



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM – FFOE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**CINTHIA GONDIM PEREIRA CALOU**

***THE MOTHER GENERATED INDEX: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA  
RELACIONADA À SAÚDE EM GESTANTES DE BAIXO RISCO***

**FORTALEZA**

**2015**

**CINTHIA GONDIM PEREIRA CALOU**

***THE MOTHER GENERATED INDEX: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA  
RELACIONADA À SAÚDE EM GESTANTES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro

Co-Orientadora: Profa. Dra. Régia Christina Moura Barbosa Castro

FORTALEZA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

---

C164m Calou, Cinthia Gondim Pereira.  
*THE MOTHER GENERATED INDEX: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA  
RELACIONADA À SAÚDE EM GESTANTES DE BAIXO RISCO* / Cinthia Gondim Pereira  
Calou. – 2015.  
137 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2015.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientação: Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro.

Coorientação: Profa. Dra. Régia Christina Moura Barbosa Castro.

1. Qualidade de Vida. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Enfermagem. I. Título.

**CINTHIA GONDIM PEREIRA CALOU**

***THE MOTHER GENERATED INDEX: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA  
RELACIONADA À SAÚDE EM GESTANTES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: 19/01/2015

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Profa. Dra. Régia Christina Moura Barbosa Castro (Co-Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Enfa. Dra. Mirna Fontenele de Oliveira (1º membro)  
Universidade Federal do Cariri - UFCA

---

Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho (2º membro)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Profa. Dra. Priscila de Souza Aquino (Membro Suplente)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

À Deus e a Nossa Senhora

Aos meus pais, Joaquim e Máira

À minha querida filha, Lara

## AGRADECIMENTOS

À Deus e a Nossa Senhora por me fazerem sentir tão amada, protegida e acolhida no caminho que traçaram para mim.

Aos meus pais, por serem o meu porto seguro e me proporcionarem uma estrutura para que eu pudesse ir em frente com os meus objetivos. O amor de vocês personificado em apoio e torcida são fundamentais para a nossa vitória.

À minha filha querida e amada Lara... Escrever pra você é mais difícil... Até agora a minha ausência (pelo menos física) é uma constante. Desde pequenina o nosso convívio foi sacrificado, mas tentamos superar tudo isso, porque você é uma verdadeira parceira. Muito obrigada imensamente pela sua compreensão e o seu amor.

Aos meus amados irmãos, cunhadas e sobrinhos pela alegria em tê-los.

Ao meu amor, Arica, pela sua disponibilidade, generosidade, credibilidade em acreditar que eu poderia ir mais além do que eu mesma imaginava. Seu amor e incentivo me fazem querer ser sempre melhor. Com você tudo se torna mais fácil.

Às minhas amigas Ana Paula e Emiliana, pela convivência harmoniosa e divertida. Mas gostaria de agradecer em especial a Emiliana, por todos os momentos de aprendizado e paciência, em compartilhar comigo o seu conhecimento. Tenho a grata e honrada satisfação em tê-la como amiga/irmã.

Aos meus tios e primos, tio Beto, tia Mazé, Marília e Vinicius, Raquel, Hairon, Sophia e Laís pelo acolhimento que me fizeram mais forte e feliz.

À profa. Ana Karina Bezerra Pinheiro, amiga, orientadora e presente de Deus. Fui colocada no seu caminho para ter o privilégio em aprender muito com a senhora. Aprender a estudar mais, escrever melhor, mas acima de tudo, a saber que somos capazes de fazer aquilo que nos propomos, mas com uma simplicidade que só uma grande mestra como a senhora pode ensinar.

À profa. Régia, amiga, co-orientadora e outro presente que a vida me reservou. A sua dedicação, simplicidade e inteligência são inspiradores. Obrigada pelo apoio!

À minha querida profa. Priscila Aquino, sempre em prontidão para me ajudar quando precisava. Obrigada pelo seu incentivo e confiança.

A minha parceira de pesquisa, Paula Renata, que me deu o prazer em dividir momentos importantes da construção desse trabalho. A sua companhia, otimismo e objetividade deram leveza a esse processo.

Aos membros da banca, pela disponibilidade e contribuições para o aprimoramento desse estudo.

Ao grupo Saúde Sexual e Reprodutiva, por ter contribuído para concretização desse estudo.

À Walma, por sua alegria e disponibilidade em sempre me ajudar nesse caminho.

A todas as gestantes que participaram desta pesquisa.

À Universidade Regional do Cariri – URCA que me proporcionou cursar o mestrado.

À todos que direta ou indiretamente contribuíram para a finalização dessa pesquisa.

“...Mas é preciso ter força  
É preciso ter raça  
É preciso ter gana sempre  
Quem traz no corpo a marca  
Maria, Maria  
Mistura a dor e a alegria

Mas é preciso ter manha  
É preciso ter graça  
É preciso ter sonho sempre  
Quem traz na pele essa marca  
Possui a estranha mania  
De ter fé na vida...”

(Milton Nascimento)

## RESUMO

Como parte integrante do processo saúde-doença a gestação é um período em que a inserção social da mulher pode influenciar, de maneira positiva ou negativa, o decorrer do ciclo gravídico-puerperal. Assim, avaliar a qualidade de vida dessa população, pode redirecionar a implementação de práticas inovadoras na busca de torná-las mais eficazes e reais para a promoção de um cuidado mais humanizado. Dentre os objetivos do estudo, destacam-se: avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde das gestantes acompanhadas em pré-natal de baixo risco, descrever as principais áreas afetadas na qualidade de vida das gestantes; avaliar as principais áreas afetadas na qualidade de vida das gestantes; correlacionar as áreas afetadas da qualidade de vida relacionada à saúde com as variáveis sócio demográficas e obstétricas das gestantes e comparar a QVRS em gestantes acompanhadas nos sistemas público e privado. Trata-se de um estudo correlacional, quantitativo e de corte transversal, realizado em três unidades públicas que oferecem serviço de assistência ao pré-natal, e uma privada, na cidade de Fortaleza – Ceará. A amostra foi composta por 261 gestantes que realizavam pré-natal de baixo risco e que foram entrevistadas no período de setembro a novembro de 2014. Os instrumentos de coleta foram um questionário contendo variáveis sócio demográficas, obstétricas e relacionadas a qualidade de vida, além da versão brasileira da escala *the Mother Generated Index*. A análise do perfil sócio demográfico das gestantes estudadas, apontou para uma maioria de jovens, com companheiro fixo, com ensino superior completo, renda familiar elevada e trabalho fora de casa. Quanto aos dados obstétricos das participantes, a maioria iniciou o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, eram nulíparas e tinham IMC adequado para a semana gestacional. Quanto aos dados relacionados a qualidade de vida, a maioria das gestantes planejaram e desejaram a gravidez, contaram com o apoio do parceiro, porém não receberam orientação educativa durante as consultas. Dentre as oito áreas que interferiram positivamente a qualidade de vida das gestantes, têm-se: relacionamento com o parceiro, relacionamento com a família, feliz por ser mãe, alimentação, ansiosa pelo nascimento do bebê, auto estima, imagem corporal e sono. Em contraponto, as dimensões negativas influenciadoras na qualidade de vida foram: sono, cansaço, polaciúria, náusea e vômito, trabalho, imagem corporal, estresse e labilidade emocional. Dentre as gestantes que foram atendidas no serviço privado, observou-se que as áreas *feliz por ser mãe* e *imagem corporal* interferiram positivamente na qualidade de vida; enquanto o *trabalho* interferiu de forma negativa. Concluiu-se que as mudanças ocorridas durante a gestação influenciam de maneira positiva e negativa na

qualidade de vida, cabendo ao enfermeiro oferecer uma assistência individualizada, holística e compartilhada com a gestante e seus familiares.

**Palavras-chaves:** Qualidade de Vida, Cuidado pré-natal e Enfermagem

## ABSTRACT

As part of the health-disease process the pregnancy is a period when the social inclusion of the woman can influence, positively or negatively, the rest of the gravídico-puerperal cycle. Like this, assessing the quality of life of this people can redirect the implementation of innovative practices in the pursuit to make them more effective and realer to the promotion of a more humanized care. In the objectives of the study are: evaluate the Quality of Life of pregnant women followed in low-risk prenatal, describe the main areas affected in the quality of life of pregnant women; assess the main areas affected the quality of life of pregnant women; correlate the affected areas of quality of life related to health with social-demographic variables and obstetric partner of pregnant women and comparing the QVRS in pregnant women followed in the public and private services. It is a correlational, quantitative and cross-sectional study, carried out in three public (unit) offering assistance service to the prenatal care, and one private (unit), in Fortaleza city, Ceará. The study consisted of 261 pregnant women who had low risk prenatal and who were interviewed from September to November, 2014. The instruments of data collection were a questionnaire which contains sociodemographic and obstetric variables and related to quality of life, besides the Brazilian version on scale *the Mother Generated Index*. The analysis of the socio-demographic profile of mothers pointed out a majority were a young people, with a steady partner, with higher education, high family income and exercised work outside the home. The obstetric data: the majority began prenatal care in the first trimester of pregnancy, were nulliparous and had BMI adequate for gestational week. The data related to quality of life, the majority of the women planned and wanted pregnancy, had spousal support, but did not receive educational guidance during the consultations. Among the eight areas that interfered positively the quality of life of the pregnant women we can mention: relationship with partner, relationship with family, happiness to be a mother, food, looking forward to the birth of the baby, self-esteem, body image and sleep. In contrast, the negative dimensions which influence the quality of life were: sleep, fatigue, polyuria, nausea and vomiting, work, body image, stress, and emotional lability. Among the pregnant women who were served at the private service, it was verified that the areas *happiness to be a mother* and *body image* interfered positively on the quality of life; while the *work* interfered negatively. It was concluded that changes happened during the pregnancy influence of positive and negative way the mother's quality of life, it's up to the nurse to offer an individualized, holistic and shared care with the pregnant woman and her family.

**Keywords:** Quality of Life, Prenatal Care and Nursing

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1-</b>	Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo autores, base de dados, formação dos autores, periódicos e ano de publicação. Fortaleza, Ceará, 2014.....	27
<b>Quadro 2 -</b>	Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo o delineamento da pesquisa, nível de evidências, país de origem e idioma. Fortaleza, Ceará, 2014 .....	28
<b>Quadro 3 -</b>	Distribuição dos estudos incluídos na revisão segundo utilização de definição de qualidade de vida, instrumentos utilizados e validação para o estudo. Fortaleza, Ceará, 2014.....	29
<b>Quadro 4 -</b>	Distribuição dos estudos selecionados na revisão integrativa e os domínios evidenciados em cada estudo. Fortaleza, Ceará, 2014.....	32

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 -</b>	Síntese dos estudos categorizados por domínios. Fortaleza, Ceará, 2014 .....	47
<b>Tabela 2 -</b>	Distribuições da pontuação das áreas mais afetadas na qualidade de vida de gestantes de baixo risco. Fortaleza, Ceará, 2014. ....	64
<b>Tabela 3 -</b>	Associações entre das áreas positivas e os dados sócio demográficos, obstétricos e da qualidade de vida relacionado à saúde. Fortaleza, Ceará, 2014. ....	65
<b>Tabela 4 -</b>	Associações entre das áreas negativas e os dados sócio demográficos, obstétricos e da qualidade de vida relacionado à saúde. Fortaleza, Ceará, 2014. ....	71
<b>Tabela 5 -</b>	Frequências das áreas positivas segundo os tipos de serviços de saúde. Fortaleza, Ceará, 2014. ....	76
<b>Tabela 6 -</b>	Frequências das áreas negativas segundo os tipos de serviços de saúde. Fortaleza, Ceará, 2014. ....	77
<b>Tabela 7 -</b>	Frequências das áreas de ambivalência segundo os tipos de serviços de saúde. Fortaleza, Ceará, 2014. ....	78

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>22</b>
<b>3</b>	<b>ESTADO DA ARTE .....</b>	<b>24</b>
<b>3.1</b>	<b>Áreas afetadas da qualidade de vida de mulheres grávidas .....</b>	<b>24</b>
<b>3.2</b>	<b>Resultados e Discussão do Estado da Arte .....</b>	<b>27</b>
<b>3.3</b>	<b>Síntese do Conhecimento .....</b>	<b>47</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODOS .....</b>	<b>53</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo .....</b>	<b>53</b>
<b>4.2</b>	<b>Local do estudo .....</b>	<b>53</b>
<b>4.3</b>	<b>População e amostra .....</b>	<b>55</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta de dados .....</b>	<b>56</b>
<b>4.4.1</b>	<b>Instrumento para coleta de dados .....</b>	<b>56</b>
<b>4.4.2</b>	<b>Procedimentos para a coleta de dados .....</b>	<b>58</b>
<b>4.4.4</b>	<b>Procedimentos e aspectos éticos da pesquisa .....</b>	<b>59</b>
<b>4.5</b>	<b>Organização e análise dos dados .....</b>	<b>59</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>61</b>
<b>5.1</b>	<b>Distribuições da amostra segundo características sócio demográficas obstétricas e fatores relacionados à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde .....</b>	<b>61</b>
<b>5.2</b>	<b>Áreas que afetam a qualidade de vida relacionada à saúde durante a gestação .....</b>	<b>63</b>
<b>5.3</b>	<b>Associações entre áreas afetadas na gestação e variáveis sócio demográficas, obstétricas e QVRS .....</b>	<b>64</b>
<b>5.4</b>	<b>Áreas que afetaram a QVRS na gestação segundo o tipo de serviço de saúde .....</b>	<b>76</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÕES .....</b>	<b>79</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>101</b>
<b>8</b>	<b>LIMITAÇÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES FUTURAS ..</b>	<b>104</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>105</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>119</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>133</b>

## INTRODUÇÃO

Gestar pode ser para a maioria das mulheres um acontecimento natural e divino, que é desejado e faz parte da natureza feminina. Entretanto, mesmo sendo um processo natural, a gestação caracteriza-se por um período de intensas transformações na vida da mulher, exigindo uma preparação para a maternidade.

O período de gestação é um processo de alterações emocionais e fisiológicas, principalmente de fatores hormonais e mecânicos. Ocorrem alterações na postura e deambulação, no metabolismo, no sistema urinário, no sistema respiratório e nos órgãos genitais femininos (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008). Como parte integrante do processo saúde-doença a gestação é um período em que a inserção social da mulher pode influenciar, de maneira positiva ou negativa, o decorrer do ciclo gravídico-puerperal.

