisa e maternidade devem atentar para a influência de fatores de risco socioeconômicos e individuais na sintomatologia da depressão materna, apontando grupos vulneráveis de mulheres que podem ser identificadas na gravidez, período pós-parto precoce e período pós-parto tardio, implementando intervenções para prevenir ou tratar depressão atual ou futura. Os sintomas depressivos não se restringem a somente um período, fato que provoca implicações nas intervenções de triagem e tratamento, sendo relevante o estudo e pesquisa nas diferentes fases. Dessa forma, a triagem de rotina para depressão durante a gravidez e o pós-parto com o objetivo de fornecer intervenção precoce e reduzir o sofrimento materno e suas repercussões na saúde da mulher e do bebê, caracterizam-se como intervenções relevantes (THEME FILHA *et al.*, 2016).

Uma das principais estratégias de promoção da saúde do binômio mãe-filho é a realização da visita domiciliar puerperal, implementada através da atenção primária, para o melhor acompanhamento da saúde do recém-nascido (RN) e da puérpera, recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê. A visita domiciliar permite aos profissionais de saúde a avaliação do estado de saúde da mulher e do RN, avaliar e desenvolver ações, e identificar e orientar de acordo com cada

particularidade (BRASIL, 2012). Além disso, essa estratégia proporciona a discussão de temas importantes para as puérperas e complementa informações recebidas no atendimento pré-natal. O profissional enfermeiro pode utilizar essa ferramenta para o esclarecimento de dúvidas, orientações e identificação de possíveis alterações, além de favorecer o vínculo profissional/puérpera/família, proporcionando qualidade da assistência domiciliar (HOLANDA et al., 2019).

No ano de 2020, vivenciamos um cenário de pandemia e emergência de saúde pública mundial com o advento do COVID-19 (Doença por coronavírus 2019) (CHEN; LIU; GUO, 2020). Nesse contexto, gestantes em qualquer idade gestacional e puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal) estão incluídas entre as populações consideradas grupos de risco para COVID-19, considerando as condições e fatores de risco para possíveis complicações (BRASIL, 2020).

Considerando que todo o período gestacional é permeado por sentimentos e emoções à espera do momento do parto como uma vivência pessoal e familiar significativa, este novo cenário pode gerar grandes impactos sob as expectativas e percepções da mulher e família (ALMEIDA; RETICENA; GOMES, 2020) devido ao distanciamento social, modificações quanto a condutas em saúde e posturas em relação às expectativas maternas. Tal realidade reforça a necessidade em assegurar à mulher a vivência da maternidade conforme o contexto sociocultural e emocional em que se insere.

Para a promoção de um cuidado materno adequado é necessário promover a QV das mulheres durante o ciclo gravídico puerperal, por meio da investigação e relação com fatores de risco. Espera-se que a presente pesquisa possa conferir conhecimento e aprofundamento quanto aos fatores essenciais para promoção e manutenção da QV materna, considerando a ocorrência e impacto de sintomas depressivos.

Conhecimento este que contribui para sanar lacunas existentes acerca do conhecimento da QV de mulheres em uma determinada fase do ciclo: o puerpério. A identificação de fatores prejudiciais à QV e que podem desencadear processos de adoecimento, como a DPP, poderão estimular o desenvolvimento de estratégias de intervenção pelos serviços e profissionais de saúde, direcionando medidas e intervenções de prevenção precoce e tratamento eficaz. Diante do exposto, o presente estudo buscou responder ao seguinte questionamento: A presença de sintomas depressivos influencia na qualidade de vida de mulheres no puerpério?

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Avaliar a qualidade de vida de mulheres no puerpério e sua associação com sintomas depressivos.

2.2. Específicos

- Identificar a presença de sintomas depressivos de mulheres no puerpério;
- Avaliar a qualidade de vida de mulheres no puerpério;
- Correlacionar as variáveis sociodemográficas, obstétricas e clínicas com a presença de sintomas depressivos de mulheres no puerpério;
- Correlacionar as variáveis sociodemográficas, obstétricas e clínicas com os escores de qualidade de vida de mulheres no puerpério;
- Correlacionar a presença de sintomas depressivos com os escores de qualidade de vida de mulheres no puerpério.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Resgate conceitual da qualidade de vida

A saúde foi definida em 1946, pela OMS, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social, é ser capaz de usufruir do melhor estado de saúde. Esta condição depende de uma cooperação adjacente dos indivíduos e dos Estados, a fim de viabilizar a promoção e proteção da saúde (WHO, 1946).

A promoção e proteção da saúde são essenciais para o bem-estar do ser humano e para o desenvolvimento econômico e social sustentável, tal afirmativa foi reconhecida há mais de 40 anos pela Declaração de Alma-Ata, que assinalou, em 1978, que a saúde para todos agrega importante contribuição tanto para uma melhor QV como para a paz e segurança globais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A melhoria da QV e saúde também foi reportada em 1986, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, que definiu promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua QV e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social a carta de Ottawa assinala que os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (CARTA DE OTTAWA, 1986).

A QV apresenta caráter psicométrico e complexidade na definição de construtos subjetivos influenciados por características temporais e culturais, por isso, avaliar QV ou bem-estar é um desafio (FLECK, 2000a). É necessário ter atenção à multiplicidade de questões que envolvem esse universo, desde parâmetros sociais até de saúde ou econômicos, analisando esses indicadores por diferentes áreas de conhecimento, com referenciais e procedimentos diferentes, sendo vinculadas definições e concepções variadas (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Diante disso e da ausência de um instrumento que avaliasse QV com uma perspectiva internacional e transcultural, no início dos anos 90s, a OMS constituiu o Grupo *The World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), com a finalidade de

desenvolver instrumentos com a capacidade de avaliar a QV ponderando as perspectivas peculiares necessárias. O termo “Qualidade de Vida” foi definido pelo Grupo WHOQOL como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (GROUP, 1995).

Assim, entre os anos de 1991 a 1998, foi desenvolvido o WHOQOL-100, um instrumento de avaliação de QV com 100 questões e seis domínios. Diante da necessidade de um instrumento mais curto que demandasse pouco tempo para o preenchimento e que preservasse características psicométricas satisfatórias, o Grupo WHOQOL desenvolveu, entre os anos de 1995 e 1998, uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref (FLECK *et al.*, 2000b).

Muitos instrumentos para avaliação da QV foram desenvolvidos, estes variam de acordo com a abordagem e objetivos do estudo, genéricos ou específicos. Sendo os genéricos multidimensionais, possibilitando a mensuração de diversos aspectos como capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental, independente da condição do indivíduo; e os instrumentos específicos, em geral, avaliam diversos aspectos quanto a percepção geral da QV, entretanto sua ênfase é sobre os sintomas, incapacidades ou limitações, com indivíduos com doenças ou agravos específicos (AGUIAR *et al.*, 2008).

Há três aspectos fundamentais sobre o construto QV: subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas e negativas. A subjetividade considera a percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde e aspectos da sua vida em geral; multidimensionalidade refere-se às diferentes dimensões que o conceito de QV é composto, ou seja é fundamental que os instrumentos de mensuração de QV possuam escores em vários domínios (ex.: mental, físico, social e outros) e presença de dimensões positivas e negativas, nos quais é necessário que alguns componentes estejam presentes (ex.: mobilidade) e outros ausentes (ex.: dor), para a aquisição de uma “boa” QV (FLECK, 2000a).

O WHOQOL-100 ou WHOQOL-bref são exemplos de instrumentos genéricos para avaliação da QV geral, como tentativas de padronização das medidas, permitindo comparação entre estudos e culturas. Como exemplo de instrumento específico, podemos citar o *Short Form-36 Health Survey* (SF-36), para avaliação da QV relacionada à saúde. Publicações sobre novos instrumentos de avaliação específicos para populações ou pessoas acometidas por quadros patológicos específicos são crescentes na

literatura especializada. Medir QV é bastante complexo, o que leva a necessidade de definição clara para cada estudo específico e para guiar a utilização de determinada forma de avaliação. A produção sobre QV no Brasil tem aumentado a cada ano, não se restringindo a determinado grupo social, possibilitando a construção de melhores e mais justas condições de vida para amplos setores da sociedade (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Diante disso, o desenvolvimento de estudos para investigar a QV de um indivíduo ou grupo permitem mensurar e comparar diversos aspectos essenciais ao bem-estar e promoção da saúde, gerando um importante impacto e desenvolvimento para a população em geral, visto que, ações específicas poderão ser direcionadas a partir da identificação e avaliação de aspectos relevantes da vida.

3.2. Qualidade de vida no ciclo gravídico-puerperal

A QV materna tem sido objeto de estudo de muitos pesquisadores no decorrer dos anos, envolvendo todo o ciclo reprodutivo, gestação, parto e puerpério, e apresenta-se como importante indicador da qualidade dos cuidados de saúde nos diferentes níveis de atenção.

Estudos sobre QV relacionada à saúde de gestantes, apontam que os instrumentos mais utilizados foram o WHOQOL-*bref* e o *Short Form-12 Health Survey* (SF-12), enfatizando fatores como presença de dor, náusea e vômito, depressão, baixa escolaridade, atividade física, idade mais jovem, ausência do parceiro e apoio social associados a QV das gestantes. Apontou ainda, escassa publicação de profissionais de enfermagem, sugerindo maior atuação deste profissional na pesquisa sobre o tema, para o desenvolvimento de intervenções eficazes e uma prática de enfermagem de qualidade e, conseqüentemente, melhorar a QV das mulheres na gravidez e no parto (CALOU *et al.*, 2014).

No Brasil, as pesquisas voltadas para QV na gestação abrangem grande diversidade de temáticas, tanto em grupo de gestantes saudáveis enfatizando aspectos como qualidade do sono, autoestima, promoção da saúde, como de grupos de gestantes com agravos de saúde, como sobrepeso, disfunção sexual e infecção pelo HIV (SANTOS *et al.*, 2015; TIRADO *et al.*, 2014; BEZERRA *et al.*, 2015; CASTRO; FRACOLLI, 2013; RIBEIRO *et al.*, 2015).

No nordeste do Brasil, estudo correlacional, quantitativo e transversal realizado com 261 gestantes em duas unidades públicas que prestam serviços de pré-natal e uma unidade privada na cidade de Fortaleza, demonstrou que idade gestacional, tipo de moradia, ocupação, uso de drogas ilícitas, não recebimento de apoio do parceiro e idade materna foram os preditores que influenciaram negativamente a QV, sugerindo a relevância na identificação destes para planejamento e implementação de ações que visem a melhoria da QV materna (CALOU *et al.*, 2018).

A abordagem de cuidados da mulher depois do parto é orientada ao bem-estar. Na medida em que tantas informações importantes precisam ser compartilhadas com essas mulheres em tão pouco tempo, é preciso que seu cuidado seja planejado e realizado de maneira atenciosa. O plano de cuidado de enfermagem inclui tanto a mulher no pós-parto quanto seu recém-nascido. Em nenhum outro momento o cuidado de maternidade centrado na família é mais importante do que no período pós-parto, o cuidado de enfermagem é realizado no contexto da unidade familiar e concentra-se na estimativa e no apoio da adaptação fisiológica e emocional da mulher depois do parto. Durante o período pós-parto imediato, os componentes do cuidado de enfermagem incluem ajudar a mãe a repousar e a se recuperar do trabalho de parto e do nascimento, avaliar as adaptações fisiológicas e psicológicas depois do parto, prevenir complicações, promover a educação a respeito de autocuidado e cuidados neonatais e apoiar a mãe e seu parceiro durante a transição inicial à parentalidade (LOWDERMILK *et al.*, 2012).

Estudos sobre QV no período pós-parto realizados em diversos países apresentam-se como contribuições significativas para a saúde, para as mulheres e para a família, entretanto, muitas vezes sua avaliação não faz parte do planejamento de cuidados. Mudanças significativas ocorrem na QV relacionada à saúde durante o período puerperal, estudo prospectivo, realizado com 363 mulheres na gravidez e puerpério na Austrália, demonstrou que após o parto, o sofrimento materno foi negativamente relacionado à QV relacionada à saúde. Tais achados foram utilizados pelo autor para enfatizar a importância que os enfermeiros apresentam, em aplicarem uma visão mais ampla da saúde, abrangida pelas medidas de QV relacionadas à saúde, e ao potencial delas para alertar os profissionais de saúde ao prestar assistência. Uma avaliação de saúde mais rigorosa para mães em risco é útil, para que seja dado apoio e acompanhamento adequados (EMMANUEL; SUN, 2014).

Estudo transversal realizado no Brasil, com o objetivo de analisar satisfação e importância de aspectos da QV de 103 puérperas de um município de Minas Gerais,

apontaram que o domínio socioeconômico foi o mais comprometido neste período e o domínio família foi o que apresentou melhores escores, indicando importância e satisfação diante do nascimento e da configuração familiar. A presença de dor e as condições socioeconômicas foram os principais motivos de insatisfação das puérperas, enquanto que a saúde dos filhos e da família foi sinalizada como o item mais importante e de maior satisfação para as mesmas. Achados que demonstram possíveis aspectos que podem configurar-se como potenciais fatores de desencadear agravos ou alterações que comprometam à saúde materna (CONDELES *et al.*, 2019).

Tratando-se do nordeste do Brasil, estudo transversal, realizado na cidade de Fortaleza, sobre a QV em puérperas, com a participação de 210 mulheres entre 7 e 10 dias pós-parto, demonstrou a importância da sensibilidade dos profissionais de saúde quanto aos preditores da QV das mulheres no período pós-parto identificados no estudo: raça e estado civil, bem como condições associadas à vulnerabilidade materna, como idade extrema, falta de apoio social, raça não-branca, desemprego, baixo nível de escolaridade, baixo nível socioeconômico, nascimento de apenas um filho, presença de queixas físicas, poucas consultas de pré-natal e falta de educação em relação à QV no período pós-parto. Além disso, o aprimoramento do conhecimento sobre a experiência pós-parto e materna pode auxiliar no desenvolvimento de intervenções em saúde para melhorar a QV nessa população. (OLIVEIRA *et al.*, 2015)

É importante enfatizar que a promoção da QV materna deve ser considerada como ação indispensável no contexto da comunidade de países e povos que partilham a Língua Portuguesa (CPLP), visto que as ações desenvolvidas por esta comunidade têm objetivos precisos e traduzem-se em diretivas concretas, voltadas para sectores prioritários, como a Saúde e a Educação, a Segurança Alimentar e o Ambiente, entre outros domínios (CPLP, 2019).

Tratando-se da assistência de enfermagem na promoção da QV no contexto intercultural de puérperas, estudo realizado em dois hospitais públicos de Portugal com o objetivo de identificar a dimensão do cuidado cultural na interação entre enfermeiras e puérperas, demonstrou que tal público reconhece as atitudes dos profissionais de enfermagem como sendo imprescindíveis ao processo de cuidar, atitudes como ajudar, estar presente, exercício da competência cultural, e valorização de recursos linguísticos utilizados na interação, a existência de tradutores nos hospitais. Por outro lado, enfermeiras e mães apontaram algumas restrições que podem atrapalhar sua interação, como a incapacidade de alguns enfermeiros em perceber que a competência cultural é

muito mais do que fazer contato com estrangeiros, outros aceitaram sua incompetência cultural e, como consequência, referiram que realmente precisam aprofundar e adquirir maior conhecimento sobre a interculturalidade. Além disso, algumas das puérperas revelaram que podiam sentir essa falta de apoio das enfermeiras na maneira como lidavam com as situações de amamentação e no desconforto causado por termos técnicos/médicos usado por alguns profissionais durante suas interações, que fizeram com que indicações e mensagens se tornassem incompreensíveis. Por isso, é necessária consciência da importância da competência cultural como estratégia de promoção da saúde materna e de um cuidado individualizado eficaz (COUTINHO *et al.*, 2019).

Dessa forma, o desenvolvimento de estudos voltados a QV materna, especificamente no puerpério, permite contribuição importante na melhoria do cuidado em saúde da mulher, criança, família e sociedade, considerando que tal desenvolvimento é essencial em todos os contextos sociais e culturais, reforçando a necessidade de uma visão ampliada a respeito da temática para outros países.

3.3. Depressão pós-parto: aspectos gerais sobre fatores relacionados, diagnóstico e instrumentos de avaliação

A DPP tem sido alvo de inúmeros estudos, tendo em vista o aumento da prevalência deste quadro clínico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017), à dificuldade diagnóstica, os danos causados à mãe, bem como pelo seu impacto no desenvolvimento infantil. O manejo na temática enfrenta dificuldades diante da ausência de uma concordância na conceituação e codificação da DPP. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) publicado nos Estados Unidos em 2013 e no Brasil em 2014, traz que o momento de realizar o diagnóstico deve ser da gestação até 4 semanas após o parto, utilizando o termo “periparto”. A décima versão Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) apresenta a DPP como um diagnóstico separado, e apresenta como momento de realizar o diagnóstico até 6 semanas após o parto, utiliza o termo “pós-natal”. No entanto, alguns pesquisadores consideraram o diagnóstico de DPP em até 12 meses após o parto (BRUM, 2017).

Tais descrições refletem a falta de concordância nos manuais oficiais que norteiam os profissionais e pesquisadores da área. Contudo, é importante considerar o potencial dos efeitos adversos da DPP para a relação mãe-bebê e para o desenvolvimento infantil, reforçando a necessidade da identificação precoce do diagnóstico fazendo dela

um fator de proteção. Assim os profissionais de saúde precisam adquirir habilidades, instrumentos e recursos para detectar de modo precoce e tratar de forma eficiente a DPP, expandindo o critério temporal do diagnóstico da gestação até 1 ano após o parto (BRUM, 2017).

Os pensamentos automáticos negativos são um componente importante da sintomatologia da DPP. Apesar da ocorrência de pensamentos negativos no período pós-parto ser identificada na maioria das mulheres, as mulheres com sintomatologia depressiva apresentam pensamentos negativos mais intensos, frequentemente relacionados com a incapacidade de cuidar do bebê e com o medo de ficarem sozinhas com ele (FONSECA; CANAVARRO, 2017).

Os sintomas podem incluir humor deprimido, choro, perda de interesse e prazer, perda de confiança, alterações no padrão de sono, perda de concentração, autculpa e pensamentos de suicídio, levando a uma incidência três vezes maior nas primeiras cinco semanas após o parto (IRANPOUR *et al.*, 2016).

Fatores como gravidez precoce ou não planejada, carência de apoio do companheiro, instabilidade familiar e baixas condições socioeconômicas podem contribuir como agentes facilitadores no surgimento de algum transtorno mental na puerpera. A elucidação de fatores de risco somado a uma atenção qualificada desde o pré-natal pode ser determinante para a redução dos transtornos mentais identificados no puerpério. Quanto mais precocemente se detectarem os fatores de risco, melhor assistência poderá ser oferecida à puerpera (MACIEL *et al.*, 2019).

Uma revisão sistemática sobre as escalas de rastreamento para diagnóstico de DPP realizada com 18 estudos com delineamento de ensaio clínico, estudo de coorte, caso controle e transversal, demonstrou diversidade de instrumentos com enfoque no rastreamento de DPP ou risco de desenvolvê-la, sendo que a escala mais utilizada foi a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Tal diversidade favorece a busca da escala apropriada para os diferentes serviços de saúde, nos diferentes momentos do ciclo gravídico-puerperal (SCHARDOSIM; HELDT, 2011).

A EPDS constitui um instrumento adequado de triagem da DPP, podendo ser implementada na rede pública de saúde devido a sua facilidade, rapidez de aplicação, baixo custo e possibilidade de aplicação por qualquer profissional de saúde. O amplo uso da escala pode ser associado a um aumento nos índices de diagnóstico e tratamento da doença, minimizando assim seus possíveis efeitos deletérios sobre mãe e filho (FIGUEIRA *et al.*, 2009).

Um estudo com delineamento transversal, descritivo e probabilístico que envolveu 204 mulheres no pós-parto imediato (entre o segundo e o terceiro dia após o parto), atendidas numa maternidade de um município de Mato Grosso - Brasil, analisou a prevalência dos sintomas da depressão e suas associações utilizando a EDPS. Demonstrou em seus achados uma alta prevalência (24,51%) de puérperas com provável sintomatologia depressiva no pós-parto imediato, e fatores com indicativo de associação: fumar, ter familiar com problema mental, sofrer abuso psicológico/emocional, morar de aluguel e ter sogra que interfere nos cuidados com o recém-nascido. Por isso, é importante identificar as pacientes vulneráveis e implantar intervenções adequadas, além de dar apoio psicológico e educativo (MONTEIRO *et al.*, 2018).

Diante do exposto, é necessário avançar no desenvolvimento de estudos com enfoque na presente temática, a fim de reunir achados e conhecimentos necessários para a redução do potencial de adoecimento e impacto social e familiar, como a DPP, considerando aspectos da vida que exercem importante influência sobre a prevalência.

3.4. Contexto da Pandemia por COVID-19

No final do ano de 2019, houve um surto de uma nova doença respiratória detectada na cidade de Wuhan, na China, intitulada COVID-19, provocada pelo novo coronavírus. Em aproximadamente dois meses foram detectados milhares de casos, resultando em inúmeros óbitos. Anteriormente, aconteceram outras duas epidemias de coronavírus chamadas de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) e Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), mas a COVID-19 se destaca pela rapidez de disseminação e pelas dificuldades para contenção (SILVA *et al.*, 2020). Em março, após muitos debates e busca de evidências, com a proliferação em escopo planetário do vírus nomeado SARS-CoV-2, a OMS declarou a COVID-19 como uma pandemia (OPAS, 2020).

A pandemia trouxe uma situação de crise e emergência, com reflexos sociais, econômicos e na saúde física e mental das populações, especialmente as mais vulneráveis. As políticas e ações governamentais dedicaram-se às possibilidades de contenção e mitigação dos efeitos biológicos e letais da doença. Em situações de confinamento e isolamento condicionados à pandemia, houve a necessidade de promoção de ações voltadas ao comportamento seguro, com destaque para o cumprimento de regras e ao autocuidado. Entretanto, constata-se neste momento de enfrentamento à contaminação, a

proliferação de problemas na saúde mental das pessoas. Revisão de estudos sobre situações de quarentena apontou alta prevalência de efeitos psicológicos negativos, especialmente humor rebaixado e irritabilidade, ao lado de raiva, medo e insônia, muitas vezes de longa duração (BROOKS *et al.*, 2020).

No Brasil, foram identificados grupos de risco para melhor controle e atenção durante a epidemia a exemplo de idosos, hipertensos, indivíduos com problemas respiratórios crônicos e recentemente foram incluídas as gestantes e puérperas. No que se refere às gestantes, muitas mulheres têm receio dos problemas que possam ocorrer durante o período da gestação e no momento do parto, como a possibilidade de transmissão vertical do vírus. Sobre isso, os estudos ainda não são conclusivos: há aqueles que sinalizam a possibilidade do aparecimento de sintomas semelhantes ao da mãe infectada no recém-nascido; e outros que referem à impossibilidade de rompimento da barreira placentária (HOFFMANN *et al.*, 2020).

Em relação ao parto, algumas maternidades e hospitais adotaram o isolamento antes, durante e após o parto, como medida de segurança de saúde, para diminuir o risco de contaminação pelo COVID- 19. Entretanto, mesmo diante de um cenário adverso, os direitos das mulheres devem ser respeitados, pois o direito da parturiente à um acompanhante é respaldado pela Lei nº 11.108/2005 (ESTRELA *et al.*, 2020). Cabe destacar que essa companhia é essencial para fornecer um apoio para as mulheres, principalmente as mães de primeira viagem. Pesquisa brasileira aponta que a presença de uma pessoa conhecida pela gestante no parto é capaz de amenizar a dor, promover segurança, bem-estar emocional e físico (SOUZA; GUALDA 2016). Entretanto, esse dilema foi vivenciado por profissionais, famílias e as próprias mulheres, que experienciaram o conflito entre o desejo de estar acompanhadas, e a preocupação com a sua própria segurança e de seu filho.

O período gestacional, segundo estudiosos, emerge uma nova realidade e esta retoma as vivências psicossociais anteriores, por isso, é um período que provoca grandes mudanças orgânicas e psicológicas na mulher e todos que a rodeiam. Uma gestação permeada por ansiedades e inseguranças pode ser potencialmente um fator de risco para o aparecimento de doenças psicossomáticas, gerando prejuízos à saúde mental da mulher e de seus familiares (BONASSI; MELGAÇO, 2020).

A somatização é compreendida como sintomas físicos de origem emocional, que podem ter origem nos pensamentos disfuncionais e emoções fortes que abalam o sistema psíquico e são revelados nas puérperas por repercussões expressas por cefaleia,

sintomas gastrointestinais, além de questões de ordem psicológicas, sendo que ambas predis põem e/ou intensificam a depressão pós-parto, que é muito comum em cerca de 25% das brasileiras. Diante disso, a fim de auxiliar na redução de impactos sobre a saúde mental das puérperas, faz-se necessário que os profissionais estejam atentos aos sinais e sintomas mais comuns de DPP, que são: ansiedade, ataques de pânico, culpa, insônia, perda de apetite e falta de concentração (FIOCRUZ, 2016). O olhar sensível e a escuta qualificada são essenciais para reconhecer a mulher nessa situação e, a partir de então, encaminhar para uma equipe multiprofissional.

Segundo a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) as puérperas apresentam maior risco de gravidade de ser infectadas pelo vírus, tornando assim primordial o cumprimento das orientações como forma de prevenção. Os impactos para as puérperas nesse período podem ser diversos, pois, além de alterações físicas, hormonais e emocionais inerentes a esta fase, soma-se ainda a mudança de hábitos em relação ao cuidado com o bebê e o aleitamento (PAZ *et al.*, 2020).

Estudos apontaram que gestantes detectadas com infecção suspeita, provável ou confirmada por COVID-19, apresentam risco maior de ansiedade e depressão, com a possibilidade de exibir vários graus de sintomas psiquiátricos que são prejudiciais à saúde materna e fetal. Esses fatores inevitavelmente causam estresse adicional para as mães no período pós-parto, e por isso, a atenção à saúde mental do paciente deve incluir a avaliação imediata de seus padrões de sono e fontes de ansiedade e depressão (POON *et al.*, 2020).

