

Avaliação dos componentes de ansiedade em pacientes no pós-parto imediato em uma maternidade da rede SUS em Aracaju/SE

Evaluation of anxiety components in patients at immediate postpartum period at a SUS maternity hospital in Aracaju/SE

DOI:10.34119/bjhrv3n6-254

Recebimento dos originais: 17/10/2020

Aceitação para publicação: 16/11/2020

Larissa Wábia Santana de Almeida

Acadêmica do quinto período de Medicina
Universidade Tiradentes

Endereço: Av. Murilo Dantas, 300, CEP: 49032-490, Aracaju /SE, Brasil.
E-mail: larissawabia@gmail.com

Letícia Andrade Santos

Acadêmica do quinto período de Medicina
Universidade Tiradentes

Endereço: Av. Murilo Dantas, 300, CEP: 49032-490, Aracaju/SE, Brasil.
E-mail: leticia.asantos@souunit.com.br

Felipe Silveira de Faria

Acadêmico do primeiro período de Medicina
Universidade Nacional de La Plata

Endereço: Av. 7 nº 776, B1900 La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina.
E-mail: felipesilveiradefaria@gmail.com

Luana Rocha de Souza

Acadêmica do quinto período de Medicina
Universidade Tiradentes

Endereço: Av. Murilo Dantas, 300, CEP: 49032-490, Aracaju/SE, Brasil
E-mail: luanapg.rocha28@gmail.com

Manuela Naiane Lima Barreto

Acadêmica do quinto período de Medicina
Universidade Tiradentes

Endereço: Av. Murilo Dantas, 300, CEP: 49032-490, Aracaju/SE, Brasil
E-mail: manuela.naiane@gmail.com

Yuri Nunes de Oliveira

Acadêmico do sexto período de Medicina
Universidade Tiradentes

Endereço: Av. Murilo Dantas, 300, CEP: 49032-490, Aracaju/SE, Brasil
E-mail: ynunesoliveirax@gmail.com

Débora Cristina Fontes Leite

Preceptora de Neonatologia da Universidade Tiradentes
Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe
Endereço: Av. Murilo Dantas, 300, CEP: 49032-490, Aracaju - SE, Brasil
E-mail: deboraleite2006@hotmail.com

RESUMO

Vivenciar o parto e o nascimento de um filho é um processo natural, que costuma ocorrer sem complicações à mãe ou à criança. Mas com a institucionalização do parto em hospitais, adotaram-se mais intervenções para prestação de cuidados e desconsideração dos aspectos fisiológicos, emocionais e culturais do ato de parir. Nesse sentido, este estudo buscou identificar os fatores que tiveram relação com a ansiedade nas mulheres no pós-parto imediato. Trata-se de um estudo prospectivo e transversal, com 810 puérperas de todas as idades dos alojamentos conjuntos em uma maternidade da rede SUS, em Aracaju-SE que assinaram o TCLE ou TALE. Desse modo, foram avaliados fatores clínicos, socioeconômicos e dados sobre o recém-nascido. Já os instrumentos usados foram os questionários Idate-Estado e Idate-Traço de ansiedade e o WHOQOL-Bref.

Palavras-chave: Ansiedade-estado, ansiedade-traço e puerpério.

ABSTRACT

Experiencing labor and the birth of a child is a natural process, which usually occurs without complications for the mother or child. But with the institutionalization of childbirth in hospitals, more interventions were adopted to provide care and disregard the physiological, emotional and cultural aspects of giving birth. In this sense, this study sought to identify the factors that were related to anxiety in women in the immediate postpartum period. This is a prospective and cross-sectional study, with 810 puerperal women of all ages in joint accommodation at a SUS maternity hospital in Aracaju-SE who signed the Informed Consent Form. Thus, clinical, socioeconomic factors and data on the newborn were evaluated. The instruments used were the Idate-State and Idate-Trait anxiety questionnaires and the WHOQOL.

Keywords: Anxiety-state, anxiety-trait and puerperium.

1 INTRODUÇÃO

Vivenciar o parto e o nascimento de um filho é um processo natural, que costuma ocorrer sem complicações à mãe ou à criança. Contudo, estudos mostram que uma proporção substancial de mulheres grávidas saudáveis sofre pelo menos uma intervenção clínica durante o parto e o nascimento.¹ Com os avanços no campo da saúde materna e com a institucionalização do parto em hospitais, adotaram-se mais intervenções para prestação de cuidados, conformando um modelo de assistência progressivamente despersonalizado, que se caracteriza por excesso de intervenções e desconsideração dos aspectos fisiológicos, emocionais e culturais do ato de parir.²

Dentro deste contexto, os profissionais aumentaram o uso de intervenções que antes eram utilizadas apenas para evitar riscos ou tratar complicações, como a infusão de ocitocina para acelerar o parto normal ou a cesariana.¹ Neste âmbito, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza padrões

globais de cuidados para mulheres grávidas saudáveis a fim de reduzir intervenções médicas desnecessárias. Dentre tais padrões, estão a garantia de cuidados respeitosos e a comunicação entre mulheres e equipe de saúde, assegurando liberdade para decisões sobre manejo da dor, posições de trabalho de parto e nascimento, bem como desejo natural de expulsar o feto.¹