De acordo com Nogueira, Lopes e Galvão (2004), a gestação compreende um período de aproximadamente 40 semanas, período mais concordante com a realidade da prática clínica da maioria dos obstetras, e partilhada por Lowdermilk, Perry e Bobak, (2002, p. 219), quando referem que a gravidez se prolonga “por nove meses do calendário solar, 10 meses no calendário lunar ou aproximadamente 40 semanas”. Divide-se em três períodos, chamados trimestres. O primeiro trimestre compreende da 1ª a 12ª semana; o segundo da 13ª a 24ª e o terceiro da 25ª a 40ª semana de gestação. Entretanto, a gravidez pode se estender até as 42 semanas, sem que isso constitua algo anormal.

A gestação é permeada por mudanças na vida das mulheres, dentre elas, as mudanças psicológicas e corporais, o que reflete no preparo da mesma para assumir novas responsabilidades no desempenho de seus papéis. Tal amadurecimento exige domínio de determinadas etapas de desenvolvimento: a aceitação da gestação, a aceitação com o papel de mãe, a reorganização dos relacionamentos e a preparação para o parto (MALDONADO, 2000).

A gestação nem sempre ocorre de forma prazerosa, gerando na mulher sentimentos contraditórios, ainda que com o decorrer do processo, passam gradativamente, a aceitá-la (PASSANHA *et al.*, 2013).

As gestantes podem ser afetadas pela instabilidade emocional e mudanças de humor que estão relacionadas às alterações hormonais, bem como por transformações que ocorrem em sua aparência física e nas funções do seu corpo. Durante o primeiro trimestre, a forma do corpo altera-se pouco, as novas sensações de desconforto quanto às modificações das mamas podem incomodá-la, o aumento da urgência e da frequência urinária também é muito comum, bem

como o mal-estar e a fadiga. Náuseas, vômitos e enjojo matutino, ptialismo ocorrem em 50 a 70% das gestantes entre o 1º e 2º trimestres. Devido à estimulação hormonal, a cérvix torna-se hipertrófica e hiperativa aumentando a lubrificação vaginal, o que, muitas vezes, acaba incomodando as gestantes (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

A sexualidade durante a gestação é vivenciada de forma peculiar, quando a mulher pode ter sua função sexual e qualidade de vida comprometida. Isso se deve, principalmente, ao aumento de sintomas de disfunção sexual, como a diminuição do desejo e a dispareunia, bem como, a modificações psicológicas e interacionais que podem afetar o relacionamento do casal. Essas alterações parecem ocorrer especialmente no 1º e 3º trimestres (FERREIRA *et al*, 2012).

No segundo trimestre, normalmente o volume do abdome fica perceptível, a cintura alarga e as mamas aumentam, os movimentos fetais tornam-se perceptíveis à mãe tornando concreta a gestação. A mulher desenvolve uma sensação de aumento generalizado no tamanho de seu corpo. A ambivalência de sentimentos muitas vezes é conflitante e simultânea, sendo considerada uma resposta normal para essas mulheres. Pode-se destacar nesse período um aumento da pigmentação, oleosidade da pele e em algumas, até acne. A hipotensão supina e a bradicardia são muito comuns, induzidas pela pressão desse útero gravídico sobre a veia cava ascendente, reduzindo a perfusão útero-placentária e renal; algumas chegam a apresentar síncope, tornando o processo de gestação incômodo (BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002).

Constipação e flatulência são explicadas pela diminuição da motilidade do trato gastrointestinal, fazendo com que a gestante modifique muitas vezes seus hábitos alimentares e aumente sua ingesta hídrica (FREITAS *et al*, 2010).

Entrando na etapa final do processo gestacional, ou seja, no terceiro trimestre, destaca-se a intensidade dos sentimentos de ambivalência, indicando um conflito não-resolvido relacionado ao papel materno. As modificações mais acentuadas nas formas, a imagem corporal e o nível de desconforto influenciam a expressão do desejo dos parceiros, diminuindo assim o interesse pelo sexo (MALDONADO, 2000).

Nesse período é comum a gestante apresentar respiração mais difícil, dores lombares, o aumento da frequência urinária, cãibras, constipação, edemas e varizes, acrescidos do incômodo dos movimentos vigorosos do feto. Essas mudanças podem representar uma redução na qualidade de vida dessas mulheres (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

Vale ressaltar a transitoriedade dessas mudanças, entretanto, torna-se imprescindível identificar o nível de qualidade de vida, de bem-estar e satisfação das gestantes. Essas mudanças, frequentemente, são significativas, e os responsáveis pela assistência devem conhecê-los suficientemente (ENKIN *et al*, 2005).

O pré-natal constitui-se uma estratégia importante de cuidados preventivos às gestantes, visando à promoção da saúde e do bem-estar materno-fetal, além de oportunizar o tratamento precoce de problemas que podem surgir no decorrer da gestação. Assim, faz-se necessário contemplar nas ações de promoção da saúde hábitos saudáveis de vida, bem como o preparo da gestante para o parto e o puerpério (BRASIL, 2013).

No Brasil, o pré-natal está entre as ações programáticas que são ofertadas pelos serviços básicos de saúde, principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que propõe a interdisciplinaridade como uma forma de assistir integralmente à saúde do binômio mãe-filho.

O Ministério da Saúde, por meio do Pacto pela Saúde, em 2006, estabeleceu os seguintes serviços de pré-natal oferecidos à gestante: captar a gestante na comunidade antes dos 120 dias de gravidez, garantir no mínimo seis consultas, garantir práticas educativas, aferir pressão arterial, realizar exames laboratoriais, oferecer vacina antitetânica, assegurar a maternidade e a consulta pós-parto (BRASIL, 2010a).

O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno-fetal e perinatal, devendo ser iniciado precocemente, ainda no primeiro trimestre de gestação, com consultas regulares garantindo que todas as avaliações propostas sejam realizadas (BRASIL, 2013).

O apoio contínuo da equipe multiprofissional torna-se necessário para orientar a gestante e a família das transformações por ela vivenciadas, minimizando sentimentos como angústia e o medo. O fato da gestação ser tida como um processo natural na vida da mulher, não implica que alterações tragam desequilíbrios nesta vivência, e assim reflitam na qualidade de vida da mesma.

O enfermeiro que atua no cenário da estratégia de saúde da família, na consolidação da prática com os programas em vigência, destaca-se às ações de saúde à mulher, especialmente na assistência pré-natal de baixo risco, em que contribui para a redução dos índices de mortalidade materna e perinatal, proporcionando um cuidado que objetive uma melhor qualidade de vida para a gestante (RIOS; VIEIRA, 2007).

A razão da mortalidade materna é indicador de qualidade de saúde e no Brasil tem tido uma sensível diminuição, decorrente das iniciativas do governo brasileiro com a criação de alguns programas e políticas, bem como por ser signatário de tratados internacionais, quando o assunto é a redução da mortalidade materna (WHO, 2004).

O acompanhamento sistemático nas consultas de pré-natal pode desempenhar um papel importante na redução da mortalidade materna, além de evidenciar outros benefícios à

saúde materna e infantil (KASSAR *et al.*, 2013). No Brasil, 50% das mulheres que tiveram filhos nascidos vivos, fizeram acompanhamento pré-natal de sete consultas. Esse índice tem crescido ao longo dos anos, porém ainda são necessários a total atenção, o apoio e o incentivo ao pré-natal (BRASIL, 2010b).

Promover a saúde materna, ainda se faz um desafio no cotidiano da assistência à saúde, porém os esforços visando a melhoria do cuidado às gestantes é um compromisso que deve ser firmado em busca da qualidade de vida dessas mulheres, bem como a redução da mortalidade materno-infantil, que ainda é considerável nos indicadores de saúde no Brasil.

No contexto atual, frente aos desafios citados, o Ministério da Saúde, com os objetivos de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, instituiu a Rede Cegonha. O objetivo geral dessa política é erradicar os altos índices de mortalidade materna, sobretudo na área amazônica e no nordeste do país (BRASIL, 2011a).

A Rede Cegonha representa um conjunto de iniciativas que procura melhorar o acesso e a qualidade do atendimento ao nascimento na rede pública de saúde, que traz no seu escopo mudanças: no processo de cuidado à gravidez, parto e nascimento, na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto, na qualificação técnica das equipes, na melhoria da ambiência dos serviços de saúde, na ampliação de serviços e profissionais para a prática do parto fisiológico e na humanização do parto e do nascimento (BRASIL, 2011a).

Apesar das políticas públicas garantirem à mulher os seus direitos sexuais e reprodutivos, ainda permanece como um desafio para o sistema de saúde, a melhoria da qualidade do cuidado, no que se refere ao redirecionamento dos serviços, muitas vezes ainda centrados em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático. Assim, avaliar a qualidade de vida dessa população, pode embasar um novo olhar na implementação dessas práticas na busca de torná-las mais eficazes e reais para a promoção de um cuidado mais humanizado.

A expressão Qualidade de Vida (QV) tem sido investigada por filósofos desde a Antiguidade, em que já era compreendida como resultado de percepções individuais podendo variar conforme a experiência do indivíduo em um determinado momento (FERNANDES *et al.*, 2007).

Beck, Budó e Gonzales (1999) referem que o termo “Qualidade de Vida” surgiu antes de Aristóteles (384-322 a.C), sendo primeiramente interpretada a palavra como “felicidade e virtude”, as quais, quando obtidas proporcionam ao indivíduo “boa vida”.

Conduzia-se também o termo como bem-estar, necessidade, aspiração e satisfação. Em 1947, segundo os mesmos autores, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou como referência de qualidade de vida a definição de saúde, abrangendo também padrões de vida, de moradia, condições de trabalho, acesso médico, dentre outros.

De acordo com Fleck (2008) a partir da definição de saúde da OMS, em 1940, como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença estabeleceu-se um ponto importante para a definição de qualidade de vida.

Assim a Organização Mundial de Saúde, em 1994, definiu que qualidade de vida é a “[...] percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995, p.1403).

A importância do conceito de qualidade de vida no âmbito da saúde deve ser dissociada da mensuração do estado de saúde em si, centrando o indivíduo nessa avaliação, envolvido com as suas experiências de vida. Para cada indivíduo a qualidade de vida é algo pessoal e particular, sendo única a avaliação e percepção desse estado que o faz avaliar e concluir tal condição, podendo variar de acordo com a experiência da pessoa em um dado momento (FLECK, 2008).

Apesar do crescente interesse sobre o tema nos dias atuais, ainda não houve um consenso entre os pesquisadores sobre a definição do termo QV.

Kimura (1999, p.3) relata ainda que:

Qualidade de vida é um conceito multidimensional e embora haja controvérsias sobre o real significado dessa expressão, há concordância entre os autores quanto à inclusão de aspectos relacionados à capacidade funcional, às funções fisiológicas, ao comportamento afetivo e emocional, às interações sociais, ao trabalho e à situação econômica, centradas na avaliação subjetiva dos indivíduos. Assim, a qualidade de vida apresenta-se como um constructo multifatorial, muito mais amplo do que meramente a presença ou ausência de saúde.

Para Castellanos (1997), a noção de qualidade de vida transita em um campo semântico polissêmico, ou seja, por um lado está associada a um modo de vida, a condições e estilo de vida; por outro, inclui os ideais de desenvolvimento sustentável e de ecologia humana. Por fim, relaciona-se com o campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. Na área da saúde, está direcionada com a construção coletiva do conforto e bem-estar, conforme os parâmetros que cada sociedade escolher, bem como os aspectos relativos às enfermidades, às disfunções e às necessárias intervenções terapêuticas em saúde, identificando o impacto destes na qualidade de vida. No intuito de atender essas necessidades, e evitar

ambiguidade o conceito de qualidade de vida, desdobrou-se na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), em inglês, Health-Related Quality of Life (HRQL) (SEIDL; ZANNON, 2004).

QVRS é o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções (GIANCHELLO, 1996).

Minayo, Hartz e Buss (2000) trazem uma outra definição para a QVRS sendo o valor que se atribui à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamento e a organização política e econômica do sistema.

Ambas as definições convergem para uma visão holística, considerando aspectos sociais, emocionais e de bem-estar físico do paciente, diante da sua própria avaliação subjetiva, durante e após o tratamento, e o impacto da saúde do indivíduo na sua capacidade para conduzir sua própria vida. O termo QVRS é frequentemente utilizado para se distinguir do termo QV no sentido mais geral e dos parâmetros médicos e clínicos.

Qualidade de vida é uma medida de desfecho que tem sido utilizada por clínicos, pesquisadores, economistas, administradores e políticos, sendo ainda definida como noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial e pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem estar. Os mesmos autores ainda colocam que o termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades, que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Diante do exposto, o conceito qualidade de vida no campo da saúde parece consolidar-se como variável importante na prática clínica e na produção de conhecimento e os esforços teórico-metodológicos têm contribuído para a clarificação do conceito e sua relativa maturidade. Desta forma, o seu desenvolvimento poderá resultar em mudanças nas práticas assistenciais e construção de novos paradigmas em busca da superação do modelo biomédico, abrindo mais espaço para ações de promoção e prevenção em saúde na busca de indivíduos mais autônomos.

Há três aspectos fundamentais sobre o constructo qualidade de vida: 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 em que o conceito de qualidade de vida é composto, ou seja, é fundamental que os instrumentos de mensuração de qualidade de vida possuam escores em vários domínios (ex: mental, físico, social e outros); e presença de dimensões positivas e negativas, refere-se a necessidade de que alguns componentes estejam presentes (ex: mobilidade) e outros ausentes (ex: dor) para a aquisição de uma “boa” qualidade de vida (FLECK, 2008).

Os primeiros instrumentos destinados a medir a QV apareceram na literatura na década de 1970 e, desde então, têm mostrado um desenvolvimento considerável. Eles requerem do profissional de saúde um bom conhecimento do paciente e a valorização de suas capacidades ou limitações funcionais.

Os instrumentos de medida de QV consistem em questionários que avaliam sentimentos, autovalorização ou condutas, por meio de interrogatório direto com o paciente (entrevista) ou questionário auto aplicável. Devem ser de fácil entendimento, rápido em relação ao preenchimento (respostas), confiáveis e válidos (SOUZA, 2004).