Assim, além dos riscos biológicos, as condições particulares de vulnerabilidade das puérperas e dos recém nascidos durante o período de pandemia devem ser considerados (ALMEIDA, LEÃO, BARROS, 2020). Esta nova realidade demanda dos serviços de saúde novas abordagens, referentes à infraestrutura adequada para possíveis necessidades, como internações nas UTI's, porém, também demanda da rede de apoio desta mulher e do serviço de saúde que a acompanha na identificação de fatores agravantes para sintomas depressivos ou que afetam sua qualidade de vida.

Sendo considerada uma importante área de atuação ainda no período pré-pandêmico, o cuidado a saúde mental de gestantes e puérperas com a vivência da pandemia tornou-se ainda mais urgente. Somado a outros fatores potenciais ao adoecimento mental das mulheres, a pandemia do novo coronavírus, traz um importante alerta de como a soma desses fatores pode impactar a saúde mental de grávidas, inclusive, no período do parto e pós-parto das mulheres (NOMURA *et al.*, 2021).

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo correlacional, de corte transversal e com abordagem quantitativa, que foi realizado por meio eletrônico, via *Google Forms*®.

Um estudo correlacional consiste na investigação sistemática da natureza das relações ou associações entre as variáveis, ao invés de relações de causa e efeito, avaliando a relação entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis em um determinado contexto. Possui modelo transversal, em que os dados são coletados em um único ponto no tempo, sendo utilizado para examinar a relação entre as variáveis de interesse (POLIT; BECK, 2019).

O presente estudo apresenta uma abordagem quantitativa, visto que as informações foram coletadas por meio de instrumentos formais, resumidos e analisados de forma quantitativa (POLIT; BECK, 2019), baseando-se na medição numérica, e utilizando análise estatística (SAMPIERI, 2013).

4.2. Local e período do estudo

O presente estudo foi realizado no Estado do Ceará, de forma *online*, entre os meses de dezembro de 2020 a março de 2021. Para alcance e coleta de dados com o público alvo, foram utilizadas as mídias sociais: *Instagram*® e *WhatsApp*®, possibilitando recrutamento da amostra, através de convite e disponibilidade de link para acesso aos instrumentos que serão indexados no *Google Forms*®.

As referidas redes sociais possuem área de bate papo, onde o link pode ser compartilhado, e a rede social *Instagram*® possui *feed* de notícias, que permite publicação dos convites.

4.3. População e amostra

A população do presente estudo foi constituída por mulheres no puerpério, que estivessem com até 45 dias após o parto, período que se constitui como pós-parto imediato (do primeiro ao décimo dia após a parturição) e pós-parto tardio (do décimo primeiro ao quadragésimo quinto dia). Mulheres no pós-parto remoto (além do 45º dia)

não foram incluídas, visto que, trata-se de um período de duração imprecisa, variando com a presença ou não de lactação e retorno da ovulação ou da função reprodutiva feminina (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2014).

Foi utilizada técnica de amostragem não probabilística, do tipo intencional, por conveniência, visto que, não há determinação da probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa. Nesta técnica foi utilizada a amostragem bola de neve ou cadeias de referência, empregando informantes-chaves, nomeados como sementes, os responsáveis por iniciar a rede de amostra (VINUTO, 2014). Nesse método, os sujeitos de estudo existentes recrutam futuros sujeitos entre seus conhecidos, e a amostragem continua até a saturação de dados (NADERIFAR; GOLI; GHALJAIE, 2017).

Esse tipo específico de amostragem é útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados (VINUTO, 2014), sendo sua escolha justificada no presente estudo devido ao contexto da pandemia por COVID-19, que levou a adoção de medidas de distanciamento social e redução da presença de pessoas a um mínimo aceitável e seguro em serviços de saúde. Dessa forma, as puérperas não puderam ser recrutadas presencialmente.

O recrutamento foi realizado por meio de Redes Sociais, que se constituem como uma das formas mais utilizadas de mídia social, permitindo o compartilhamento de informações e o contato entre as pessoas, além de fornecer uma forma de localizar e conectar-se com elas. As redes sociais tem apresentado crescimento no campo da pesquisa, sendo um método acessível de participação na pesquisa em saúde. O uso de redes sociais oferece benefícios como a disseminação de informações e no recrutamento de participantes para estudos, atuando como plataforma de comunicação e apoio entre indivíduos que se encontram em situação semelhante (MESQUITA; ZAMARIOLI; FULQUINI; CARVALHO; ANGERAMI, 2017), sendo uma estratégia promissora para recrutamento de sementes.

Em 2018, a Internet era utilizada em 79,1% dos domicílios do Brasil. Tratando-se especificamente da Região Nordeste, esse percentual tinha uma redução de 10% (69,1%), sendo o telefone móvel o mais utilizado para este fim (99,3%). Ainda tendo em consideração a região nordeste, em área urbana havia 77,2% de domicílios em que havia utilização de internet, enquanto a área rural apresentou somente 44,2%. (IBGE, 2021). Fator social que pode ter interferido no tamanho e caracterização da amostra final.

As mídias sociais utilizadas foram: WhatsApp, através do contato telefônico da pesquisadora responsável; e Instagram, por meio da criação de uma página sobre

qualidade de vida no pós-parto, e através da busca por marcações de usuárias, usando a localização de hospitais e maternidades do Ceará.

Primeiramente, através do telefone/Whatsapp da pesquisadora responsável, foram encaminhados convites para sementes: profissionais enfermeiros, docentes, grupos de pesquisa e rede pessoal. As sementes indicaram as possíveis participantes, e em seguida, foi solicitado que as mulheres indicadas pelas sementes indicassem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal.

Concomitante a isto, foi criada uma página no *Instagram* especificamente para a pesquisa, para divulgação do convite, a fim de localizar as participantes com o perfil necessário para o estudo através das sementes, dentro da população geral. (Figura 1).

Figura 1 – Página criada na rede social *Instagram*. Ceará, 2021.



Considerando a temática da página, foram criadas postagens com conteúdo informativo, possibilitando interação através de curtidas, comentários e compartilhamentos, favorecendo o alcance do público alvo (Figura 2 e 3).

Figura 2 – Postagem criada para convite de participação ao estudo. Ceará, 2021.



Figura 3 – Feed da página com publicações com conteúdo informativo e interativo. Ceará, 2021.



O recrutamento através do *WhatsApp* e página do *Instagram* não gerou a rede de participação (bola de neve) esperada, por isso durante os meses destinados a coleta, foi adotada uma outra estratégia para alcance do público.

A rede social *Instagram* permite aos usuários a busca por marcações de outros usuários em determinadas localizações. Usando essa função, foi identificada a localização de hospitais e maternidades no Ceará através do *Google Maps*, e posteriormente tais localizações foram buscadas no *Instagram*, a fim de localizar possíveis participantes que divulgaram postagens com marcações nos referidos locais.

Após localizar uma possível participante, a área de bate papo foi acessada, onde um texto convite e o link para participação foi compartilhado. Através dessa estratégia foram alcançadas a maioria das participantes do estudo.

4.4. Critérios de inclusão

Foram adotados como critérios de inclusão: puérperas com idade igual ou maior a 18 anos; mulheres no puerpério imediato ou tardio (até 45 dias após o parto); e puérperas com residência atual no Ceará.

4.5. Critérios de exclusão

Quanto aos critérios de exclusão: puérperas com recém-nascidos natimortos; puérperas com recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), critério estabelecido considerando o princípio ético da não maleficência.

4.6. Procedimento para coleta de dados

Todas as participantes, após convite através das redes sociais, receberam orientação e esclarecimentos sobre a pesquisa por meio do acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Versão online (APÊNDICE A), a qual também foi disponibilizada para download, visando garantir às participantes o acesso, sempre que necessário, às informações sobre seus direitos com relação ao estudo, bem como aos contatos da pesquisadora e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

Os instrumentos usados foram: Questionário sobre dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos (APÊNDICE B), a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) que foi validada para versão brasileira com denominação: Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo por Santos (1995) (ANEXO I) e o Instrumento (versão abreviada) *The World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-bref) – (ANEXO II). O tempo estipulado para autopreenchimento dos instrumentos foi em torno de quinze a vinte minutos. Cada instrumento teve sua versão via *Google Forms*, e foram aplicados em forma de questionários, que foram autopreenchidos pelas puérperas. A versão online apresentou as orientações e esclarecimentos para o preenchimento.

Para verificação do atendimento aos critérios de inclusão e exclusão, antes do início do autopreenchimento, as participantes assinalaram uma série de itens sobre os critérios de inclusão e critérios de exclusão, que definiram se tais possuíam o perfil adequado para participação do estudo, de modo que, ao analisar as respostas salvas na planilha do *Google Forms*®, foi possível excluir qualquer participante que não contemplasse todos os critérios.

4.7. Instrumentos para a coleta de dados

4.7.1. Questionário sociodemográfico, clínico e obstétrico

O questionário contendo variáveis sociodemográficas, clínicas e obstétricas, construído pela pesquisadora, foi utilizado com o propósito de caracterizar a amostra de puérperas. Constituído por 45 perguntas, de caráter qualitativo e quantitativo, foi autopreenchido pelas participantes.

A primeira parte constitui-se pelos dados sociodemográficos: naturalidade, nacionalidade, município de residência, estado, idade, raça, situação conjugal, ocupação, escolaridade, religião, renda familiar tipo de domicílio e pessoas que moram no domicílio.

A segunda parte é constituída pelos dados clínicos e obstétricos: período pós-parto tipo de parto, profissional que realizou o parto, amamentação, intercorrência durante o parto, peso do RN, ajuda com cuidados com o RN, número de gestações, número de filhos vivos, ocorrência de abortos, peso, altura, patologias, gravidez planejada, aceitação da gravidez, número de semanas gestacionais na primeira consulta de pré-natal, número total de consultas pré-natal, classificação de risco da gestação, profissional que realizou pré-natal, uso de medicação antidepressiva durante a gestação, uso de bebidas alcoólicas

na gestação, fumo, uso de droga ilícita durante a gestação, patologia intercorrente na gestação, histórico familiar de depressão, histórico pessoal de depressão. Consta ainda, perguntas referentes ao contexto da pandemia por COVID-19 e suas implicações na qualidade de vida e saúde mental.

4.7.2. Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)

A EPDS foi desenvolvida em 1987 para auxiliar os profissionais de saúde da atenção primária, inicialmente, a detectar mães que sofrem de DPP. Foi desenvolvido nos centros de saúde das cidades de Livingston e Edimburgo, na Escócia. Apresentou uma sensibilidade de 86%, especificidade de 78%, valor preditivo de 72% e consistência interna de 0,88, sendo considerado satisfatório (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987).

Desde seu desenvolvimento, a EPDS foi adaptada e validada em diversos países, incluindo o Brasil. Foi traduzida e validada em 1995 por Santos e mostrou consistência interna razoável, apresentando alfa de Cronbach de 0,80, sensibilidade de 72%, especificidade de 89% e valor preditivo de 78% (SANTOS; MARTINS; PASQUALI, 1999). Passou a ser uma escala de rastreamento largamente encontrada em pesquisas de DPP no Brasil, visto que a maioria dos estudos a utilizam (CANTILINO *et al.*, 2010). A escala pode ser ou não conclusiva para a etiologia da Depressão Pós-Parto, porém, identifica sintomas que podem ser considerados típicos de uma síndrome depressiva. Por isso, o presente estudo considerou necessário encaminhamento para avaliação por profissionais de saúde com respaldo técnico e científico para este fim nos casos em que foi identificado pontuação de risco de DPP.

A EPDS é uma escala autoaplicável, constituída de dez itens relacionados a sintomas comuns de depressão, divididos em quatro graduações de respostas do tipo Likert (0 a 3): 0 (zero) para ausência do sintoma, 3 (três) para a maior gravidade e duração, e 1 (um) e 2 (dois) como pontuações intermediárias. Desta forma, a pontuação total varia de zero (melhor situação) a 30 (pior situação). Maiores escores significa maior risco de desenvolver DPP. Para a análise, é importante ressaltar que os itens 3,5,6,7,8,9 e 10 são cotados inversamente (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987).

A presente escala não está dividida em domínios, entretanto é capaz de abranger diversas áreas da temática, abordando os sintomas: depressão do humor, depressão do humor com sintomas físicos, ansiedade, culpa, desempenho pessoal, antecipação do prazer, anedonia, e ideação suicida. A identificação de tais sintomas

oportuniza os profissionais de saúde realizarem intervenções precocemente (CHAVES, 2012).

A EPDS mede a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias. Sua aplicação é rápida e simples, podendo ser utilizada por profissionais da área de saúde não-médicos. Devido a variações metodológicas e inter-regionais, existem pequenas diferenças relacionadas ao ponto de corte mais indicado para identificação da DPP, bem como a sua especificidade, achados evidenciados por estudos realizados no Brasil. No presente estudo, como ponto de corte, foram identificadas com sintomas que indicassem a probabilidade de DPP, puérperas que apresentaram pontuação ≥ 10 pontos na escala de avaliação, conforme estudos de validação realizados com amostras brasileiras, que obtiveram boa sensibilidade da escala (82,6-86,4%) e especificidade de 65,4-91,1% (FIGUEIRA *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2007). Sendo um instrumento autoaplicável, foi indexado a plataforma *Google Forms*® para autopreenchimento das puérperas.

4.7.3. Instrumento abreviado *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)*

O WHOQOL-*bref* desenvolvido entre os anos de 1995 e 1998, é uma versão abreviada do WHOQOL-100, instrumento para avaliar QV dentro de uma perspectiva transcultural (FLECK *et al.*, 2000b).

O WHOQOL-*bref* foi validado no Brasil por Fleck e colaboradores em 2000, consiste em um instrumento genérico para avaliar a QV. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes. É amplamente utilizado em diferentes países e em 20 idiomas. O instrumento abreviado faz um inventário das atividades desenvolvidas nas duas últimas semanas do entrevistado. Apresenta características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. Ao preservar cada uma das 24 facetas do instrumento original (WHOQOL-100), a versão abreviada preservou a abrangência do construto “qualidade de vida” incluindo itens não só referentes a aspectos físicos e psicológicos, mas também relativos ao meio ambiente e relações sociais (FLECK *et al.*, 2000b).

O WHOQOL-*bref* é um questionário autoaplicável, constituído por 26 questões, sendo que a primeira questão é relacionada a percepção da QV, a segunda a

satisfação com a saúde e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas, as quais compõem 4 domínios: físico (questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18), psicológico (questões 5, 6, 7, 11, 19, 26), relações sociais (questões 20, 21, 22) e meio ambiente (questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, e 25), que compõe o instrumento original (GROUP, 1998) (Quadro 1).

Quadro 1 – Domínios e facetas do WHOQOL-*bref.* Ceará, 2021.

Domínio 1 - Domínio físico
Dor e desconforto
Energia e fadiga
Sono e repouso
Mobilidade
Atividades da vida cotidiana
Dependência de medicação ou de tratamentos
Capacidade de trabalho
Domínio 2 - Domínio psicológico
Sentimentos positivos
Pensar, aprender, memória e concentração
Autoestima
Imagem corporal e aparência
Sentimentos negativos
Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio 3 - Relações sociais
Relações pessoais
Suporte (Apoio) social
Atividade sexual
Domínio 4 - Meio ambiente
Segurança física e proteção
Ambiente no lar
Recursos financeiros
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
Transporte

Fonte: (FLECK *et al.*, 2000b).

Cada faceta é avaliada por uma questão e o entrevistado apresenta suas respostas seguindo a escala Likert, com escores que variam de 1 a 5, incluindo intensidade (“nada” a “extremamente”), capacidade (“nada” a “completamente”), frequência (“nunca” a “sempre”) e avaliação (“muito insatisfeito” a “muito satisfeito”; “muito ruim” a “muito

bom”). As pontuações de cada domínio são transformadas numa escala de 0 a 100 e expressas em termos de médias por domínio, sendo que escores mais altos sugerem melhor percepção de QV, conforme preconiza o manual produzido pela equipe do WHOQOL (GROUP, 1998). Os escores do WHOQOL-*bref* constituem-se em uma escala diretamente proporcional a QV e não apresenta um ponto de corte, o qual possa determinar a QV como “boa” ou “ruim”. O escore médio em cada domínio indica a percepção do indivíduo quanto à sua satisfação em cada aspecto em sua vida, relacionando-se com sua QV. Quanto maior a pontuação, melhor essa percepção (SILVA *et al.*, 2014).

O WHOQOL-*bref* mostrou-se uma alternativa útil para as situações em que a versão longa é de difícil aplicabilidade, como em estudos com a utilização de múltiplos instrumentos de avaliação. Diante disso, o instrumento descrito se aplica para uso no atual estudo, por tratar-se de um instrumento curto, de fácil aplicação, e pela possibilidade de ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas. Além de considerar o caráter transcultural, o instrumento WHOQOL-*bref* valoriza a percepção individual da pessoa, podendo avaliar QV em diversos grupos e situações (FLECK *et al.*, 2000b). Sendo um instrumento autoaplicável, foi indexado a plataforma *Google Forms*® para autopreenchimento das puérperas.

4.8. Variáveis

4.8.1. Variáveis preditoras

Foram consideradas como variáveis preditoras: (1) variáveis sociodemográficas: município de residência, estado, idade, raça, situação conjugal, ocupação, escolaridade, religião, renda familiar tipo de domicílio e pessoas que moram no domicílio; (2) variáveis clínicas e obstétricas: período pós-parto tipo de parto, profissional que realizou o parto, amamentação, intercorrência durante o parto, peso do RN, ajuda com cuidados com o RN, número de gestações, número de filhos vivos, ocorrência de abortos, peso, altura, patologias, gravidez planejada, aceitação da gravidez, número de semanas gestacionais na primeira consulta de pré-natal, número total de consultas pré-natal, classificação de risco da gestação, profissional que realizou pré-natal, uso de medicação antidepressiva durante a gestação, uso de bebidas alcoólicas na gestação, fumo, uso de droga ilícita durante a gestação, patologia intercorrente na gestação, histórico familiar de depressão, histórico pessoal de depressão e aspectos sobre

o cenário da pandemia por COVID-19; e (3) a presença de sintomas depressivos no puerpério, medida por meio do cálculo final de escores do EPDS.

4.8.2. Variável desfecho

A variável desfecho foram os escores de QV, medidos por meio do cálculo final do *WHOQOL-bref*, através da pontuação de cada pergunta: percepção da QV, satisfação com a saúde e dos 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e 24 facetas (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho; sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais; relações pessoais; suporte (apoio) social; atividade sexual; segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima); transporte).

4.9. Organização e análise de dados

Todos os dados coletados via *Google Forms* foram dispostos em banco de dados no programa *Microsoft Office Excel 2013* e, em seguida, transferidos e analisados por meio do *software SPSS* versão 24.

Para as variáveis qualitativas foram calculadas frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas foram resumidas por meio das estatísticas: média, desvio padrão, quartis, mínimo e máximo. A relação de dependência entre a variável "sintomas depressivos" e as demais foi testada por meio dos teste qui-quadrado ou exato de Fisher.

As pontuações dos domínios da QV foram avaliadas quanto a normalidade por meio do teste de Shapiro-Wilk e comparados com as variáveis independentes por meio dos testes não-paramétricos de Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis. Os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas e para todos os procedimentos inferenciais foi adotado um nível de significância de 5%.

4.10. Procedimentos e aspectos éticos da pesquisa

O estudo foi realizado de forma a cumprir a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), onde todas as participantes do estudo tiveram acesso ao TCLE, deste modo concordando em participar do estudo e autorizando o pesquisador a analisar os dados coletados. Sendo da responsabilidade do pesquisador o armazenamento adequado dos dados coletados, bem como os procedimentos para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa, conforme Carta Circular nº 1/2021 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNILAB, e emitido parecer consubstanciado de aprovação para a sua realização: 4.394.957, CAAE: 29413120.0.0000.5576.

4.11. Riscos e benefícios aos participantes

Os possíveis riscos a que as participantes estavam susceptíveis foram: constrangimento ao revelar pensamentos, ou despertar sentimentos, por responder a questões sensíveis. Entretanto, para minimização dos riscos referentes a coleta de dados online, foram adotadas as seguintes estratégias: esclarecimento às participantes quanto a confidencialidade de todos os dados coletados, e liberdade em optar por não participar da pesquisa ou interromper a participação a qualquer momento, caso houvesse qualquer desconforto; nos formulários online foi solicitado de forma voluntária o contato telefônico/WhatsApp, para posterior contato, se necessário. Após início da coleta de dados, uma vez na semana foi verificado a pontuação total obtida na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) pelas participantes, no intuito de identificar o risco e intervir precocemente. As puérperas que, no rastreamento realizado através da escala, apresentaram pontuação ≥ 10 pontos, foram contactadas através dos contatos registrados, e receberam orientação e uma carta de encaminhamento ao serviço de Saúde da Família/NASF mais próximo de sua residência para melhor acompanhamento puerperal. Além disso, essas puérperas foram convidadas a participar de um grupo no WhatsApp de Promoção da saúde mental no pós-parto. Como estratégia de promoção da saúde foram compartilhadas, via WhatsApp, mensagens, vídeos e orientações semanais, baseadas em materiais recomendados pelo Ministério da Saúde do Brasil, literatura científica nacional e internacional, instituições e organizações de saúde materna, oportunizando diálogo e interação.

5. RESULTADOS

Participaram do estudo 213 mulheres. Após a verificação do atendimento aos critérios de inclusão e exclusão foi possível excluir as participantes que não contemplaram todos os critérios. Foram excluídas 39 participantes, sendo estas as justificativas: 5 com idade menor que 18 anos, 17 estavam com mais de 45 dias pós-parto, 8 participações repetidas e 9 estavam com recém-nascidos ainda internados, em UTIN ou UCIN.

Assim, foram incluídas no estudo 174 puérperas, residentes no estado do Ceará, sendo a maioria residente na capital de Fortaleza (58,6%; n=102), na faixa etária de 18 a 30 anos (70,1%; n=122), conforme a Tabela 1, que descreve os dados sociodemográficos das participantes.

Em relação a variável cor, a maior parte considerou-se parda (63,2%; n=110), 91,4% referiram situação conjugal casada ou em união estável (n=159). Quanto à escolaridade, as participantes apresentaram média de 14,4 ($\pm 1,9$) anos de estudo, 95,4% com ensino médio completo (n=166) e 50% com ensino superior completo (n=87). Quando a religião, houve predomínio de religiões cristãs (Católica e evangélica) com 81,6% (n=142), mas nem todas relataram participar de reuniões religiosas, somente 58% (n=101).

Referente ao tipo de domicílio, 56,9% das mulheres afirmaram residir em domicílio próprio (n=99), com companheiros e filho(s) (82,2% n=143), com até 4 pessoas no domicílio (74,7%; n=130). Houve prevalência de mulheres que relataram exercer atividade remunerada (70,7%; n=123), com renda familiar mensal de 3 salários mínimos ou mais (56,3%; n=98).

Tabela 1 - Distribuição das puérperas em variáveis sociodemográficas. Ceará, 2021.

Variáveis	n	%
Cidade		
Fortaleza	102	58,6
Região metropolitana (exceto Fortaleza)	23	13,2
Interior do Estado	49	28,2
Faixa etária		
18 a 30	122	70,1
31 a 40	52	29,9
Cor		
Parda	110	63,2
Branca	48	27,6

Amarela	2	1,1
Negra	12	6,9
Indígena	2	1,1
Situação conjugal		
Solteira	13	7,5
Casada ou união estável	159	91,4
Separada ou divorciada	2	1,1
Escolaridade		
9ª ano do ensino fundamental	4	2,3
1ª série do ensino médio	2	1,1
2ª série do ensino médio	2	1,1
3ª série do ensino médio	38	21,8
Ensino superior completo	87	50,0
Ensino superior incompleto	41	23,6
Anos de estudo		
Média ± desvio padrão		14,4 ± 1,9
Ensino médio completo		
Sim	166	95,4
Não	8	4,6
Ensino superior completo		
Sim	87	50,0
Não	87	50,0
Religião		
Católica	96	55,2
Evangélica	46	26,4
Não tenho religião	18	10,3
Outras	14	8,0
Participa de reuniões religiosas		
Sim	101	58,0
Não	73	42,0
Domicílio		
Próprio	99	56,9
Alugado	61	35,1
Compartilhado	7	4,0
Cedida	7	4,0
Com quem mora		
Sozinha	4	2,3
Com companheiro e filho(s)	143	82,2
Com familiares	27	15,5
Pessoas no domicílio		
Até 4 pessoas	130	74,7
Mais de 4 pessoas	44	25,3
Ocupação		
Atividade remunerada	123	70,7
Do lar	39	22,4
Estudante	12	6,9
Renda mensal*		
Até 1 salário mínimo (SM)	44	25,3
2 SM	32	18,4

3 SM ou mais

98

56,3

*Valor do salário mínimo de R\$1.100,00 conforme medida provisória Nº 1.021, DE 2020.

Fonte: Autor

Conforme os dados obstétricos e clínicos, descritos na Tabela 2, quanto aos dias pós-parto no momento da pesquisa, as participantes apresentaram uma média de 21,4 ($\pm 12,5$) dias pós-parto, 55,7% (n= 97) das mulheres eram primigestas; 80,5% (n=140) relataram nunca ter tido aborto e 14,9% (n=26) tiveram ao menos 1 aborto. Dentre as puérperas, 64,4% (n= 112) relataram ter 1 filho vivo.

No que se refere ao planejamento da gravidez, 56,9% (n= 99) das mulheres afirmaram que não haviam planejado. Em relação ao início do acompanhamento pré-natal 90,2% (n= 157) das mulheres iniciaram até as 12 semanas de gestação, assim como é preconizado, sendo que a maioria 93,7% (n= 163) tiveram um total de 7 ou mais consultas, sendo estas consultas conduzidas 43,1% (n=75) pelo profissional médico e 55,2% (n= 96) por médico e enfermeiro. A classificação de risco da gestação foi de 71,8% (n= 125) das mulheres para risco habitual e 19,5% (n= 34) para alto risco.

Em relação ao uso de substâncias químicas durante a gestação 90,8% (n= 158) das participantes afirmaram não ter ingerido bebidas alcóolicas e 9,2% (n=16) ingeriram em algum momento; ao uso de tabaco 98,9% (n= 172) relataram não ter utilizado e 1,1% (n=2) utilizaram; ao uso de drogas ilícitas 98,3% (n=171) não utilizaram, enquanto 1,7% (n= 3) fizeram uso em algum momento.