Em termos de Brasil, também se destacam iniciativas voltadas às mudanças para qualificar a atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal e reduzir a mortalidade materno-infantil. Entre as práticas desenvolvidas nas duas últimas décadas, vale ressaltar a Rede Cegonha (RC) e o Apice On. A RC (2011), além de proporcionar às mulheres 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, também garante os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes.³ Já em agosto de 2017, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice ON), que impulsiona mudanças na formação e gestão da atenção nestas especialidades, em hospitais de ensino. O projeto busca a sintonia entre a formação profissional e a humanização da assistência.²

O ciclo gravídico puerperal é marcado por alterações emocionais, características deste período, com possibilidade de desencadear transtornos psíquicos significativos, comprometendo a saúde materno-infantil.⁴ Nesse sentido, a ansiedade pode contribuir para a diminuição da sensibilidade materna e gerar dificuldade na capacidade materna de atender e processar informações, o que afeta a interação com o bebê.⁵

Desse modo, entende-se que, apesar da incidência e gravidade dos transtornos psiquiátricos no ciclo gestacional, os serviços e profissionais de saúde precisam ser provocados na efetivação de ações preventivas para minimizar o sofrimento psíquico a mulheres acometidas que prejudicam à ela e ao bebê.⁶

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo prospectivo e transversal, de abordagem quantitativa, com puérperas dos alojamentos conjuntos na Maternidade do Hospital Santa Isabel, maternidade filantrópica de risco habitual na cidade de Aracaju, no estado de Sergipe. Essa maternidade com 91% dos leitos destinados ao SUS, realizou 10.920 partos em 2018, sendo a média mensal de 945,3 partos. A prevalência de parto vaginal neste serviço em 2018 foi de 73%. A população da amostra foi de puérperas provenientes dos 75 municípios do estado de Sergipe internadas na maternidade durante o período da coleta de dados, sendo o tamanho da amostra utilizou-se a fórmula de Barbetta (2010), considerando o número de partos realizados no serviço em 2018, com erro amostral de 5%, o tamanho da amostra foi de 810 mulheres

dentre essas houveram 7 perdas totais. No período de Setembro de 2019 a Fevereiro de 2020 os pesquisadores realizaram diariamente as entrevistas e a coleta dos dados das puérperas nas primeiras 48 horas após o parto.

Os critérios de inclusão foram: puérperas de todas as idades internadas na maternidade no período da coleta e que aceitem participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). Foram excluídas da pesquisa pacientes que apresentem história atual ou passada de depressão ou tratamento psiquiátrico, alcoolismo ou abuso de drogas, gestação gemelar, filhos estejam natimortos ou que sejam encaminhadas a Unidade de Terapias Intensiva. Dessa forma, foram avaliados alguns fatores clínicos e socioeconômicos como: idade, estado civil, se gravidez desejada/planejada, número de consultas pré-natal, tipo de parto, se gestação única ou múltipla, paridade com especificação do tipo de parto anterior, escolaridade da mãe, etnia, patologias gestacionais, opinião da paciente se o parto foi considerado “violento” e por quê, qualidade da acomodação hospitalar, qualidade da sala de parto, se utilizou algum método não farmacológico de alívio da dor, se foi incentivada a andar e se movimentar durante o parto, teve acompanhante de livre escolha, recebeu dieta líquida, realizou episiotomia, teve direcionamento dos puxos da dor durante o parto, qual a posição adotada no período expulsivo e realizou contato pele a pele com o recém-nascido. E dados em relação ao recém-nascido, como: apresentação do recém-nascido, sexo, idade gestacional, dados antropométricos, Apgar, realização de reanimação neonatal, presença de toco-trauma, se acompanha a genitora no Alojamento conjunto, amamentação na primeira hora pós-parto e dificuldade na amamentação.

Em sequência foram aplicados o questionário IDATE-Traço e IDATE-Estado, instrumentos validados para aferição de ansiedade nas pacientes participantes do estudo. Por fim, foi aplicado o questionário de qualidade de vida WHOQOL-bref (ANEXO C) que é um instrumento objetivo, recomendado pela OMS, que avalia “a percepção do indivíduo de sua posição no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁷.

À respeito dos riscos e benefícios, por se tratar de análise do prontuário, cartão da gestante e resposta ao questionário não apresentou riscos físicos, entretanto há riscos de constrangimento, quebra de sigilo e do anonimato. Para minimizar esses riscos os pesquisadores se comprometeram a respeitar a privacidade da paciente durante a coleta de dados, permitiram que ela somente responda o que se sentir confortável e guardaram as informações em local seguro e restrito. Além disso, somente os pesquisadores tiveram acesso a as informações que foram utilizadas exclusivamente para a realização deste estudo.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados no Microsoft Excel 2010 e analisados por intermédio de estatística pelo programa Jasp versão 0.12.1. Desse modo, todas as variáveis nominais do questionário sociodemográfico e clínico adotaram o número (1) para “Sim” e (2) para “Não” a fim de converter as palavras para números para serem lidas pelo programa.

Para as análises estatísticas do questionário Idate foi necessário inverter na planilha as afirmações positivas; 1;6;7;10;13;16 e 19 no Idate-Traço e 1;2;5;8;10;11;15;16;19 e 20 no Idate-Estado, em seguida foi calculado o score e realizou-se a correlação com os fatores clínicos e socioeconômicos e com WHOQOL-Bref.