Na atualidade se reconhece que medidas objetivas de qualidade de vida e “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde” são ferramentas importantes no auxílio para o conhecimento de aspectos da população em geral (qualidade de vida) e nas análises de intervenções terapêuticas e do grau de satisfação do indivíduo com sua saúde e seu tratamento (qualidade de vida relacionada à saúde). Existem vários instrumentos utilizados para avaliar a QV do indivíduo. São classificados em duas categorias: genéricos, aplicados à população em geral, independente da condição do indivíduo, sendo mais apropriadas para estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação dos sistemas de saúde; e específicos que são utilizados para situações relacionadas à qualidade de vida cotidiana dos indivíduos, bem como, detectam aspectos do estado de saúde de indivíduos com doenças ou agravos específicos (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000; PASCHOAL, 2000).

Fleck (2008) destacou instrumentos de qualidade de vida, como por exemplo: a) genéricos: *Sickness Impact Profile*, *Nottingham Health Profile*, *Hand Health Index Questionnaire*, *SF-36*, *World Health Quality of Life*; e b) específicos: *Kidney Disease Questionnaire*, *Kidney Disease and Quality of Life-Long Form*, *Dialysis of Life Questionnaire*, *Quality of Life Epilepsy*, *European Organization for Reserch and Tratament of Cancer, Illness Effects Questionnaire*, dentre outros.

No âmbito médico, desenvolveram-se instrumentos de avaliação de qualidade de vida, focalizados, primeiramente, na ideia de complementar as análises de sobrevida. Com a

evolução dos estudos, estes instrumentos integraram análises de custo-utilidade, ou seja, a qualidade de vida dos pacientes deveria avançar um patamar melhor do que o anterior à intervenção (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

No âmbito específico da enfermagem obstétrica, destacam-se os trabalhos do Dr. Andrew Symon, pesquisador da *School of Nursing and Midwifery* da Universidade de Dundee, Reino Unido, que criou uma ferramenta subjetiva para medir a qualidade de vida pós-natal, denominada *The Mother Generated Index* (MGI), não havendo atualmente nenhum instrumento que se proponha mensurar a qualidade de vida global nesse período (SYMON; MACKAY; RUTA, 2003).

O autor acima faz uma crítica às avaliações fechadas e objetivas de variáveis propostas na maioria dos instrumentos que mensuram a qualidade de vida, já que este conceito é multifatorial, de muitos significados e experiências, não cabendo ser analisado de forma tão objetiva, e por vezes superficiais. Uma escala ou índice devem conjecturar elementos como os sentimentos e as percepções, buscando reconhecer de maneira holística as áreas afetadas (SYMON; MACKAY; RUTA, 2003).

O MGI caracteriza-se por ser um instrumento subjetivo e por isso, defende a autonomia daquela população que está sendo avaliada, argumentado que se, algum aspecto da vida de um indivíduo trazer impacto sobre sua qualidade de vida, então esse indivíduo pode determinar seus parâmetros, acrescentando dimensões que poderiam ser desperdiçadas (SYMON *et al.*, 2012).

Listas predefinidas de variáveis que compõe alguns instrumentos que mensuram qualidade de vida podem não estar de acordo com os valores ou senso de importância do indivíduo, negligenciando o relato de problemas prioritários para a mãe, que não foram descritos nesses instrumentos, evidenciando uma abordagem reducionista, que por sua vez pode afetar sua saúde geral (SYMON; MACGREAVEY; PICKEN, 2003).

Diante disso, o MGI é um instrumento específico que mensura “a experiência global da mãe após o parto” ou sua “qualidade de vida”, do ponto de vista da própria mãe, sem que morbidades significativas sejam ignoradas nas ferramentas predefinidas, e assim não havendo uma “medicalização” das mães (SYMON; MACDONALD; RUTA, 2002).

O MGI baseia-se em um instrumento validado já existente, o Patient-Generated Index (PGI) (RUTA; GARRATT; LENG, 1994), que tem sido aplicado em estudos que examinam os efeitos da dermatite (HERD *et al.*, 1997) e apneia do sono (JENKINSON; STRADLING; PETERSON, 1998), e foi posteriormente adaptado ao uso pela enfermagem (ANNELLS; KOCH; BROWN, 2001). Estas ferramentas tentam medir todos os aspectos da

qualidade de vida que o paciente ou cliente (neste caso, a mãe) percebe. A avaliação da qualidade de vida sob o ponto de vista do destinatário do cuidado é recomendada em alguns estudos (BOWLING, 1995; KLEINPELL, 1997).

O instrumento MGI já foi validado na Escócia (SYMON; MCGREAVEY; PICKEN, 2003), na Índia (NAGPAL *et al.*, 2008) e no Brasil (RIBEIRO, 2013), e encontra-se em processo de validação em Portugal e no Iran. Sendo assim, esse instrumento encontra-se apto a ser utilizado na realidade brasileira, na busca de avaliar a qualidade de vida em gestantes de baixo risco, considerando a subjetividade desse conceito para cada mulher.

Desta forma, tem-se como pergunta norteadora do presente estudo: *qual o nível de qualidade de vida relacionada à saúde em gestantes acompanhadas no pré-natal de baixo risco?*

O trabalho se faz relevante pelo fato de poucos estudos terem como foco a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde no ciclo gravídico puerperal, bem como pela importância de conhecer tais aspectos sob a ótica da própria mulher.

Nesse contexto, os profissionais de saúde envolvidos na assistência à gestante podem compreender como é vivenciado o processo de gestar, considerando todas as suas transformações peculiares; atender suas necessidades individuais, estimulando a autonomia e o seu poder de escolha, vislumbrando a conquista de uma melhor qualidade de vida relacionada à saúde na perspectiva da promoção da saúde.

Para o avanço científico e da prática de enfermagem, o presente estudo possibilitará uma avaliação inicial e contribuirá posteriormente para uma proposta de intervenção que melhore a assistência, e conseqüentemente, promova a saúde das gestantes.

## 2 OBJETIVOS

### OBJETIVO GERAL

- ✓ Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde das gestantes acompanhadas em pré-natal de baixo risco.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever as principais áreas afetadas na qualidade de vida das gestantes;
- ✓ Avaliar as principais áreas afetadas na qualidade de vida das gestantes;
- ✓ Correlacionar as áreas afetadas da qualidade de vida relacionada à saúde com as variáveis sócio demográficas e obstétricas das gestantes;
- ✓ Comparar a qualidade de vida relacionada à saúde em gestantes acompanhadas nos sistemas público e privado.

### 3 ESTADO DA ARTE

#### 3.1 Áreas afetadas na qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas: revisão integrativa<sup>1</sup>

A gravidez é uma fase na vida da mulher repleta de transformações que permeiam aspectos biológicos, psíquicos, inter-relacionais e socioculturais. As mudanças que afetam a mulher exigem uma adaptação não só individual, mas da sua família, no intuito de fortalecer os laços minimizando crises geradas pela gestação. Por sua condição modificadora, a gravidez pode proporcionar melhora ou piora na condição de saúde da mulher afetando a sua percepção de qualidade de vida.

A gravidez é um acontecimento natural apesar de muitas vezes ser encarada como doença, implicando em impactos negativos para a qualidade de vida da gestante. Essa visão reducionista e superficial, por vezes contribui para que não seja oferecida uma assistência qualificada durante o pré-natal.

Em países desenvolvidos o foco da atenção pré-natal se expandiu do seu objetivo principal de prevenção, detecção e manejo de problemas e fatores que podem afetar adversamente a saúde da mãe e/ou do concepto. Um enfoque na Qualidade de Vida materna já se faz necessário, pois um dos objetivos da atenção ao pré-natal é o apoio e o encorajamento do ajustamento psicossocial saudável na gestação além de um olhar para os aspectos sociológicos e as influências que a gestação pode acarretar na família (SYMON, 2003).

Sendo assim, a qualidade de vida na gestação é um tema que nos últimos anos, vem se ampliando na literatura internacional e nacional, quando no Brasil, essa temática ganhou notoriedade, especificamente, a partir de 1992 (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

A realização de pesquisas sobre Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) em mulheres gestantes torna-se importante para identificar os domínios afetados e planejar intervenções de enfermagem no intuito de minimizar os transtornos advindos desta condição, bem como estimular o empoderamento da mulher diante de algumas transformações, às vezes tidas como naturais, mas que afetam de maneira negativa a sua qualidade de vida.

A Qualidade de Vida é considerada por muitos autores como um conceito polissêmico, pois é utilizado na linguagem cotidiana e no contexto de pesquisa científica

---

<sup>1</sup> Parte dos dados da revisão integrativa foi extraída para publicação de um artigo no periódico *Health*, n. 6, p. 2375-87, 2014.

(AWAD, VORUGANTI, 2000; BOWLING, BRAZIER, 1995). Acrescenta-se que, na área da saúde a Qualidade de Vida é separada em duas vertentes: conceito mais genérico e Qualidade de Vida relacionada à saúde. A primeira se apresenta com aceção mais ampla, e a segunda mais diretamente associada às enfermidades ou intervenções na área da saúde.

Considerado um construto multidimensional, instrumentos que mensuram a QVRS procuram avaliar domínios como o estado físico, funcional, psicológico, social, espiritual, bem-estar e sexualidade, relevantes para grupos específicos ou doenças crônicas (ASHING-GIWA, 2005).

Dessa forma, percebe-se a importância de investigar na literatura científica as principais áreas que podem afetar a qualidade de vida relacionada à saúde da gestante, reconhecendo a importância de identificar as transformações vivenciadas na gestação e compreender condutas terapêuticas utilizadas pela equipe de saúde.

Assim, realizou-se busca nas bases de dados, como o objetivo de caracterizar a produção científica sobre qualidade de vida relacionada à saúde nas mulheres gestantes, identificar os domínios que se mostram mais evidentes durante o período gravídico-puerperal, além de identificar quais os instrumentos utilizados para avaliar a QVRS em mulheres grávidas. Para alcançar os objetivos propostos, utilizou-se uma revisão integrativa da literatura que é um tipo de pesquisa fundamentada na prática baseada em evidência, proporcionando a síntese do conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Estudos dessa natureza são importantes para levantar o estado da informação produzida sobre o tema, as lacunas nesta produção e proporciona uma síntese do conhecimento segundo níveis de evidências que facilita a transposição dessas evidências para a prática clínica.

A Prática Baseada em Evidências como prática orientada assegura a qualidade em processos que integram o conhecimento tácito e o intencional, sendo aplicável pelo pesquisador na sua realidade profissional, de forma criteriosa e conscienciosa, buscando a melhor evidência disponível (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Na perspectiva de atender aos critérios de uma revisão integrativa as seguintes etapas foram seguidas: 1) identificação da hipótese ou questão norteadora – consiste na elaboração de uma problemática pelo pesquisador de maneira clara e objetiva, seguida da busca pelos descritores ou palavras-chaves; 2) seleção da amostragem – determinação dos critérios de inclusão e exclusão, momento de estabelecer a transparência para que proporcione profundidade, qualidade e confiabilidade na seleção; 3) categorização dos estudos – definição quanto à extração das informações dos artigos revisados com o objetivo de sumarizar e organizar tais informações; 4) avaliação dos estudos – a análise dos dados extraídos deverá ser

de forma crítica; 5) discussão e interpretação dos resultados – momento em que os principais resultados são comparados e fundamentados com o conhecimento teórico e avaliação quanto à sua aplicabilidade; 6) apresentação da revisão integrativa e síntese do conhecimento – deve-se contemplar as informações de cada artigo revisado de maneira sucinta e sistematizada demonstrando as evidências encontradas (GANONG, 1987; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A análise do nível de evidências foi classificada em sete níveis. No nível 1, as evidências são proveniente de revisão sistemática ou metanálise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, evidências provenientes de estudo de coorte e de caso controle bem delineados; nível 5, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatórios de comitê de especialistas (MELNYCK; FIENOUT-OVERHOLT, 2005).

A condução da revisão foi baseada na questão: *quais os domínios afetados na qualidade de vida relacionada à saúde em gestantes?*

No intuito de identificar os domínios afetados na qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres gestantes foi realizada uma busca no portal de revistas *Medical Literature Analysis and retrieval System On-Line* (Medline), no PUBMED, no CINAHL (*Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature*), SCOPUS, na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO), com os seguintes critérios de inclusão: estudos que abordem a temática QVRS em mulheres gestantes, indexados nas bases de dados, com resumos disponíveis e acessados na íntegra por meio on-line nos idiomas português, espanhol e inglês. Foram utilizados os seguintes descritores: *qualidade de vida/gravidez/cuidado pré-natal* ou *quality of life/pregnancy/prenatal care* ou *calidad de vida/embarazo/atención prenatal*.

Na perspectiva de sumarizar e organizar as informações utilizou-se o instrumento validado de Nicolussi (2008) que identifica a publicação com título, nome do periódico, volume, número, ano de publicação, autores, formação profissional, país e idioma, juntamente com os critérios de avaliação de estudos de QV e suas características metodológicas. Os dados foram categorizados e discutidos segundo os objetivos dessa revisão integrativa.

### 3.2 Resultados e Discussões

Foram identificados 133 estudos na base de dados Medline, que após uma análise minuciosa, 07 se adequavam aos critérios de inclusão. Na base de dados LILACS localizou-se 04 estudos, no entanto 03 não se adequavam ao tema proposto e 01 encontrava-se indexado na base SciELO, concomitantemente, não totalizando estudos a serem analisados. Na base de dados PubMed foram encontrados 03 estudos, sendo que 02 não atenderam aos critérios de inclusão por não se adequar ao tema e 01 encontrar-se disponível em outra base de dados. A pesquisa na base de dados CINAHL demonstrou 11 publicações, entretanto apenas 01 atendeu aos critérios de inclusão. Na base de dados SCOPUS foi revelado 11 artigos, porém diante dos critérios de inclusão nenhum foi evidenciado. Por fim, na base SciELO, foram considerados 14 artigos, embora 03 foram classificados para a amostra dessa busca. Por fim, na base Cochrane foram identificados 155 estudos, mas nenhum atendeu os critérios de inclusão. Desta forma, totalizou-se uma amostra final de 11 artigos nesta revisão integrativa.

**Quadro 1** - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo autores, base de dados, formação dos autores, periódicos e ano de publicação, Fortaleza, Ceará, 2014.