Quanto ao histórico de depressão e uso de antidepressivos, 58,6% (n=102) relataram histórico familiar de depressão; quanto ao histórico pessoal 29,3% (n= 51) das entrevistadas apresentaram depressão em algum momento de suas vidas. Acerca do uso de medicações antidepressivas na gestação 2,3% (n= 4) fizeram uso e 97,7% (n= 170) não utilizaram.

Quanto à existência de patologias prévias à gravidez, 16,7% (n= 29) relataram problema prévio, sendo mais frequente as síndromes endócrino-metabólicas (23,9%): diabetes mellitus (DM) (6,8%), hipotireoidismo (13,7%) e hipertireoidismo (3,4%); as síndromes hipertensivas (10,2%): hipertensão arterial sistêmica (HAS) (6,8%) e pré-eclâmpsia grave (3,4%); cálculo renal (10,2%); asma (6,8%); e ovários policísticos (6,8%). Demais patologias relatadas foram: ansiedade (3,4%); enxaqueca (3,4%); esferocitose hereditária (3,4%); gastrite (3,4%); herpes (3,4%); infecção urinária de repetição (3,4%); lúpus e fibromialgia (3,4%); microprolactonoma (3,4%); ooforectomia

(3,4%); 3,4% (n=1) por refluxo gastroesofágico; 3,4% (n=1) por trombofilia e 3,4% (n=1) não especificou a patologia.

Tratando-se de patologias durante a gravidez, 29,3% (n= 51) das participantes relataram ter tido alguma condição patológica, sendo as mais frequentes: DM (23,6%); infecção urinária (19,7%); HAS (15,7%); COVID-19 (11,8%); HAS e DM (6%); cálculo renal (5,9%); hipertireoidismo (3,9%); anemia (3,9%). Outras relatadas: hemorroidas e candidíase (2,0%); herpes (2,0%); lúpus e fibromialgia (2,0%); sífilis (2,0%) e trabalho de parto prematuro (2,0%).

Em relação ao tipo de parto, houve uma prevalência de 70,1% (n= 122) do parto cesárea, enquanto 29,9% (n=52) relataram ter tido parto normal, e destes, 19,0% (n=33) com laceração. Quanto a assistência ao parto, 90,2% (n= 157) destes foram realizados por médicos, e 90,2 % relataram peso do bebê adequado ao nascer (n=157).

No tocante à intercorrências durante o parto 29,3% (n= 51) mulheres apresentaram algum tipo de intercorrência. Dentre as intercorrências relatadas, as mais prevalentes foram: síndrome hipertensiva gestacional (20%): hipertensão (8%), pré-eclâmpsia (10%) e eclâmpsia (2%); síndromes hemorrágicas (7,9%); parada de progressão de dilatação (8%); edema do colo uterino (6%); hipotensão (4%); prematuridade (4%); quadro de pânico em ocasião da dor (4%) e mecônio no momento do parto (4%). Demais intercorrências citadas: anemia (2%); assinclitismo (2%); broncoaspiração do bebê (2%); taquicardia do bebê (2%); bolsa rota (2%); cefaleia pós anestésica (2%); cesárea de emergência (2%); COVID-19 (2%); necessidade de reanimação do bebê (2%); aderências uterinas em alto grau (2%); descolamento de placenta (2%); desproporção céfalo-pélvica (2%); falta de ar e tontura (2%); fratura de membro do bebê (2%); indução (2%); infecção urinária (2%); miomas (2%); parto instrumentalizado por vácuo extrator (2%); pródromos demorados (2%); violência obstétrica (2%) e 4% por causas não informadas.

Quanto à amamentação, 97,7% (n= 170) das puérperas estavam amamentando até o momento em que responderam à pesquisa, e 93,7% (n=163) afirmaram que pretendiam permanecer amamentando até os 6 meses de vida do bebê. Dentre essas mulheres 93,1% (n= 162) afirmaram que receberam ajuda com o bebê no período pós-parto, sendo os mais citados: mãe e companheiro.

No tocante a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) das participantes antes da gestação, 4,0% (n=7) tinham baixo peso, 44,3% (n= 77) tinham peso adequado, 33,3% (n=58) tinham sobrepeso e 18,4% (n=32) apresentavam obesidade.

Quanto ao IMC no momento da pesquisa, 0,6% (n=1) apresentou baixo peso, apenas 28,7% (n=50) mantiveram peso adequado, 43,7% (n=76) passaram a ter sobrepeso e 27,0% (n=47) obesidade.

Tabela 2 – Distribuição das puérperas em relação as variáveis obstétricas e clínicas. Ceará, 2021.

Variáveis	n	%
Dias após o parto		
Média ± desvio padrão	21,4 ± 12,5	
Tipo de parto		
Parto normal com episiotomia	4	2,3
Parto normal com laceração	33	19,0
Parto normal sem pontos	15	8,6
Parto cesárea	122	70,1
Profissional que prestou assistência no parto		
Médico	157	90,2
Enfermeiro	16	9,2
Não sei	1	,6
Amamentando		
Sim	170	97,7
Não	4	2,3
Pretende amamentar até 6 meses		
Sim	163	93,7
Não	11	6,3
Intercorrência no parto		
Sim	51	29,3
Não	123	70,7
Peso do bebê ao nascer		
Baixo peso (<2,500)	7	4,0
Adequado (2,500 a 4,000)	157	90,2
Macrossômico (> 4,000)	10	5,7
Ajuda com o bebê		
Sim	162	93,1
Não	12	6,9
Número de gravidezes		
Primigesta	97	55,7
Multigesta	77	44,3
Número de filhos vivos		
1	112	64,4
2 ou mais	62	35,6
Número de abortos		
0	140	80,5
1	26	14,9
2 ou mais	8	4,6
IMC antes da gravidez		
Baixo peso (<18,5)	7	4,0
Peso adequado (18,5 a 24,9)	77	44,3
Sobrepeso (25,0 a 29,9)	58	33,3
Obesidade (>= 30,0)	32	18,4
IMC atual		

Baixo peso (<18,5)	1	,6
Peso adequado (18,5 a 24,9)	50	28,7
Sobrepeso (25,0 a 29,9)	76	43,7
Obesidade (>= 30,0)	47	27,0
Patologia antes da gravidez		
Sim	29	16,7
Não	145	83,3
Gravidez planejada		
Sim	75	43,1
Não, mas aceitou	89	51,1
Não, e não aceitou	10	5,7
Semanas de gestação do início do pré-natal		
Até 12 semanas	157	90,2
13 ou mais	17	9,8
Número de consultas pré-natal		
Até 6	11	6,3
7 ou mais	163	93,7
Classificação de risco		
Baixo risco	125	71,8
Alto risco	34	19,5
Não sei	15	8,6
Profissional do pré-natal		
Médico	75	43,1
Enfermeiro	3	1,7
Médico e enfermeiro	96	55,2
Medicação antidepressiva na gestação		
Sim	4	2,3
Não	170	97,7
Bebidas alcoólicas na gestação		
Sim	16	9,2
Não	158	90,8
Tabagismo na gestação		
Sim	2	1,1
Não	172	98,9
Droga ilícita na gestação		
Sim	3	1,7
Não	171	98,3
Patologia na gestação		
Sim	51	29,3
Não	123	70,7
Histórico familiar de depressão		
Sim	102	58,6
Não	72	41,4
Histórico pessoal de depressão		
Sim	51	29,3
Não	123	70,7

Fonte: Autor

Em relação ao contexto da pandemia por COVID-19 e suas implicações, a maioria das mulheres 87,4% (n= 152) referiram que estiveram em isolamento social e 98,3% (n= 171) afirmaram ter continuado normalmente com as consultas do pré-natal

durante a pandemia. No tocante a alguém próximo acometido por COVID-19, 68,4% (n= 119) afirmaram que alguém teve. Quanto ao medo/ preocupação em ter COVID-19 durante a gestação, 89,7% (n= 156) das participantes relataram ter tido receio. Dentre as participantes 20,1% (n=35) foram acometidas por COVID-19 durante a gestação, enquanto 79,9% (n=139) não tiveram a doença. Em relação ao medo/ preocupação do COVID-19 causar consequências ao filho 90,8% (n=158) das mulheres relataram ter receio (Tabela 3).

Tabela 3 – Contexto da pandemia por COVID-19 e suas implicações. Ceará, 2021.

Variáveis	n	%
Isolamento social		
Sim	152	87,4
Não	22	12,6
Continuação com o pré-natal		
Sim	171	98,3
Não	3	1,7
Alguém próximo teve COVID-19		
Sim	119	68,4
Não	55	31,6
Medo/preocupação em ter COVID-19		
Sim	156	89,7
Não	18	10,3
Teve COVID-19		
Sim	35	20,1
Não	139	79,9
Medo/preocupação do COVID-19 causar consequências ao filho		
Sim	158	90,8
Não	16	9,2

Fonte: Autor

Ao avaliar a pontuação obtida através da EPDS, na Tabela 4, foi identificado um elevado percentual de participantes que apresentaram a presença de sintomas depressivos no puerpério (41,4 %; n=72).

Tabela 4 – Distribuição das puérperas em relação a presença de sintomas depressivos. Ceará, 2021.

Variáveis	n (%)
Presença de sintomas depressivos	
Sim (≥ 10 pontos)	72 (41,4)
Não (< 10 pontos)	102 (58,6)

Fonte: Autor

Ao correlacionar as variáveis sociodemográficas, obstétricas, clínicas e o contexto da pandemia por covid-19 com a presença de sintomas depressivos de mulheres no puerpério na tabela 5, foi observado que a variável renda teve significância no desenvolvimento de sintomas depressivos ($p = 0,008$), bem como a variável aumento de peso significativo ($p = 0,042$). A presença de fatores que prejudicassem a saúde na gestação também se demonstrou significativo para o desenvolvimento desses sintomas depressivos, como a variável presença de patologia na gestação ($p = 0,046$), presença de histórico familiar de depressão ($p = 0,015$) e histórico pessoal de depressão ($p < 0,001$).

Tabela 5 - Correlação entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas, clínicas e contexto da pandemia por covid-19 com a presença de sintomas depressivos de mulheres no puerpério. Ceará, 2021.

Variáveis	Sintomas depressivos				Valor p
	Sim (≥ 10 pontos)		Não (< 10 pontos)		
	n	%	n	%	
Cidade					0,717 ¹
Fortaleza	42	41,2	60	58,8	
Região metropolitana (exceto Fortaleza)	8	34,8	15	65,2	
Interior do Estado	22	44,9	27	55,1	
Faixa etária					0,237 ¹
18 a 30 anos	54	44,3	68	55,7	
31 a 40 anos	18	34,6	34	65,4	
Cor					0,167 ²
Parda	40	36,4	70	63,6	
Branca	22	45,8	26	54,2	
Amarela	2	100,0	0	0,0	
Negra	7	58,3	5	41,7	
Indígena	1	50,0	1	50,0	
Situação conjugal					0,423 ²
Solteira	7	53,8	6	46,2	
Casada ou vive junto	65	40,9	94	59,1	

Separada ou divorciada	0	0,0	2	100,0	
Ensino médio completo					0,719 ²
Sim	68	41,0	98	59,0	
Não	4	50,0	4	50,0	
Ensino superior completo					0,758 ¹
Sim	35	40,2	52	59,8	
Não	37	42,5	50	57,5	
Religião					0,290 ¹
Católica	39	40,6	57	59,4	
Evangélica	16	34,8	30	65,2	
Não tenho religião	11	61,1	7	38,9	
Outras	6	42,9	8	57,1	
Participa de reuniões religiosas					0,949 ¹
Sim	42	41,6	59	58,4	
Não	30	41,1	43	58,9	
Domicílio					0,781 ²
Próprio	41	41,4	58	58,6	
Alugado	25	41,0	36	59,0	
Compartilhado	2	28,6	5	71,4	
Cedida	4	57,1	3	42,9	
Pessoas no domicílio					0,434 ¹
Até 4 pessoas	56	43,1	74	56,9	
Mais de 4 pessoas	16	36,4	28	63,6	
Com quem mora					0,828 ²
Sozinha	2	50,0	2	50,0	
Com companheiro e filho(s)	60	42,0	83	58,0	
Com familiares	10	37,0	17	63,0	
Ocupação					0,840 ¹
Atividade remunerada	50	40,7	73	59,3	
Do lar	16	41,0	23	59,0	
Estudante	6	50,0	6	50,0	
Renda					0,008 ¹
Até 1SM	17	38,6	27	61,4	
2 SM	21	65,6	11	34,4	
3 SM ou mais	34	34,7	64	65,3	
Tipo de parto					0,618 ¹
Normal	23	44,2	29	55,8	
Cesárea	49	40,2	73	59,8	
Profissional que prestou assistência no parto					0,351 ²
Médico	66	42,0	91	58,0	
Enfermeiro	5	31,3	11	68,8	
Não sei	1	100,0	0	0,0	
Amamentando					1,000 ²
Sim	70	41,2	100	58,8	
Não	2	50,0	2	50,0	
Pretende amamentar até 6 meses					0,366 ²
Sim	66	40,5	97	59,5	
Não	6	54,5	5	45,5	

Intercorrência no parto					0,098 ¹
Sim	26	51,0	25	49,0	
Não	46	37,4	77	62,6	
Ajuda com o bebê					1,000 ²
Sim	67	41,4	95	58,6	
Não	5	41,7	7	58,3	
Número de gravidezes					0,205 ²
1	39	40,2	58	59,8	
2	23	51,1	22	48,9	
3 ou mais	10	31,3	22	68,8	
Número de gravidezes					0,724 ¹
Primigesta	39	40,2	58	59,8	
Multigesta	33	42,9	44	57,1	
Número de filhos vivos					0,833 ¹
1	47	42,0	65	58,0	
2 ou mais	25	40,3	37	59,7	
Número de abortos					0,582 ²
0	58	41,4	82	58,6	
1	12	46,2	14	53,8	
2 ou mais	2	25,0	6	75,0	
Aumento de peso significativo					0,042¹
Sim	17	30,4	39	69,6	
Não	55	46,6	63	53,4	
Patologia antes da gravidez					0,099 ¹
Sim	16	55,2	13	44,8	
Não	56	38,6	89	61,4	
Gravidez planejada					0,084 ²
Sim	26	34,7	49	65,3	
Não, mas aceitou	39	43,8	50	56,2	
Não, e não aceitou	7	70,0	3	30,0	
Início do pré-natal					0,116 ¹
Até 12 semanas	68	43,3	89	56,7	
13 ou mais	4	23,5	13	76,5	
Número de consultas pré-natal					0,763 ²
Até 6	5	45,5	6	54,5	
7 ou mais	67	41,1	96	58,9	
Classificação de risco					0,064 ¹
Baixo risco	46	36,8	79	63,2	
Alto risco	16	47,1	18	52,9	
Não sei	10	66,7	5	33,3	
Profissional do pré-natal					0,947 ²
Médico	32	42,7	43	57,3	
Enfermeiro	1	33,3	2	66,7	
Médico e enfermeiro	39	40,6	57	59,4	
Medicação antidepressiva na gestação					0,643 ²
Sim	1	25,0	3	75,0	
Não	71	41,8	99	58,2	
Bebidas alcoólicas na gestação					0,840 ¹

Sim	7	43,8	9	56,3	
Não	65	41,1	93	58,9	
Tabagismo na gestação					1,000 ²
Sim	1	50,0	1	50,0	
Não	71	41,3	101	58,7	
Droga ilícita na gestação					0,069 ²
Sim	3	100,0	0	0,0	
Não	69	40,4	102	59,6	
Patologia na gestação					0,046¹
Sim	27	52,9	24	47,1	
Não	45	36,6	78	63,4	
Histórico familiar de depressão					0,015¹
Sim	50	49,0	52	51,0	
Não	22	30,6	50	69,4	
Histórico pessoal de depressão					<0,001¹
Sim	35	68,6	16	31,4	
Não	37	30,1	86	69,9	
Isolamento social					0,330 ¹
Sim	65	42,8	87	57,2	
Não	7	31,8	15	68,2	
Continuação com o pré-natal					1,000 ²
Sim	71	41,5	100	58,5	
Não	1	33,3	2	66,7	
Alguém próximo teve COVID-19					0,160 ¹
Sim	45	37,8	74	62,2	
Não	27	49,1	28	50,9	
Medo/preocupação em ter COVID-19					0,216 ¹
Sim	67	42,9	89	57,1	
Não	5	27,8	13	72,2	
Teve COVID-19					0,853 ¹
Sim	14	40,0	21	60,0	
Não	58	41,7	81	58,3	
Medo/preocupação do COVID-19 causar consequências ao filho					0,741 ¹
Sim	66	41,8	92	58,2	
Não	6	37,5	10	62,5	

¹Teste qui-quadrado; ² Teste exato de Fisher

Ao avaliar a qualidade de vida das puérperas através do WHOQOL-bref, na Tabela 6, observou-se que em relação a autoavaliação da QV (referentes a Q1 e Q2 do instrumento sobre a percepção da QV e satisfação com a saúde) as puérperas conferiram valores mais elevados (média = 76,7; mediana = 75,0), comparados aos 4 domínios. Os resultados apontaram, como melhor domínio avaliado, o psicológico (média = 66,7; mediana = 70,8) e como pior, o domínio físico (média = 62,8; mediana = 66,1).

Tabela 6 – Escores de qualidade de vida de mulheres no puerpério. Ceará, 2021.

Variáveis	Média	Desvio padrão	Mediana	1º quartil	3º quartil	Mínimo	Máximo
Domínio físico	62,8	17,2	66,1	50,0	75,0	10,7	96,4
Domínio psicológico	66,7	17,2	70,8	54,2	79,2	16,7	95,8
Domínio relações sociais	64,3	20,1	66,7	50,0	75,0	0,0	100,0
Domínio meio ambiente	64,5	16,8	65,6	53,1	78,1	12,5	100,0
Autoavaliação da QV	76,7	16,6	75,0	62,5	87,5	12,5	100,0
Geral	65,5	14,3	67,8	56,8	76,9	13,4	91,4

Fonte: Autor

Na Tabela 7, observa-se a correlação entre os escores de qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas. Em relação ao local de residência das participantes, não houve diferenças significativas. Quanto a faixa etária, foi observada diferença significativa no domínio ambiente ($p = 0,040$), demonstrando maiores valores da mediana na faixa etária de 31 a 40 anos. Quanto a cor autorreferida, situação conjugal e escolaridade, não houve diferenças significativas entre os domínios.

Quanto a variável religião, foi identificada diferenças significativas quanto as religiões consideradas cristãs (evangélica e católica) no domínio de relações sociais ($p = 0,040$); e no tocante a participação de reuniões religiosas pelas participantes, houve diferenças significativas nos domínios físico ($p = 0,024$), relações sociais ($p = 0,030$) e meio ambiente ($p = 0,018$), assim como na QV geral ($p = 0,009$).

Em relação ao tipo de domicílio das mulheres, observou-se diferença significativa na QV geral ($p = 0,038$) e nos domínios de relações sociais ($p = 0,025$) e meio ambiente ($0,012$), apresentando maiores valores da mediana no tipo de domicílio próprio. Referente a com quem as puérperas moravam e a quantidade de pessoas no domicílio não foi identificada diferença significativa.

No tocante à ocupação referida pelas puérperas, foi identificada associação estatística no domínio meio ambiente ($p = 0,013$), com maior valor para aquelas que relataram exercer atividade remunerada. Quanto a renda familiar mensal, houve diferenças significativas na QV geral ($p = <0,001$), na autoavaliação da QV ($p = 0,012$) e nos domínios psicológico ($p = 0,004$) e meio ambiente ($p = <0,001$), com maiores valores da mediana naquelas de referiram renda de 3 salários mínimos ou mais.

Tabela 7 - Correlação entre as variáveis sociodemográficas e a qualidade de vida de puérperas. Ceará, 2021.

Variáveis	Escores WHOQOL-bref					
	Geral	Físico	Psicológico	Social	Ambiente	Autoavaliação
	mediana (1º - 3º quartil)					
Cidade						
Fortaleza	68,3 (51,9 - 76,9)	66,1 (50 - 75)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	67,2 (53,1 - 81,3)	75 (62,5 - 87,5)
Região metropolitana	65,4 (59,6 - 75)	67,9 (46,4 - 75)	66,7 (58,3 - 75)	75 (50 - 83,3)	65,6 (50 - 71,9)	75 (62,5 - 87,5)
Interior do Estado	64,4 (56,8 - 76,9)	64,3 (53,6 - 75)	70,8 (58,3 - 83,3)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 75)	75 (75 - 87,5)
Valor p ¹	0,840	0,972	0,936	0,421	0,346	0,452
Faixa etária						
18 a 30 anos	65,4 (52,9 - 75,9)	67,9 (50 - 75)	66,7 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	62,5 (53,1 - 75)	75 (62,5 - 87,5)
31 a 40 anos	68,8 (63,4 - 77,4)	64,3 (53,6 - 76,8)	70,8 (62,5 - 79,2)	66,7 (58,3 - 75)	68,8 (59,4 - 78,1)	75 (75 - 87,5)
Valor p ²	0,174	0,782	0,130	0,747	0,040	0,566
Cor						
Parda	69,3 (58,6 - 77,9)	67,9 (53,6 - 75)	72,9 (58,3 - 83,3)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (62,5 - 87,5)
Branca	67,4 (59,1 - 76,4)	64,3 (53,6 - 75)	66,7 (56,3 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	67,2 (56,3 - 76,6)	87,5 (75 - 93,8)
Amarela	60,6 (51,9 - 69,3)	53,6 (39,3 - 67,9)	47,9 (33,3 - 62,5)	62,5 (58,3 - 66,7)	70,3 (62,5 - 78,1)	81,3 (75 - 87,5)
Negra	52,9 (47,6 - 65,4)	50 (35,7 - 62,5)	58,4 (43,8 - 72,9)	62,5 (45,9 - 70,9)	53,1 (45,4 - 61)	68,8 (62,5 - 81,3)
Indígena	57,2 (50,9 - 63,4)	48,3 (42,9 - 53,6)	64,6 (58,3 - 70,8)	41,7 (41,7 - 41,7)	61 (53,1 - 68,8)	75 (62,5 - 87,5)
Valor p ¹	0,091	0,076	0,159	0,192	0,123	0,278
Situação conjugal						
Solteira	68,3 (56,8 - 73,1)	71,4 (64,3 - 75)	75 (50 - 75)	58,3 (50 - 66,7)	62,5 (53,1 - 68,8)	75 (75 - 87,5)
Casada ou vive junto	67,3 (55,8 - 76,9)	64,3 (50 - 75)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (62,5 - 87,5)
Separada ou divorciada	67,4 (65,4 - 69,3)	71,5 (64,3 - 78,6)	75 (70,8 - 79,2)	50 (50 - 50)	64,1 (53,1 - 75)	68,8 (62,5 - 75)
Valor p ¹	0,916	0,398	0,784	0,191	0,424	0,601
Ensino médio completo						
Sim	67,8 (56,8 - 76,9)	66,1 (53,6 - 75)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (62,5 - 87,5)
Não	64 (49,5 - 73,6)	64,3 (44,7 - 75)	64,6 (43,8 - 85,4)	66,7 (41,7 - 70,9)	54,7 (43,8 - 67,2)	81,3 (68,8 - 87,5)
Valor p ²	0,455	0,617	0,854	0,513	0,080	0,841
Ensino superior completo						
Sim	69,3 (60,6 - 77,9)	67,9 (53,6 - 75)	70,8 (58,3 - 83,3)	66,7 (58,3 - 75)	71,9 (59,4 - 81,3)	75 (75 - 87,5)
Não	65,4 (50,9 - 74,1)	64,3 (50 - 75)	66,7 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	59,4 (50 - 71,9)	75 (62,5 - 87,5)
Valor p ²	1,000	0,643	0,639	1,000	0,643	0,481
Religião						
Católica	68,3 (57,7 - 76,4)	67,9 (53,6 - 75)	70,8 (56,3 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (56,3 - 76,6)	75 (75 - 87,5)
Evangélica	68,3 (60,6 - 78,9)	67,9 (53,6 - 78,6)	70,8 (58,3 - 83,3)	75 (58,3 - 83,3)	65,6 (56,3 - 81,3)	75 (62,5 - 87,5)
Não tenho religião	56,8 (47,1 - 71,1)	58,9 (42,9 - 71,4)	58,4 (45,8 - 75)	62,5 (41,7 - 75)	54,7 (46,9 - 65,6)	68,8 (62,5 - 87,5)
Outras	67,4 (48,1 - 72,1)	64,3 (42,9 - 71,4)	64,6 (54,2 - 75)	58,3 (50 - 66,7)	73,5 (53,1 - 78,1)	75 (62,5 - 87,5)
Valor p ¹	0,112	0,250	0,309	0,040	0,060	0,443
Reuniões religiosas						
Sim	69,3 (60,6 - 77,9)	71,4 (53,6 - 78,6)	70,8 (58,3 - 83,3)	66,7 (58,3 - 83,3)	68,8 (56,3 - 78,1)	75 (75 - 87,5)
Não	64,4 (51,9 - 72,1)	64,3 (46,4 - 71,4)	66,7 (54,2 - 75)	66,7 (50 - 75)	62,5 (53,1 - 75)	75 (62,5 - 87,5)
Valor p ²	0,009	0,024	0,055	0,030	0,018	0,617
Domicílio						
Próprio	68,3 (60,6 - 77,9)	67,9 (53,6 - 75)	70,8 (54,2 - 83,3)	66,7 (58,3 - 75)	68,8 (56,3 - 78,1)	75 (75 - 87,5)
Alugado	68,3 (50,9 - 75)	67,9 (46,4 - 75)	70,8 (50 - 79,2)	58,3 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 75)	75 (62,5 - 87,5)
Compartilhado	63,4 (55,8 - 74,1)	60,7 (53,6 - 78,6)	62,5 (58,3 - 83,3)	66,7 (66,7 - 75)	53,1 (46,9 - 68,8)	62,5 (62,5 - 75)
Cedida	58,6 (50,9 - 60,6)	53,6 (42,9 - 75)	62,5 (45,8 - 66,7)	50 (33,3 - 66,7)	53,1 (37,5 - 56,3)	75 (62,5 - 75)
Valor p ¹	0,038	0,340	0,170	0,025	0,012	0,071
Com quem mora						
Sozinha	66,4 (58,7 - 68,8)	67,9 (60,7 - 73,2)	75 (64,6 - 77,1)	54,2 (37,5 - 62,5)	65,7 (48,5 - 71,9)	68,8 (50 - 81,3)
Com companheiro e filho(s)	66,4 (56,8 - 76,9)	64,3 (50 - 75)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (62,5 - 87,5)
Com familiares	69,3 (51,9 - 75)	71,4 (57,1 - 78,6)	70,8 (45,8 - 83,3)	66,7 (50 - 83,3)	62,5 (53,1 - 71,9)	75 (62,5 - 87,5)
Valor p ¹	0,877	0,256	0,896	0,293	0,375	0,409
Pessoas no domicílio						
Até 4 pessoas	68,3 (58,6 - 76,9)	66,1 (50 - 75)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 75)	75 (62,5 - 87,5)