O WHOQOL-Bref é composto por 26 questões, duas de caráter geral sobre qualidade de vida e saúde e 24 questões ou facetas que foram divididas em quatro domínios cujas características estão apresentadas a seguir. O domínio Físico representa a percepção do indivíduo sobre sua condição física. O domínio Psicológico é a percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva, ou seja, representa o grau de sua satisfação com a vida. Já o domínio Relações Sociais caracteriza a percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida. Por fim, o domínio Meio Ambiente retrata a percepção do indivíduo sobre os aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive, levando em conta a infraestrutura desse ambiente.⁸

Os resultados do WHOQOL-Bref foram transformados da seguinte forma: o primeiro passo foi estabelecer o valor de cada alternativa escolhida nas questões. Todas as questões, com exceção de três (Q3, Q4 e Q26), são respondidas em direção positiva, ou seja, quanto maior o número escolhido para a resposta, maior será o seu valor. As questões Q3, Q4 e Q26 foram formuladas na direção negativa, logo sua pontuação é invertida: (1=5), (2=4), (3=3), (4=2) e (5=1).⁹

O instrumento não admite um escore total de QV, considerando a premissa de que QV é um construto multidimensional; portanto cada domínio é pontuado de forma independente. A determinação dos escores dos domínios é realizada multiplicando-se a média de todos os itens incluídos dentro de um domínio por quatro. Dessa forma, o escore pode variar de zero a cem, sendo que quanto maior o valor, melhor é o domínio de qualidade de vida.¹⁰ A avaliação foi realizada com peso conforme preconiza o WHOQOL-Bref. É preciso ressaltar que este questionário é bem aceito e válido na população de puérperas e pode ser usado em contextos clínicos pós-natais ou para avaliar os efeitos da intervenção em pesquisas.¹²

A correlação entre os domínios de Qualidade de Vida e os níveis ansiedade foram realizadas através do teste ANOVA duas vias seguido do pós-teste de Tukey. O nível de significância adotado para todas as análises foi de 5%.

Este trabalho foi aprovado no CEP da Universidade Tiradentes sob o parecer 3.695.763. Todas as pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou o Termo de Assentimento Livre Esclarecido.

3 RESULTADOS

A respeito do perfil das puérperas (Tabela 1) constatou-se que a média de idade foi 25,457, o estado civil solteira corresponde a 48,39% e 66,54% se consideram de etnia parda.

Tabela 1: Perfil das puérperas

Perfil	Idade	Média	25,457	
		Idade	Mínima	12
			Máxima	43
			Menores de 18 anos	7,61%
	Estado civil		Solteiras	48,39%
		Casadas	27,28%	
		União estável	22,22%	
		Divorciada	0,741%%	
	Etnia	Pardas	66,54%	
		Negras	17,78%	
		Branças	10,62%	
		Amarela	3,46%	
		Indígena	0,25%	

No tocante ao perfil socioeconômico das puérperas (Tabela 2) constatou-se que 49,87% das mulheres responderam como sendo donas de casa, 55,44% residem em municípios do interior de Sergipe e 40,62% na capital. Além disso, 62,46% das mulheres responderam que não trabalham atualmente e a renda da casa para 59,38% é de até 1 salário mínimo. Em média, o número de residentes (incluindo o recém-nascido) é de 4,483 pessoas, 91,61% residem em casas, 43,82% não concluíram o ensino fundamental e cerca de 5,56% nunca estudaram.

Tabela 2: Perfil socioeconômico

Perfil Socioeconômico	Profissão	Donas de casa	49,87%
		Donas de casa	8,16%
		Donas de casa	5,19%
		Donas de casa	35,41%
		Donas de casa	1,36%
	Trabalha atualmente	Donas de casa	36,17%
		Donas de casa	62,46%
		Donas de casa	1,36%
	Renda	Donas de casa	20,00%
		Donas de casa	39,38%
		Donas de casa	39,26%
		Donas de casa	1,36%
	Tipo de moradia	Donas de casa	91,61%
		Donas de casa	5,43%
		Donas de casa	1,61%
		Donas de casa	1,36%
	Nº residentes (com recém-nascido)	Donas de casa	4,483
		Donas de casa	2
		Donas de casa	30
	Local de residência	Donas de casa	55,44%
		Donas de casa	40,62%
		Donas de casa	2,35%
		Donas de casa	0,99%
		Donas de casa	1,36%
Escolaridade	Donas de casa	43,82%	
	Donas de casa	35,68%	
	Donas de casa	5,56%	
	Donas de casa	13,50%	
	Donas de casa	1,36%	

Acerca dos dados gestacional (Tabela 3), a média do número de abortos foi de 0,248, 73,21% (593) tinham 1 ou 2 filhos, A gestação de 64,81% (525) das gestantes não foi planejada/desejada mas 75,58% haviam feito o pré natal e a média do número de consultas foi de 7,311.