Nº.	Autores	Base de dados	Formação dos autores	Periódico	Ano de publicação
01	Nascimento SL, Surita FG, Parpinelli MA, Siani S, Pinto e Silva JL.	Medline	Médicos	An International Journal of Obstetrics and Gynaecology	2011
02	Vallim A, Osis MJ, Cecatti JG, Baciuk EP, Silveira C, Cavalcante SR.	Medline	Médico, Fisioterapeuta, Ciências Sociais e Educador Físico	Reproductive Health	2011
03	Lau Y, Yin L.	Medline	Não identificado	Midwifery	2011
04	Arizabaleta AVM, Buitrago LO, Plata ACA, Escudero MM, Ramírez-Vélez R.	Medline	Fisioterapeutas	Journal of Physiotherapy	2010
05	Lacasse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, Bérard A	Medline	Farmacêuticos e Médicos	An International Journal of Obstetrics and Gynaecology	2008
06	Symon AG, Dobb BR.	Medline	<i>Midwife</i>	Midwifery	2008
07	Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper	Medline	Médicos	Obstetrics & Gynecology	2006

	LA, Strobino D, Powe NR.				
08	Setse R, Grogan R, Pham L, Cooper LA, Strobino D, Nicholson WK.	Cinahl	Médicos	Matern. Child Health J.	2009
09	Gomes MRA, Araújo RC, Lima AS, Pitangui ACR.	SciELO	Fisioterapeutas	Rev Dor	2013
10	Purim KSM, Avelar MFS.	SciELO	Médicos	Rev Bras Ginecol Obstet	2012
11	Ferreira DQ, Nakamura MU, Souza E, Mariani Neto C, Ribeiro MC, Santana TGM, Abdo CHN.	SciELO	Médicos	Rev Bras Ginecol Obstet	2012

Em relação ao ano de publicação, verificou-se um predomínio de estudos sobre qualidade de vida na gestante no ano 2011 com três estudos, seguido de dois estudos nos anos de 2008 e 2012. Em 2006, 2009, 2010 e 2013 apenas um estudo sobre a temática foi publicado, sendo que em 2007 não houve nenhuma publicação, o que demonstra ainda uma produção escassa de estudos envolvendo a qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres grávidas comprometendo a avaliação real do estado de saúde dessa população que enfrenta modificações peculiares do momento gravídico o qual se encontram.

Há indícios que o termo Qualidade de Vida tenha surgido pela primeira vez na literatura médica na década de 30. Nas últimas décadas foi observado um aumento de interesse por sua conceituação devido à mudança dos paradigmas e práticas na área da saúde (SEILD; ZANNON, 2004).

Sobre a autoria dos estudos, observou-se que cinco artigos foram publicados por médicos, dois estudos por fisioterapeutas, um estudo por um *midwife* e dois estudos publicados teve autoria de equipes multiprofissionais, compostas de médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, educador físico e profissional das ciências sociais. Por fim, um estudo não foi possível identificar a autoria. Frente aos resultados encontrados, percebe-se a escassa publicação sobre qualidade de vida relacionada à saúde em gestantes produzidas por enfermeiros.

Quanto ao periódico publicado, a maior incidência deu-se no periódico International Journal of Obstetrics and Gynaecology com três estudos publicados, Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia e Midwifery com dois estudos cada, os outros periódicos tiveram uma publicação.

**Quadro 2** - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo o delineamento da pesquisa, nível de evidências, país de origem e idioma. Fortaleza, Ceará, 2014.

<b>Nº.</b>	<b>Delineamento</b>	<b>Nível de evidências</b>	<b>País de origem</b>	<b>Idioma</b>
01	Est. experimental, ensaio clínico controlado randomizado, quantitativo, longitudinal, prospectivo	2	Brasil	Inglês
02	Est. experimental, ensaio clínico controlado randomizado, quantitativo, longitudinal, prospectivo	2	Brasil	Inglês
03	Est. descritivo, exploratório, quantitativo, não-experimental, transversal	6	China	Inglês
04	Est. quase-experimental, quantitativo, longitudinal, prospectivo	3	Colombia	Inglês
05	Est. descritivo, quantitativo, transversal, prospectivo, observacional	6	Canadá	Inglês
06	Est. descritivo, exploratório, quantitativo, não-experimental, transversal	6	Reino Unido	Inglês
07	Est. descritivo, exploratório, quantitativo, não-experimental, transversal	6	EUA	Inglês
08	Est. coorte, quantitativo, longitudinal, prospectivo	4	EUA	Inglês
09	Est. descritivo, quantitativo, transversal	6	Brasil	Português
10	Est. descritivo, quantitativo, transversal	6	Brasil	Português
11	Est. descritivo, quantitativo, transversal	6	Brasil	Português

A respeito do delineamento metodológico sete estudos são de natureza descritiva, quantitativos e transversais, sendo três não-experimentais, com níveis de evidências 6. Considera-se que tais estudos não apresentam fortes evidências para aplicação clínica. Um estudo apresentou nível de evidência 4, ou seja, de delineamento não experimental, estudo coorte longitudinal. Apenas um estudo caracterizou-se com nível de evidência três, e por fim dois estudos apresentaram nível de evidência 2, com delineamento experimental, ensaio clínico randomizado e controlado (ECRC). Assim, os resultados impulsionam à realização de novas pesquisas com maiores níveis de evidência, com o intuito de oferecer evidências mais forte aos profissionais que assistem a mulher gestante.

Em relação ao país de origem identificou-se cinco estudos sediados no Brasil, dois estudos originaram-se nos Estados Unidos e um na China, Colômbia, Canadá e Reino Unido. Quanto ao idioma, oito publicações foram encontradas no idioma inglês e três no idioma

português. Vale ressaltar que dois estudos originados no Brasil foram publicados no idioma inglês.

**Quadro 3** - Distribuição dos estudos incluídos na revisão segundo utilização de definição de qualidade de vida, instrumentos utilizados e validação para o estudo. Fortaleza, Ceará, 2014.

<b>Estudo</b>	<b>Definição de QV</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Válidos ou não</b>
01	Não	WHOQOL-bref	Sim
02	QV Geral	WHOQOL-bref	Sim
03	QV Geral e QVRS	SF – 12 e Perceived Stress Scale (PSS)	Sim
04	Não	SF – 12	Sim
05	Não	SF-12 e NVP-specific QOL	Sim
06	Não	the Mother generated Index (MGI)	Sim
07	Não	SF – 36 e CES-D	Sim
08	Não	SF – 36 e CES-D	Sim
09	Não	Não utilizam	-
10	Não	MELASQoL – BP	Sim
11	Não	WHOQOL-bref e QS – F	Sim

Destaca-se que dos estudos analisados 09 não definiram QV, uma vez que se trata de um conceito subjetivo e multidimensional, sendo necessária a utilização de parâmetros objetivos e subjetivos, por serem dados diferentes que possibilitam medir a mesma coisa, e dessa forma obter um resultado mais confiável. Entretanto, definir esse conceito é de suma importância, bem como correlaciona-lo com a situação da população investigada, já que o tema qualidade de vida está cada vez mais crescente. Dados semelhantes ao presente estudo foram verificados por Gill e Feinstein (1994) e Nicolussi (2008) que observaram que a definição do termo qualidade de vida foi pouco referida nos artigos de revisão por eles pesquisados, apontando lacunas acerca da importância desse conceito e contrapondo-se a um crescente aumento de estudos nesse tema.

Os instrumentos que mensuram a QVRS podem ser classificados em genéricos quando aplicados a qualquer tipo de população e a qualquer processo patológico, permitindo comparações entre diferentes doenças e seus tratamentos; e específicos quando são próprios para determinados tipos de situação de saúde-doença e amostra populacional (ZATTA *et al.*, 2009). Esses instrumentos foram desenvolvidos com o objetivo de codificar as percepções

subjetivas sobre a qualidade de vida através de dados objetivos facilitando sua interpretação durante a pesquisa em saúde.

Em relação aos instrumentos que mensuram a QVRS, cinco estudos utilizaram um único tipo de instrumento; cinco optaram por utilizar dois instrumentos e um estudo não adotou nenhum instrumento. Foi observado que dos instrumentos utilizados, três eram gerais como os: WHOQOL-Bref, *Short Form-36 Health Survey* (SF-36) e o *Short Form-12 Health Survey* (SF-12); e cinco instrumentos eram específicos: *The Mother Generated Index* (MGI), *Melasma Quality of Life Scale* (MELASQoL-BP), *Perceived Stress Scale* (PSS), *NVP-specific QoL*, Centro de Epidemiologia de Estudos de Depressão (CES-D). Cinco estudos utilizaram concomitantemente um instrumento genérico e outro específico para mensurarem a QV e um estudo não utilizou nenhum instrumento que mensurasse diretamente a qualidade de vida, entretanto, para verificar a presença de lombalgia e a classificação de dor foram realizados testes específicos identificando alterações que podem acarretar implicações na qualidade de vida das gestantes.

Ressalta-se que o único estudo encontrado que não utilizou instrumentos de avaliação de qualidade de vida foi o estudo em que as gestantes foram submetidas a exame físico, testes específicos e entrevista estruturada com perguntas específicas acerca da presença de lombalgia, avaliando o impacto da dor lombar em sua qualidade de vida.

De acordo com Kerr *et al.*, (2003), os instrumentos gerais e específicos devem ser usados simultaneamente para maior obtenção de dados; já que os gerais avaliam um perfil de saúde geral e os específicos avaliam características específicas da doença. Eles são considerados complementares.

Quanto à validação dos instrumentos dez estudos aplicaram questionários que foram validados, o que demonstra confiabilidade nos estudos. Os instrumentos, de acordo com Fleck (2008), devem passar por um processo de tradução e validação para posterior utilização em diferentes culturas.

No que tange à QV na gravidez, os pesquisadores identificados nesta revisão abordaram diversos assuntos, como: pesquisas relacionadas com as alterações fisiológicas da gravidez, a efetividade do exercício físico na gestação, estresse, depressão, dor e sexualidade.

Com a finalidade de atender aos propósitos da pesquisa, os dados semelhantes dos artigos encontrados na busca, foram categorizados com base no instrumento de Nicolussi (2008). Esse instrumento contém critérios que possibilitaram investigar as características metodológicas dos estudos e os critérios de avaliação da qualidade de vida, incluindo os domínios que são afetados na vida da gestante.

O instrumento foi submetido à validação por três docentes de enfermagem familiarizados com este tipo de estudo/metodologia e conhecimento sobre a qualidade de vida. Foi analisado quanto a validação aparente e de conteúdo; em relação a sua abrangência, clareza, facilidade de leitura, compreensão dos itens, extensão, forma de apresentação e se os objetivos poderiam ser alcançados (NICOLUSSI, 2008).

Esse instrumento aborda os seguintes domínios: físico, psicológico/mental, nível de independência, relações sociais, meio ambiente, espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais, sexualidade e interesses sexuais. Vale ressaltar que os domínios nível de independência e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais não foram encontrados nos estudos selecionados, não havendo nenhum prejuízo para a análise da revisão.

**Quadro 4** - Distribuição dos estudos selecionados na revisão integrativa e os domínios evidenciados em cada estudo. Fortaleza, Ceará, 2014.

Nº	Artigos	Domínios
01	The effect of an antenatal physical exercise programme on maternal/perinatal outcomes and quality of life in overweight obese pregnant women: a randomised clinical trial.	Físico, Psicológico/Mental, Relações Sociais e Ambiente
02	Water exercises and quality of life during pregnancy	Físico e Ambiente
03	Maternal, obstetric variables, perceived stress and health-related quality of life among pregnant women in Macao, China.	Físico e Psicológico/Mental
04	Aerobic exercise during pregnancy improves health-related quality of life: a randomised trial	Físico, Psicológico/Mental,
05	Nausea and vomiting of pregnancy: what about quality of life?	Físico e Psicológico/Mental
06	An exploratory study to assess the acceptability of an antenatal quality of life instrument (the Mother-generated Index)	Físico, Psicológico/Mental, Relações Sociais e Ambiente
07	Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy	Físico, Psicológico/Mental, Relações Sociais
08	Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: the health status in pregnancy (HIP) study	Físico, Psicológico/Mental, Relações Sociais
09	Gestational low back pain: prevalence and clinical presentations in a group of pregnant women	Físico
10	Fotoproteção, melasma e qualidade de vida em gestantes	Psicológico/Mental
11	Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco	Sexualidade

O artigo 1 caracteriza-se por ser um estudo quantitativo de delineamento experimental e foi realizado no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) vinculada à Universidade de Campinas (UNICAMP) com 80 gestantes que apresentava Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional classificadas como sobrepeso ou obesa. Essa amostra foi randomizada em dois grupos. O grupo experimental composto por 39 gestantes recebeu orientação do exercício supervisionado e o grupo controle composto por 41 gestantes apenas realizou acompanhamento do pré-natal. Ambos os grupos receberam aconselhamento nutricional. Todas as gestantes preencheram o questionário WHOQol-bref em dois momentos: ao serem incluídas no estudo e ao completarem 36 semanas de gestação. O programa de exercício foi concebido para permitir às mulheres grávidas aumentar o seu nível de atividade física e para melhorar a sua qualidade de vida através de exercícios simples que poderiam ser realizados sem supervisão e que não apresentassem nenhum risco para a mãe ou para o feto.

Os resultados deste estudo mostraram que a atividade física não foi associada com o controle de ganho de peso gestacional. No entanto, quando os dados foram estratificados de acordo com o IMC, onde as mulheres foram divididas nas categorias entre obesidade e sobrepeso, verificou-se que o programa de exercícios foi eficaz em termos de controle de ganho de peso em mulheres com sobrepeso, que ganhou menos peso durante a gravidez, quando comparadas com as mulheres do grupo controle.

Os domínios físico e social, presentes no questionário aplicado, tiveram escores menores no final da gestação, indicando piora na qualidade de vida. Não houve diferenças significativas entre os grupos. A diminuição desses escores poderia ser explicada pelas inconveniências típicas do final da gravidez, decorrente do ganho de peso, dor e fadiga, como consequência da maior carga do sistema músculo-esquelético. Acrescido a isso, observou-se neste estudo que 82,5% das gestantes do grupo de estudo, referiram dor lombar, uma faceta do domínio físico, relacionada a um peso pré-gestacional superior ou aumento do IMC gestacional. Este é mais um indício de que o exercício deve ser benéfico e estimulado nesta população. Os outros domínios (psicológico/mental e meio ambiente) não foram relatados nos resultados desse estudo.