Mais de 4 pessoas	66,9 (53,9 - 76)	66,1 (51,8 - 75)	68,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 79,2)	62,5 (51,6 - 78,1)	75 (62,5 - 87,5)
Valor p ²	0,564	0,960	0,538	0,617	0,318	0,458
Ocupação						
Atividade remunerada	69,3 (59,6 - 76,9)	64,3 (50 - 75)	70,8 (58,3 - 79,2)	66,7 (58,3 - 75)	68,8 (56,3 - 78,1)	75 (75 - 87,5)
Do lar	67,3 (51,9 - 76,9)	67,9 (53,6 - 75)	66,7 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	59,4 (53,1 - 68,8)	75 (62,5 - 87,5)
Estudante	56,3 (47,1 - 65,4)	64,3 (44,7 - 71,4)	58,3 (50 - 72,9)	50 (41,7 - 66,7)	53,1 (48,5 - 70,3)	62,5 (62,5 - 81,3)
Valor p ¹	0,089	0,709	0,172	0,084	0,013	0,189
Renda						
Até 1 SM	63,4 (50,9 - 74,6)	67,9 (48,2 - 75)	70,8 (54,2 - 81,3)	66,7 (41,7 - 75)	56,3 (46,9 - 68,8)	75 (62,5 - 87,5)
2 SM	58,6 (50,9 - 67,8)	58,9 (48,2 - 75)	58,3 (43,8 - 70,8)	58,3 (50 - 75)	54,7 (43,8 - 64,1)	75 (62,5 - 87,5)
3 SM ou mais	70,7 (64,4 - 77,9)	67,9 (53,6 - 78,6)	72,9 (62,5 - 79,2)	66,7 (58,3 - 75)	73,5 (62,5 - 81,3)	75 (75 - 87,5)
Valor p ¹	<0,001	0,146	0,004	0,054	<0,001	0,012

¹ Teste de Kruskal-Wallis; ² Teste de Mann-Whitney

Fonte: Autor

Ao correlacionar os escores de qualidade de vida e as variáveis obstétricas e clínicas na Tabela 8, foi observado que em relação as variáveis referentes ao acompanhamento pré-natal, o início do pré-natal apresentou relação significativa no domínio físico ($p = 0,046$), demonstrando um resultado diferente do esperado, com maiores valores da mediana das mulheres que iniciaram com 13 semanas ou mais. Quanto ao número de consultas pré-natal, não houve diferença estatística. Tratando-se da classificação de risco do pré-natal, foi identificada diferença significativa na QV geral ($p = 0,020$) e autoavaliação de QV ($p = 0,013$), e nos domínios físico ($p = 0,014$) e meio ambiente ($p = 0,018$), apresentando melhores valores de QV as puérperas que referiram gestação de baixo risco. Quanto ao profissional que realizou o acompanhamento pré-natal, observou-se associação estatística no domínio meio ambiente ($p = 0,001$), demonstrando maiores valores da mediana daquelas acompanhadas pelo profissional médico, seguida de médico e enfermeiro.

Referente ao planejamento da gravidez, houve associação estatisticamente significantes em todos os domínios de QV: físico ($p = 0,002$), psicológico ($p = 0,002$), relações sociais ($p < 0,001$), e meio ambiente ($p = 0,003$), bem como na QV geral ($p < 0,001$) e autoavaliação de QV ($p = 0,004$).

Foi observada relação estatística no tocante a variável patologia na gestação, na QV geral ($p = 0,007$) e na autoavaliação da QV ($p < 0,001$) e nos domínios psicológico ($p = 0,006$) e meio ambiente ($p = 0,025$), com melhores valores da mediana nas puérperas que negaram qualquer patologia.

Considerando o consumo de álcool e tabaco na gestação, não foram observadas diferenças significativas, porém quanto ao uso de drogas ilícitas foi identificada relação estatística na QV geral ($p = 0,017$) e nos domínios psicológico ($p =$

0,013), relações sociais ($p = 0,033$) e meio ambiente ($p = 0,035$), demonstrando menor valores de QV para as participantes que relataram o uso.

Em relação ao tipo de parto, profissional que prestou assistência ao parto e à amamentação, não foram identificadas diferenças significativas nas correlações. Entretanto, ao analisar as medianas, as mulheres que indicaram o enfermeiro como profissional que assistiu ao parto, apresentaram maiores valores na QV geral e autoavaliação da QV, assim como em três domínios (físico, psicológico e relações sociais), sugerindo influência sobre a QV.

Quanto a ajuda com o bebê, número de gestações e filhos e abortos, também não foram identificadas associações significativas nas correlações. Ao tratar de intercorrências referidas no parto, observou-se relação significativa no domínio físico ($p = 0,036$), demonstrando maior valor da mediana aquelas que negaram qualquer intercorrência.

Referente ao aumento de peso significativo após a gestação, foi identificada diferença significativa na autoavaliação da QV ($p = 0,025$), com maiores valores para aquelas que confirmaram aumento de peso. Quanto a variável patologia antes da gestação, também foi observada associação significativa na autoavaliação da QV ($p = 0,046$).

No que se refere ao histórico familiar de depressão houve associação estatística significativa em todos os domínios de QV ($p < 0,001$), apresentando maiores valores da mediana naquelas que negaram. Mesma associação encontrada nas mulheres que negaram histórico pessoal de depressão, com relação significativa em todos os domínios: físico ($p < 0,001$), psicológico ($p < 0,001$), relações sociais ($p < 0,001$), e meio ambiente ($p = 0,004$), assim como em QV geral ($p < 0,001$), e autoavaliação de QV ($p = 0,047$).

Tabela 8 - Correlação entre as variáveis obstétricas e clínicas e a qualidade de vida de puérperas. Ceará, 2021.

Variáveis	Escores WHOQOL-bref					
	Geral	Físico	Psicológico	Social	Ambiente	Autoavaliação
	mediana (1º - 3º quartil)					
Tipo de parto						
Parto normal com episiotomia	71,2 (60,1 - 77,5)	69,7 (55,4 - 76,8)	72,9 (60,4 - 85,4)	62,5 (50 - 66,7)	65,6 (53,1 - 84,4)	81,3 (68,8 - 93,8)
Parto normal com laceração	68,3 (56,8 - 75)	71,4 (53,6 - 75)	66,7 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (56,3 - 75)	75 (75 - 87,5)
Parto normal sem pontos	68,3 (50,9 - 71,1)	64,3 (57,1 - 75)	62,5 (50 - 75)	58,3 (58,3 - 75)	62,5 (46,9 - 75)	75 (62,5 - 87,5)
Parto cesárea	65,9 (55,8 - 76,9)	64,3 (46,4 - 75)	70,8 (58,3 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (62,5 - 87,5)
Valor p^1	0,947	0,894	0,654	0,820	0,882	0,792

Tipo de parto

Normal	68,8 (56,8 - 75)	67,9 (53,6 - 75)	66,7 (54,2 - 79,2)	66,7 (54,2 - 75)	65,6 (53,1 - 75)	75 (62,5 - 87,5)
Cesárea	65,9 (55,8 - 76,9)	64,3 (46,4 - 75)	70,8 (58,3 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (62,5 - 87,5)
Valor p ²	0,970	0,450	0,429	0,614	0,738	0,446

Profissional que prestou assistência ao parto

Médico	66,4 (56,8 - 76,9)	64,3 (50 - 75)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (62,5 - 87,5)
Enfermeiro	70,2 (57,7 - 76,5)	71,4 (58,9 - 75)	72,9 (56,3 - 81,3)	66,7 (58,3 - 75)	64,1 (50 - 78,2)	75 (75 - 81,3)
Não sei	51,9 (51,9 - 51,9)	71,4 (71,4 - 71,4)	25 (25 - 25)	41,7 (41,7 - 41,7)	56,3 (56,3 - 56,3)	62,5 (62,5 - 62,5)
Valor p ¹	0,494	0,632	0,225	0,392	0,778	0,491

Amamentação

Sim	66,9 (55,8 - 76,9)	66,1 (50 - 75)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (62,5 - 87,5)
Não	68,8 (66,9 - 71,2)	66,1 (60,7 - 73,3)	75 (66,7 - 81,3)	54,2 (45,9 - 58,3)	70,3 (64,1 - 76,6)	87,5 (75 - 87,5)
Valor p ²	0,740	0,790	0,432	0,101	0,475	0,527

Pretende amamentar até 6 meses

Sim	67,3 (55,8 - 76,9)	64,3 (50 - 75)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (62,5 - 87,5)
Não	68,3 (58,6 - 73,1)	67,9 (57,1 - 75)	70,8 (54,2 - 75)	58,3 (58,3 - 75)	62,5 (50 - 75)	87,5 (75 - 87,5)
Valor p ²	0,715	0,660	0,682	0,486	0,455	0,308

Intercorrência no parto

Sim	65,4 (51,9 - 73,1)	64,3 (39,3 - 75)	66,7 (50 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	62,5 (46,9 - 75)	75 (62,5 - 87,5)
Não	68,3 (58,6 - 77,9)	67,9 (53,6 - 75)	70,8 (58,3 - 79,2)	66,7 (58,3 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (62,5 - 87,5)
Valor p ²	0,070	0,036	0,302	0,151	0,220	0,163

Ajuda com o bebê

Sim	67,8 (56,8 - 76,9)	67,9 (53,6 - 75)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (62,5 - 87,5)
Não	66,4 (47,6 - 73,1)	62,5 (42,9 - 71,5)	62,5 (39,6 - 77,1)	58,3 (37,5 - 70,9)	68,8 (54,7 - 75)	75 (62,5 - 93,8)
Valor p ²	0,261	0,263	0,165	0,108	0,805	0,881

Número de gestações

1	66,4 (56,8 - 75,9)	64,3 (53,6 - 75)	70,8 (58,3 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (62,5 - 87,5)
2	67,3 (51,9 - 74,1)	64,3 (46,4 - 75)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 75)	75 (62,5 - 87,5)
3 ou mais	70,7 (56,3 - 77,9)	69,7 (53,6 - 76,8)	72,9 (54,2 - 85,4)	66,7 (58,3 - 79,2)	65,6 (56,3 - 78,1)	75 (68,8 - 93,8)
Valor p ¹	0,822	0,807	0,629	0,836	0,831	0,443

Número de filhos vivos

1	65,4 (56,8 - 76,4)	64,3 (53,6 - 75)	70,8 (58,3 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (62,5 - 87,5)
2 ou mais	69,3 (51,9 - 76,9)	67,9 (46,4 - 78,6)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 75)	75 (75 - 87,5)
Valor p ²	0,886	0,684	0,964	0,963	0,905	0,191

Número de abortos

0	67,8 (56,3 - 75,9)	64,3 (50 - 75)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (68,8 - 87,5)
1	64,9 (55,8 - 77,9)	69,7 (53,6 - 75)	70,8 (50 - 83,3)	66,7 (50 - 83,3)	65,6 (53,1 - 75)	75 (62,5 - 87,5)
2 ou mais	73,6 (62 - 79,4)	67,9 (58,9 - 76,8)	77,1 (60,4 - 89,6)	70,9 (62,5 - 87,5)	67,2 (59,4 - 75)	81,3 (62,5 - 93,8)
Valor p ¹	0,597	0,664	0,439	0,364	0,896	0,396

Aumento de peso significativo

Sim	70,2 (62,1 - 76,9)	69,7 (55,4 - 78,6)	72,9 (60,4 - 81,3)	75 (50 - 75)	67,2 (56,3 - 78,1)	81,3 (75 - 87,5)
Não	65,4 (51,9 - 75,9)	64,3 (50 - 75)	66,7 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 75)	75 (62,5 - 87,5)
Valor p ²	0,087	0,207	0,089	0,184	0,257	0,025

Patologia antes da gravidez

Sim	63,4 (50,9 - 71,1)	64,3 (46,4 - 71,4)	62,5 (45,8 - 75)	58,3 (50 - 75)	59,4 (50 - 68,8)	75 (50 - 87,5)
Não	69,3 (58,6 - 76,9)	67,9 (53,6 - 75)	70,8 (58,3 - 79,2)	66,7 (58,3 - 75)	65,6 (56,3 - 78,1)	75 (75 - 87,5)
Valor p ²	0,051	0,142	0,079	0,065	0,067	0,046

Gravidez planejada

Sim	70,2 (59,6 - 79,8)	67,9 (53,6 - 75)	75 (58,3 - 83,3)	75 (58,3 - 83,3)	71,9 (56,3 - 81,3)	75 (75 - 87,5)
Não, mas aceitou	66,4 (56,8 - 73,1)	67,9 (53,6 - 75)	66,7 (58,3 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	62,5 (53,1 - 71,9)	75 (62,5 - 87,5)
Não, e não aceitou	50,9 (40,4 - 52,9)	37,5 (28,6 - 57,1)	50 (41,7 - 54,2)	45,9 (33,3 - 50)	53,1 (43,8 - 68,8)	62,5 (50 - 75)
Valor p ¹	<0,001	0,002	0,002	<0,001	0,003	0,004

Início do pré-natal

Até 12 semanas	66,4 (55,8 - 75,9)	64,3 (50 - 75)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (62,5 - 87,5)
13 ou mais	71,1 (64,4 - 76,9)	75 (67,9 - 78,6)	70,8 (58,3 - 83,3)	75 (58,3 - 83,3)	65,6 (59,4 - 75)	75 (75 - 87,5)
Valor p ²	0,258	0,046	0,600	0,261	0,980	0,910

Número de consultas pré-natal

Até 6	70,2 (48,1 - 74,1)	71,4 (57,1 - 75)	70,8 (41,7 - 75)	58,3 (41,7 - 66,7)	65,6 (56,3 - 75)	75 (62,5 - 100)
7 ou mais	67,3 (56,8 - 76,9)	64,3 (50 - 75)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (62,5 - 87,5)
Valor p ²	0,848	0,631	0,370	0,121	0,879	0,607
Classificação de risco						
Baixo risco	69,3 (58,6 - 76,9)	67,9 (53,6 - 75)	70,8 (58,3 - 79,2)	66,7 (58,3 - 75)	68,8 (56,3 - 78,1)	75 (75 - 87,5)
Alto risco	65,4 (50,9 - 74,1)	66,1 (46,4 - 75)	68,8 (50 - 79,2)	58,3 (50 - 75)	61 (53,1 - 68,8)	75 (50 - 87,5)
Não sei	59,6 (48,1 - 66,4)	53,6 (42,9 - 64,3)	58,3 (41,7 - 79,2)	58,3 (41,7 - 66,7)	56,3 (46,9 - 65,6)	75 (62,5 - 87,5)
Valor p ¹	0,020	0,014	0,124	0,119	0,018	0,013
Profissional do pré-natal						
Médico	69,3 (60,6 - 77,9)	64,3 (53,6 - 75)	66,7 (58,3 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	71,9 (59,4 - 81,3)	75 (75 - 87,5)
Enfermeiro	61,6 (33,6 - 63,4)	46,4 (32,1 - 67,9)	54,2 (41,7 - 70,8)	58,3 (16,7 - 75)	59,4 (28,1 - 65,6)	75 (62,5 - 75)
Médico e enfermeiro	66,4 (52,4 - 75)	67,9 (48,2 - 75)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	62,5 (53,1 - 71,9)	75 (62,5 - 87,5)
Valor p ¹	0,090	0,331	0,414	0,636	0,001	0,208
Medicação antidepressiva na gestação						
Sim	66,4 (34,6 - 83,7)	67,9 (32,2 - 82,1)	73 (41,7 - 83,4)	62,5 (29,2 - 87,5)	59,4 (31,3 - 82,9)	75 (43,8 - 87,5)
Não	67,8 (56,8 - 75,9)	66,1 (50 - 75)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (62,5 - 87,5)
Valor p ²	0,988	0,904	0,876	0,867	0,684	0,724
Bebidas alcoólicas na gestação						
Sim	68,8 (49,5 - 74,1)	67,9 (42,9 - 75)	68,8 (48 - 83,3)	62,5 (45,9 - 66,7)	62,5 (53,1 - 76,6)	81,3 (62,5 - 100)
Não	66,9 (56,8 - 76,9)	64,3 (53,6 - 75)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (62,5 - 87,5)
Valor p ²	0,563	0,659	0,834	0,093	0,467	0,519
Tabagismo na gestação						
Sim	62,5 (51,9 - 73,1)	75 (71,4 - 78,6)	45,9 (25 - 66,7)	58,4 (41,7 - 75)	64,1 (56,3 - 71,9)	68,8 (62,5 - 75)
Não	67,8 (56,8 - 76,9)	64,3 (50 - 75)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (62,5 - 87,5)
Valor p ²	0,719	0,295	0,188	0,679	0,888	0,351
Droga ilícita na gestação						
Sim	44,3 (36,6 - 51,9)	39,3 (32,1 - 71,4)	25 (20,8 - 54,2)	41,7 (33,3 - 50)	43,8 (34,4 - 56,3)	62,5 (62,5 - 75)
Não	68,3 (56,8 - 76,9)	67,9 (53,6 - 75)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (62,5 - 87,5)
Valor p ²	0,017	0,149	0,013	0,033	0,035	0,157
Patologia na gestação						
Sim	60,6 (49,1 - 73,1)	64,3 (39,3 - 75)	62,5 (50 - 75)	66,7 (41,7 - 75)	62,5 (46,9 - 75)	75 (62,5 - 75)
Não	69,3 (59,6 - 76,9)	67,9 (53,6 - 75)	70,8 (58,3 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (56,3 - 78,1)	75 (75 - 87,5)
Valor p ²	0,007	0,153	0,006	0,082	0,025	<0,001
Histórico familiar de depressão						
Sim	63,9 (50,9 - 71,1)	60,7 (46,4 - 71,4)	62,5 (50 - 75)	58,3 (50 - 75)	62,5 (50 - 75)	75 (62,5 - 87,5)
Não	74,1 (63,9 - 80,3)	75 (64,3 - 80,4)	75 (66,7 - 83,3)	75 (58,3 - 83,3)	70,4 (59,4 - 81,3)	87,5 (75 - 100)
Valor p ²	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Histórico pessoal de depressão						
Sim	58,6 (47,1 - 66,4)	53,6 (39,3 - 64,3)	58,3 (41,7 - 66,7)	50 (41,7 - 66,7)	59,4 (46,9 - 71,9)	75 (62,5 - 87,5)
Não	70,2 (61,6 - 77,9)	71,4 (57,1 - 75)	75 (62,5 - 83,3)	75 (58,3 - 75)	65,6 (56,3 - 78,1)	75 (75 - 87,5)
Valor p ²	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,004	0,047

¹ Teste de Kruskal-Wallis; ² Teste de Mann-Whitney

Ao correlacionar os escores de QV e as variáveis relacionadas ao contexto da pandemia por COVID na Tabela 9, no que se refere ao medo ou preocupação em ter o COVID-19, foi identificada relação estatística no domínio meio ambiente ($p = 0,036$), com maior valor da mediana nas puérperas que negaram.

Tabela 9 - Correlação entre as variáveis contexto da pandemia por COVID-19 e a qualidade de vida de puérperas. Ceará, 2021.

Variáveis	Escore WHOQOL-bref					
	Geral	Físico	Psicológico	Social	Ambiente	Autoavaliação
	mediana (1º - 3º quartil)					
Isolamento social						
Sim	66,4 (56,3 - 76,9)	64,3 (50 - 75)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (62,5 - 87,5)
Não	68,8 (58,6 - 73,1)	73,2 (57,1 - 78,6)	75 (58,3 - 83,3)	66,7 (50 - 75)	64,1 (56,3 - 75)	75 (75 - 87,5)
Valor p ²	0,751	0,132	0,354	0,704	0,810	0,830
Continuação com o pré-natal						
Sim	67,3 (55,8 - 75,9)	64,3 (50 - 75)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (62,5 - 87,5)
Não	77,9 (64,4 - 80,8)	75 (75 - 85,7)	79,2 (50 - 83,3)	83,3 (50 - 91,7)	75 (75 - 78,1)	62,5 (50 - 75)
Valor p ²	0,220	0,076	0,639	0,321	0,165	0,095
Alguém próximo teve COVID-19						
Sim	68,3 (56,8 - 75,9)	64,3 (50 - 75)	70,8 (58,3 - 83,3)	66,7 (50 - 75)	65,6 (56,3 - 75)	75 (62,5 - 87,5)
Não	65,4 (55,8 - 76,9)	67,9 (57,1 - 75)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (75 - 87,5)
Valor p ²	0,826	0,442	0,339	0,672	0,652	0,329
Medo/preocupação em ter COVID-19						
Sim	65,9 (55,8 - 75,5)	64,3 (50 - 75)	68,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 75)	75 (62,5 - 87,5)
Não	72,6 (64,4 - 82,7)	73,2 (57,1 - 82,1)	77,1 (62,5 - 79,2)	75 (50 - 83,3)	73,5 (65,6 - 81,3)	75 (75 - 87,5)
Valor p ²	0,089	0,098	0,259	0,317	0,036	0,761
Teve COVID-19						
Sim	69,3 (48,1 - 77,9)	71,4 (42,9 - 78,6)	70,8 (50 - 83,3)	66,7 (41,7 - 75)	68,8 (53,1 - 75)	75 (62,5 - 87,5)
Não	66,4 (56,8 - 75,9)	64,3 (53,6 - 75)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 78,1)	75 (75 - 87,5)
Valor p ²	0,994	0,842	0,900	0,428	0,738	0,268
Medo/preocupação do COVID-19 causar consequências ao filho						
Sim	66,9 (56,8 - 75)	64,3 (53,6 - 75)	70,8 (54,2 - 79,2)	66,7 (50 - 75)	65,6 (53,1 - 75)	75 (62,5 - 87,5)
Não	72,6 (48,1 - 81,8)	71,5 (37,5 - 85,7)	72,9 (47,9 - 81,3)	66,7 (50 - 79,2)	73,5 (54,7 - 79,7)	75 (62,5 - 81,3)
Valor p ²	0,635	0,543	0,958	0,850	0,281	0,319

¹ Teste de Kruskal-Wallis; ² Teste de Mann-Whitney

Ao correlacionar a presença de sintomas depressivos de mulheres no puerpério e os escores de QV na Tabela 10, foi observado que as puérperas com sintomas depressivos apresentaram valores de média e mediana significativamente menores em todos os domínios de qualidade de vida ($p < 0,001$). O pior domínio avaliado em relação as puérperas que apresentaram sintomas depressivos, foi o de relações sociais (média = 50,6; mediana = 50), em contrapartida, o melhor domínio avaliado pelas puérperas sem sintomas depressivos, foi o psicológico (média = 76,2; mediana = 77,1).

Tabela 10 – Correlação entre a presença de sintomas depressivos de mulheres no puerpério e a qualidade de vida de puérperas. Ceará, 2021.

Variáveis	Com sintomas depressivos (≥ 10 pontos)		Sem sintomas depressivos (< 10 pontos)		Valor p
	Média \pm desvio padrão	Mediana (1° - 3° quartil)	Média \pm desvio padrão	Mediana (1° - 3° quartil)	
Domínio físico	52 \pm 15,9	53,6 (39,3 - 64,3)	70,5 \pm 13,7	75 (64,3 - 78,6)	<0,001
Domínio psicológico	53,2 \pm 15,8	54,2 (41,7 - 64,6)	76,2 \pm 10,6	77,1 (66,7 - 83,3)	<0,001
Domínio relações sociais	50,6 \pm 18,9	50 (41,7 - 66,7)	73,9 \pm 14,6	75 (66,7 - 83,3)	<0,001
Domínio meio ambiente	55,2 \pm 16,3	56,3 (45,4 - 65,6)	71,1 \pm 13,7	71,9 (62,5 - 81,3)	<0,001
Autoavaliação da QV	68,6 \pm 16,9	75 (62,5 - 75)	82,5 \pm 13,9	75 (75 - 100)	<0,001
Geral	54,4 \pm 12,5	56,3 (47,1 - 64,4)	73,3 \pm 9,5	75 (68,3 - 79,8)	<0,001

Teste de Mann-Whitney

6. DISCUSSÃO

De acordo com os dados da presente pesquisa, houve prevalência de 122 puérperas (70,1%) com faixa etária de 18 a 30 anos, e 97 (55,7%) primigestas. Perfil semelhante ao estudo transversal com uso de dados da pesquisa nacional de saúde sobre a idade da primeira gestação no Brasil, em que o percentual da primeira gravidez no país concentra-se na faixa etária dos 15 aos 29 anos de idade, sendo que no Ceará o maior percentual concentrou-se nas idades de 15 a 19 anos, seguido de 20 a 29 anos, com 20 anos para idade média (FERNANDES; SANTOS; BARBOSA, 2019). Embora os dados resultantes estejam de acordo com os dados nacionais da pesquisa citada, não está de acordo com a maioria de gestantes do Ceará, o que pode estar relacionado ao fato de que o presente estudo excluiu as puérperas menores de 18 anos.

Em relação a cor da pele autorreferida, a maior parte, 110 (63,2%) considerou-se parda. Dados sobre o perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil mostraram que 45,9% dos óbitos foram registrados entre mulheres pardas. Sendo um público de maior prevalência e com fatores de risco, como menor poder aquisitivo e poucas oportunidades nos serviços de saúde com acesso precário e limitado ao sistema, apresenta maior risco de complicações e morte materna, carecendo de maior atenção em saúde, de modo a reduzir essas vulnerabilidades sociais (BARRETO, 2021).