Tabela 3: Dados gestacionais

Dados gestacionais	Nº abortos	Media	0,248
		Maximo	7
		Nenhum	80,37%
		Apenas 1	14,44%
	Nº gestações	Media	2,238
		Maximo	13
		Apenas 1	36,42%
		2 gestações	29,88%
		3 gestações	17,28%
	Nº filhos	Media	1,999
		Maximo	13
		Apenas 1	42,96%
		2 filhos	30,25%
		3 filhos	15,68%
	Gravidez atual desejada	Sim	33,83%
		Não	64,82%

	Pré-natal	Sim	73,58%
		Não	25,06%
	Nº consultas pré-natal	Média	7,311
		Máximo	19
		Mínimo	0
	Paridade	Máximo normal	12
		Máximo cesárea	5
	Patologias	Sim	39,51%
		Não	59,14%

Além disso, 39,51% (320) das mulheres tiveram patologia gestacional (Tabela 4), dentre as patologias as mais prevalentes foram ITU (69,06%), Candidíase (12,18%), Anemia (10%) e Sífilis (5,9%) (Tabela 4).

Tabela 4: Patologias gestacionais

PATOLOGIAS	ITU	Sífilis	Candidíase	Anemia
Percentual total	27,28%	2,35%	4,82%	3,95%
Percentual dentro das patologias	69,06%	5,94%	12,19%	10%
No 1º trimestre	29,74%	30,00%	6,06%	14,29%
No 2º trimestre	38,46%	20,00%	36,36%	71,43%
No 3º trimestre	31,80%	50,00%	57,58%	14,29%

Sobre os dados da sala de parto (Tabela 5), 95,18% tiveram acompanhante de livre escolha, 64,69% realizaram parto normal, 85,68% tiveram venóclise, 58,27% tiveram ocitocina no pré-parto, 7,28% (59) afirmaram que houve algum tipo de violência obstétrica no parto, dentre elas: 22,03% foram por episiotomia sem consentimento, 28,81% sentiram que houve negligência médica e 22,03%

indicaram algum tipo de violência física, verbal ou psicológica (Tabela 6). Apenas 22,72% das mulheres receberam métodos não farmacológicos para alívio da dor, 53,33% não foram incentivadas a deambular, 73,21% não receberam dieta líquida, a episiotomia foi realizada em 15,80% das mulheres, 42,47% teve direcionamento dos puxos durante o parto, 64,32% estava em Posição Ginecológica e 33,99% estava em decúbito dorsal e 0,99% em outro tipo de posição. A dor ao exame de toque a partir da escala de EVA, constatou que 22,96% deram nota máxima de dor (10) e a média de dor entre as mulheres foi de 5,9.

Sobre a qualidade de acomodação hospitalar a média foi de 8,094, já a média da qualidade da sala de parto foi de 8,209.

Tabela 5: Dados da sala de parto

Dados da sala de parto	Tipo de parto	Normal	64,69%
		Cesárea	33,95%
	Venoclise	Sim	85,68%
		Não	12,96%
	Ocitocina	Sim	58,27%
		Não	40,12%
		Sem consentimento	0,21%
	Posição no período expulsivo	Posição ginecológica	64,32%
		Decúbito dorsal	33,33%
		Outras 4 posições somadas	0,99%
	Direcionamento dos puxos	Sim	42,47%
		Não	56,17%
	Parto violento	Sim	7,28%
		Não	91,36%
	Método não farmacológico para alívio da dor	Sim	22,72%
		Não	75,93%
	Incentivo a andar e se movimentar	Sim	45,31%
		Não	53,33%
	Dieta líquida	Sim	25,43%
		Não	73,21%
Episiotomia	Sim	15,80%	
	Não	82,84%	
	Sem consentimento	10,16%	
Dor ao exame de toque	Média	5,9	
	Mínima	0	

		Máxima	10
		Notas 10	22,96%
		Notas 0	15,31%
	Qualidade da sala de parto	Média	8,209
		Mínima	0
		Máxima	10
	Qualidade de acomodação hospitalar	Média	8,094
		Mínima	0
		Máxima	10
	Acompanhante de livre escolha	Sim	95,19%
Não		3,46%	

Tabela 6: Parto violento

PARTO VIOLENTO	Episiotomia sem consentimento	Manobra de Kristeller	Ocitocina sem consentimento	Violência verbal	Violência física	Negligência médica	Violência psicológica	Não souberam caracterizar
Percentual dentro das violências:	22,03%	5,08%	1,69%	10,17%	8,47%	28,81%	3,39%	20,36%
Total	59							

Sobre a relação recém-nascido e mãe (Tabela 7), o contato pele a pele com o recém nascido foi realizado em 75,80% das pacientes, apenas 39,75% conseguiram amamentar na primeira hora pós parto e 29,04% teve dificuldades para amamentar.

Tabela 7: Recém-nascido + mãe

Recém-nascido + mãe	Contato pele a pele	Sim	75,80%
		Não	22,84%
	Amamentação na primeira hora	Sim	39,75%
		Não	58,89%
	Dificuldade para amamentar	Sim	29,04%
		Não	69,38%

Sobre o recém-nascido (Tabela 8), 49,51% era do sexo feminino, a média da idade gestacional era de 39,043 semanas, a apresentação cefálica foi a mais prevalente com 94,20%. A respeito do peso ao nascimento a média foi de 3325,622g, já sobre o comprimento foi de 48,641. A média do perímetro cefálico era de 34,749 cm e do perímetro torácico era de 33,053 cm. Sobre o apgar sua média no

primeiro minuto foi de 8,579 e no quinto minuto de 9,586. Por fim, apenas 2,22% tiveram reanimação neonatal.