Concluíram no estudo 1 que não houve diferença no controle de ganho de peso entre as mulheres grávidas que realizaram ou não o programa de exercício. Os exercícios não estavam relacionados com resultados perinatais, não afetaram a pressão arterial, bem como a percepção da qualidade de vida. Entretanto, os autores sugerem que em pesquisas futuras as mulheres com obesidade e obesidade mórbida não devam ser excluídas de programas destinados a incentivar

um estilo de vida saudável durante a gravidez, por considerar esse o melhor momento para introduzir mudanças comportamentais durante o período gravídico.

Como limitação deste trabalho, pode-se citar o pequeno tamanho da amostra, as dificuldades do manejo das gestantes obesas e o relato do peso pré-gestacional pelas mulheres grávidas, usado na determinação IMC pré-gestacional e ganho de peso total, o que pode ter resultado em viés nessas variáveis. No entanto, esta é uma limitação comum presente na maioria de tais estudos por causa da falta de dados antes da gravidez. A reflexão que se faz perante estes dados está pautada na importância do preenchimento do cartão pré-natal e da consulta pré-concepcional.

O estudo 2 caracteriza-se por ser um estudo quantitativo de delineamento experimental e teve como objetivo avaliar a eficácia e a segurança de um programa de aeróbica na água de intensidade moderada para gestantes sedentárias. Foi realizado em um serviço público de saúde em Campinas, Estado de São Paulo. A amostra foi composta por dois grupos de gestantes que foram randomizadas, sendo que no grupo do estudo 31 mulheres participaram de um programa de hidroginástica e consultas de pré-natal e no grupo controle 35 mulheres seguiram apenas com o pré-natal. O questionário selecionado para avaliar a qualidade de vida foi o WHOQoL-bref, considerado capaz de medir a qualidade de vida global e não se limitou ao que se relaciona com os aspectos funcionais da saúde das mulheres grávidas.

Como resultados evidenciados o grupo de estudo foi caracterizado por gestantes com uma média de 26 anos, com menos anos de estudos e mais mulheres desempregadas em comparação com o grupo controle. Nenhuma participante estava a praticar qualquer tipo de atividade física regular no momento da admissão do estudo.

A maioria das mulheres acredita que ter participado das aulas de hidroginástica faria o parto mais facilmente e 25% delas acreditaram no bem estar físico proporcionado por essa atividade. Cerca de 90% das entrevistadas entre 28 e 36 semanas de gravidez, consideraram que a prática da hidroginástica lhes tinha beneficiado de alguma forma e que não houve nenhum problema para assistir às aulas.

Os escores médios da associação entre qualidade de vida e satisfação das mulheres nos dois grupos foram elevados em todos os momentos da avaliação. Quanto ao domínio meio ambiente, que retrata aspectos estruturais da vida, a média de pontuação aumentou de forma significativa ao longo do tempo. Esta ocorrência pode ser explicada pelo fato de que este domínio é avaliado com base em respostas a perguntas a respeito não só da segurança física e proteção, ambiente doméstico, os recursos financeiros, participação e oportunidades para atividades recreativas e de lazer, ambiente físico e transporte, mas também no que diz respeito

aos cuidados de saúde e assistência social e as oportunidades de adquirir novas informações e habilidade. Por outro lado, no domínio físico, uma diminuição significativa foi encontrada na média dos escores em qualidade de vida ao longo do tempo.

Deve ser enfatizado que a pontuação acerca da satisfação global não sofreu grandes alterações no decorrer do estudo, indicando que a percepção destas mulheres quanto a uma boa qualidade de vida permaneceu estável.

O estudo apresenta algumas limitações, a saber: o pequeno número de casos prejudicando a associação entre a prática de exercício físico e escores de qualidade de vida; o instrumento utilizado para medir a qualidade de vida pode não ter sido a ferramenta mais sensível para a detecção de alterações durante a gravidez, e por fim, as participantes já tinham uma alta percepção de sua qualidade de vida na admissão ao estudo, o que foi fundamental para os benefícios da prática de atividade física para não ter uma repercussão significativa sobre os outros domínios avaliados.

O estudo concluiu que não houve associação entre a prática de exercício físico e QVRS durante a gravidez. Outros estudos envolvendo amostras maiores devem ser realizados em diferentes contextos socioculturais e / ou utilizar outros instrumentos para avaliar adequadamente a qualidade de vida das mulheres durante a gravidez.

O estudo **3** caracteriza-se por ser descritivo, exploratório, quantitativo com delineamento não-experimental. Desenvolvido na China com 1151 mulheres gestantes com o objetivo de identificar associações entre variáveis demográficas, sócio econômicas e obstétricas e a qualidade de vida relacionada à saúde com o estresse percebido. Para tal, foram utilizados dois instrumentos que medem a qualidade de vida. O instrumento SF-12 é classificado como geral e mensura a qualidade de vida de dois componentes: o físico e o mental. O instrumento específico *Perceived Stress Scale* (PSS) contém itens que são construídos para explorar o grau em que os entrevistados encontram suas vidas de forma imprevisível, incontrolável e com sobrecarga.

Os resultados apontaram que a maioria (91,1%) das participantes são jovens e casadas. Quase metade (44,7%) tinha atingido o ensino superior. A maioria (78,0%) tinha emprego em tempo integral e 74,2% recebeu cuidados pré-natais no hospital do estudo antes de 12 semanas de gestação. A média de gravidez e o número de abortos foram 1,95 e 0,43, respectivamente. Cerca de um quarto (27,5%) das participantes tiveram uma gravidez não planejada.

A associação das variáveis acima com o PSS aponta que mulheres com níveis de estresse percebido tendiam a ser mais jovens, apresentavam um baixo nível educacional, não mantinham relacionamento estável e trabalhavam por longas horas.

No que concerne às características obstétricas e estresse percebido, este estudo concluiu que uma gravidez não planejada pode influenciar o nível de estresse percebido, podendo interferir no bem-estar psicológico durante a gravidez. Um quarto (25,8%) das mulheres participantes deste estudo realizaram tardiamente a consulta de pré-natal (segundo ou terceiro trimestre) provocando um maior nível de estresse durante a gravidez.

Quanto a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde os escores apontados no PSS indicaram que as mulheres percebiam suas vidas mais estressantes, havendo uma associação significativamente negativa entre PSS e os domínios físico e mental do SF-12. Características de uma baixa QVRS incluem mau estado funcional, fadiga, perda de energia, depressão, ansiedade, limitação no trabalho ou atividades, e as dificuldades de desempenho, o que poderia explicar a falta de iniciativa de mulheres tão afetadas para compartilhar seus sentimentos ou buscar ajuda de outras pessoas. Assim, são mulheres que necessitam desenvolver terapias psicossociais, denotando impacto também no domínio das relações sociais.

Este estudo confirma a relação entre o estresse percebido e a QVRS. No entanto, a direção da causalidade entre as duas variáveis não é clara, podendo ser facilmente argumentado que o estresse percebido antecede QVRS, uma vez que ele pode prejudicar o funcionamento dos sistemas autonômicos, imunológico e endócrino.

Foram pontuadas as seguintes limitações do estudo: variáveis como a qualidade das relações familiares e das redes sociais ou grupos de apoio foram ignoradas, não podendo ser testadas adequadamente frente ao design transversal e o fato da amostragem de conveniência e coleta de dados ter sido realizada em um ambiente governamental limita a generalização dos resultados.

O estudo **3** traz implicações para a prática da promoção da saúde, pois incentiva os profissionais que assistem às gestantes, promoverem a educação em saúde durante o pré-natal, que tem sido chamado de um “momento de aprendizado”, onde as mulheres estão interessadas em aprender e são altamente motivadas a modificarem seus comportamentos. As parteiras devem conceber programas educativos para aumentar a conscientização sobre o estresse gerado durante a gravidez e treinamento de relaxamento para reduzir o estresse percebido.

Os autores do estudo **3** sugerem que mais pesquisas acerca de temas relacionadas aos aspectos psicológicos e sociológicos durante a gravidez são necessárias.

O estudo **4** caracteriza-se por uma abordagem quantitativa e delineamento quase-experimental. Investigou a melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) durante a gravidez através do exercício físico supervisionado. As gestantes foram recrutadas em três hospitais na cidade de Cali, Colômbia, e foram randomizadas em dois grupos: exercício aeróbico mais consultas de pré-natal e apenas o grupo que realizava as consultas de pré-natal. A amostra foi constituída de 50 mulheres gestantes, sendo que 24 constituíram o grupo experimental e 26 participantes o grupo controle.

O questionário utilizado para avaliar a qualidade de vida foi o SF-12 com questões sobre os componentes físico e mental (psicológico). No componente físico são abordadas questões sobre a função da aptidão física, o desempenho físico, dores no corpo e saúde geral; e no componente mental as facetas abordadas são capacidade vital, papel social, papel emocional e saúde mental.

Os resultados encontrados no estudo **4** apontaram que durante três meses o programa de exercício aeróbico supervisionado melhorou a QVRS em seis pontos acima no grupo experimental do que no grupo controle. O componente físico apresentou melhores resultados, especialmente nas facetas de aptidão física, dor no corpo e saúde geral. O componente mental não mostrou efeito significativo diante da intervenção do exercício aeróbico na gestação.

Concluíram neste estudo que os efeitos a longo prazo do exercício sobre a qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres depois de sua gravidez seriam melhor avaliados se o exercício fosse adotado como uma mudança no estilo de vida.

O estudo **5** caracteriza-se por ser transversal e prospectivo e abordou o impacto que a náusea e vômito na gestação poderiam refletir na QVRS de mulheres que se encontravam no primeiro trimestre de gestação.

Este estudo foi desenvolvido no Canadá com 367 gestantes recrutadas do Centro Hospitalar Universitário Sainte-Justine. Apenas as gestantes que sofriam com os sintomas de náusea e vômito puderam preencher o questionário NVP-specific QOL. Este índice é baseado nos seguintes sintomas físicos: o grau de náusea em horas e o número de episódios de náusea e vômito em um dia normal desde o início da gravidez. Dado que a salivação excessiva é uma condição relacionada com sintomas de náusea e vômito na gestação, as mulheres também foram questionadas sobre a presença desse sintoma.

Um outro questionário foi aplicado concomitante ao NVP-specific QOL. O SF-12 também aplicado no estudo **3**, é um questionário genérico que produziu resultados referentes

aos componentes físico e mental. Os escores que tem pontuações mais elevadas indicam uma melhor qualidade de vida.

Os resultados encontrados no estudo **5** afirmam que 78,5% das mulheres relataram náusea e vômito durante o primeiro trimestre de gravidez. Neste grupo a maioria (52,2%) apresentou náusea e vômito com classificação leve. Quanto à intensidade dos sintomas, esta foi considerada média. Essa classificação é determinada através do índice modified Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea (modified-PUQE), baseado em três sintomas físicos de náusea e vômito na gestação: o grau de náusea em horas, a quantidade de vezes que a gestante vomita e os episódios de vômitos em um dia normal desde o início da gravidez. Além disso, 26% das mulheres que relataram náusea e vômito na gestação durante o primeiro trimestre também relataram salivação excessiva.

O aparecimento da náusea e vômito no primeiro trimestre de gravidez esteve associada a uma redução nos domínios físico, mental e das relações sociais refletindo em uma menor qualidade de vida. Variáveis como a idade materna avançada e a intensidade dos sintomas de náusea associadas a métodos não farmacológicos diminuiu a pontuação no questionário utilizado referente ao domínio físico comprometendo a qualidade de vida. O estudo em questão, sugere que o domínio físico afetado produz impacto na qualidade de vida do domínio mental, o que mostra que esse problema está além dos sintomas físicos. Ainda revela que a náusea e vômito na gravidez foi apontada por afetar uma faceta do domínio psicológico como sentimentos negativos e estresse e no domínio relações sociais afetou a faceta do suporte social, ou seja, as relações da mulher gestante com amigos e familiares. Em contrapartida, o domínio psicológico refletiu positivamente na realização de exercícios durante o primeiro trimestre de gravidez, em especial nas mulheres grávidas asiáticas e hispânicas. Por fim, a idade gestacional avançada e a acessibilidade a assistência de saúde para medicação reflete em um aumento na qualidade de vida para náusea e vômito na gestação.

O estudo também investigou outros determinantes que podem influenciar positivamente na qualidade de vida, sendo eles: o exercício, a cafeína e o consumo de álcool. Os autores atribuem esses resultados ao fato de que o café é frequentemente utilizado para maior desempenho no trabalho, favorece o engajamento social e age sobre o estado de alerta. Quanto ao uso de álcool, um estudo realizado em uma população de mulheres não grávidas constatou que a ingestão de baixo teor alcóolico foi associado ao melhor funcionamento físico e a saúde geral.

Os autores concluíram que a presença e a gravidade da náusea e vômito na gravidez produz impacto significativo na qualidade de vida relacionada à saúde. Esses resultados

destacam a importância da implantação de diretrizes para a prática clínica pelos profissionais de saúde, considerando o impacto que a náusea e vômito na gravidez reflete na qualidade de vida das mulheres. O uso de ferramentas como os índices de qualidade de vida podem levar a uma gestação mais adequada permitindo conhecer as reais necessidades da mulher grávida. Buscando fazer recomendações mais específicas para alcançar um manejo adequado da náusea e vômito na gravidez, mais estudos são necessários para avaliar os benefícios do tratamento precoce desses sintomas.

O estudo 6 trata-se de uma pesquisa exploratória que se propõe a avaliar a aceitabilidade do *the Mother generated Index* (MGI) como um instrumento de coleta de dados durante o terceiro trimestre de gravidez, e para descrever os aspectos mais citados da vida de uma mulher, que afetam a sua qualidade de vida neste momento.

A entrevista foi realizada com 35 mulheres que se encontravam no terceiro trimestre de gravidez, em dois centros de saúde na Escócia. Os instrumentos utilizados foram o MGI e o *General Health Questionnaire* (GHQ-30). O MGI é um questionário de três etapas em uma única folha. No passo 1 a mulher foi solicitada a especificar as áreas mais importantes da sua vida que foram afetadas devido à gravidez, e em seguida, as participantes indicaram se estes foram positivos, negativos ou nenhum dos dois. No passo 2 as mulheres escreveram até oito áreas e atribuíram pontos que vão de 0 a 10, sendo que zero indica seus piores sentimentos e percepções; e 10 indica a melhor sensação e percepção que ela poderia apresentar, tendo como referência o mês anterior. Por fim, na etapa 3, a mulher classifica estes aspectos de qualidade de vida através da atribuição de um total de 20 pontos. Quanto mais pontos a gestante atribuir para algum aspecto da sua vida, mais importante ela o considera.