No tocante a situação conjugal, houve prevalência de 159 (91,4%) mulheres casadas ou em união estável, e 99 (56,9%) das participantes relataram residir com companheiro e filho(s) com até 4 pessoas no domicílio, demonstrando que apesar da união estável, um percentual menor de mulheres relatou residir com o parceiro. A presença do companheiro e sua participação nos cuidados com a mulher e o bebê suscitam sentimentos de satisfação à puérpera, além de estreitar o vínculo familiar e favorecer as relações conjugais e parentais, (SILVA *et al.*, 2016) configurando-se em fatores que influenciam positivamente a QV.

Quanto a escolaridade, as participantes apresentaram média de 14,4 ($\pm 1,9$) anos de estudo, 166 (95,4%) com ensino médio completo e destas, 87 (50%) com ensino superior completo. Conhecer o nível de escolaridade materno permite a elaboração e avaliação das políticas e ações na área da saúde materno-infantil, a escolaridade materna é considerada um fator importante sobre os desfechos obstétricos e neonatais, interferindo diretamente na saúde (SILVESTRIN *et al.*, 2018). A satisfação com a saúde está diretamente relacionada com a QV, diante disso, infere-se que uma melhor escolaridade

materna associada ao desenvolvimento da capacidade de empoderamento sobre autocuidado em saúde, torna a mulher mais segura para a maternidade.

Acerca da religião, houve predomínio de religiões cristãs (católica e evangélica), 142 mulheres (81,6%), destas, 101(58%) relataram participar de reuniões religiosas. De acordo com Rodrigues-Câmara (2016), o conhecimento da espiritualidade e sua dinâmica psicológica e existencial podem contribuir para compreensão e tratamento das questões referentes à gestação, parto e maternidade. Dentro da QV, questões relacionadas a espiritualidade, religião e crenças pessoais estão ligadas ao estado psicológico, diante dessa relação, a espiritualidade deve ser considerada como um dos fatores potenciais para melhoria da saúde mental de puérperas.

Houve prevalência de mulheres que relataram exercer atividade remunerada, 123 (70,7%), com renda familiar mensal de 3 salários mínimos ou mais (56,3%; n=98). Dados que divergiram de estudo realizado no estado do Piauí, região do Nordeste do Brasil, que apresentou prevalência de 202 mulheres (74,3%) que não possuíam ocupação remunerada e 125 (69,1%) com renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos (RIBEIRO *et al.*, 2021). Como a pesquisa foi realizado de forma virtual, com uso de redes sociais, esses resultados podem estar associados a dificuldade de acesso, menor tempo de uso de redes sociais e vulnerabilidades sociais encontradas em famílias com menor renda, reduzindo a abrangência desse público na amostra.

A maioria das puérperas, 99 (56,9%), relataram gestação não planejada. A gravidez precoce ou a não planejada são considerados fatores que podem contribuir como agentes facilitadores no surgimento de algum transtorno mental na puérpera, a elucidação desse fator de risco no início do pré-natal pode ser determinante para a redução de agravos durante a gestação e puerpério (MACIEL *et al.*, 2019). Além disso, a gravidez não planejada também pode estar associada a prejuízos na relação mãe-filho (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

Em relação ao início do acompanhamento pré-natal, quase totalidade das mulheres, 157 (90,2%), iniciaram até as 12 semanas de gestação, assim como é preconizado, e 163 (93,7%) participantes tiveram 7 ou mais consultas. Dados exitosos, visto que, quanto mais precocemente se detectarem os fatores de risco, melhor assistência poderá ser oferecida à puérpera (MACIEL *et al.*, 2019).

No que concerne a classificação de risco da gestação, a maioria das mulheres vivenciou uma gestação de risco habitual. A QV é afetada pela estratificação de gestação de alto risco quando comparada a gestação de risco habitual, reforçando a necessidade de

planejamento e a prestação de uma assistência qualificada e promoção de saúde, promovendo uma qualidade de vida cada vez melhor (CASTRO *et al.*, 2019).

Apesar do baixo percentual, 16 (9,2%) participantes relataram o consumo de bebidas alcóolicas, 3 (1,7%) relataram uso de drogas ilícitas e 2 (1,1%) relataram tabagismo em algum momento da gestação. Com a finalidade de proporcionar maior segurança ao período gestacional, o conhecimento por parte dos profissionais da frequência do consumo de álcool e fumo, bem como seu potencial teratogênico e características populacionais mais expostas contribuem para o direcionamento de planejamento e intervenções educativas dirigidas a gestantes (ROCHA *et al.*, 2013). Ainda que haja um pequeno percentual de mulheres, elas representam um grupo que carece de atenção do profissional de saúde, necessitando de cuidados específicos para a promoção da saúde da família como um todo.

Quanto ao histórico de depressão e uso de antidepressivos, 102 puérperas (58,6%) relataram histórico familiar de depressão, 51 (29,3%) relataram histórico pessoal e 4 (2,3%) fizeram uso de medicações antidepressivas na gestação. Elementos relacionados a saúde mental materna podem constituir risco para prejuízos na relação mãe-filho, desta forma, é essencial uma atenção voltada para saúde mental das mulheres ao longo da assistência pré-natal, de modo a prevenir a instalação ou o agravamento de problemas psicológicos que poderão repercutir negativamente nessa relação (CAVALCANTE *et al.*, 2017). Tais fatores de risco reforçam a atuação multidisciplinar junto a essas mulheres, estimulando o envolvimento e orientação da família e de toda a rede de apoio. Os profissionais podem reduzir riscos à saúde mental através da educação em saúde, orientando as famílias sobre sinais de alerta ou gatilhos depressivos, por exemplo, visando o empoderamento e reconhecimento precoce de riscos.

Tratando-se do histórico de saúde e dados obstétricos das participantes, 29 (16,7%) mulheres relataram alguma patologia ou problema prévio à gravidez, sendo mais frequente o hipotireoidismo (13,7%), a diabetes mellitus (DM) (6,8%) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (6,8%). Quanto a patologias durante a gravidez, 51 (29,3%) participantes relataram ter tido alguma condição patológica, sendo mais frequente: DM (23,6%); infecção urinária (19,7%); HAS (15,7%); COVID-19 (11,8%); HAS e DM (6%). A diabetes pré-gestacional, a hipertensão, as cardiopatias, os distúrbios da tireoide e os processos infecciosos, incluindo as doenças sexualmente transmissíveis (DST) são situações de saúde que podem complicar a gravidez, por isso, a investigação da história clínica objetiva identificar tais situações em tempo oportuno (BRASIL, 2012). A fim de

compensar essas situações de saúde e reduzir o impacto sobre a QV da mulher, é necessário enfatizar a atenção pré-concepcional, no sentido de transmitir melhor orientação em saúde e maior segurança à gestação.

Foi observado que uma porcentagem da amostra de puérperas (11,8%) referiu a COVID-19 como uma das condições patológicas durante a gestação. A condição de pandemia causada pela infecção por COVID-19, exigiu de organizações e instituições de saúde, a elaboração de protocolos de cuidado, principalmente a grupos estabelecidos como prioritários, caso de gestantes e puérperas. Mulheres com suspeita, provável ou confirmada infecção pelo novo coronavírus necessitam de atendimento específico durante todo o manejo pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto, visando a prevenção de complicações (POON *et al.*, 2020).

A falta de evidências científicas disponíveis sobre SARS-CoV-2, durante os primeiros meses da pandemia afetou negativamente o manejo do parto, puerpério e lactação em mulheres com resultado positivo para infecção por COVID-19, uma vez que separou os recém-nascidos de suas mães, prejudicando a realização do contato pele a pele precoce e práticas benéficas, como o clampeamento tardio do cordão umbilical e a amamentação (VILA-CANDEL *et al.*, 2021). Postura de segurança e compreensível por profissionais e mães, visto que, foi adotada com o intuito de proteger os recém-nascidos de possíveis infecções.

No período de coleta do presente estudo, ainda não havia a disponibilidade de vacinação no Brasil, por isso a recomendação era somente de precauções gerais de prevenção, a fim de evitar a infecção pelo vírus. Contexto que também contribuiu para um inevitável estresse adicional à mulher em seu ciclo gravídico puerperal, com riscos inerentes à saúde materna e fetal. Assim, diversas reflexões acerca dos cuidados prestados surgiram, com a finalidade de reforçar a atenção à saúde mental por parte dos profissionais de saúde, incluindo avaliação imediata de padrões de sono e fontes de ansiedade, depressão e até mesmo ideação suicida (POON *et al.*, 2020).

Referente ao tipo de parto, 122 (70,1%) participantes referiram o parto cesáreo, alta prevalência encontrada, quando comparada a outros estudos, como o realizado no nordeste do Brasil (53,3%) e na Turquia (53%) (KOYUCU; KARACA, 2021; RIBEIRO *et al.*, 2021). O que refletiu na assistência ao parto, visto que 157 (90,2%) destes foram realizados por médicos, e 16 (9,2%) por enfermeiros.

Considerando dados nacionais de 2000 a 2018, o tipo de parto vaginal obteve destaque nas regiões Norte e Nordeste com percentual de 47%. Nas demais regiões

ocorreu maior prevalência de partos cesáreos, compreendendo cerca de 67,8%. Em 2018, a porcentagem de partos cesáreos foi de 47,2% na região Norte, 51,6% na Nordeste, 58,4% na Sudeste, 61% na Sul e 63% na região Centro Oeste. As regiões Sudeste, Sul e Centro Oeste apresentaram dados acima da média nacional, que no ano de 2018 foi de 56,3%, evidenciando a disparidade entre as regiões. Ao analisar os dados, todas as regiões revelaram aumento de partos cesáreos ao longo dos últimos anos. A região Nordeste demonstrou a partir de 2013 oscilação, com números semelhantes (GUIMARÃES *et al.*, 2021).

Estudo transversal que promoveu a investigação de fatores associados à via de parto em gestantes da cidade de Belo Horizonte, evidenciaram que o aumento da idade, não possuir acompanhante no pré-parto, parto e puerpério imediato, financiamento privado do hospital para a realização do parto e ser gestante primigesta aumentaram as chances de parto cesáreo. O conhecimento dos fatores associados à prevalência de cesárea pode subsidiar reflexões dos profissionais de saúde sobre esse procedimento cirúrgico em determinadas situações, principalmente quando não há indicações clínicas precisas (SILVA *et al.*, 2020). Destacando que o alto índice de cesárea pode estar relacionado a um melhor perfil econômico das mulheres, diante da forma de recrutamento online da pesquisa.

Dentre as 52 (29,9%) mulheres que relataram parto normal, 33 (19,0%) referiram laceração, 15 (8,6%) parto normal sem pontos e 4 (2,3%) com episiotomia. Conforme observado, é relevante considerar o encorajamento quanto a livre escolha da mulher pela posição no parto, e orientação quanto a riscos e benefícios de posições verticalizadas e horizontais. O risco de lacerações perineais graves e intervenções obstétricas desnecessárias, como a episiotomia está relacionado a utilização da posição litotômica. Em contrapartida, a adoção de posições verticalizadas pode evitar traumas graves com necessidade de sutura e contribuir para a integridade perineal, no parto normal, assim, deve ser encorajada pelos profissionais (ROCHA *et al.*, 2020). Ressaltando assim, que a ocorrência de lacerações e episiorrafia podem gerar dores, incômodo local, e insegurança sobre o retorno as suas atividades sexuais, fatores que se relacionam diretamente com a QV materna.

No tocante à intercorrências durante o parto, 51 (29,3%) mulheres afirmaram a ocorrência, as mais citadas foram: pré-eclâmpsia (10%), hipertensão (8%), parada de progressão de dilatação (8%), Síndromes Hemorrágicas (7,9%) e edema do colo uterino (6%).

As síndromes hipertensivas específicas gestacionais e as síndromes hemorrágicas são as principais causas para o aumento das taxas de mortalidade no Brasil (SERQUEIRA *et al.*, 2020). Recomenda-se o uso de protocolos para o tratamento precoce de complicações relacionadas a hipertensão arterial na gestação, calculando desfechos graves na pré-eclâmpsia, com a finalidade de reduzir morbidade e a mortalidade em um país continental como o Brasil (RAMOS; SASS; COSTA, 2017).

Distocias de partes moles são alterações do canal de parto que podem impedir a progressão do trabalho de parto. Estudo qualitativo-descritivo, por meio de entrevistas semiestruturadas com 13 puérperas que realizaram cesariana por parada de progressão do trabalho de parto demonstrou que as mulheres identificaram a parada da evolução do trabalho de parto como uma falha de seus corpos em desenvolver o nascimento natural de seus filhos e por isso foram submetidas à cesariana. Entretanto, foi identificado que nem sempre a decisão pela via de parto considerou a opinião e desejo da mulher e de seu acompanhante, mesmo se tratando de uma indicação relativa para a cesariana. É essencial a implementação de suporte contínuo e de qualidade, assim como o estímulo para mulher e acompanhante participem das decisões tomadas. As mulheres também evidenciaram aspectos importantes quanto a assistência recebida pelo profissional enfermeiro: cuidado humanizado, boas práticas, empatia, apoio emocional e físico resumiram a assistência do papel da enfermeira obstetra. O ensino e qualificação dos profissionais envolvidos na assistência devem ser focados na sensibilização, além dos aspectos físicos que envolvem o trabalho de parto de cada mulher (QUEIROZ; LIMA; GREGÓRIO; COLLAÇO, 2019). O conhecimento da assistência prestada a partir de vivências e percepções de mulheres sobre o parto, também reflete importante área de investigação, a fim de identificar possíveis frustrações ou vivências negativas prejudiciais à saúde mental materna.

Quanto à amamentação, 170 (97,7%) puérperas estavam amamentando até o momento em que responderam à pesquisa, e 163 (93,7%) afirmaram que pretendiam permanecer até os 6 meses. O que reflete uma boa disposição para amamentação. Estudo realizado em uma unidade de atenção primária à saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil, com a participação de 135 nutrízes e seus bebês, demonstrou, com a utilização da linguagem diagnóstica da NANDA-I, que o diagnóstico Disposição para amamentação melhorada foi o mais frequente, apesar do tempo diminuído de amamentação. Entretanto, o segundo mais frequente foi Amamentação ineficaz, o que sugere a necessidade de elaborar diagnósticos de enfermagem que abranjam possíveis problemas mamários que podem surgir na amamentação e em seu manejo (RODRIGUES *et al.*, 2020).

Dentre os relatos das participantes, 162 (93,1%) afirmaram que receberam ajuda com o bebê no período pós-parto, sendo os mais citados: mãe e companheiro, caracterizando alta prevalência nesse importante fator de apoio, que garante auxílio a mulher em suas atividades diárias. Estudo exploratório qualitativo com o objetivo de analisar a experiência pós-parto de pais pela primeira vez no país da Jordânia, identificou os pais como dispostos a se envolver nos cuidados de seus novos bebês e esposas em recuperação, mas em um nível limitado de envolvimento. Os pais relataram desconhecimento e exibiram estereótipos socioculturais relacionados à masculinidade e ao papel do homem na família, evidenciando influência da religião, masculinidade e cultura em seus papéis. Diante disso, é necessário enfatizar a importância da educação durante o pré-parto, a fim de melhorar a experiência no pós-parto. Os pais devem apoiar o bem-estar da criança e da mãe durante o puerpério, sendo considerados prestadores de cuidados vitais, e não somente observadores (TARAWNEH; SHOQIRAT; ALMALIK, 2020).

No tocante a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) das participantes e comparação entre os valores antes da gestação e pós-parto, apenas 50 (28,7%) mantiveram peso adequado, 76 (43,7%) passaram a ter sobrepeso e 47 (27,0%) obesidade. Achado que remete a reflexão da atenção ao cuidado prestado no acompanhamento pré-natal. É essencial que haja a promoção do controle do peso desde o período pré-gestacional e gestacional, visto que, a presença de peso excessivo contribui para o surgimento de intercorrências maternas e neonatais. O acompanhamento e orientações quanto ao IMC visa diminuir o surgimento de desfechos desfavoráveis (ALMEIDA *et al.*, 2020).

Em relação ao contexto da pandemia por COVID-19 e suas implicações, a maioria das mulheres, 152 (87,4%) estiveram em isolamento social e 171 (98,3%) continuaram normalmente as consultas do pré-natal. 119 (68,4%) puérperas tiveram alguém próximo acometido por COVID-19 e 35 (20,1%) foram acometidas pelo vírus. A grande maioria também afirmou medo/ preocupação em ter COVID-19 durante a gestação (n=156, 89,7%), ou receio da possibilidade de causar consequências ao filho (n=158, 90,8%).

O surgimento da COVID-19 trouxe preocupações adicionais específicas sobre a gravidez e nascimento às gestantes. A tensão econômica, a exposição frequente às notícias sobre a pandemia e os desafios maternos foram os motivos mais críticos para

desenvolvimento de desordens mentais, como o estresse e a ansiedade durante o período epidêmico (KOYUCU; KARACA, 2021).

Ao avaliar a pontuação obtida através da EPDS, a fim de identificar a presença de sintomas depressivos, foi identificado um elevado percentual de participantes que apresentaram a presença de sintomas depressivos no puerpério, 72 mulheres (41,4%). Prevalência maior do que as encontradas em países como Vietnã (27,6%) (DO; NGUYEN; PHAM, 2018), Malawi (11%) (KHWEPEYA; MONSEN; KUO, 2020) e Nigéria (21,8%) (TUNGCHAMA *et al.*, 2017), e semelhante a encontrada em Kuwait, país árabe (45,9%), considerando que em tais estudos foi utilizado um ponto de corte ≥ 12 para EPDS, diferente do usado do presente estudo (pontuação ≥ 10 pontos). Por isso, considera-se que variações de prevalências podem estar associadas as diferentes formas e contextos de utilização da EPDS quanto a aspectos metodológicos e aos pontos de corte determinados, além da idade gestacional ou período pós-parto em que é aplicada.

Ademais, a presente pesquisa foi aplicada em um contexto atípico de pandemia, o que pode ter tendenciado a maiores variações. Estudo transversal realizado de forma online através do *Google Forms* em uma página de mídia social relacionada a saúde, mostraram altos níveis de ansiedade, estresse e depressão entre 989 gestantes durante o isolamento social devido ao COVID-19, sendo níveis mais elevados do que os do período pré-pandêmico. Perda de emprego, dificuldade econômica, presença de risco obstétrico e/ou presença de doença crônica, idade avançada e falta de suporte social foram identificados como fatores preditivos para transtornos mentais maternos na pandemia (KOYUCU; KARACA, 2021).

É conhecido que as causas da depressão podem ser explicadas por construtos sociais, maternos e psicológicos. A triagem oportuna de DPP e intervenções baseadas em evidências é uma necessidade premente em países de baixa e média renda, diante do alto risco de resultados adversos identificados para a saúde materno-infantil (DADI; MILLER; MWANRI, 2020).

Diante dos achados da presente pesquisa, além da renda mensal, não foram encontradas associações significativas quanto a dados sociodemográficos. Resultados similares foram evidenciados em estudo realizado por Dadi *et al* (2020), no qual também não apresentaram diferenças estatísticas em relação as características sociodemográficas para participantes com e sem depressão pós-parto, exceto para a renda familiar mensal.

Referente a renda, aumento de peso significativo e histórico familiar de depressão, mesmo com diferenças significantes em relação a ocorrência de sintomas

depressivos, não foi observado um padrão causal, apresentando resultados diferentes do esperado.

Quanto a renda mensal referida pelas puérperas, tanto a maioria das mulheres com até 1 salário mínimo, como a maioria das mulheres com 3 salários mínimos ou mais não apresentaram sintomas depressivos. Dados que sugerem que a menor renda pode não significar um problema identificado pelas participantes, indicando que o nível de satisfação pode ter apresentado maior contribuição, influenciando ou não, na ocorrência de sintomas depressivos. Dados divergentes do relatado por Dadi *et al* (2020), que apresentou que uma proporção maior de participantes do estudo com depressão tinha baixa renda em comparação com aqueles sem depressão.

Considerando a presença de patologia na gestação, com maior prevalência da HAS, DM e COVID-19, houve uma maior proporção de puérperas que apresentaram sintomas depressivos, sugerindo a influência negativa desta variável na saúde mental. Ao analisar fatores de risco relacionados a DPP nos países: Etiópia, Vietnã, Índia e Peru, a saúde da mãe durante a gravidez foi associada a DPP em todos os quatro países. Mães cuja saúde durante a gravidez foi classificada como ruim, apresentaram maior probabilidade de ocorrência de sintomas depressivos, do que as mães cuja saúde durante a gravidez foi identificada como boa (UPADHYAY; SINGH; SINGH, 2019).

As doenças durante a gravidez foram consideradas como preditor significativo para DPP (DO; NGUYEN; PHAM, 2018). A presença desse preditor gera mais idas a consultas e maior preocupação/ansiedade em relação a saúde da mãe e do bebê. Intercorrências durante a gestação podem provocar fardos emocionais ligados a adaptação a processos de tratamento, mudança na rotina materna e possíveis hospitalizações (MUHWAVA *et al.*, 2020).

O diagnóstico de diabetes mellitus gestacional e distúrbios hipertensivos na gravidez podem afetar o bem-estar mental, o funcionamento e a qualidade de vida das mulheres, aumentando a probabilidade de depressão pós-parto. Estudos sugeriram que as mulheres com distúrbios hipertensivos na gravidez eram mais propensas a desenvolver DPP do que mulheres normotensas, e mulheres com o diagnóstico de DM gestacional estiveram mais suscetíveis a desencadear ansiedade e estresse (STRAPASSON; FERREIRA; RAMOS, 2018; MUHWAVA *et al.*, 2020), além de afetar a autoavaliação de saúde das mulheres (LARA-CINISOMO *et al.*, 2018).

A mudança de hábitos na gestação visa garantir uma gravidez saudável e a redução de riscos de resultados perinatais adversos, como DM gestacional, recém-

nascidos grandes para a idade gestacional ou pré-eclâmpsia. A atividade física moderada durante a gravidez melhora o tônus e a função muscular, além de diminuir o risco de intercorrências graves e sobrepeso pós-parto, contribuindo a longo prazo para a saúde geral e o bem-estar materno (MATE *et al.*, 2020).

O COVID-19 também foi uma das patologias mais relatadas durante a gestação das participantes, estando associado a predisposição a sintomas depressivos. Estudo observacional, transversal, utilizando mídia digital, com gestantes expostas ao distanciamento social devido à pandemia por COVID-19, em Fortaleza, Ceará, Nordeste do Brasil, observou alta prevalência de transtornos mentais comuns durante o período de distanciamento social (MACHADO *et al.*, 2021).

Maior proporção de puérperas que relataram histórico pessoal de depressão em algum momento de suas vidas, apresentaram sintomas depressivos no pós-parto. Resultado que evidencia o maior risco de DPP em mulheres com histórico de transtornos mentais antes ou durante a gestação. Evidência semelhante encontrada em estudo de coorte realizado na Etiópia com 916 gestantes, cujo objetivo foi avaliar a depressão no segundo ou terceiro trimestre da gravidez, com reavaliação duas a oito semanas após o nascimento, que apontou distúrbios de saúde mental antes da gravidez e depressão durante a gravidez como importantes preditores de depressão pós-parto entre as participantes (DADI *et al.*, 2020).

A atenção direcionada à saúde mental deve ser incorporada desde o início da gestação, tendo em vista suas repercussões na saúde materna. Sintomas depressivos podem ser identificados precocemente, ainda na gestação, permitindo intervenções oportunas e redução de danos durante todo o ciclo gravídico-puerperal. Estudo longitudinal realizado com 272 gestantes, em três momentos durante o período gestacional com variação aproximada de 2 semanas, em 12 serviços de pré-natal da zona sul do Município de São Paulo, Brasil, evidenciou uma proporção expressiva de 38,5% de participantes que apresentaram sintomas depressivos em algum momento do período gestacional, o que propõe a utilização da EPDS ou instrumentos semelhantes como estratégia de rastreamento de sintomas depressivos ainda na assistência pré-natal (LIMA; TSUNECIRO; BONADIO; MURATA, 2017).

Muitas vezes o cuidado pré-natal constitui-se como o único contato que uma mulher em idade reprodutiva tem com os serviços de saúde. Diante disso, a avaliação clínica e acompanhamento na atenção primária são fundamentais para intervenções direcionadas à promoção da saúde da mulher. A identificação de possíveis transtornos

mentais na gestação pode também colaborar para uma melhor compreensão da dinâmica do binômio mãe-filho e contribuir com a qualidade na assistência às famílias (COSTA *et al.*, 2018). Identificar e tratar a depressão no pré-natal e pós-parto pode prevenir possíveis prejuízos, inclusive, na relação mãe/filho (MORAIS *et al.*, 2017).

O acompanhamento pré-natal deve ser eficaz em identificar precocemente fatores que podem influenciar a ocorrência de sintomas depressivos. Pesquisa transversal com a participação de mulheres grávidas no final da gestação na cidade de Hengyang, província de Hunan, China, evidenciaram fatores associados como: idade, relacionamento com a sogra, exercícios durante a gravidez, qualidade do sono, autoeficácia, suporte social e sintomas de ansiedade. O que ressalta a necessidade de avaliação em saúde mental durante a gestação, investigando histórico pessoal e familiar, a fim de realizar a detecção, diagnóstico e tratamento precoce (YU *et al.*, 2020). Considerar com atenção o estado psicológico de gestantes permite que estas mulheres alcancem o pós-parto sem danos à saúde.

Considerando que a DPP, uma vez que atinge puérperas, gera consequências para a saúde de familiares e interfere no desenvolvimento do bebê, a atuação do enfermeiro em relação a DPP, deve ter ênfase no papel de prevenção, identificação de sintomas depressivos e tratamento da doença e seus agravos, exercendo contato direto com a puérpera-bebê-família. É necessário o desenvolvimento constante de novos estudos, novas práticas e aperfeiçoamento da assistência de enfermagem, visando influenciar em uma melhor qualidade de vida e prevenção de agravos a saúde (REIS *et al.*, 2018).