Tabela 8: Recém-nascido

Recém-nascido	Sexo	Feminino	49,51%
		Masculino	48,89%
	IG	Média	39,043 semanas
		Mínima	32 semanas
		Máxima	43 semanas
	Apresentação	Cefálica	94,20%
		Pélvica	2,84%
		Córmica	0,37%
	Peso	Médio	3326 g
		Mínimo	2050 g
		Máximo	5080 g
	Comprimento	Médio	48,641cm
		Mínimo	33,5 cm
		Máximo	55 cm
	PC	Médio	34,749 cm
		Mínimo	30 cm
		Máximo	49 cm
	PT	Médio	33,053 cm
		Mínimo	24 cm
		Máximo	39 cm
	Apgar 1º min	Médio	8,579
		Mínimo	1
		Máximo	10
	Apgar 5º min	Médio	9,586
		Mínimo	4
		Máximo	10
Reanimação neonatal	Sim	2,22%	
	Não	95,56%	

O instrumento IDATE foi traduzido e validado para português por Biaggio e Natalício e baseia-se em duas concepções de ansiedade conforme definidos por Spielberger: o traço e o estado. O estado de ansiedade é o estado emocional transitório ou condição do organismo humano que pode variar de intensidade e tempo caracterizado por momentos desagradáveis de tensão e apreensão conscientemente

percebidos. O traço de ansiedade, por sua vez, refere às situações ameaçadoras geralmente influenciada por experiências passadas do indivíduo.¹¹

Portanto, identificamos que o nível de ansiedade baixo no Idate Estado era de 67,53% e no Idate Traço 44,44% . Já o nível médio e alto somaram-se no Idate-Estado 31,23% e no Idate-Traço 54,94%. Nesse sentido, foi identificados os fatores, com base em Pearson e p-value, que geram ansiedade nas paciente.

No questionário Idate-Estado (Tabela 9), foi identificado que o tipo de parto normal ($p=0,005$) mostrou valores menores do escore de ansiedade enquanto o parto cesáreo ($p=0,005$) teve valores maiores. Já a respeito da posição no período expulsivo ($p=0,003$), do parto considerado violento ($p=0,017$), da gravidez não desejada/planejada ($p<0,001$) e da presença de patologias gestacionais ($p=0,014$), sendo a Sífilis ($p<0,001$) a mais prevalente, todos esses fatores mostraram maior escore de ansiedade.

Quanto a relação mãe - recém-nascido, foi reconhecido que não ter um contato pele a pele ($p=0,011$) apresentou escores maiores de ansiedade nas mulheres. Observou-se também o escore aumentado nas mulheres que não amamentaram na primeira hora pós parto ($p=0,031$). Esses fatores correspondem com a amostra já que 58,89% não amamentaram na primeira hora e 29,04% delas tiveram dificuldade para amamentar.

Outro fator importante é o da qualidade da acomodação hospitalar ($p=0,012$) a qual foi inversamente proporcional à pontuação do escore de ansiedade.

Tabela 9: Correlações Idate-Estado

Fator 1	Fator 2	p-value
IDATE ESTADO (SCORE)	IDATE TRAÇO (SCORE)	<.001
	Gravidez desejada/planejada	<.001
	Patologias gestacionais (sim ou não)	0.014
	Sífilis (sim ou não)	<.001
	Considerou o parto violento?	0.017
	Posição no período expulsivo	0.003
	Contato pele a pele com o recém-nascido	0.011
	Amamentação na primeira hora	0.031
	Qualidade da acomodação hospitalar	0.012
	Parto normal	0.005
	Parto cesárea	0.005

No Idate-Traço (Tabela 10), foram identificadas que quanto menor a idade ($p<0,001$) da puérpera, maior o escore de ansiedade puerperal. O estado civil solteira ($p<0,001$) também mostrou

relação diretamente proporcional ao escore de ansiedade e o união estável ($p=0,011$), inversamente. Além disso, as patologias que demonstraram relevância estatística diretamente proporcional ao escore de ansiedade foram Sífilis ($p=0,017$) e Anemia($p=0,006$).

Foi identificado também que a gravidez planejada/desejada ($p=0,045$) e o uso das práticas não farmacológicas para alívio da dor ($p=0,022$) (como exercício com a bola, banho morno e massagem) tiveram impacto negativo na pontuação Idate ansiedade.

Outro fator que influenciou de forma negativa foi a dieta líquida fornecida, em que percebeu-se maior escore de ansiedade nas puérperas ($p=0,006$). Ademais, a posição ginecológica ($p<0,001$) foi um fator de aumento no escore de ansiedade e a em decúbito lateral esquerdo ($p=0,011$), de redução. Sobre as medidas antropométricas do recém nascido, o peso ($p=0,080$) e o comprimento ($p=0,019$) foram inversamente proporcionais ao Idate-Traço.

Tabela 10: Correlações Idate-Traço

Fator 1	Fator 2	p-value
IDATE TRAÇO (SCORE)	Profissão	<.001
	Idade	<.001
	Estado civil	0.003
	Gravidez desejada/planejada	0.045
	Patologias (sim ou não)	0.002
	Sífilis (sim ou não)	0.017
	Anemia (sim ou não)	0.006
	Método farmacológico de alívio da dor	0.022
	Dieta líquida	0.006
	Acompanhante de livre escolha	0.013
	Estado civil solteira	<.001
	Estado civil união estável	0.011
	Posição ginecológica	<.001
	Posição em decúbito lateral esquerdo	0.011
	Peso do recém nascido	0,08
Comprimento do recém nascido	0,019	

Em ambos os questionários dos Idate não ter uma gravidez planejada/desejada ocasiona maior ansiedade nas mulheres, posto que muitas podem se sentir despreparadas, com medo e com preocupações.