O GHQ-30 é uma ferramenta amplamente aceita e utilizada em uma série de estudos que examinam diferentes aspectos da gravidez. Dados sócio demográficos e obstétricos foram coletados.

Os resultados do estudo 6 apontam que as 35 participantes citaram entre 3 e 8 comentários. Metade destes foi negativo, 38% foram positivos e 12% não foram nem positivos nem negativos. A única categoria que mostrou pelo menos uma correlação moderada foi: 'imagem corporal' e 'saúde emocional'; 'imagem corporal' e 'dor'; 'dor' e um comentário positivo sobre a saúde física. Não houve associação significativa entre dor como fator negativo para a qualidade de vida das mulheres, evidenciando que os domínios afetados nessa categoria foram os domínios físico e psicológico.

Enquanto as categorias 'cansaço' e 'dor' foram definitivamente negativas, e 'ansiosos pela espera do bebê' e 'relacionamento com o parceiro' foram definitivamente

positivos, muitas das outras categorias receberam comentários tanto positivos como negativos. Mais da metade dos comentários sobre ‘vida social’ foram negativos. Dos 21 comentários sobre trabalho, 10 foram positivos. Aqueles que apontaram o trabalho como positivos ( ex: chefe acolhedor, redução de trabalho) tinham, em média uma pontuação significativamente o MGI maior comparado com mulheres cujos comentários foram negativos (ex: sentir-se pressionada a trabalhar até o final da gravidez, ter que desistir do trabalho antes do período planejado).

Um terço das mulheres (n=12) citaram comentários sobre a ‘saúde física durante a gravidez’, dos quais 5 foram positivos (por exemplo, por sentir-se bem fisicamente) e 5 foram negativos (por exemplo, azia e dor ciática).

Comentários sobre ‘apoio social’ eram, em geral positivos, mas aqueles sobre ‘atitudes em relação ao resultado da gravidez’ geralmente eram negativos. A pontuação média do MGI das mulheres com percepção positiva foi significativamente mais elevada do que a de mulheres com uma percepção negativa.

A etapa 3 demonstrou a importância relativa de cada área na vida da mulher, sendo assim, ‘relacionamento com o parceiro’ emergiu como o mais importante, seguido por ‘ansiosos pela espera do bebê’ e ‘atitude favorável às modificações da gravidez’. As gestantes relataram que o ‘cansaço’ era uma característica negativa na sua qualidade de vida, porém era um aspecto que menos importava para essas mulheres, como também a ‘vida social’ e o e ‘trabalho’.

A maioria dos comentários foi claramente relacionado com a gravidez, enquanto outros parecem não estarem diretamente ligados a esta condição, entretanto podem ser relevantes nesse contexto.

Como limitações o estudo 6 apresenta uma amostra limitada e não diversificada, tornando o MGI culturalmente específico. A sensibilidade do MGI para mudar a percepção das mulheres na qualidade de vida relacionada à saúde durante curtos períodos de tempo não é conhecida.

Como contribuição o estudo espera que esta ferramenta possa ser utilizada clinicamente para ajudar a descobrir aspectos da vida da mulher que poderiam permanecer ocultos. Esta abordagem inerentemente subjetiva está no cerne do cuidado holístico.

O estudo 6 concluiu a confirmação da aceitabilidade do MGI como uma ferramenta de avaliação, sendo necessária apenas uma pequena adaptação para o uso durante a gravidez tardia.

O estudo 7 buscou estimar a associação independente de sintomas depressivos com a qualidade de vida relacionada à saúde entre um grupo diversificado de mulheres no início da gravidez. Sintomas depressivos são comuns no início da gravidez e sugerem medidas efetivas

de rastreio (GAYNES *et al.*, 2005). Foi conduzido por um corte transversal com 175 gestantes, sendo que 27 apresentavam sintomas depressivos. A QVRS foi mensurada utilizando o instrumento SF-36 (*Short Form-36 Health Survey*) amplamente utilizado em resultados de pesquisas de saúde. A sintomatologia depressiva, foi medida utilizando a escala do Centro de Epidemiologia Estudos Depressão (CES-D), que permite que os inquiridos indiquem a presença de sintomas depressivos, como tristeza, choro, desesperança ou alterações no apetite ou no sono.

Foram coletados variáveis sóciodemográficas, clínicas, condições médicas relacionadas à gravidez, condições médicas anteriores e dados sobre o nascimento atual, além de três perguntas acerca da presença e do grau de apoio social.

Os resultados apontam que mulheres com sintomatologia depressiva apresentam pontuações mais baixas nos domínios físico (dor corporal e vitalidade), psicológico e das relações sociais, em comparação com as mulheres sem sintomas depressivos. Uma má condição física e a instabilidade emocional podem levar a um aumento nas consultas de pré-natal ou testes fetais.

Dentre as variáveis sócio demográficas pesquisadas no estudo a raça negra esteve associada com uma baixa significância estatística relacionada com a QV, afetando domínios físico e psicológico; as mulheres com sintomas depressivos eram mais propensas de serem solteiras apresentarem situações clínicas crônicas. A maioria das gestantes com sintomas depressivos receberam a maior parte do apoio emocional de alguém mais distante. Como resultado, o estudo afirma que a presença de suporte social eleva os domínios das relações sociais, o físico e o psicológico.

Os resultados ainda confirmam que os sintomas depressivos aparecem predominantemente no início da gravidez entre uma população diversificada e sugerem a necessidade de medidas de rastreio efetivas e eficazes. Entretanto, estudos anteriores usando o CES-D3 (HASS *et al.*, 2005) ou outros instrumentos (ZAYAS *et al.*, 2002) sugerem que a prevalência de sintomas depressivos aumenta no terceiro trimestre. Uma vez que este estudo está em corte transversal, não se pode especular a relação entre sintomas depressivos no início da gravidez, com sintomas tardios durante a gravidez.

A análise desse estudo enfatiza a importância de variáveis como características sociodemográficas, suporte social e condições clínicas na qualidade de vida relacionada à saúde e sugere caminhos possíveis para a associação entre sintomatologia depressiva e qualidade de vida relacionada com a saúde.

Apesar do estudo identificar uma amostra de 18% com alguma restrição médica, não foi possível considerar que estas restrições tenham um efeito significativo sobre as dimensões de qualidade de vida no início da gravidez.

O estudo 7 se propôs a ampliar o conhecimento do efeito de sintomas depressivos em qualidade de vida relacionada à saúde no início de gravidez em uma amostra de mulheres diversificada racial e economicamente. Este trabalho ressalta a importância de identificação de sintomas depressivos no início da gravidez, a associação independente de sintomas depressivos com a qualidade de vida e potenciais oportunidades de treinamento e intervenção médica. Estudos futuros podem avaliar prospectivamente o efeito de sintomas depressivos sobre os mecanismos biológicos da gravidez e perinatal.

O estudo 8 caracteriza-se por ser de corte longitudinal, tendo como objetivos: estimar a prevalência da sintomatologia depressiva durante a gestação e puerpério; e estimar o efeito independente da sintomatologia depressiva na QVRS durante a gestação e puerpério.

Foram coletados dados de 200 mulheres sobre a sintomatologia depressiva e a qualidade de vida durante a realização de quatro visitas, sendo 3 durante a gestação e uma visita no puerpério. Os dados clínicos foram coletados a partir de prontuários eletrônicos no início e no final de cada visita de acompanhamento.

Semelhante ao estudo 7, o estudo 8 utilizou os mesmos questionários para medir a sintomatologia depressiva e a qualidade de vida. Para mensurar os sintomas depressivos a escala CES-D foi aplicada em cada visita durante o período gravídico-puerperal, e a qualidade de vida relacionada à saúde foi medida pelo instrumento SF-36 (*Short Form-36 Health Survey*) que contém oito domínios, incluindo: funcionamento físico, papel físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, papel emocional, aspecto social e saúde mental. A maior pontuação de cada domínio indica um melhor funcionamento ou bem-estar.

Foram coletados variáveis sóciodemográficas, clínicas, condições médicas relacionadas à gravidez, condições médicas anteriores e dados sobre o nascimento atual, além de três perguntas acerca da presença e do grau de apoio social. Fatores sóciodemográficos e clínicos foram comparados entre mulheres com e sem sintomatologia depressiva.

Os resultados do estudo 8 apontam que os sintomas depressivos aparecem proporcionalmente com o avanço da gestação e que há diferenças estatisticamente significativas nas variáveis sociodemográficas, suporte social e fatores clínicos entre as mulheres com e sem sintomas depressivos. As mulheres gestantes com sintomas depressivos eram mais propensas a serem solteiras e terem condições crônicas de saúde. Oito por cento das participantes do estudo com sintomas depressivos apresentaram complicações no parto.

A proporção de participantes com sintomas depressivos no primeiro trimestre foi de 12%, no segundo e terceiro trimestre 14% e 30%, respectivamente. Após o parto a proporção de mulheres com sintomas depressivos foi de 9%.

No primeiro trimestre as gestantes com sintomas depressivos apresentaram mudanças negativas na qualidade de vida relacionada à saúde através dos domínios físico, psicológico/mental e relações sociais em comparação com as mulheres sem sintomas depressivos. No domínio físico a dor corporal e a vitalidade obtiveram maiores escores, evidenciando a percepção da fadiga e o grau da dor que a mulher experimenta na gestação.

O segundo trimestre evidenciou mudança no estado do sintoma depressivo. Mulheres sem sintomas depressivos com o avanço da gestação tornaram-se deprimidas, e como no primeiro trimestre os domínios afetados foram o físico, o psicológico e o das relações sociais. Por outro lado, as mulheres que se tornaram bem deprimidas apresentaram escores mais elevados nos domínios físico e psicológico/mental dos que as mulheres que nunca foram deprimidas.

No terceiro trimestre também houve mudança no estado da depressão refletindo na qualidade de vida no final da gestação. As mulheres que se tornaram deprimidas apresentaram 7 dos 8 domínios afetados: funcionamento físico, papel físico, dor no corpo, saúde geral, funcionamento social, papel emocional e saúde mental. As mulheres bem deprimidas tiveram pontuações mais baixas na função física, funcionamento social e papel emocional. Por fim, as mulheres que permaneceram deprimidas mostraram-se prejudicadas no papel físico, saúde geral e vitalidade.

Ao analisar a mudança ocorrida na puérpera foi possível perceber que aquelas mulheres que se tornaram deprimidas apresentavam uma elevada pontuação no domínio saúde mental, em relação as mulheres sem depressão. Aquelas que ficaram bem deprimidas tiveram o funcionamento social e a saúde mental afetados. As mulheres que estavam deprimidas foram mais prejudicadas no papel emocional, na dor e na saúde mental.

Após os resultados encontrados o estudo **8** tinha a hipótese que os sintomas depressivos seriam mais prevalentes após o parto, não obstante, verificou-se que a proporção de mulheres depressivas foi maior no terceiro trimestre.

Os pontos positivos do estudo **8** foram: amostra diversificada racial e socioeconomicamente e a avaliação longitudinal do efeito do estado da depressão na qualidade de vida relacionada à saúde.

As limitações encontradas inclui em: o estudo realizou-se no *Campus* de prática de uma universidade, podendo ter trazido outros resultados se tivesse sido realizado em várias

configurações geográficas; e algumas mulheres da amostra relataram história de violência íntima, podendo ter superestimado a sintomatologia depressiva com a qualidade de vida relacionada à saúde.

São implicações do estudo **8** a necessidade dos profissionais de saúde se submeterem a treinamentos para melhorar a sua capacidade de identificar sintomas depressivos, e por sua vez, encaminhar adequadamente os casos clínicos.

O estudo **9** é um estudo transversal descritivo feito com amostra por conveniência composta por 21 gestantes do município de Petrolina. A coleta dos dados foi realizada no laboratório de fisioterapia da Universidade de Pernambuco, *Campus* Petrolina, por meio de entrevista por meio da aplicação de um questionário estruturado e exame físico individualizado.

As gestantes responderam perguntas específicas acerca da lombalgia a fim de confirmar ou não esse achado. Em caso afirmativo as gestantes foram submetidas a testes específicos, no intuito de classificar o tipo da dor. Os testes específicos foram: Retificação da perna, Patrick e Piedallu.

As evidências dos resultados desse estudo apontam para o domínio físico como o mais prejudicado na qualidade de vida das gestantes. Nesse domínio, são abordadas a dor e desconforto, a dependência da medicação, energia e fadiga, a mobilidade, o sono e repouso, a atividade da vida cotidiana e a capacidade de trabalho. É possível inferir que dentre as facetas citadas nos resultados a seguir, as de maior evidência foram: dor e desconforto, sono e repouso e mobilidade. No estudo vinte (95,23%) gestantes analisadas relataram presença de dor lombar durante a gestação, sendo que 15 (71,43%) referiram essa queixa antes mesmo do período gestacional. A duração da dor por mais de 60 minutos foi sentida por 12 (57,14%) gestantes, sendo que 11 (52,39%) afirmaram que era de caráter constante. Quanto ao período de maior intensidade 8 (38,09%) relataram o período da tarde e a mesma proporção de gestantes relatou o período da noite. As principais atividades que exacerbavam a dor lombar foram deambular ou sentar, que corresponderam a 12 (57,14%) casos. Nenhuma gestante relatou praticar atividade física durante a gestação. A questões coletadas no questionário e nos resultados obtidos nos testes específicos (Provocação da Dor Pélvica Posterior –PPP; Retificação da perna; e Patrick) possibilitou a classificação do tipo de lombalgia da amostra, sendo constatado que 14 (66,65%) gestantes apresentaram combinação de dor lombar com dor posterior; 6 (28,58%) somente dor lombar e nenhuma gestante apresentou dor pélvica posterior.

Como limitação deste trabalho, foi citado a não realização do cálculo do tamanho amostral, o reduzido tamanho da amostra e a não avaliação do comprometimento funcional associado ao tipo de lombalgia.

Os autores do estudo **9** ressaltam a necessidade de maior atenção por parte dos profissionais de saúde às modificações posturais advindas da gestação, devido às implicações que essas alterações podem acarretar na qualidade de vida das gestantes.

Acrescido a isso o estudo observou que apesar da prevalência elevada de lombalgia gestacional, nenhuma das gestantes analisadas relatou praticar atividade física, fato que respalda a integração do fisioterapeuta ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O estudo **10** de corte transversal avaliou os hábitos de exposição solar e de fotoproteção das gestantes de um hospital de referência da Região Sul do Brasil e sua possível associação com o melasma. Verificou ainda a orientação durante o pré-natal sobre fotoproteção e qual o impacto do melasma na qualidade de vida dessas mulheres.