Tendo em vista o aumento significativo de casos de depressão no mundo, a realização de pesquisas que busquem identificar ações de prevenção da DPP, faz-se necessárias. As estratégias de prevenção da DPP baseiam-se em intervenções de baixo custo e de viável execução na prática do enfermeiro, como a consulta de enfermagem humanizada e acolhedora e grupo de gestantes. É importante ainda, que durante o pré-natal, o profissional enfermeiro realize uma abordagem adequada quanto ao tema, a fim de evitar atrasos na detecção de puérperas com sintomas depressivos (VIANA; FETTERMANN; BIMBATTI, 2020).

Ao avaliar a QV de todas as participantes através do WHOQOL-*bref*, independente da presença de sintomas depressivos, a melhor avaliação foi conferida ao domínio psicológico, que pode estar associada a vivência de um período repleto de emoções ligadas ao estabelecimento de um novo vínculo mãe-filho, as alterações

ocorridas nessa nova fase geram sentimentos de felicidade, alegria e prazer (SANTOS; MAZZO; BRITO, 2015; ALVES; LOVADINI; SAKAMOTO, 2021).

Ainda nesse contexto, a pior avaliação conferida pelas puérperas foi ao domínio físico, demonstrando que conforto, energia, sono e repouso, mobilidade, capacidade de trabalho e atividades da vida cotidiana avaliados, podem ser afetados no período pós-parto. Tais limitações podem impedi-las de realizar suas atividades diárias como normalmente faziam, como a fadiga pós-parto, que pode ser fator significativo que pode afetar a QV materna (JEONG; NHO; KIM; KIM, 2021).

Também é importante considerar a prevalência do tipo de parto cesáreo no presente estudo, visto que, mulheres que tem parto cesáreo podem apresentar escores mais altos de fadiga pós-parto do que mulheres que deram à luz por parto normal (LAI; HUNG; STOCKER; CHAN; LIU, 2015). Estudo realizado para avaliar a QV pós-parto experimentada por mulheres indianas (46 mulheres com parto cesáreo e 178 com parto vaginal de 17 unidades de saúde públicas e privadas) indicou que a comparação entre partos vaginais e cesáreos apontou que o grupo de parto vaginal teve uma QV mais alta e estava mais propenso a relatar nenhum ou pequenos problemas em 4 das 5 dimensões de saúde avaliadas (mobilidade, autocuidado, atividades usuais, dor ou desconforto (KOHLENER *et al.*, 2018)

A respeito das variáveis sociodemográficas, puérperas na faixa etária de 31 a 40 anos, apresentaram melhores escores de QV no domínio meio ambiente, quando comparadas às puérperas de 18 a 30 anos. Resultado que pode estar relacionado ao crescimento profissional da mulher nos últimos anos, visto que, as participantes que relataram exercer atividade remunerada também obtiveram melhores escores em tal domínio.

Estudos relacionam o aumento da faixa etária de fecundidade ao adiamento da maternidade, em função da busca de consolidação da carreira pela mulher, (BELTRAME; DONELLI, 2012) e pela crescente participação desta no mercado de trabalho nas últimas décadas (FEITOSA; ALBUQUERQUE, 2019; TEDESCO; SOUZA, 2020). Esta crescente inserção traz melhores condições econômicas e estabilidade à mulher.

É possível constatar um reflexo da transição de fecundidade vivenciada nos últimos anos em praticamente todos os países, e sua possível projeção, conforme últimos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tal transição é associada ao chamado “processo de modernização” da sociedade, que apresenta como uma de suas

características as modificações nos papéis das mulheres na sociedade, influenciando também na queda da fecundidade. Tais fenômenos podem ser explicados por condicionantes econômicos e mudanças culturais na sociedade. Projeta-se ainda, uma continuidade do declínio dos níveis de fecundidade da população, com 1,5 filho, em média, por mulher em 2030, sendo que para boa parte dos estados do Nordeste, estima-se uma taxa de 1,55 filho por mulher (IBGE, 2015).

Ainda nesse contexto, as puérperas com residência em domicílio próprio também apresentaram melhores escores de QV no domínio meio ambiente, e aquelas com renda familiar mensal de 3 salários mínimos ou mais, além de melhores escores de QV no domínio meio ambiente, apresentaram melhor QV no domínio psicológico, reforçando a observada influência positiva diante de melhores condições de segurança física, proteção, ambiente físico e do lar e recursos financeiros.

Uma revisão sistemática com o objetivo de descrever a QV durante a gravidez não complicada e avaliar seus fatores sociodemográficos, físicos e psicológicos associados, apresentou que a ausência de problemas econômicos e estar empregada estiveram fortemente associados a uma melhor qualidade de vida em 15 dos 37 estudos incluídos na análise (LAGADEC *et al.*, 2018).

Em relação a religião, observou-se que a prática religiosa, principalmente de religiões cristãs, exerceu importante influência em domínios de QV, resultando em melhores escores no domínio relações sociais. A QV geral e os domínios físico, meio ambiente e relações sociais demonstraram considerável associação positiva quando avaliada a participação de reuniões religiosas pelas participantes.

Recursos psicológicos e psicossociais explicam como a religiosidade e espiritualidade influenciam a saúde mental em mulheres no pós-parto. Crenças e comportamentos religiosos/espirituais são influências poderosas na vida cotidiana das pessoas, em especial, de mulheres e famílias em torno do nascimento de uma criança. Estudo realizado nos Estados Unidos com 2.399 puérperas indicaram que a religiosidade e a espiritualidade influenciaram em sintomas depressivos mais baixos durante o primeiro ano pós-parto (CHEADLE; SCHETTER, 2018).

Diante de tais achados, é inegável que religião/espiritualidade desempenha influência na QV de mulheres no período gestacional e puerperal, e podem ainda auxiliar no enfrentamento de possíveis condições patológicas. Vale ainda a reflexão da participação ativa dos principais representantes espirituais da comunidade, no âmbito da

Estratégia Saúde da Família, como suporte/apoio social, por favorecer o processo terapêutico (ANDRADE *et al.*, 2018).

Crenças, práticas religiosas ou espirituais são usadas para lidar com dificuldades e frustrações diárias, assim, podem ajudar no cuidado em saúde mental, melhorando o ajustamento emocional (HEFTI, 2019). Tais influências são destacadas no presente estudo, tanto por tratar-se de o período puerperal ser permeado de constantes transformações e adaptações físicas e emocionais, como por tais puérperas vivenciarem um contexto inabitual de uma pandemia.

Quanto aos resultados relacionados ao acompanhamento pré-natal, o número de consultas não influenciou na QV das puérperas, e mulheres que iniciaram o acompanhamento com 13 semanas ou mais, apresentaram melhores escores no domínio físico, resultado não recomendado na prática e diferente do esperado, sugerindo viés. Baseado em diversos estudos nacionais e internacionais, organizações e instituições de saúde, inclusive do Ministério da Saúde do Brasil, as recomendações convergem na importância do início precoce do pré-natal, realizado até a 12^a semana gestacional, sendo considerado falha na assistência pré-natal quando o início é tardio. Para a melhoria da qualidade da assistência, com a realização de todos os procedimentos considerados efetivos para a redução de desfechos desfavoráveis, deve-se superar todos os obstáculos ao diagnóstico precoce da gravidez e ao início do acompanhamento pré-natal nas primeiras semanas de gestação, principalmente, das gestantes de maior risco reprodutivo (BRASIL, 2012; VIELLAS *et al.*, 2014).

No tocante ao planejamento da gravidez, apesar da prevalência de gravidez não planejada na amostra, mulheres que afirmaram o planejamento da gestação apresentaram melhores valores de QV em todos os domínios. O que pode também ser observado naquelas que aceitaram a gravidez, embora não tivessem planejado.

O número de gestações não desejadas pode ser reduzido através da atenção em planejamento familiar, que contribui para a redução da morbimortalidade materna e infantil (BRASIL, 2012). Um programa de planejamento familiar eficaz é uma das intervenções mais econômicas para reduzir a incidência de gestações/partos indesejados. Estudos demonstraram resultados que sugerem que a redução de partos indesejados pode auxiliar na redução da DPP (UPADHYAY; SINGH; SINGH, 2019).

A liberdade de decisão quanto ao momento de ter filhos é um direito fundamental à saúde reprodutiva, e está fortemente ligado à saúde e à qualidade de vida das mulheres. Ao comparar a QV entre diferentes métodos contraceptivos de 548

mulheres jordanianas através do WHOQOL-bref, foi observado que as mulheres que usaram contraceptivos orais e aquelas que se submeteram à esterilização tubária permanente tinham probabilidade de ter um nível de QV mais baixo do que as usuárias de DIUs, implantes, hormônios injetáveis e mulheres cujos maridos usavam preservativos (ALYAHYA *et al.*, 2019). É essencial que, de acordo com o contexto e particularidades de cada região, a mulher conheça quais métodos disponíveis e mais adequados a seu desejo e condição clínica.

Foi identificada influência negativa sobre domínios de QV, em relação a existência de patologias ou intercorrências antes ou durante a gestação e parto, influência que afetou também a autoavaliação de QV das mulheres e a satisfação destas com a própria saúde.

A análise do histórico pessoal e obstétrico prévio e no início da gravidez, são essenciais na prevenção de possíveis complicações, e embasam a tomada de decisão para cuidados específicos. Mulheres que referiram alguma patologia existente antes da gestação demonstraram menores escores em relação a autoavaliação da QV, reforçando a importância do planejamento da gravidez e a avaliação pré-concepcional. A avaliação do risco gestacional deve ser realizada através da investigação dos problemas de saúde atuais e prévios, assim como, a história obstétrica. As atividades desenvolvidas na avaliação pré-concepcional incluem anamnese, exame físico e ginecológico, além de alguns exames laboratoriais (BRASIL, 2012).

Puérperas que relataram gestação de alto risco e existência de intercorrência no parto apresentaram menor QV no domínio físico. Resultado que corrobora com estudo transversal, realizado com 262 puérperas de alto risco de uma maternidade pública, que vivenciaram complicações graves. Evidenciou que dor e limitações por aspectos físicos apresentaram medianas com escores inferiores de QV (COLOMBO *et al.*, 2021).

Estudo quantitativo transversal, realizado com a participação de 103 puérperas em um hospital de ensino de Uberaba, Minas Gerais, objetivou analisar a QV das puérperas e correlacioná-la com variáveis sociodemográficas, clínicas, obstétricas e neonatais. Os dados do estudo apontaram que intercorrências durante gestação e/ou durante o parto prejudicaram a QV (SILVA *et al.*, 2019). Dados semelhantes ao presente estudo, que apresentou redução da QV geral e dos domínios psicológico e meio ambiente das mulheres que referiram algum tipo de patologia durante a gravidez.

É importante ressaltar que tais resultados devem embasar a atenção qualificada à saúde materna no período pós-natal. Além da prevenção e do tratamento das

complicações e risco de morte, deve incluir a promoção da qualidade de vida das mulheres nessa fase tão vulnerável do ciclo reprodutivo (COLOMBO *et al.*, 2021).

A gestação de alto risco também influenciou em menor QV no domínio meio ambiente. Dentre as percepções de gestantes estratificadas como alto risco, estão: a fé no período gestacional, a impotência no processo de gerar um filho, a necessidade do autocuidado intensificado e a fragilidade no planejamento gestacional, bem como os sentimentos de medo, preocupação, insegurança, ansiedade, felicidade e culpa. Embora a mulher esteja feliz com a gestação, a estratificação de alto risco em si, leva a intensa tensão e incerteza dos imprevistos que podem acontecer. Ressalta-se, nesse contexto, a necessidade do diálogo e a escuta qualificada, principalmente da equipe de Enfermagem, a fim de considerar a perspectiva das gestantes, e favorecer o bom desenvolvimento de sua gestação (COSTA *et al.*, 2019).

Estudos mostraram que ter problemas de saúde durante a gravidez, como hipertensão, náuseas, ansiedade e diabetes gestacional, foi fator predisponente para pior QV pós-parto. As políticas de saúde e os programas de saúde perinatal devem levar em consideração fatores que impactam negativamente a QV das mulheres, para estabelecer medidas de prevenção e melhoria da QV no pós-parto (MARTÍNEZ-GALIANO *et al.*, 2019; CHANG *et al.*, 2014; BAI *et al.*, 2018).

O uso de drogas ilícitas na gestação também esteve associado a menores escores de QV geral e menores valores nos domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente. O uso de drogas de abuso atua em conjunto com aspectos sociais, perfil socioeconômico e hábitos de vida. As intervenções em saúde e atenção ao pré-natal de qualidade devem considerar problemas e fragilidades para um plano de cuidados individualizado, garantindo assim a promoção e prevenção à saúde da mulher e de seus bebês (SILVA *et al.*, 2020).

Em relação ao tipo de parto, embora não tenham sido encontradas diferenças estatísticas quanto ao profissional que prestou assistência ao parto, é válido considerar que, ao analisar as medianas, as mulheres que indicaram o enfermeiro como profissional que assistiu ao parto, apresentaram maiores valores na QV geral e autoavaliação da QV, assim como em três domínios (físico, psicológico e relações sociais), sugerindo influência positiva sobre a QV das mulheres.

É indispensável afirmar a importância do papel das enfermeiras obstétricas e obstetritzés na mudança de paradigma do modelo obstétrico, visto que, cada vez mais o setor saúde oportuniza uma formação diferenciada e ampliada. O conhecimento dessas

profissionais considera as evidências científicas como suporte para o cuidado e a tomada de decisão, possibilitando o protagonismo do parto à mulher, por meio do respeito aos seus direitos previstos em lei e pela humanização da assistência ao parto e nascimento. Para além do conhecimento científico, esses profissionais também possuem a sensibilidade de entender o processo de parto como um momento único e subjetivo da mulher, que deve respeitar a fisiologia do corpo feminino e utilização de práticas invasivas somente quando estritamente necessário (ROCHA *et al.*, 2020).

O aumento significativo de peso após a gestação esteve associado a melhor autoavaliação da QV, sugerindo que as mulheres podem não identificar o aumento de peso após a gestação como um problema capaz de afetar sua qualidade de vida, ou podem ter a percepção que é normal aumentar consideravelmente de peso durante a gravidez, visto que socialmente é aceitável.

Referente a existência de histórico familiar e pessoal de depressão, foi identificado impacto negativo na QV geral, autoavaliação da QV e nos 4 domínios de QV, apresentando menores valores da mediana. Fato já discutido, que apresenta impacto direto em maior propensão em desenvolver sintomas depressivos no pós-parto, influenciando diretamente a QV.

No presente estudo, foram observados melhores valores no domínio de QV meio ambiente nas puérperas que negaram medo ou preocupação em ter o COVID-19, tal achado pode estar associado a melhores condições de vida, relacionada a recursos financeiros, transporte, disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais. Uma pesquisa online realizada na Turquia, em junho de 2020, com o objetivo de avaliar a saúde mental de 729 gestantes durante os estágios iniciais e de pico da COVID-19, demonstrou que apoio econômico e transporte seguro ao estabelecimento de saúde foram citados como situações e ações gerais que as mulheres perceberam como confortáveis ou de apoio durante o período de distanciamento (KOYUCU; KARACA, 2021).

Naghizadeh e Mirghafourvand (2021) evidenciaram uma correlação reversa entre o medo do COVID-19 e a qualidade de vida de 250 gestantes iranianas, através de um estudo transversal, indicando que as mulheres com maior medo relataram pior qualidade de vida.

O presente estudo demonstrou que a presença de sintomas depressivos afetou negativamente todos os domínios de QV, resultados que concordam com estudos semelhantes realizados em diferentes países. A DPP é um dos fatores mais significativos que afeta a QV materna (JEONG; NHO; KIM; KIM, 2021; KIM, 2018).

Estudo transversal realizado na Nigéria, com 550 participantes de 6 a 8 semanas após o parto, utilizou os mesmos instrumentos propostos na presente pesquisa (EPDS e WHOQOL-bref), além de um instrumento para diagnóstico de DPP. Os resultados demonstraram que a qualidade de vida das participantes com depressão pós-parto foi significativamente baixa em todos os quatro domínios do WHOQOL-bref, incluindo como elas avaliaram sua QV e quão satisfeitas estavam com sua saúde, identificando que a DPP prediz significativamente a percepção negativa, principalmente nos domínios físico e meio ambiente (TUNGCHAMA *et al.*, 2017).

Resultados que corroboram com amostra de 173 mulheres pós-parto do Malawi, cuja sintomatologia depressiva foi relacionada negativamente com a saúde física, saúde psicológica, relações sociais e ambiental. Diante das evidências encontradas, os autores orientaram ainda, que o cuidado prestado por médico, parteira e enfermeira busque apresentar uma abordagem que compreenda os medos e os sintomas depressivos das mulheres também na assistência ao parto (KHWEPEYA; MONSEN; KUO, 2020).

A depressão por si só afeta a capacidade funcional da mulher, a relação com seu filho, o relacionamento interpessoal, o padrão de sono e o envolvimento social, o que provoca redução significativa em todas as dimensões da QV (SLOMIAN *et al.*, 2019). Estudo que investigou a QV e associação com DPP de 145 puérperas na Grécia, com 3-4 dias pós-parto, também evidenciaram que as mulheres com sintomas de depressão apresentaram pontuações menores nas dimensões física, de vitalidade, mental e emocional, assim como em dor corporal e saúde geral, em comparação com mulheres sem sintomas de depressão (PAPAMARKOU *et al.*, 2017).

Seguindo a consistência de dados encontrados na literatura, as mulheres que apresentaram sintomas de depressão pós-parto estiveram mais propensas a ter uma QV mental com nível inferior, achado verificado em estudos semelhantes realizados na Etiópia, Nigéria e Kuwait (TOLA *et al.*, 2021; TUNGCHAMA *et al.*, 2017; BADR, 2017). Dados nacionais, obtidos através de estudo quantitativo, de delineamento transversal, realizado em hospital de ensino situado na cidade de Uberaba, estado de Minas Gerais com a participação de 103 puérperas, demonstrou que todos os domínios de QV (geral; saúde e funcionamento; socioeconômico, psicológico/espiritual e, família) foram afetados negativamente pela presença de sinais indicativos de depressão entre as puérperas (SILVA *et al.*, 2020).

Estudo transversal, realizado na Espanha, com 2990 mulheres, seis semanas após o parto apresentou em seus resultados redução na qualidade de vida relacionada a

saúde em mulheres com sintomatologia depressiva. Observou-se que o desconforto, sintomatologia depressiva e sentimentos de tristeza, juntamente com outros fatores que também têm um importante componente psicológico, como problemas com o relacionamento conjugal e cansaço indicaram impacto negativo na QV (MARTÍNEZ-GALIANO *et al.*, 2019).

Todos os estudos com a abordagem proposta, concordam que ações de conscientização sobre a DPP, avaliação contínua e detecção precoce, influenciam na qualidade de vida da mãe e do bebê e na redução do impacto negativo dos sintomas depressivos.

A qualidade de vida diminui à medida que aumentam os níveis de depressão e ansiedade das mães no período pós-parto, o estabelecimento dos fatores que afetam a saúde mental da mãe por um profissional de saúde e a prevenção dos impactos de tais fatores na mãe permitem a estas, vivências positivas e satisfatórias, adaptação, e fortalecimento de laços familiares, aumentando a qualidade de vida nesse período (DAGLAR; BILGIC; AYDIN & OUML, 2018).

É necessário ainda, destacar o impacto da pandemia na saúde mental e QV em geral de puérperas. Estudo caso-controle, realizado no nordeste da Itália, no período pós-parto imediato de dois grupos de puérperas: grupo de estudo do COVID-19 (mães que deram à luz durante o período de quarentena do COVID-19 entre março e maio de 2020), e o grupo controle (mães que deram à luz no mesmo período em 2019), exploraram a relação entre as medidas de quarentena e políticas hospitalares, e o sofrimento psicoemocional no período pós-parto imediato através da aplicação da EPDS. A preocupação com o risco de exposição ao COVID-19, combinada com as medidas de quarentena adotadas durante a pandemia do COVID-19, tiveram um forte impacto psicoemocional nas mulheres que deram à luz durante este período, afetando adversamente os pensamentos e as emoções das novas mães, agravando os sintomas depressivos conforme indicado pelo aumento da pontuação através da EPDS (ZANARDO *et al.*, 2020).

O pior domínio avaliado em relação as puérperas que foram identificadas com sintomas depressivos, foi o de relações sociais. Dispor de suporte social e conjugal é um fator fortemente relacionado a QV de mulheres no pós-parto, visto que, a estrutura familiar e as interações entre os membros da família de diferentes gerações, como auxílio em relação ao pós-parto e aos cuidados com o bebê são vistas como essenciais e positivas.

Os profissionais de saúde devem considerar o grupo familiar como um todo e adequar os serviços às necessidades de toda a família (XIAO *et al.*, 2019).

Estudo prospectivo, transversal e correlacional, com a participação de 179 puérperas em quatro centros de atendimento pós-parto na Coreia do Sul, 6 semanas após o parto, também verificou a importância das relações, visto que, constatou que a intimidade conjugal foi o fator que mais influenciou na QV das mulheres no período pós-parto, apresentando maiores implicações que a fadiga pós-parto (JEONG; NHO; KIM; KIM, 2021).

Odinka *et al* (2018) demonstraram alta prevalência de DPP e ansiedade em nutrízes com piores níveis de satisfação conjugal. O apoio do cônjuge aumenta a QV das mulheres durante o período pós-parto, enquanto sua ausência aumenta o risco de DPP.

A intimidade entre puérperas e seus parceiros pode ser afetada pela perda da libido, desequilíbrios no desejo sexual entre os parceiros e as mudanças no estilo de vida. Maior bem-estar sexual está associado ao menor estresse percebido pelo casal, desta maneira, o bem-estar sexual dos casais pode ser um alvo importante para intervenções destinadas a ajudar casais no pós-parto a lidar com essa fase de intensas mudanças. Profissionais de saúde devem considerar intervenções que visem auxiliar casais no conhecimento do que esperar em relação às mudanças sexuais pós-parto, na melhor comunicação e expectativas quanto a expressão de afeto (TAVARES *et al.*, 2019).

O melhor domínio avaliado pelas puérperas sem sintomas depressivos, foi o psicológico. A felicidade e a satisfação com a vida podem impedir o desenvolvimento da DPP. A influência do mecanismo emocional inclui ações hormonais, sentimentos e emoções positivas (DO; NGUYEN; PHAM, 2018). A felicidade por estar grávida e por estar otimista apresentam-se como fatores relacionados a uma melhor QV (LAGADEC *et al.*, 2018).

Muitos problemas podem ser detectados e prevenidos por meio do acompanhamento da condição emocional e espiritual da mulher no período pós-parto pelos profissionais de saúde. Fornecer estratégias de enfrentamento à mãe, paralelamente às suas necessidades aumenta a autoconfiança e contribui para a melhoria das habilidades de resolução de problemas e da qualidade de vida (DAGLAR; BILGIC; AYDIN & OUML, 2018).

Assim como no puerpério, estudos de QV durante a gravidez também demonstraram que sintomas de depressão, ansiedade e estresse foram fatores que tiveram forte impacto negativo na qualidade de vida das mulheres. A QV relacionada à saúde,

considerada com uma avaliação subjetiva das dimensões física, mental, social, e do bem-estar, é uma medida essencial da qualidade e eficácia das intervenções em saúde materno-infantil. No entanto, poucas mulheres (menos de 20%) falam espontaneamente sobre sua saúde psicológica a um profissional de saúde, por isso, são necessárias estratégias de detecção da má qualidade de vida das gestantes durante o acompanhamento de saúde, (LAGADEC *et al.*, 2018) desde o início do ciclo reprodutivo, o que refletirá em benefícios à QV também no pós-parto.

Os sintomas de depressão pós-parto estão associados à qualidade de vida de puérperas e, portanto, constituem um poderoso preditor da qualidade de vida. A implementação de uma assistência holística visando a melhoria do funcionamento físico e social, analisando as áreas afetadas pelos sintomas de DPP pode ser útil para alcançar a melhoria da QV de puérperas com risco (PAPAMARKOU *et al.*, 2017). A identificação de fatores e preditores da qualidade de vida no puerpério ao longo dos anos permite a prestação de serviços de atenção integral à mulher cada vez mais eficientes e abrangentes, permitindo melhores desfechos maternos.

7. CONCLUSÃO

O estudo possibilitou avaliar a qualidade de vida de mulheres no puerpério e demonstrou relevante associação com sintomas depressivos.

A forma de recrutamento dos dados em ambiente virtual demonstrou uma amostra com prevalência de puérperas com faixa etária de 18 a 30 anos, primigestas, pardas, casadas ou em união estável, com média de 14,4 ($\pm 1,9$) anos de estudo, exerciam atividade remunerada e com renda familiar mensal de 3 salários mínimos ou mais.

A investigação da presença de sintomas depressivos permitiu identificar um elevado percentual de participantes que apresentaram a sintomatologia depressiva no puerpério. Embora esse resultado não tenha sido apresentado pela maioria das puérperas, representa um índice expressivo e superior aos índices encontrados em outros estudos. Como fatores relacionados a sintomatologia foram identificados: renda mensal, presença de patologia na gestação e histórico pessoal de depressão, sugerindo a influência negativa destes fatores na saúde mental de puérperas.

A avaliação da QV das participantes, independente da presença de sintomas depressivos, apresentou melhor avaliação conferida ao domínio psicológico, e a pior avaliação ao domínio físico. Faixa etária de 31 a 40 anos, domicílio próprio, renda familiar mensal de 3 salários mínimos ou mais, religiões cristãs e participação de reuniões religiosas, o planejamento da gestação, patologias ou intercorrências antes ou durante a gestação e parto, uso de drogas ilícitas na gestação, aumento significativo de peso, histórico familiar e pessoal de depressão e medo/preocupação em ter COVID-19, exerceram significativa influência em determinados domínios de QV. A análise das medianas também demonstraram melhor QV nas mulheres que indicaram o enfermeiro como profissional que assistiu ao parto.

O pior domínio avaliado em relação as puérperas que foram identificadas com sintomas depressivos, foi o de relações sociais e o melhor domínio avaliado pelas puérperas sem sintomas depressivos, foi o psicológico. A presença de sintomas depressivos influenciou negativamente em todos os domínios de qualidade de vida de mulheres no puerpério.

Através da realização da presente pesquisa e em concordância aos estudos atuais sobre a temática, também foi observado a influência da pandemia por COVID-19 na saúde mental e QV maternas.