Pacientes que durante a gestação tiveram alguma patologia estavam mais ansiosas sendo Sífilis a patologia mais prevalente em ambos Idates.

A relação entre os questionários IDATE e WHOQOL-Bref foi inversamente proporcional, ou seja: quanto menor foi a avaliação nos aspectos gerais e nos quatro domínios, maior foi a ansiedade nas puérperas.

O WHOQOL-Bref é composto por 26 questões, 2 de caráter geral sobre qualidade de vida e saúde e, 24 questões ou facetas. No aspecto geral, em G1 (Tabela 11) - como ela avalia a qualidade de vida- 30,37% optaram pela opção “Nem ruim e nem boa”, e 49,75% avaliaram como “Boa”. Os fatores em G1 que contribuíram de forma diretamente proporcional no escore de qualidade de vida das puérperas foram: renda ($p<0,001$), escolaridade ($p=0,002$), número de consultas no pré-natal ($p=0,014$), parto normal ($p=0,031$), incentivo a andar e se movimentar ($p=0,019$) e qualidade da sala de parto ($p=0,017$). E de forma inversamente proporcional foram: estado civil solteiro ($p=0,003$), número de gestações ($p<0,001$), número de filhos ($p<0,001$), venóclise ($p=0,029$), parto cesáreo ($p=0,031$) e posição ginecológica ($p=0,003$), os que contribuíram para uma menor qualidade de vida.

Tabela 11: Correlação Qualidade de vida (Aspecto geral - G1)

Fator 1	Fator 2	p-value
QDV(Aspecto geral-G1)	QDV(Aspecto Geral-Q15)	<.001
	QDV(Domínio-Físico)	<.001
	QDV(Domínio-Psicológico)	<.001
	QDV(Domínio-Relações Sociais)	<.001
	QDV(Domínio-Meio Ambiente)	<.001
	QDV GERAL	<.001
	Renda	<.001
	Escolaridade	0.002
	Nº de gestações	<.001
	Nº de filhos	<.001
	Nº de consultas Pré-natal	0.014
	Tipo de parto	0.031
	Venóclise	0.029
	Incentivo a andar e se movimentar	0.019
	Qualidade da sala de parto	0.017
	Estado civil solteiro	0.003
	Posição ginecológica	0.003
	Parto normal	0.031
	Parto cesáreo	0.031

No G15 -satisfeita com a saúde - (Tabela 12) a maior porcentagem foi de 62,46% como “Satisfeita”, os fatores que contribuíram de forma positiva para a pontuação do escore de qualidade de vida foram ter uma gravidez planejada/desejada ($p=0,001$), ausência de venóclise ($p=0,028$), parto

normal ($p < 0,001$), qualidade da sala de parto ($p = 0,022$) e qualidade da acomodação hospitalar ($p = 0,015$) e ausência de patologia gestacional ($p = 0,01$). Os fatores que contribuíram de forma inversamente proporcional ou para um menor escore de qualidade de vida foram: idade ($p = 0,015$), escolaridade ($p = 0,021$), número de abortos ($p = 0,015$), número de gestações ($p = 0,009$), parto cesáreo ($p < 0,002$) e presença de tocotrauma ($p = 0,003$)

Tabela 12: Correlação Qualidade de vida (Aspecto geral - G15)

Fator 1	Fator 2	p-value
QDV(Aspecto Geral-Q15)	QDV(Domínio-Físico)	<.001
	QDV(Domínio-Psicológico)	<.001
	QDV(Domínio-Relações Sociais)	<.001
	QDV(Domínio-Meio Ambiente)	<.001
	QDV GERAL	<.001
	Idade	0.015
	Escolaridade	0.021
	Nº de abortos	0.015
	Nº de gestações	0.009
	Gravidez desejada	0.001
	Tipo de parto	<0,001
	Venóclise	0.028
	Patologias (sim ou não)	0.010
	Qualidade da acomodação hospitalar	0.015
	Qualidade da sala de parto	0.022
	Presença de tocotrauma?	0.003
	Parto normal	<.001
Parto cesáreo	<.001	

Já sobre as facetas elas foram divididas em quatro domínios. O domínio Físico (Tabela 13) apresentou os fatores: uma menor idade ($p = 0,027$), infecção no trato urinário ($p = 0,022$) e parto cesáreo ($p < 0,001$) como contribuintes para um escore menor de qualidade de vida. Além disso, o parto normal ($p < 0,001$), a presença de um acompanhante de livre escolha ($p = 0,011$), a qualidade da acomodação hospitalar ($p = 0,018$) e a qualidade da sala de parto ($p = 0,003$) colaboraram para um maior escore de qualidade de vida.