A amostra não probabilística por conveniência foi constituída de 109 puérperas que encontravam-se internadas na enfermaria do Serviço de Obstetrícia do hospital.

Os dados foram coletados através de entrevista utilizando questionário estruturado. A sensibilidade da pele em relação ao sol foi baseada na classificação de Fitzpatrick. Para as pacientes portadoras do melasma foi aplicado a versão do questionário específico *Melasma Quality of Life Scale* (MELASQoL-BP), composto por 10 itens específicos para aferição da qualidade de vida relacionada à saúde de portadoras do melasma e abrange 3 áreas: vida social, recreação/lazer e bem-estar emocional. Essas áreas são abordadas nos domínios relações sociais, meio ambiente e psicológico/mental contidos no instrumento de coleta de dados de Nicolussi (2008). O escore final do MELASQoL-BP pode variar entre 7 e 70, sendo que os valores mais altos indicam pior qualidade de vida relacionada à saúde.

O melasma acomete cerca de 70% das gestantes e caracteriza-se por uma pigmentação melânica irregular com início no primeiro ou segundo trimestre de gestação e causa impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde, principalmente por acometer a face e a imagem corporal (PURIM; AVELAR, 2012).

Os resultados encontrados no estudo **10** revelam que da amostra, 80 (73,4%) puérperas não faziam uso diário de protetor solar, durante a gravidez, pelos seguintes motivos: falta de hábito, esquecimento ou falta de tempo devido à distração com as atividades ocorridas durante o dia, informaram não gostar de usar filtro solar, não consideravam importante e por fim, falta de dinheiro. A maioria das mulheres (47,7%) relatou exposição ao sol entre 10 e 15 horas, ou seja, em horário inadequado. Do total das puérperas, 17 (15,6%) faziam uso de outros meios de proteção solar, como: óculos de sol e boné; porém o uso combinado de fotoprotetor e meio físico foi relatado por apenas 4,6% das investigadas.

No entanto, ao cruzar as variáveis como tipo de pele, horário de exposição e uso de protetor solar tiveram associação significativa identificando que quanto mais clara a pele, menor era a frequência da exposição entre 10 e 15 horas e maior era a frequência do uso de protetor solar.

Ainda nesse estudo, 66% das puérperas não receberam informação durante o pré-natal sobre os riscos da exposição solar durante a gestação e nenhuma das entrevistadas receberam prescrição médica de fotoprotetor durante o pré-natal. Porém, aquelas gestantes que receberam orientação no pré-natal sobre os horários de exposição solar tendiam ao uso mais regular do fotoprotetor.

A avaliação da QV das puérperas através do MELASQoL aponta que entre as 25 puérperas (22,9%), portadoras de melasma, os itens referentes à: aparência da pele, frustração e constrangimento receberam maior pontuação, indicando grau de incômodo causado pela dermatose. Diante desse achado pode-se inferir que o domínio Psicológico, relacionado ao bem-estar emocional, interfere na percepção de qualidade de vida, contribuindo para o aumento de estresse psicológico dessas pacientes. Este domínio aborda dentre outras facetas a imagem corporal e a auto-estima, o que pode trazer insatisfação para as mulheres grávidas e puérperas.

Os autores referem uma maior concentração de mulheres brancas na amostra estudada e coleta de informações exclusivamente sobre a fotoproteção atual como limitações.

Os autores do estudo **10** ressaltam a importância de conscientização das gestantes sobre os perigos da exposição desprotegida ao sol, com a implementação de ações voltadas para a educação em saúde, em especial durante a gestação, uma vez que as alterações de pigmentação trazem desconforto e impactos sócio emocionais que podem ser prevenidos e minimizados.

O estudo **11** é um estudo transversal, desenvolvido nos ambulatórios de pré-natal de baixo risco do Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo, Brasil, com o objetivo de avaliar em gestantes saudáveis, no segundo trimestre, a associação entre função sexual e qualidade de vida, bem como entre função sexual e satisfação sexual, através das respectivas medidas, QS-F (Quociente Sexual – Versão Feminina) e pelo WHOQoL-bref, os quais apontaram como resultados a associação significativa dessas variáveis.

A amostra foi composta de 51 gestantes, das quais a maioria (64,8%) obteve escore final no QS-F “regular a excelente” e 58,8% classificou a sua qualidade de vida como “boa”. A maior parte das mulheres avaliou sua qualidade de vida como ‘boa’ ou ‘muito boa’ e cerca de um terço (35%) referiu satisfação sexual, enquanto 15,7% afirmou estar sexualmente muito satisfeita. Em seguida, houve comparação do escore final do QS-F com duas questões do questionário WHOQoL-bref.

Na questão 1 que avalia a qualidade de vida, houve associação entre o resultado do QS-F classificado como “nulo a ruim” com “qualidade de vida ruim”. Da mesma forma, ao associar o escore final do QS-F com a questão 21 que indaga a mulher a satisfação com a sua vida sexual, concluiu-se que os resultados do QS-F classificados como “bom” e “bom a excelente” estão associados a “satisfação” e “muita satisfação sexual”.

Por outro lado, foi observado que as mulheres que avaliaram sua qualidade de vida como ‘ruim’ também referiram função sexual ‘ruim’, o que parece comprovar a hipótese inicial dos autores de que realmente há associação entre qualidade de vida e função sexual.

Nesse estudo, através da correlação das variáveis o domínio sexualidade apresentou percentual de 64,8% de satisfação sexual nas gestantes, corroborando com dados encontrados por Oliveira *et al.*, (2013), em seu estudo que mostra um percentual semelhante de 64,17% de satisfação da atividade sexual. Vale ressaltar que os dados desse estudo foram coletados com gestantes no 2º trimestre da gravidez, pois a literatura descreve que o desejo sexual e a libido feminina podem diminuir com o decorrer da gestação, principalmente no 1º e 3º trimestres.

Os autores do estudo **11** apontam como limitação o nivelamento sócio econômico das participantes, impedindo resultados mais ampliados. Entretanto, como pontos relevantes os autores destacam a originalidade do tema pesquisado e a utilização de dois questionários validados.

### 3.3. Síntese do Conhecimento

A tabela 1 revela os vários domínios contemplados nos artigos selecionados nessa revisão integrativa. A síntese do conhecimento propôs uma análise em que apontou os domínios que mais interferiram na qualidade de vida das gestantes. Entretanto, pôde-se perceber que outros domínios foram afetados em menor proporção, demonstrando o quanto a qualidade de vida relacionada à saúde pode afetar diversas áreas da vida das mulheres grávidas.

**Tabela 1** – Síntese dos estudos categorizados por domínios da qualidade de vida. Fortaleza, Ceará, 2014.

Domínios	Artigos	Nº.	%
Físico	1,2,4,5,6,9	6	81,8
Psicológico/Mental	3,7,8,10	4	72,7
Relações Sociais	11	1	36,4
Meio Ambiente	1,2,6	3	27,3

No contexto atual a QVRS pode ser percebida sob diferentes prismas, por ser um constructo amplo, multifatorial que avalia o grau de bem estar sentida por indivíduos, através da sua subjetividade, variando com diferentes influências culturais.

Sendo assim, com a finalidade de atender aos propósitos da pesquisa, os dados semelhantes foram agrupados a fim de constituir temas e assim, emergiram três categorias distintas: Tema 1: Relação entre qualidade de vida relacionada à saúde e o domínio Físico; Tema 2: Relação entre qualidade de vida relacionada à saúde e o domínio Psicológico; Tema 3: Relação entre qualidade de vida relacionada à saúde e o domínio Relações Sociais.

### **Tema 1: Relação entre qualidade de vida relacionada à saúde e o domínio Físico**

O domínio físico citado em seis estudos mostra a percepção da gestante sobre sua condição de saúde e contém as seguintes facetas: dor e desconforto, dependência da medicação, energia e fadiga, mobilidade, sono e repouso, atividades de vida cotidiana e capacidade para o trabalho. Este domínio reflete o acúmulo de atividades que a gestante vivencia no seu dia a dia, demonstrando a necessidade de conciliar os papéis que ela desempenha.

A revisão integrativa identificou nove estudos que abordaram o domínio físico e a sua influência na qualidade de vida das gestantes. Três estudos pesquisaram a relação do exercício físico com a qualidade de vida das gestantes. O domínio físico foi afetado de forma negativa na QVRS, indicando piora na qualidade de vida das gestantes. A dor lombar, uma faceta do domínio físico, esteve relacionada a um peso pré-gestacional superior ou ao aumento do IMC gestacional. Este é mais um indício de que o exercício deve ser benéfico e estimulado nesta população. Uma diminuição significativa no domínio físico foi encontrada na média dos escores em qualidade de vida, ao longo do tempo. A falta de associação entre a prática de exercício físico e escores de qualidade de vida também pode ser atribuído ao pequeno número de casos incluídos nesse estudo. Não houve diferença significativa entre os grupos, porém, as mulheres que participaram das aulas de hidroginástica informaram que esta forma de exercício melhorou o seu bem-estar físico. As gestantes que receberam a intervenção de exercício físico supervisionado contendo sessões de caminhada, exercício aeróbico, alongamento e relaxamento puderam apresentar melhores resultados, especialmente nas facetas de aptidão física, dor no corpo e saúde geral.

As náuseas e vômitos são alterações fisiológicas do primeiro trimestre de gestação, originárias, principalmente, pelas alterações hormonais intensas sofridas pelo organismo materno para manter a concepção (LACASSE; BÉRARD, 2008). Elas promovem um impacto

significativo sobre a vida familiar, bem como a capacidade de reduzir as atividades diárias, interações sociais, nível de estresse e a intenção de ter outros filhos (KUO *et al.*, 2007; MAZZOTTA *et al.*, 2000). Os resultados do estudo 5 revelam que variáveis como a idade materna avançada e a intensidade dos sintomas de náusea associada a métodos não farmacológicos diminuiu a pontuação do domínio físico, comprometendo assim, a qualidade de vida. O estudo em questão, ainda sugere que o domínio físico afetado produz impacto negativo na qualidade de vida do domínio psicológico como sentimentos negativos e estresse, o que mostra que esse problema está além dos sintomas físicos.

Entretanto, a idade gestacional avançada e a acessibilidade a assistência de saúde para medicação reflete em um aumento na qualidade de vida para náusea e vômito na gestação.

O trabalho, faceta do domínio físico, foi apontado equivalentemente como positivos e negativos. Aqueles comentários que apontaram o trabalho como positivos, faziam alusão ao posicionamento acolhedor do chefe e a redução de trabalho; contrapondo-se aos comentários negativos, em que algumas mulheres sentiam-se pressionadas a trabalharem até o final da gravidez, e outras tinham que se afastar do trabalho antes do período planejado. A saúde física durante a gravidez, também gerou comentários com percepções opostas. Algumas gestantes sentiam-se bem fisicamente, frente a outras gestantes que queixavam-se de azia e dor ciática. A imagem corporal, o cansaço e a dor foram as queixas mais citadas pelas gestantes, interferindo de maneira negativa na qualidade de vida.

A lombalgia gestacional é uma das principais queixas durante a gestação, sendo considerada um sintoma de origem multifatorial, podendo estar associada a dor lombar e dor pélvia posterior interferindo na marcha e na postura estática da gestante (GOMES *et al.*, 2013). O artigo analisado infere que o domínio físico foi o mais prejudicado na qualidade de vida da gestantes. Nesse domínio, são abordadas a dor e desconforto, a dependência da medicação, energia e fadiga, a mobilidade, o sono e repouso, a atividade da vida cotidiana e a capacidade de trabalho. As facetas do domínio físico de maior evidência no estudo foram: dor e desconforto, sono e repouso e mobilidade. As gestantes relataram presença de dor lombar durante a gestação, sendo que essa queixa foi sentida antes mesmo do período gestacional. A duração da dor oscilou entre um período de mais de 60 minutos até podendo ter caráter constante. O período da tarde e da noite foi o período de maior intensidade sentido pelas gestantes e as principais atividades que exacerbavam a dor lombar foram deambular ou sentar. Nenhuma gestante desse estudo relatou praticar atividade física durante a gestação.

## **Tema 2: Relação entre qualidade de vida relacionada à saúde e o domínio Psicológico**

O domínio psicológico foi contemplado em quatro estudos, e abordaram os sentimentos positivos e negativos que permeiam a vida da gestante, espiritualidade, percepção sobre sua imagem corporal e autoestima.

O estresse percebido foi evidenciado em gestantes mais jovens podendo estar relacionado ao fato de apresentarem maior dificuldade no ajustamento do seu papel materno, imaturidade emocional e dependência financeira. A baixa escolaridade esteve relacionada ao maior estresse percebido, entendendo que as oportunidades de melhor emprego e renda tornam-se limitadas. A educação pode melhorar o conhecimento a respeito de como viver uma vida saudável, levando a melhores opções de uso do tempo, bens e estratégias, a fim de gerir o estresse durante a gravidez (JALLO *et al.*, 2008). O tipo de relacionamento é outra variável que pode influenciar no estresse percebido apresentado pela gestante. As gestantes solteiras, divorciadas ou com união estável avaliaram suas vidas como estressantes. Alguns estudos apontam que sentimentos de isolamento, restrição financeira e estigma social estão associados na figura de uma mãe solitária, que não dispõe de um relacionamento com o parceiro que a apoie (OGUNSIJI, WILKES, 2004; MILLER-LEWIS *et al.*, 2005). As longas horas de trabalho também causam nas gestantes um certo grau de estresse, que é desencadeado por vários fatores: menos tempo para dormir e recuperar-se do trabalho, maior tempo de exposição a riscos e exigências do local de trabalho, e menos tempo para atender as responsabilidades familiares.

De acordo com Ispa *et al.*, (2007) o nível de estresse percebido ainda pode ser notado quando a gravidez não foi planejada. Mulheres cujas gravidezes não são planejadas podem ter menos recursos sócio econômicos e uma maior falta de apoio social, podendo sofrer pressão psicossocial e estresse. Esses sentimentos podem dificultar, para a mulher grávida o cumprimento de suas responsabilidades diárias e a aceitação da gravidez. Isto sugere que a percepção das gestantes deve ser considerada na assistência do pré-natal e estão associadas ao seu bem-estar psicológico durante o período gestacional.