Como limitações, o estudo apresentou amostra inferior ao esperado, e representatividade da população de puérperas do Ceará não satisfatória, visto que não houve representação de todos os municípios cearenses, o que pode limitar o poder de generalização dos dados. Além disso, também houve limitação em relação a mulheres em condições de extrema vulnerabilidade, sem acesso ou com dificuldade para participação da coleta online.

A identificação de fatores prejudiciais à QV e que podem desencadear processos de adoecimento, como a DPP, poderão estimular o desenvolvimento de estratégias de intervenção pelos serviços e profissionais de saúde, direcionando medidas e intervenções de prevenção precoce e tratamento eficaz. Os resultados apontam para a necessidade de melhoria na assistência à saúde de gestantes e puérperas, principalmente com enfoque no acompanhamento pré-natal e preparação da mulher para potenciais eventos ligados a maternidade.

É primordial que medidas de gestão possam ser analisadas e articuladas, facilitando a melhoria da assistência à saúde das mulheres pelos profissionais de saúde, dispondo de uma equipe multiprofissional e com fluxos pré-estabelecidos, a fim de alcançar maior resolutividade do cuidado.

Além disso, é pertinente que novos estudos sejam realizados, com maior abrangência amostral, em diferentes regiões e com enfoque na realidade atual de período pandêmico, seus impactos sobre a saúde materna em geral e medidas de proteção.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Carlos Clayton Torres *et al.* Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 931-939, Aug. 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302008000600004&lng=en&nrm=iso)

[27302008000600004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302008000600004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso

em: 07 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302008000600004>.

ALMEIDA, Marco Antonio Bettine de; GUTIERREZ, Gustavo Luis; MARQUES, Renato. **QUALIDADE DE VIDA: DEFINIÇÃO, CONCEITOS E INTERFACES COM OUTRAS ÁREAS DE PESQUISA**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, 2012. 142 p. Disponível em:

<http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf>. Acesso em: 22 out. 2019.

ALMEIDA, Milene de Oliveira; MARTINS, Maria José de Oliveira; PAZ, Monique Maria Silva da; CABRAL, Nadine Oliveira; PONTES, Viviann Alves de; ALVES, Poliana Kelma Berto da Silva; ASSIS, Thais Josy Castro Freire de; MENDES, Cristina Katya Torres Teixeira. A INFLUÊNCIA DO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA ELEVADO NO PROCESSO DE INDUÇÃO DO PARTO. **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 6, n. 8, p. 62180-62188, 2020. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n8-590>. Acesso em: 25 jul. 2021.

ALMEIDA, Roseli da Silva Soares de; RETICENA, Kesley de Oliveira; GOMES, Maria Fernanda Pereira; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Puerperal women's experiences regarding the nursing team performance during labor. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, [S.L.], p. 345-349, 27 fev. 2020. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7117>. Disponível em:

<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7117>. Acesso em: 12 out. 2020.

ALVES, Adriana Cristina Pereira; LOVADINI, Vinicius de Lima; SAKAMOTO, Sabrina Ramires. Sentimentos vivenciados pela mulher durante o puerpério. **Rev Enferm Atual In Derme**, [s. l.], v. 95, n. 33, p. 1-12, 01 fev. 2021. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/721>. Acesso em: 05 jul. 2021.

ALVES, Kristine Renata Medeiros; RESENDE, Resende. Reflexões sobre as mulheres que exercem múltiplas funções: papéis sociais, dentro e fora de casa. **Revista Educação e Humanidades**, v. 2, n. 1, jan-jun, p. 622-631, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/reh/article/view/8576/6145>. Acesso em: 09 jul. 2021.

ALYAHYA, Mohammad S et al. Do modern family planning methods impact women's quality of life? Jordanian women's perspective. **Health And Quality Of Life Outcomes**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 1-16, 15 out. 2019. Springer Science and Business

Media LLC. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1226-6>. Acesso em: 06 jul. 2021.

ANDRADE, Luciana Dantas Farias de; SANTOS, Emanuelle Morais dos; ALMEIDA, Janaína de Medeiros Lima; CERQUEIRA, Ana Carolina Dantas Rocha; SOUSA, Carolina Pereira da Cunha; PINTO, Maria Benegelania. Epidemia zika vírus: influência da religião/espiritualidade em gestantes e puérpera. *Revista de Enfermagem Ufpe On Line*, [S.L.], v. 12, n. 2, p. 329, 4 fev. 2018. **Revista de Enfermagem, UFPE Online**. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a23245p329-336-2018>. Acesso em: 08 jul. 2021.

ANDRADE, Raquel Dully *et al.* Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 1, p.181-186, 2015. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150025>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0181.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2019.

BADR, Hanan e. Postpartum depression and health related quality of life: a necessary assessment. **International Journal Of Family & Community Medicine**, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 11-17, 23 ago. 2017. MedCrave Group, LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15406/ijfcm.2017.01.00005>. Acesso em: 07 jul. 2021.

BAI, Guannan et al. Trajectories and predictors of women's health-related quality of life during pregnancy: a large longitudinal cohort study. **Plos One**, [S.L.], v. 13, n. 4, p. 1-13, 3 abr. 2018. Public Library of Science (PLoS). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0194999>. Acesso em: 12 jun. 2021.

BARRETO, Bianca Leão. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 127-133, 26 abr. 2021. Escola Bahiana de Medicina e Saude Publica. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i1.3709> |. Acesso em: 12 jul. 2021.

BELTRAME, Greyce Rocha; DONELLI, Tagma Marina Schneider. Maternidade e carreira: desafios frente à conciliação de papéis. **Aletheia**, n. 38-39, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n38-39/n38-39a17.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2021.

BEZERRA, Ingrid Fonsêca Damasceno *et al.* Comparação da qualidade de vida em gestantes com disfunção sexual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [s.l.], v. 37, n. 6, p.266-271, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/so100-720320150005254>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015000600266>. Acesso em: 02 dez. 2019.

BONASSI, Silvia Maria; MELGAÇO, Damaris Alcida da Costa. Somatizações na gestação: a relação das ansiedades e impressões oníricas sob a perspectiva psicanalítica. *Vínculorevistadonesme*, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 138-162, 2020. NESME - Nucleo de

Estudos em Saude Mental. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.32467/issn.19982-1492v17n1p138-162>. Acesso em: 12 jul. 2021.

BRASIL. Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica 32 – Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico..5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 302 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 22 jul. 2021.

Brasil. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde. 1. ed. rev. 48 p. Brasília. 2020. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf. Acesso em: 12 out. 2020.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2019.

BRUM, Evanisa Helena Maio de. DEPRESSÃO PÓS-PARTO: DISCUTINDO O CRITÉRIO TEMPORAL DO DIAGNÓSTICO. **Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, [s.l.], v. 17, n. 2, p.92-100, 2017. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v17n2p92-100>. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpdd/v17n2/v17n2a09.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2019.

CALOU, Cinthia Gondim Pereira *et al.* Health Related Quality of Life of Pregnant Women and Associated Factors: An Integrative Review. **Health**, [s.l.], v. 06, n. 18, p.2375-2387, 2014. Scientific Research Publishing, Inc.,. <http://dx.doi.org/10.4236/health.2014.618273>. Disponível em: <<https://m.scirp.org/papers/50460>>. Acesso em: 02 dez. 2019.

CALOU, Cinthia Gondim Pereira *et al.* Maternal predictors related to quality of life in pregnant women in the Northeast of Brazil. **Health And Quality Of Life Outcomes**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.1-10, 31 maio 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-018-0917-8>. Disponível em: <<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-018-0917-8>>. Acesso em: 21 out. 2019.

CAMPOS, Bárbara Camila de; RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim. Depressão Pós-Parto Materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. **Psico, [S.L.]**, v. 46, n. 4, p. 483, 8 dez. 2015. EDIPUCRS. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2015.4.20802>.

CANTILINO, Amaury *et al.* Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [s.l.], v. 37, n. 6, p.288-294, 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832010000600006>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000600006>. Acesso em: 04 dez. 2019.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2019.

CASTRO, Danielle Freitas Alvim; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. **O Mundo da Saúde**, [s.l.], v. 37, n. 2, p.159-165, 30 jun. 2013. Centro Universitario Sao Camilo - Sao Paulo. <http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.2013372159165>. Disponível em: <<https://bdpi.usp.br/item/002407664>>. Acesso em: 02 dez. 2019.

CASTRO, Gisélia Gonçalves de et al. Diferenças da qualidade de vida entre mulheres com alto e habitual risco gestacional. **Aletheia**, [S.L.], v. 52, n. 1, p. 102-115, jan/jun. 2019. Even3. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29327/226091>. Acesso em: 02 maio 2021.

CATAFESTA, F.; VENTURI, K.K.; ZAGONEL, I. P. S.; MARIALDA, M. M. Pesquisa-cuidado de enfermagem na transição ao papel materno entre puérperas. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 9, n. 2, p. 457-75, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a13.htm>>. Acesso em: 28 nov. 2019.

CAVALCANTE, Milady Cutrim Vieira et al. Relação mãe-filho e fatores associados: análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil - estudo Brisa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 5, p. 1683-1693, maio 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.21722015>. Acesso em: 1 maio 2021.

CHANG, Shiow - Ru et al. A repeated measures study of changes in health - related quality of life during pregnancy and the relationship with obstetric factors. **Journal of advanced nursing**, v. 70, n. 10, p. 2245-2256, 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.12374>. Acesso em: 06 jul. 2021.

CHEADLE, A. C. D.; SCHETTER, C. Dunkel. Mastery, self-esteem, and optimism mediate the link between religiousness and spirituality and postpartum depression. **Journal Of Behavioral Medicine**, [S.L.], v. 41, n. 5, p. 711-721, 31 maio 2018. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-018-9941-8>. Acesso em: 08 jul. 2021.

CHEN, Huijun; GUO, Juanjuan; WANG, Chen; LUO, Fan; YU, Xuechen; ZHANG, Wei; LI, Jiafu; ZHAO, Dongchi; XU, Dan; GONG, Qing. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. **The Lancet**, [S.L.], v. 395, n. 10226, p. 809-815, mar. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30360-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30360-3).

Disponível em: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)30360-3/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)30360-3/fulltext). Acesso em: 12 out. 2020.

COLOMBO, Natália Carolina Rodrigues *et al.* Qualidade de vida de puérperas que vivenciaram near miss materno. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 1-10, 2 fev. 2021. **Revista Eletronica Acervo Saude**. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e5879.2021>. Acesso em: 06 jul. 2021.

CONDELES, Paulo César *et al.* Qualidade de vida no período puerperal: importância e satisfação. **Rev Rene**, [s.l.], v. 20, p.1-7, 20 ago. 2019. *Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste*. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192041421>.

Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/335285127_Qualidade_de_vida_no_periodo_puerperal_importancia_e_satisfacao>. Acesso em: 04 dez. 2019.

COSTA, Daisy Oliveira; SOUZA, Fabíola Isabel Suano de; PEDROSO, Glaura César; STRUFALDI, Maria Wany Louzada. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 691-700, mar. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.27772015>. Acesso em: 29 jul. 2021.

COSTA, Lediana dalla et al. PERCEPTIONS OF PREGNANT WOMEN ADMITTED TO A HIGH-RISK REFERENCE SERVICE. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, [S.L.], v. 23, p. 1-7, 2019. GN1 Genesis Network.. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190047>. Acesso em: 01 abr. 2021.

COUTINHO, Emília *et al.* Nurses- puerperal mothers interaction: searching for cultural care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 72, n. 4, p.910-917, ago. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0216>. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000500910>. Acesso em: 04 dez. 2019.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782-6. DOI: 10.1192/bjp.150.6.782

CPLP. **Processo histórico da Comunidade dos Países de Língua**

Portuguesa. Disponível em: <<https://www.cplp.org/id-2752.aspx>>. Acesso em: 05 dez. 2019.

DADI, Abel Fekadu et al. Causal mechanisms of postnatal depression among women in Gondar town, Ethiopia: application of a stress-process model with generalized structural equation modeling. **Reproductive Health**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 1-15, 7 maio 2020. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-020-00912-z>. Acesso em: 07 jun. 2021.

DADI, Abel Fekadu; MILLER, Emma R.; MWANRI, Lillian. Postnatal depression and its association with adverse infant health outcomes in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **Bmc Pregnancy And Childbirth**,

[S.L.], v. 20, n. 1, p. 1-15, 22 jul. 2020. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-020-03092-7>. Acesso em: 05 jun. 2021.

DAGLAR, G.; BILGIC, D.; AYDIN & OUML; Z. S. Depressão, ansiedade e qualidade de vida das mães no período pós-parto inicial. **International Journal of Behavioral Sciences**, v. 11, n. 4, p. 152-159, 2018. Disponível em: http://www.behavsci.ir/article_70585.html. Acesso em: 05 jul. 2021.

DO, Thi Kim Ly; NGUYEN, Thi Thanh Huong; PHAM, Thi Thu Huong. Postpartum Depression and Risk Factors among Vietnamese Women. **Biomed Research International**, [S.L.], v. 2018, p. 1-5, 18 set. 2018. Hindawi Limited. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2018/4028913>. Acesso em: 07 jun. 2021.

DUARTE, Elena Maria da Silva et al. Maternal mortality and social vulnerability in a Northeast State in Brazil: a spatial-temporal approach. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 575-586, jun. 2020. FapUNIFESP (SciELO).. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200014>. Acesso em: 01 maio 2021.

EMMANUEL, Elizabeth N; SUN, Jing. Health related quality of life across the perinatal period among Australian women. **Journal Of Clinical Nursing**, [s.l.], v. 23, n. 11-12, p.1611-1619, 10 jun. 2013. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12265>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23750859>>. Acesso em: 06 dez. 2019.

FALEIROS, Fabiana; KÄPPLER, Christoph; PONTES, Fernando Augusto Ramos; SILVA, Simone Souza da Costa; GOES, Fernanda dos Santos Nogueira de; CUCICK, Cibele Dias. USE OF VIRTUAL QUESTIONNAIRE AND DISSEMINATION AS A DATA COLLECTION STRATEGY IN SCIENTIFIC STUDIES. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1-6, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003880014>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-3880014.pdf. Acesso em: 07 out. 2020.

FEITOSA, Yascara Soares; ALBUQUERQUE, Joyce da Silva. Evolução da mulher no mercado de trabalho. **Business Journal**, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 1-17, 22 maio 2019. Companhia Brasileira de Producao Cientifica. <http://dx.doi.org/10.6008/cbpc2674-6433.2019.001.0005>.

FERNANDES, Fábía Cheyenne Gomes de Moraes; SANTOS, Emelynn Gabrielly de Oliveira; BARBOSA, Isabelle Ribeiro. Age of first pregnancy in Brazil: data from the national health survey. **Journal Of Human Growth And Development**, [S.L.], v. 29, n. 3, p. 304-312, 12 dez. 2019. Faculdade de Filosofia e Ciências. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.v29.9523>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822019000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 06 jul. 2021.

FIGUEIRA, Patrícia *et al* . Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 43, supl. 1, p. 79-84,

Aug. 2009 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800012&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Nov. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000800012>.

FLECK, Marcelo Pa *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 34, n. 2, p.178-183, abr. 2000b. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102000000200012>.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 5, n. 1, p.33-38, 2000a. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232000000100004>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2019.

FONSECA, A.; CANAVARRO, M. C. Depressão Pós-Parto. PROPSICO: Programa de atualização em Psicologia Clínica e da Saúde–Ciclo 1. **Artmed Panamericana Editona**, Porto Alegre, p.111-164, 2017.

GROUP, The Whoqol. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. **Psychological Medicine**, [s.l.], v. 28, n. 3, p.551-558, maio 1998. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291798006667>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9626712>>. Acesso em: 21 out. 2019.

GROUP, The Whoqol. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, [s.l.], v. 41, n. 10, p.1403-1409, nov. 1995. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k). Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369500112K?via%3Dihub>>. Acesso em: 22 out. 2019.

GUIMARÃES, Nara Moraes; FREITAS, Valéria Cristina de Souza; SENZI, Christina Galbiati de; GIL, Guilherme Trojillo; LIMA, Leonice Domingos dos S. Cintra; FRIAS, Danila Fernanda Rodrigues. PARTOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) BRASILEIRO: prevalência e perfil das parturientes / childbirths under the unified health system (sus) of brazil. **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 7, n. 2, p. 11942-11958, fev. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv7n2-019>. Acesso em: 21 jul. 2021.

HEFTI, René. Integrando Espiritualidade no Cuidado com a Saúde Mental, Psiquiatria e Psicoterapia (tradução). **Interação em Psicologia**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 308-321, 23 ago. 2019. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v23i02.68486>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v23i02.68486>. Acesso em: 08 jul. 2021.

HOLLANDA, Gabriela Silva Esteves de et al. Visitas domiciliares puerperais: promoção da saúde do binômio mãe-filho. **Journal of Nursing and Health**, [S.L.], v. 9., n. 3. 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1047299/4.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2021.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica**. 4ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2015, 641 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal. Acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnad-continua.html?edicao=27138&t=resultados>. Acesso em: 01 jul. 2021.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI: Subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro: Diretoria de Pesquisas, 2015. 3 v. (3). Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2021.

IRANPOUR, S. *et al.* Association between sleep quality and postpartum depression. **Journal Of Research In Medical Sciences**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.1-5, 2016. Medknow. <http://dx.doi.org/10.4103/1735-1995.193500>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28250787>>. Acesso em: 05 dez. 2019.

JEONG, Yu-Jeong; NHO, Ju-Hee; KIM, Hye Young; KIM, Ji Young. Factors Influencing Quality of Life in Early Postpartum Women. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 18, n. 6, p. 2988, 14 mar. 2021. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18062988>. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18062988>. Acesso em: 05 jul. 2021.

KHWEPEYA, Madalitso; MONSEN, Karen; KUO, Shu-Yu. Quality of life and the related factors in early postnatal women in Malawi. **Midwifery**, [S.L.], v. 85, p. 1-12, jun. 2020. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2020.102700>. Acesso em: 15 jun. 2021.

KIM, Jeong-Suk. The Effect of Parenting Stress and Depression and Fatigue on Quality of life in Early Postpartum Mothers. **Journal Of Convergence For Information Technology**, S.I, v. 8, n. 6, p. 1-7, 31 dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22156/CS4SMB.2018.8.6.001>. Acesso em: 05 jul. 2021.

KOHLER, Stefan et al. 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**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 1-13, 29 out. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-018-2038-0>. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2038-0>. Acesso em: 07 jul. 2021.

KOYUCU, Refika Genç; KARACA, Pelin Palas. The Covid 19 outbreak: maternal mental health and associated factors. **Midwifery**, [S.L.], v. 99, p. 103013, ago. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2021.103013>. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103013>. Acesso em: 06 jul. 2021.

LAI, Ya-Ling; HUNG, Chich-Hsiu; STOCKER, Joel; CHAN, Te-Fu; LIU, Yi. Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal–infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in. **Applied Nursing Research**, [S.L.], v. 28, n. 2, p. 116-120, maio 2015. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2014.08.002>. Acesso em: 05 jul. 2021.

LARA-CINISOMO, Sandraluz; SWINFORD, Claire; MASSEY, Danielle; HARDT, Heidi. Diabetes, Prenatal Depression, and Self-Rated Health in Latina Mothers. **Diabetes Spectrum**, [S.L.], v. 31, n. 2, p. 159-165, 14 mar. 2018. **American Diabetes Association**. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2337/ds17-0031>. Acesso em: 05 jul. 2021.

LIMA, Marlise de Oliveira Pimentel; TSUNECHIRO, Maria Alice; BONADIO, Isabel Cristina; MURATA, Marcella. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 39-46, jan. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700007>. Acesso em: 02 jun. 2021.

LOWDERMILK, D. L. *et al.* Saúde da Mulher e enfermagem obstétrica. 10ª edição. Editora Elsevier. 2012.

MACHADO, Márcia Maria Tavares et al. COVID-19 and mental health of pregnant women in Ceará, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 55, p. 37, 2 jun. 2021. Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003225>. Acesso em: 02 jul. 2021.

MACIEL, Luciana Pessoa et al. Mental disorder in the puerperal period: risks and coping mechanisms for health promotion / transtorno mental no puerpério. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, [S.L.], v. 11, n. 4, p. 1096-1102, 1 jul. 2019. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1096-1102>. Acesso em: 05 maio 2021.

MACIEL, Luciana Pessoa *et al.* Mental disorder in the puerperal period: risks and coping mechanisms for health promotion / Transtorno mental no puerpério. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 11, n. 4, p.1096-1102, 1 jul. 2019. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1096-1102>. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1005467>>. Acesso em: 05 dez. 2019.

MARTÍNEZ-GALIANO, Juan; HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, Antonio; RODRÍGUEZ-ALMAGRO, Julián; DELGADO-RODRÍGUEZ, Miguel. Quality of Life of Women after Giving Birth: associated factors related with the birth process. **Journal Of Clinical Medicine**, [S.L.], v. 8, n. 3, p. 324, 7 mar. 2019. MDPI AG.. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm8030324>. Acesso em: 07 jul. 2021.

MATE, Alfonso; REYES-GOYA, Claudia; SANTANA-GARRIDO, Álvaro; VÁZQUEZ, Carmen M. Lifestyle, Maternal Nutrition and Healthy Pregnancy. **Current Vascular Pharmacology**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 132-140, 30 dez. 2020. Bentham Science

Publishers Ltd. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.2174/1570161118666200401112955>. Acesso em: 08 jul. 2021.

MESQUITA, Ana Cláudia; ZAMARIOLI, Cristina Mara; FULQUINI, Francine Lima; CARVALHO, Emilia Campos de; ANGERAMI, Emilia Luigia Saporiti. Social networks in nursing work processes: an integrative literature review. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 51, p. 1-11, 2017. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016021603219>. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100800&lng=en&nrm=iso&tlng=en#B46)

[62342017000100800&lng=en&nrm=iso&tlng=en#B46](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100800&lng=en&nrm=iso&tlng=en#B46). Acesso em: 08 out. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978. Data da Publicação: 06/02/2002. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.034, de 1 de outubro de 2015, habilita, no âmbito da Rede Cegonha, Centros de Parto Normal – CPN. Brasília, 01 out. 2015. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2015/prt1034_01_10_2015.html>.

Acesso em: 07 out. 2019.

MIOT, Hélio Amante. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **Jornal Vascular Brasileiro**, [S.L.], v. 10, n. 4, p. 275-278, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s1677-54492011000400001>. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1677-54492011000400001&script=sci_arttext.

Acesso em: 08 out. 2020.

MONTEIRO, Keila Araujo *et al.* Evidências de Sintomatologia Depressiva no Pós-Parto Imediato. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.379-388, 2018. Portal de Periodicos UFPB. <http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2018.22.04.12>.

Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964579/33808-97574-1-pb.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2019.

MORAIS, Adriana Oliveira Dias de Sousa et al. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 33, n. 6, p. 1-16, 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00032016>. Acesso em: 05 jul. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta Circular Nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS**. Brasília, 03 mar. 2021.

MUHWAVA, Lorrein Shamiso; MURPHY, Katherine; ZAROWSKY, Christina; LEVITT, Naomi. Perspectives on the psychological and emotional burden of having gestational diabetes amongst low-income women in Cape Town, South Africa. **Bmc Women'S Health**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 1-12, 12 out. 2020. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-020-01093-4>. Acesso em: 06 jul. 2021.

NADERIFAR, Mahin; GOLI, Hamideh; GHALJAIE, Fereshteh. Snowball Sampling: a purposeful method of sampling in qualitative research. **Strides In Development Of Medical Education**, [S.L.], v. 14, n. 3, p. 1-6, 30 set. 2017. Kowsar Medical Institute. <http://dx.doi.org/10.5812/sdme.67670>. Disponível em: <https://core.ac.uk/reader/162005310>. Acesso em: 06 out. 2020.

NADERIFAR, Mahin; GOLI, Hamideh; GHALJAIE, Fereshteh. Snowball Sampling: a purposeful method of sampling in qualitative research. **Strides In Development Of Medical Education**, [S.L.], v. 14, n. 3, p. 1-6, 30 set. 2017. Kowsar Medical Institute. <http://dx.doi.org/10.5812/sdme.67670>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324590206_Snowball_Sampling_A_Purposeful_Method_of_Sampling_in_Qualitative_Research. Acesso em: 08 out. 2020.

NAGHIZADEH, Somayyeh; MIRGHAFORVAND, Mojgan. Relationship of fear of COVID-19 and pregnancy-related quality of life during the COVID-19 pandemic. **Archives Of Psychiatric Nursing**, [S.L.], v. 35, n. 4, p. 364-368, ago. 2021. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2021.05.006>. Acesso em: 25 jul. 2021.

NOMURA, Roseli; TAVARES, Isabela; UBINHA, Ana; COSTA, Maria; OPPERMAN, Maria; BROCK, Marianna; TRAPANI, Alberto; DAMASIO, Lia; REIS, Nadia; BORGES, Vera. Impact of the COVID-19 Pandemic on Maternal Anxiety in Brazil. **Journal Of Clinical Medicine**, [S.L.], v. 10, n. 4, p. 620, 6 fev. 2021. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm10040620>.

ODINKA, Jaclyn I. et al. Post-partum depression, anxiety and marital satisfaction: a perspective from southeastern nigeria. **South African Journal Of Psychiatry**, [S.L.], v. 24, p. 1-8, 22 mar. 2018. AOSIS. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v24i0.1109>. Acesso em: 15 jul. 2021.

OLIVEIRA, Mirna Fontenele de *et al.* Maternal Predictors for Quality of Life during the Postpartum in Brazilian Mothers. **Health**, [s.l.], v. 07, n. 03, p.371-380, 2015. Scientific Research Publishing, Inc., <http://dx.doi.org/10.4236/health.2015.73042>. Disponível em: <https://www.scirp.org/html/10-8203285_54760.htm>. Acesso em: 02 dez. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Histórico da pandemia de COVID-19. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 09 ago. 2021.

PAPAMARKOU, Maria et al. Investigation of the association between quality of life and depressive symptoms during postpartum period: a correlational study. **Bmc Women'S Health**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 1-9, 21 nov. 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-017-0473-0>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12905-017-0473-0#citeas>. Acesso em: 06 jul. 2021.