Tabela 13: Correlação Qualidade de vida (Domínio físico)

Fator 1	Fator 2	p-value
QDV(Domínio-Físico)	QDV(Domínio-Psicológico)	<.001
	QDV(Domínio-Relações Sociais)	<.001
	QDV(Domínio-Meio Ambiente)	<.001
	QDV GERAL	<.001
	Idade	0.027
	Tipo de parto	<.001
	ITU (sim ou não)	0.022
	Acompanhante de livre escolha	0.011
	Qualidade da acomodação hospitalar	0.018
	Qualidade da sala de parto	0.003
	Parto normal	<.001
	Parto cesáreo	<.001

No domínio Meio Ambiente (Tabela 14), os fatores que cooperaram para o maior escore de qualidade de vida foram maior renda ($p < 0,001$), união estável ($p = 0,008$), ter um acompanhante de livre escolha ($p < 0,001$) e a posição de expulsão em decúbito lateral esquerdo ($p = 0,008$). Os fatores inversamente proporcionais na pontuação do escore qualidade de vida neste domínio foram número de filhos ($p < 0,001$), número de gestações ($p < 0,001$), estado civil solteiro ($p = 0,01$), posição ginecológica ($p = 0,01$), e presença de patologia ($p = 0,023$), tendo relevância estatística a Anemia ($p = 0,043$). Os recém nascidos com menor perímetro cefálico ($p = 0,012$) e menor apgar ($p = 0,005$) tinham mães com maiores escores de qualidade de vida.

Tabela 14: Correlação Qualidade de vida (Domínio meio ambiente)

Fator 1	Fator 2	p-value
QDV(Domínio-Meio Ambiente)	QDV GERAL	<.001
	Renda	<.001
	Estado civil	0.004
	Nº de gestações	<.001
	Nº de filhos	<.001
	Patologias (sim ou não)	0.023
	Anemia (sim ou não)	0.043
	Acompanhante de livre escolha	<.001
	PC (cm)	0.012
	Apgar 1º min	0.005
	Estado civil solteira	0.01
	Estado civil união estável	0.008
	Posição ginecológica	0.01
	Posição em decúbito lateral esquerdo	0.008

No domínio Psicológico (Tabela 15), os fatores que contribuíram de forma diretamente proporcional ou para um maior escore de qualidade de vida foram gravidez planejada/desejada ($p=0,017$), realização do pré-natal ($p=0,036$), número de consultas no pré-natal ($p=0,013$), qualidade da sala de parto ($p=0,002$), parto normal ($p=0,012$), posição de expulsão em decúbito lateral esquerdo ($p=0,005$), incentivo a andar e se movimentar ($p=0,007$) e estado civil união estável ($p=0,005$). Já os fatores inversamente proporcionais foram estado civil solteira ($p=0,034$), número de gestações ($p<0,001$), número de filhos ($p<0,001$), parto cesáreo ($p=0,012$) e posição ginecológica ($p=0,034$).

Tabela 15: Correlação Qualidade de vida (Domínio psicológico)

Fator 1	Fator 2	p-value
QDV(Domínio-Psicológico)	QDV(Domínio-Relações Sociais)	<.001
	QDV(Domínio-Meio Ambiente)	<.001
	QDV GERAL	<.001
	Estado civil	0.007
	Nº de gestações	<.001
	Nº de filhos	<.001
	Gravidez desejada	0.017
	Pré-natal	0.036
	Nº de consultas Pré-natal	0.013
	Tipo de parto	0.012
	Incentivo a andar e se movimentar	0.007
	Qualidade da sala de parto	0.002
	Estado civil solteira	0.034
	Estado civil união estável	0.005
	Posição ginecológica	0.034
	Posição em decúbito lateral esquerdo	0.005
	Parto normal	0.012
	Parto cesáreo	0.012

Para o domínio “Relações Sociais” (Tabela 16), os fatores que favoreceram uma maior pontuação no escore de qualidade de vida foram trabalhar atualmente ($p=0,009$), estado civil casada ($p<0,001$), gravidez desejada/planejada ($p<0,001$), parto não violento ($p=0,002$) e direcionamento dos puxos ($p=0,001$). Os fatores que contribuíram de forma inversamente proporcional foram idade ($p=0,029$), número de gestações ($p<0,001$) e números de filhos ($p<0,001$). Já o estado civil solteiro ($p<0,001$), a posição ginecológica ($p<0,001$) e as patologias gestacionais ($p=0,016$), tendo a candidíase com relevância estatística ($p=0,003$), contribuíram para um menor escore de qualidade de vida. Os recém nascidos com menor apgar no 1º ($p=0,014$) e no 5º minuto ($p=0,031$) tinham mães com maiores escores de qualidade de vida neste domínio.

Tabela 16: Correlação Qualidade de vida (Domínio relações sociais)

Fator 1	Fator 2	p-value
QDV(Domínio-Relações Sociais)	QDV(Domínio-Meio Ambiente)	<.001
	QDV GERAL	<.001
	Trabalha atualmente	0.009
	Idade	0.029
	Nº de gestações	<.001
	Nº de filhos	<.001
	Gravidez desejada	<.001
	Patologias (sim ou não)	0.016
	Candidíase (sim ou não)	0.003
	Considerou o parto violento?	0.002
	Direcionamento dos puxos durante o parto	0.001
	Apgar 1º min	0.014
	Apgar 5º min	0.031
	Estado civil casada	<.001
	Estado civil solteira	<.001
	Posição ginecológica	<.001
	Posição em decúbito dorsal	<.001

4 CONCLUSÃO

O estudo proporcionou a identificação dos fatores que tiveram relação com a ansiedade no pós-parto. Esses fatores no Idate-Estado foram gravidez deseje/planejada, parto normal, parto cesáreo, patologias gestacionais sendo a Sífilis de maior relação, parto violento, posição no período expulsivo, contato pele a pele com o recém nascido, amamentação na primeira hora e qualidade de acomodação hospitalar.

No Idate-Traço foram profissão, idade, estado civil sendo o solteiro e em união estável com mais relação, patologia gestacional sendo a Sífilis e Anemia com maior relação, uso das práticas não farmacológicas para alívio da dor, dieta líquida, posição ginecológica, posição em decúbito lateral esquerdo, acompanhante de livre escolha, peso e comprimento do recém nascido.

Em ambos os questionários os fatores encontrados foram gravidez planejada/desejada e presença de patologia gestacional predominando a Sífilis .

Além disso, os fatores que influenciam na qualidade de vida no questionário WHOQOL-Bref em G1 foram renda, escolaridade, número de consultas no pré- natal, parto normal, incentivo a andar e se movimentar, qualidade da sala de parto, estado civil solteiro, número de gestações, número de filhos, venóclise, parto cesáreo e posição ginecológica.

No item G15 os fatores foram gravidez planejada/desejada, patologia gestacional, venóclise, parto normal, qualidade da sala de parto e da acomodação hospitalar, idade, escolaridade, número de abortos, número de gestações, parto cesáreo, posição no período expulsivo e presença de tocotrauma.

No domínio Físico os fatores que contribuíram foram idade, infecção no trato urinário, parto cesáreo, parto normal, presença de um acompanhante de livre escolha, qualidade da acomodação hospitalar, qualidade da sala de parto e posição do período expulsivo.

Já no domínio Meio Ambiente os fatores que tiveram relação com a qualidade de vida foram renda, estado civil tendo o solteiro e em união estável de maior relação, ter um acompanhante de livre escolha, posição ginecológica, posição em decúbito lateral esquerdo, número de filhos, número de gestações, presença de patologia tendo uma maior relevância a Anemia, perímetro cefálico e apgar do recém nascido.

No domínio Psicológico os fatores que tiveram relação com a qualidade de vida foram gravidez planejada/desejada, realização e número de consultas no pré-natal, qualidade da sala de parto, parto normal, posição de expulsão em decúbito lateral esquerdo, incentivo a andar e se movimentar, estado civil em união estável, estado civil solteira, número de gestações, número de filhos, parto cesáreo e posição ginecológica.

Os fatores do domínio Relações Sociais foram trabalhar atualmente, estado civil casada, gravidez desejada/planejada, parto violento, direcionamento de puxos, idade, estado civil solteira, número de gestações, número de filhos, patologias gestacionais tendo a candidíase de maior relevância, posição ginecológica e apgar do recém nascido.

A relação entre o questionário IDATE e WHOQOL-Bref foi inversamente proporcional.

REFERÊNCIAS

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados individualizados e de apoio são fundamentais para a experiência positiva de parto. Genebra. Organização Mundial da Saúde, 2018.

MENDES, Yluska; RATTNER, Daphne. Estrutura e práticas de hospitais integrantes do Projeto Apice ON: estudo de linha de base. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 54, n. 23, p. 1-13, mai./fev., 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v54/pt_1518-8787-rsp-54-23.pdf>. Acesso em: 29 de maio de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Rede Cegonha. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/rede-cegonha>>. Acesso em: 29 de mai. de 2020.

SCHIAVO, Rafaela de Almeida. Presença de stress e ansiedade em primigestas no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto. 2011. 139 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências, São Paulo, 2011.

CHEMELLO, Mariana; LEVANDOWSKI, Daniela; DONELLI, Tagma. Ansiedade materna e maternidade: Revisão crítica da literatura. *Interação em Psicologia, Curitiba*, v. 21, n. 1, p. 78-89, 2017. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/46153-208148-1-PB.pdf>>. Acesso em: 29 de maio de 2020.

MOURA, Elaine; Fernandes, Marcia; Apolinário, Flayda. Percepção materna sobre transtornos psiquiátricos no puerpério: implicações na relação mãe-filho. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília*, v. 64, n. 3, p. 445-450, mai./jun., 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a06.pdf>>. Acesso em: 29 de maio de 2020.

ALMEIDA-BRASIL, Celline et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v. 22, n. 5, p. 1705-1716, mai., 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1705.pdf>>. Acesso em: 25 de maio de 2020.

NUNES, Maria de Fátima; FREIRE, Maria do Carmo, Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em serviço público. *Rev Saúde Pública*, v. 40, n. 6, p. 1019-1026, 2006. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2006.v40n6/1019-1026>>. Acesso em: 29 de maio de 2020.

AMARAL, R. C. Avaliação da qualidade de vida de pacientes adultos com distúrbio do desenvolvimento sexual (DDS) 46, XX e 46, XY em uma larga coorte de um único centro terciário. 2015. 109 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

ZANEI, Suely Sueko Visky. Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares. 2006. 145 f. Tese (Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BIAGGIO, Angela; NATALÍCIO, Luiz; SPIELBERGER, Charles. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço – Estado (IDATE), de Spielberger. *Arq. bras. Psic. apl.*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 31-34, jul./set. 1977. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/17827-33681-1-PB.pdf>>. Acesso em: 29 de maio de 2020.

WEBSTER, J et al. Validation of the WHOQOL-BREF among women following childbirth. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol*, v.50, p.132-137, 2010.