PEDROSO, B. et al. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, Ponta Grossa, v. 2, n. 1, p. 31-36, jan./jun. 2010.

PEDROSO, B. Revista Brasileira de Qualidade de Vida, e depois? A trajetória das ferramentas para o cálculo dos escores e estatística descritiva dos instrumentos WHOQOL-100/WHOQOL-bref. Revista Brasileira de Qualidade de Vida, Ponta Grossa, v. 8, n. 1, p. 1-7, jan./mar. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 9. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

POON, Liona C.; YANG, Huixia; KAPUR, Anil; MELAMED, Nir; DAO, Blami; DIVAKAR, Hema; MCINTYRE, H. David; KIHARA, Anne B.; AYRES - DE - CAMPOS, Diogo; FERRAZZI, Enrico M.. Global interim guidance on coronavirus disease 2019 (COVID - 19) during pregnancy and puerperium from FIGO and allied partners: information for healthcare professionals. **International Journal Of Gynecology & Obstetrics**, [S.L.], v. 149, n. 3, p. 273-286, 28 abr. 2020. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.13156>. Acesso em: 22 jul. 2021.

QUEIROZ, Rafaela Roque; LIMA, Margarete Maria de; GREGÓRIO, Vitória Regina Petters; COLLAÇO, Vania Sorgatto. ASSISTANCE TO WOMEN SUBMITTED TO CESAREAN SECTION DUE TO AN ARREST DISORDER. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, [S.L.], v. 23, p. 1-7, 2019. GN1 Genesis Network. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190052>. Acesso em: 12 jul. 2021.

RAMOS, José; SASS, Nelson; COSTA, Sérgio. Preeclampsia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / Rbgo Gynecology And Obstetrics**, [S.L.], v. 39, n. 09, p. 496-512, 9 ago. 2017. Georg Thieme Verlag KG. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0037-1604471>. Acesso em: 25 jul. 2021.

REIS, Thais Mara; SOUSA, Maria Eduarda Ferreira de Paula; PAULA, Rosieny Tadeu de; SILVA, Caroline Cristina; CAMILO, Andreia das Dores; RESENDE, Marcio Antonio. Assistência de enfermagem na depressão pós-parto e interação mãe e filho. Revista Eletrônica Acervo Saúde, [S.L.], n. 11, p. 1069-1075, 2018. **Revista Eletronica Acervo Saude**. Disponível em: http://dx.doi.org/10.25248/reas134_2018. Acesso em: 12 jul. 2021.

REZENDE FILHO, J.; MONTENEGRO, C. A. B. Obstetrícia Fundamental. 13ª edição. Editora Guanabara Koogan. 2014.

RIBEIRO, Meireluci Costa *et al.* Qualidade do sono em gestantes com sobrepeso. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [s.l.], v. 37, n. 8, p.359-365, ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/so100-720320150005415>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0100-72032015000800359>. Acesso em: 02 dez. 2019.

RIBEIRO, Samila Gomes et al. FACTORS THAT INTERFERE IN THE QUALITY OF LIFE RELATED TO THE HEALTH OF WOMEN IN THE POSTPARTUM PERIOD IN NORTHEASTERN BRAZIL. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 30, p. 1-14, 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0009>. Acesso em: 02 jul. 2021.

ROCHA, Bruna Dedavid da; ZAMBERLAN, Cláudia; PIVETTA, Hedioneia Maria Foletto; SANTOS, Bianca Zimmermann; ANTUNES, Bibiana Sales. Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 54, p. 1-11, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018027503610>. Acesso em: 24 jul. 2021.

ROCHA, Rebeca Silveira; BEZERRA, Samara Cavalcante; LIMA, José Welington de Oliveira; COSTA, Fabrício da Silva. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 34, n. 2, p. 37-45, jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000200005>. Acesso em: 21 jul. 2021.

RODRIGUES-CÂMARA, Cátia Cilene. MATERNIDADE E ESPIRITUALIDADE: ASPECTOS SIMBÓLICOS. **PARALELLUS Revista de Estudos de Religião - UNICAP**, Recife-PE, v. 6, n. 13, p. 467-494, fev. 2016. ISSN 2178-8162. Disponível em: <http://www.unicap.br/ojs/index.php/paralellus/article/view/573>. Acesso em: 21 jul. 2021. doi:<https://doi.org/10.25247/paralellus.2015.v6n13.pp.467-494>.

ROGERSON, Robert J.. Environmental and health-related quality of life: Conceptual and methodological similarities. **Social Science & Medicine**, [s.l.], v. 41, n. 10, p.1373-1382, nov. 1995. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00122-n](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(95)00122-n).

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia da Pesquisa**. 5ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 624 p.

SANTOS, Alinne Barbosa dos *et al.* AUTOESTIMA E QUALIDADE DE VIDA DE UMA SÉRIE DE GESTANTES ATENDIDAS EM REDE PÚBLICA DE SAÚDE. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 20, n. 2, p.392-400, 28 jun. 2015. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i2.38166>. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/38166>. Acesso em: 02 dez. 2019.

SANTOS, Flávia Andréia Pereira Soares dos; MAZZO, Maria Helena Soares da Nóbrega; BRITO, Rosineide Santana de. Sentimentos vivenciados por puérperas durante o pós-parto. **Rev. Enferm. Ufpe On Line**, [s. l], p. 858-863, fev. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10410>. Acesso em: 05 jul. 2021.

SANTOS, Iná S. *et al.* Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 23, n. 11, p.2577-2588, nov. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2007001100005>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100005. Acesso em: 28 nov. 2019.

SANTOS, M. F. S.; MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. Escalas de autoavaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Ver. Psiq. Clin.*, v.26, n.2, p.32-40, 1999.

SCHARDOSIM, Juliana Machado; HELDT, Elizeth. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 32, n. 1, p.159-166, mar. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472011000100021>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100021>. Acesso em: 28 nov. 2019.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, abr. 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>.

SERQUEIRA, Jeovana Romero de; ROCHA, Maria Gisélia da Silva; MATIAS, Paulienne Ramos da Silva; VILLELA, Edlaine Faria de Moura. Analysis of maternal mortality for causes related to labor of labor, delivery and puerpério in goiás in the period 2008 to 2017. **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 6, n. 9, p. 68307-68319, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n9-317>. Acesso em: 07 jul. 2021.

SILVA, Elza Monteiro da; MARCOLINO, Eloir; SANTOS, Aliny de Lima; GANASSIN, Gabriela Schiavon; MARCON, Sonia Silva. Partner participation in mother and son care: perception of puerperal women. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 3991-4003, 7 jan. 2016. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO.. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3991-4003>. Acesso em: 02 maio 2021.

SILVA, Flávia Teixeira Ribeiro da et al. Prevalence and factors associated with the use of drugs of abuse by pregnant women. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 20, n. 4, p. 1101-1107, dez. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000400010>. Acesso em: 12 jul. 2021.

SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa *et al.* Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 48, n. 3, p.390-397, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048004912>.

SILVA, Sarah Gazarra Ferreira da; CONDELES, Paulo César; PARREIRA, Bibiane Dias Miranda; SILVA, Sueli Riul da; PASCHOINI, Marina Carvalho; RUIZ, Mariana Torreglosa. Influência de variáveis do período pós-parto na qualidade de vida de puérperas. **Revista Enfermagem Uerj**, [S.L.], v. 27, p. 1-8, 12 nov. 2019. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.44636>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/44636>. Acesso em: 12 jul. 2021.

SILVA, Sarah Gazarra Ferreira et al. Qualidade de vida e sintomas indicativos de depressão no puerpério. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social** [en linea], v. 8, n. 3, p. 416-426, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497963985010>. Acesso em: 05 jul. 2021.

SILVA, Thales Philipe Rodrigues da; DUMONT-PENA, Erica; MOREIRA, Alexandra Dias; CAMARGOS, Bárbara Araujo; MEIRELES, Marivania Queiroz; SOUZA, Kleyde Ventura de; MATOZINHOS, Fernanda Penido. Factors associated with normal and cesarean delivery in public and private maternity hospitals: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 73, n. 4, p. 1-7, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0996>. Acesso em: 23 jul. 2021.

SILVESTRIN, Sonia; BURIOL, Viviane Costa de Souza; SILVA, Clécio Homrich da; GOLDANI, Marcelo Zubaran. Avaliação da incompletude da variável escolaridade materna nos registros das Declarações de Nascidos Vivos nas capitais brasileiras - 1996 a 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 34, n. 2, p. 1-11, 19 fev. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00039217>. Acesso em: 14 jul. 2021.

SLOMIAN, Justine; HONVO, Germain; EMONTS, Patrick; REGINSTER, Jean-Yves; BRUYÈRE, Olivier. Consequences of maternal postpartum depression: a systematic review of maternal and infant outcomes. **Women'S Health**, [S.L.], v. 15, p. 1-55, jan. 2019. SAGE Publications.. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1745506519844044>. Acesso em: 05 jun. 2021.

STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 521-8, 2010.

STRAPASSON, Márcia R.; FERREIRA, Charles F.; RAMOS, José G.L.. Associations between postpartum depression and hypertensive disorders of pregnancy. **International Journal Of Gynecology & Obstetrics**, [S.L.], v. 143, n. 3, p. 367-373, 24 set. 2018. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12665>. Acesso em: 02 jul. 2021.

TARAWNEH, Tamador Al; SHOQIRAT, Noordeen; ALMALIK, Mona. “Being relieved and puzzled”: a qualitative study of first time fathers’ experiences postpartum in Jordan. **Women And Birth**, [S.L.], v. 33, n. 4, p. 320-325, jul. 2020. Elsevier BV.. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.07.006>. Acesso em: 07 jul. 2021.

TAVARES, Inês M.; SCHLAGINTWEIT, Hera E.; NOBRE, Pedro J.; ROSEN, Natalie O.. Sexual well-being and perceived stress in couples transitioning to parenthood: a dyadic analysis. **International Journal Of Clinical And Health Psychology**, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 198-208, set. 2019. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.07.004>. Acesso em: 12 jul. 2021.

TEDESCO, Ana Carolina Freitas; SOUZA, Kênia Barreiro. Ser mulher importa? Determinantes, evidências e estimativas da participação feminina no mercado de trabalho brasileiro. **Textos de Economia**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 1-21, 6 ago. 2020. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Disponível em: <https://doi.org/10.5007/2175-8085.2020.e71518>. Acesso em: 09 jul. 2021.

THEME FILHA, Mariza Miranda *et al.* Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study,

2011/2012. **Journal Of Affective Disorders**, [s.l.], v. 194, p.159-167, abr. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020>. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.ez373.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0165032715306789>>. Acesso em: 02 dez. 1995.

TIRADO, M. C. B. A. *et al.* Qualidade de vida de gestantes infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) na cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. 2014, vol.36, n.5, pp.228-232. ISSN 0100-7203. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-7203201400050008>.

TOLA, Yirgalem; AYELE, Gistane; BOTI, Negussie; YIHUNE, Manaye; GETHAHUN, Firdawek; GEBRU, Zeleke. Health-Related Quality-of-Life and Associated Factors Among Post-Partum Women in Arba Minch Town. **International Journal Of Women'S Health**, [S.L.], v. 13, p. 601-611, jun. 2021. Informa UK Limited.. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2147/ijwh.s295325>. Acesso em: 08 jul. 2021.

TUNGCHAMA, Friday P. *et al.* Relationship between quality of life and postpartum depression among women in North-Central, Nigeria. **Highland Med Res J**, v. 15, p. 11-18, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Aishatu-Armiyau/publication/325657283_Relationship_between_quality_of_life_and_postpartum_depression_among_women_in_North_central_Nigeria/links/5b21322c458515270fc6ba0a/Relationship-between-quality-of-life-and-postpartum-depression-among-women-in-North-central-Nigeria.pdf. Acesso em: 08 jul. 2021.

UPADHYAY, Ashish Kumar; SINGH, Abhishek; SINGH, Ashish. Association between unintended births and risk of postpartum depression: evidence from ethiopia, india, peru and vietnam. **Ssm - Population Health**, [S.L.], v. 9, p. 1-9, dez. 2019. Elsevier BV.. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100495>. Acesso em: 02 maio 2021.

VIANA, Marina Delli Zotti Souza; FETTERMANN, Fernanda Almeida; BIMBATTI, Mônica. Nursing strategies for the prevention of postpartum depression. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, [S.L.], p. 953-957, 29 jul. 2020. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.6981>. Acesso em: 27 jul. 2021.

VIELLAS, Elaine Fernandes; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; DIAS, Marcos Augusto Bastos; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; FILHA, Mariza Miranda Theme; COSTA, Janaina Viana da; BASTOS, Maria Helena; LEAL, Maria do Carmo. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 85-100, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00126013>.

VILA-CANDEL, Rafael; MENA-TUDELA, Desirée; GÓMEZ-SEGUÍ, Ana; ASENSIO-TOMÁS, Nieves; CERVERA-GASCH, Agueda; HERRAIZ-SOLER, Yolanda. Manejo del parto, el puerperio y la lactancia en mujeres positivas para SARS-CoV-2. Estudio multicéntrico en la Comunidad Valenciana. **Enfermería Clínica**, [S.L.], v. 31, n. 3, p. 184-188, maio 2021. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.01.006>. Acesso em: 22 jul. 2021.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago/dez. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Constitution of the World Health Organization. New York, 22 July 1946. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>>. Acesso em: 21 outubro 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. OMS: Geneva, 2017.

YU, Yunhan et al. Prevalence of depression symptoms and its influencing factors among pregnant women in late pregnancy in urban areas of Hengyang City, Hunan Province, China: a cross-sectional study. *Bmj Open*, [S.L.], v. 10, n. 9, p. 1-10, set. 2020. BMJ.. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038511>. Acesso em: 12 jul. 2021.

ZANARDO, Vincenzo; MANGHINA, Valeria; GILIBERTI, Lara; VETTORE, Michela; SEVERINO, Lorenzo; STRAFACE, Gianluca. Psychological impact of COVID - 19 quarantine measures in northeastern Italy on mothers in the immediate postpartum period. *International Journal Of Gynecology & Obstetrics*, [S.L.], v. 150, n. 2, p. 184-188, 16 jun. 2020. Wiley. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13249>. Acesso em: 02 jul. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - (VERSÃO ONLINE)

Olá! Meu nome é Vanessa Kelly da Silva Lima e sou aluna do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – Unilab.

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “ASSOCIAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DEPRESSIVOS DE MULHERES NO PUERPÉRIO”.

Esta pesquisa tem como objetivo verificar a associação entre a qualidade de vida e sintomas depressivos de mulheres no período pós-parto. Sua participação na pesquisa será através de três (3) questionários que serão respondidos por você, caso aceite contribuir com o estudo. Os questionários abordarão dados pessoais sobre sua qualidade de vida, dados sobre a ocorrência de sentimentos depressivos e dados sobre suas condições sociodemográficas e sua história obstétrica.

A participação é de caráter voluntário e você possui liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento do estudo, suspendendo sua participação, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo. Os dados serão analisados conforme permissão das entrevistadas. O tempo de aplicação dos instrumentos pode variar de 15 a 20 minutos, dependendo do tempo que cada entrevistada pode levar para respondê-los.

Os questionários apresentam por questões que devem ser assinaladas e é totalmente online, não requerendo seu deslocamento ou qualquer tipo de custo, devendo ser necessário apenas que a senhora tenha acesso à internet. Não haverá pagamento por participar. É necessário que você esteja em até 45 dias após o parto e more no Estado do Ceará.

Os riscos de sua participação no estudo são praticamente nulos, embora possa haver algum constrangimento ao revelar pensamentos e sentimentos, por responder a questões sensíveis ou tomar o seu tempo ao responder a entrevista. Entretanto, tais riscos são minimizados quando comparados aos benefícios que o estudo poderá trazer para os serviços de saúde destinados às gestantes e mulheres no pós-parto, reduzindo riscos à saúde materna. Além disso, você poderá responder aos questionários em sua própria casa, com confidencialidade. Caso haja qualquer desconforto, você poderá optar por não participar da pesquisa ou interromper a participação a qualquer momento, essa decisão não trará dano algum a você. Garanto sigilo e privacidade em sua participação e posterior divulgação científica, seus dados pessoais e qualquer outra informação fornecida por você serão confidenciais, sendo acessíveis apenas aos pesquisadores, cabendo a estes cumprir todas as exigências da pesquisa.

Deste modo, sua participação é de grande valia para nossa pesquisa. Esse termo está disponível para download.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com: Pesquisadora responsável: Vanessa Kelly da Silva Lima, (85) 98938-9772, e-mail: vanessa.kelly902@gmail.com ou pelo perfil do Facebook: (Vanessa Lima) ou Instagram: (@vanessa_kel) e para obter informações sobre os seus direitos, relativos aos aspectos éticos envolvidos nesta pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, situado na Sala 303, 3º Andar, Bloco D, Campus das Auroras – Rua José Franco de Oliveira, s/n, CEP: 62.790-970, Redenção – Ceará – Brasil, com Tel: 3332.6190 e E-mail: cep@unilab.edu.br; ou acesse a Plataforma Brasil no link: <http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>

Você terá acesso à segunda via deste documento. Para ter acesso, basta clicar link, na página inicial do questionário, e realizar o download do documento, ele é seu por direito.

Sua participação no estudo é de livre e espontânea. Para continuar, você precisará escolher uma das opções abaixo:

“Sim, eu concordo em participar da pesquisa”

“Não, eu não concordo em participar da pesquisa”

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E OBSTÉTRICO

Olá! Estas perguntas tem o objetivo de saber se você possui o perfil para participar do estudo:

- Sou maior de 18 anos
 Estou entre 1 à 45 dias após o parto
 Moro no Ceará

Seu bebê já está em casa junto com você? Sim Não

Se não:

- Bebê internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)
 Bebê internado na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN)
 Bebê falecido

Primeiro, vamos conhecer mais sobre você:

1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.1 Nome:

1.2 Cidade:

1.3 Qual sua idade? (*Resposta em números*)

1.4 Você considera a sua cor da pele, raça ou etnia...

- () Parda
() Branca
() Amarela
() Negra
() Indígena

1.5 Qual a sua situação conjugal?

- () Solteira
() Casada ou vive junto
() Separada ou divorciada
() Viúva

1.6 Qual sua ocupação?

1.7 Qual a sua escolaridade? *(Marcar apenas uma opção).*

- 1ª ano do ensino fundamental;
- 2ª ano do ensino fundamental;
- 3ª ano do ensino fundamental;
- 4ª ano do ensino fundamental;
- 5ª ano do ensino fundamental;
- 6ª ano do ensino fundamental;
- 7ª ano do ensino fundamental;
- 8ª ano do ensino fundamental;
- 9ª ano do ensino fundamental;
- 1ª série do ensino Médio;
- 2ª série do ensino Médio;
- 3ª série do ensino Médio;
- Ensino Superior Completo;
- Ensino Superior Incompleto;

1.8 Qual sua religião: _____

1.9 Você costuma ir às reuniões religiosas?

- Não
- Sim

1.10 Tipo de domicílio que você reside:

- Próprio
- Alugado
- Compartilhado
- Cedida

1.11 Com quem você mora?

- Sozinha
- Com seu companheiro
- Com seu companheiro e seu(s) filho(s)
- Com seus familiares

1.13 Qual o número de pessoas que moram no seu domicílio, incluindo você? *(Resposta em números).*

1.14 Qual a renda familiar? *(renda adquirida mensalmente por todos os moradores da casa)*

- Menor que um salário mínimo

- Um salário mínimo
- Dois salários mínimos
- Três salários mínimos
- Mais de três salários mínimos

Que tal, me contar mais um pouco sobre você?

2 - DADOS CLÍNICOS E OBSTÉTRICOS

2.1 Com quantos dias após o parto você está? *(Resposta em números)*

2.2 Qual o tipo de parto da última gestação (mais recente):

- Parto normal com corte
- Parto normal sem corte mas rasgou e levou pontos
- Parto normal sem pontos
- Parto com uso de fórceps
- Parto cesárea

2.3 Quem fez o parto?

- Médico
- Enfermeiro
- Não sei

2.4 Atualmente, você está amamentando?

- Sim
- Não

2.5 Você pretende amamentar durante os seis primeiros meses?

- Sim
- Não

2.6 Teve algum problema durante o parto?

- Não
- Sim,

2.6.1 Se sim, qual? _____

2.7 Qual o peso do seu bebê ao nascer: *(Resposta em números)*

2.8 Alguém ajudou ou está ajudando você com os cuidados do bebê?

Não

Sim

2.8.1 Se sim, quem? _____

2.9 Quantas vezes você já engravidou? (*Resposta em números*)

2.10 Você tem quantos filhos vivos? (*Resposta em números*)

2.11 Você já teve algum aborto?

Nenhum

1

2

3 ou mais

2.12 Qual era o seu peso antes de engravidar? (*Resposta em números*)

Não sei

2.13 Peso atual:

2.14 Qual sua altura? (*Resposta em números*)

2.15 Você tinha algum problema de saúde antes dessa última gestação?

Não

Sim

2.15.1 Se sim, qual? _____

2.16 Essa sua última gravidez foi planejada?

Não

Sim

2.16.1 Se não, depois de saber você aceitou bem a sua gravidez? Não Sim

2.17 Com quantas semanas gestacionais você teve sua primeira consulta de pré-natal? (*Resposta em números*)

_____ semanas

Não sei

2.18 No total, quantas consultas pré-natal você teve? (*Resposta em números*)

 Não sei

2.19 Qual foi sua classificação de risco da sua gestação?

- Baixo risco
- Alto risco
- Não sei

2.20 Qual profissional realizou seu pré-natal?

- Médico
- Enfermeiro
- Médico e enfermeiro

2.21 Você utilizou medicação antidepressiva durante a gestação?

- Não
- Sim

2.22 Você tomou bebidas alcoólicas durante a gestação?

- Não
- Sim

2.22.1 Se sim, com que frequência?

- Nunca
- Raramente
- Poucas vezes
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

2.23 Você fuma?

- Não
- Sim

2.23.1 Se sim, com que frequência?

- Nunca
- Raramente
- Poucas vezes
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

2.24 Você usou alguma droga ilícita durante a gestação?

Não

Sim

2.24.1 Se sim, com que frequência?

Nunca

Raramente

Poucas vezes

Às vezes

Quase sempre

Sempre

2.25 Teve alguma doença durante a sua última gestação?

Não

Sim

2.25.1 Se sim, qual? _____

2.26 Alguém da sua família já teve depressão?

Não

Sim

2.26.1 Se sim, quem? _____

2.27 Você já teve depressão alguma vez na vida?

Não

Sim

2.28 Durante a pandemia você ficou em isolamento social?

Sim

Não

2.29 Durante a pandemia você continuou a realização do seu pré-natal?

Sim

Não

2.30 Alguém próximo a você teve a doença (COVID-19)?

Sim

Não

2.31 Você teve a doença (COVID-19)?

Sim

Não

2.31.1 *Se não*, ficou com medo/preocupada em ficar doente?

Sim

Não

2.31.2 *Se sim*, ficou com medo/preocupada de causar consequências ao seu filho(a)?

Sim

Não

ANEXOS**ANEXO I – Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)****Este questionário é sobre como você tem se sentido nos últimos sete dias:**

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas
 - Como eu sempre fiz
 - Não tanto quanto antes
 - Sem dúvida, menos que antes
 - De jeito nenhum

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia
 - Como sempre senti
 - Talvez, menos que antes
 - Com certeza menos
 - De jeito nenhum

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas
 - Sim, na maioria das vezes
 - Sim, algumas vezes
 - Não muitas vezes
 - Não, nenhuma vez

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão
 - Não, de maneira alguma
 - Pouquíssimas vezes
 - Sim, algumas vezes
 - Sim, muitas vezes

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo
 - Sim, muitas vezes
 - Sim, algumas vezes
 - Não muitas vezes
 - Não, nenhuma vez

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia
 - Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
 - Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
 - Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
 - Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir
 - Sim, na maioria das vezes
 - Sim, algumas vezes
 - Não muitas vezes
 - Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada
 - Sim, na maioria das vezes
 - Sim, muitas vezes
 - Não muitas vezes
 - Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado

Sim, quase todo o tempo

Sim, muitas vezes

De vez em quando

Não, nenhuma vez

10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça

Sim, muitas vezes, ultimamente

Algumas vezes nos últimos dias

Pouquíssimas vezes, ultimamente

Nenhuma vez

Pontuação: _____

1. () < 10 pontos 2. () ≥ 10 pontos

ANEXO II – Instrumento abreviado *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)*

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões.

Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as suas duas últimas semanas.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e marque o número que lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5
5	O quanto você aproveita a vida?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5
7	O quanto você consegue se concentrar?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5

14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5
----	---	------	------	------	------	------

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5

A questão seguinte refere-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	[]1	[]2	[]3	[]4	[]5

Muito obrigada pela sua contribuição.

ANEXO III – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DEPRESSIVOS DE MULHERES NO PUERPÉRIO

Pesquisador: VANESSA KELLY DA SILVA LIMA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 29413120.0.0000.5576

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DA INTEGRACAO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.394.957

Apresentação do Projeto:

Preenchido de acordo com o arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1650265_E1.pdf de 20/10/2020:

Objetivo: Verificar a associação entre a qualidade de vida e sintomas depressivos de mulheres no puerpério.

Metodologia: Estudo correlacional, de

corte transversal e com abordagem quantitativa, que será realizado por meio eletrônico, via Google Forms®.

Será realizado no Estado do Ceará, de

forma online, entre os meses de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021. Para recrutamento e coleta de

dados com o público alvo, serão utilizadas as

mídias sociais: Facebook®, Instagram® e WhatsApp®, para a realização do convite. A população do

presente estudo será constituída por mulheres

no puerpério, que estejam em até 45 dias após o parto. Será utilizada técnica de amostragem não

probabilística, do tipo intencional, sendo usada

técnica de amostragem bola de neve. Foi calculado o tamanho amostral para populações finitas com base

no número de nascidos vivos no Estado

Endereço: Avenida da Abolição, 3, Sala 303, 3º Andar, Bloco D, Campus das Auroras e Rua José Franco de Oliveira, s/n

Bairro: Centro Redenção **CEP:** 62.790-970

UF: CE **Município:** REDENCAO

Telefone: (85)3332-8190

E-mail: cep@unilab.edu.br