O início do pré-natal tardio recai em estresse durante a gravidez, e as razões apontadas para este fato foram: a gravidez parece não apresentar nenhum problema, a dificuldade em se ausentar do trabalho, gravidez indesejada ou a violência doméstica (SCHROEDER; SULTANY; WELLER, 2013).

De acordo com Ware *et al.*, (2005), mulheres com maior estresse percebido apresentam restrições na sua QVRS mental e física, acarretando em um estado funcional

reduzido, fadiga, perda de energia, depressão, ansiedade, limitação no trabalho ou atividades e dificuldades de desempenho.

Todos estes resultados podem estar associados à relação entre a QVRS e o estresse percebido, ao considerar que o estresse antecede à QVRS. Sendo assim, este comportamento pode contribuir para problemas de saúde ou distúrbios do sistema imunológico que levam a problemas de saúde física e mental. Assim, são mulheres que necessitam desenvolver terapias psicossociais, denotando impacto também no domínio das relações sociais.

A presença de sintomas depressivos no início da gravidez indica pior QVRS, recaindo em facetas como o papel social, emocional e a saúde mental, sugerindo a necessidade de medidas efetivas de rastreio. Ser solteira e apresentar condição crônica de saúde influencia o desenvolvimento de sintomas depressivos em gestantes. Entretanto, o estudo afirma que a presença de suporte social eleva os domínios das relações sociais, o físico e o psicológico.

Ao considerar a evolução da sintomatologia depressiva no decorrer da gestação, infere-se que as mulheres sem sintomas depressivos com o avanço da gestação estão propensas a tornarem-se deprimidas. A sintomatologia depressiva recai com maior frequência no terceiro trimestre quando houve mudança no estado da depressão refletindo na piora da qualidade de vida da gestante, com pior funcionamento em vários domínios. As mulheres que se tornaram deprimidas apresentaram 7 dos 8 domínios afetados: funcionamento físico, papel físico, dor no corpo, saúde geral, funcionamento social, papel emocional e saúde mental. As mulheres bem deprimidas tiveram pontuações mais baixas na função física, funcionamento social e papel emocional. Por fim, as mulheres que permaneceram deprimidas mostraram-se prejudicadas no papel físico, saúde geral e vitalidade. Verificou-se que a proporção de mulheres depressivas foi maior no terceiro trimestre. Algumas mulheres da amostra relataram história de violência íntima, podendo ter superestimado a sintomatologia depressiva com a qualidade de vida relacionada à saúde.

Alterações pigmentares ocorrem em até 90% das gestantes, podendo ser fisiológicas, nessa fase. O principal representante da hiperpigmentação localizada é o melasma que acomete cerca de 70% das gestantes. O melasma caracteriza-se pela pigmentação melânica irregular, com início no primeiro ou segundo trimestres de gestação. A luz solar e a predisposição genética são os fatores etiológicos, entretanto, alto níveis de hormônio parecem estar envolvidos no desenvolvimento do melasma (ZANINI; PASCHOAL, 2004; ALVES; NOGUEIRA; VARELLA, 2005).

O melasma causa impacto negativo na qualidade de vida, principalmente por acometer a face e a imagem corporal. Em virtude da insatisfação com a aparência, as pacientes

acometidas apresentam um comprometimento da autoestima com repercussões na vida pessoal e profissional (MIOT, *et al.*, 2009). A avaliação da qualidade de vida das puérperas através do MELASQoL apontou que as portadoras de melasma, indicou um certo grau de incômodo causado pela dermatose, por acometer a aparência da pele e causar frustração e constrangimento a essas mulheres. Diante desse achado pôde-se inferir que o domínio psicológico, relacionado ao bem-estar emocional, interferiu na percepção de qualidade de vida, contribuindo para o aumento de estresse psicológico dessas pacientes. Este domínio aborda dentre outras facetas a imagem corporal e a auto-estima, o que pode trazer insatisfação para as mulheres grávidas e puérperas.

### **Tema 3: Relação entre qualidade de vida relacionada à saúde e o domínio Relações Sociais**

Durante a gestação a mulher pode ter a sua função sexual e a qualidade de vida comprometidas, afetando a atividade sexual e diminuindo o número de coitos (CORBACIOGLU *et al.*, 2012).

Recentemente, foi verificado que a prevalência de sintomas de disfunção sexual feminina era alta tanto em grávidas saudáveis, quanto naquelas com diabetes mellitus gestacional, durante o terceiro trimestre de gestação (RIBEIRO *et al.*, 2012).

Apesar da alta prevalência de sintomas de disfunção sexual durante a gestação, bem como o comprometimento da qualidade de vida de mulheres nesse período, segundo Ferreira *et al.*, (2012), não foi encontrado na literatura estudos que avaliassem a associação entre a qualidade de vida e a função sexual de gestantes. Os resultados do estudo contemplado na revisão integrativa comprovam a associação entre qualidade de vida e função sexual, em que observou-se que as mulheres que referiram qualidade de vida ruim, também obtiveram escore final no questionário QS-F classificado como ruim. Da mesma forma, os resultados comprovaram que a satisfação sexual se associa à função sexual, pois as gestantes com escore no QS-F acima do ponto de corte para classificação de risco para disfunção sexual afirmaram estar sexualmente satisfeitas.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo correlacional, quantitativo e de corte transversal.

O estudo correlacional tem como objetivo avaliar a relação entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis em um determinado contexto (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2006).

Confere-se a escolha do método quantitativo a sua possibilidade de conhecer e controlar variáveis, preocupando-se com a representação numérica, com medição objetiva e a quantificação dos resultados, porém, com a possibilidade de discussão qualitativa dos mesmos.

Segundo Polit e Beck (2011), o emprego do corte transversal é utilizado para descrever o estado de fenômenos ou relações entre fenômenos em um ponto fixo, sendo os mesmos contemplados durante um período de coleta de dados.

### 4.2 Local do estudo

A presente pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, Ceará, especificamente em três campos de coleta distintos:

#### 4.2.1 *Cenário I – O Centro de Parto Natural*

O Centro de Desenvolvimento Familiar/ Centro de Parto Natural (CPN) Lígia Barros da Costa (CEDEFAM/CPN), localizado no Planalto Pici, no município de Fortaleza, Ceará, oferece acompanhamento pré-natal e de saúde sexual principalmente as mulheres moradoras dos bairros Planalto Pici e adjacências.

O CPN foi financiado pelo Ministério da Saúde, sob coordenação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), funcionando a partir de outubro de 2003, chegando até o momento, com um número significativo de prontuários abertos para atendimento pré-natal e ginecológico (AQUINO, 2007).

Essa unidade atende mensalmente uma média de 60 gestantes de baixo risco, tendo atendido desde a sua fundação aproximadamente 1408 gestantes. As consultas de pré-natal de baixo risco possuem atendimento em quatro turnos por semana, de acordo com o estágio curricular da graduação e pós-graduação, sendo realizado por professoras e alunos. As gestantes

ainda recebem nessa instituição acompanhamento odontológico e realização de consulta de enfermagem em ginecologia, bem como, no pós-parto, em que a mulher é encaminhada para a consulta de enfermagem em planejamento familiar e puericultura.

No decorrer das consultas, as gestantes podem ser encaminhadas para atendimento com outros profissionais da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), referência em complicações obstétricas para demanda atendida ou para Unidade de Saúde a qual é vinculada.

Vale ressaltar que o CEDEFAM é uma instituição que abriga atividades de estágio e pesquisa de diversos estudantes e profissionais de saúde, tanto em nível de graduação, como pós-graduação, seja ela *Latu Senso* ou *Stricto Senso*, caracterizando-se em um centro de formação acadêmica e divulgação científica.

#### **4.2.2 Cenário II - Clínica Femini Imagem**

A Clínica Femini Imagem, situada no bairro Cocó, atende exclusivamente mulheres, desde o ano de 2008. O atendimento constitui-se de ações integradas na área obstétrica e ginecológica. Essa unidade apresenta uma estimativa de 1500 a 2000 consultas por mês, em que aproximadamente um terço destas são ofertadas para gestantes.

Um dos setores da clínica é a unidade de imagem, serviço destinado à saúde da mulher, sendo estes: ultrassonografia, mamografia e densitometria óssea, colposcopia, inserção de DIU, planejamento familiar, ultrassonografia obstétrica e morfológica, de mama, transvaginal e doppler. É composto por profissionais de diversas áreas: mastologista, ginecologistas/obstetras, ultrassonografistas, técnicos radiologistas, assistente social, técnicos de enfermagem, técnicos administrativos, recepcionistas e funcionários de serviços gerais. Esse tipo de serviço demanda um número de aproximadamente 2000 exames por mês, sendo que há uma estimativa de que 800 exames são realizados em gestantes. Vale ressaltar que as gestantes entrevistadas foram captadas nesse setor, justificando-se pela demanda significativa de mulheres que obedeciam aos critérios de inclusão previstos na pesquisa.

#### **4.2.3 Cenário III – Unidades de Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza**

O terceiro campo de coleta de dados foi realizado em duas unidades de saúde da Secretaria Executiva Regional (SER) III. Esta regional presta serviços, identificando e articulando o atendimento às necessidades e demandas da população e promovendo o desenvolvimento urbano, ambiental e social. Tem como objetivo proporcionar condições de

melhoria de vida aos 378.000 habitantes que estão distribuídos em seus 17 bairros: Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bonsucesso, Bela Vista, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Clube, Olavo Oliveira, Padre Andrade, Parque Araxá, Pici, Parquelândia, Presidente Kennedy, Rodolfo Teófilo e Quintino Cunha.

As unidades de saúde escolhidas desenvolvem atividades referentes aos programas preconizados pela estratégia saúde da família, dentre eles o serviço de pré-natal. No período da coleta de dados estavam cadastradas aproximadamente 220 gestantes em ambas as unidades.

### 4.3 População e amostra

Fizeram parte da população deste estudo todas as gestantes que realizavam consultas de pré-natal no período da coleta de dados, nos três locais da pesquisa: 83 gestantes cadastradas no CEDEFAM/CPN, 215 gestantes perfazendo as duas Unidades de Saúde referidas pertencentes à prefeitura de Fortaleza, bem como 500 gestantes atendidas na Clínica Femini Imagem. A população total foi de 798 gestantes, arredondando-se para 800 gestantes, para fins de cálculo amostral. O início da coleta dos dados foi entre setembro e novembro de 2014.

As gestantes participantes foram selecionadas aleatoriamente, baseado no atendimento das consultas de pré-natal realizadas nos locais de pesquisa. O cálculo amostral foi realizado utilizando-se a fórmula para estudos com amostras finitas (JEKEL; ELMORE; KATZ, 2005) descrita abaixo:

$$n = \frac{\sigma^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + \sigma^2 \cdot p \cdot q}$$

onde,

n = tamanho da Amostra

$\sigma$  = nível de confiança escolhido, expresso em números de desvio padrão

p = percentagem com a qual o fenômeno se verifica

q = percentagem complementar (100-p)

e = erro máximo permitido

N = tamanho da população

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot 800}{0,05^2 \cdot 799 + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

Assim, a amostra foi composta por 260 gestantes, a partir de um tamanho populacional (N) de 800 gestantes. Foi estabelecido um intervalo de confiança de 95%, sendo que 1,96 o nível de significância expresso em desvio padrão ( $\sigma$ ), erro máximo permitido ( $e$ ) de 0,05 e uma prevalência ( $p$ ) de 50%.

Foram adotados como critérios de inclusão as gestantes que estavam em acompanhamento pré-natal de baixo risco, com diagnóstico confirmado de gestação e não apresentar limitação cognitiva que a impeça de responder a entrevista. A gravidez é considerada de baixo risco quando não é necessário aplicar intervenções de maior complexidade e cujas morbidades e mortalidade materna e perinatal são menores do que as da população geral, ou seja, somente pode ser confirmada ao final do processo gestacional, após o parto e o puerpério. Quando são identificados os fatores associados com pior prognóstico materno e perinatal, a gravidez é definida como de alto risco, passando exigir avaliações mais frequentes e com maior complexidade (GAIO, *In*: DUNCAN; SCHMITD; GIUGLIANI, 2004). Vale ressaltar que a caracterização de uma situação de risco, todavia, não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco (BRASIL, 2013).

#### **4.4 Coleta de dados**

##### ***4.4.1 Instrumentos para a coleta de dados***

Para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde das gestantes de baixo risco, foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados: um questionário contendo variáveis sócio demográficas, obstétricas e relacionadas a fatores relacionados à qualidade de vida relacionada à saúde (Apêndice B) e um instrumento relacionado à qualidade de vida: o instrumento *The Mother Generated Index (MGI)*, que foi adaptado e validado para a língua portuguesa por Ribeiro (2013) (Anexo A).

##### **4.4.1.1 Questionários com variáveis sócio demográficas, obstétricas e relacionadas a fatores relacionados à qualidade de vida relacionada à saúde**

Esse instrumento foi construído para realização deste estudo, com a finalidade de delinear o perfil da população estudada, sendo composto por duas partes: identificação e dados sócio demográficos (parte - I) que se referiu a: idade, escolaridade, situação conjugal, condições de moradia, profissão, empregada ou não, raça, renda mensal familiar, religião; além dos antecedentes obstétricos (parte – II) que contemplou variáveis como o início do pré-natal, número de filhos, aborto, filhos vivos, data da última menstruação (DUM), data provável do parto (DPP) e idade gestacional (IG), trimestre gestacional no qual se encontrava, problemas apresentados na gestação e (parte III) que apreciou os fatores relacionados à qualidade de vida relacionada à saúde das gestantes indagando questões sobre hábitos comportamentais.

No intuito de alcançar os objetivos propostos neste estudo e com a finalidade de tornar a pesquisa mais consistente metodologicamente, o questionário de coleta de dados sócio demográfico e obstétrico foi submetido à validação aparente e de conteúdo, por juízes especialistas na área da saúde sexual e reprodutiva, que analisaram o instrumento quanto à sua apresentação e ao conteúdo ordenado no sentido de alcançar os objetivos propostos. Os juízes selecionados apresentaram experiência clínica, publicação na área do estudo e conhecimento metodológico sobre a construção de questionários.

Os juízes analisaram o instrumento quanto à forma de apresentação e ao conteúdo elaborado, relacionando estes elementos à sua capacidade de atingir os objetivos propostos. Com base nas sugestões enviadas, foram realizadas as alterações na formulação das questões, categorias das respostas e retirada e/ou acrescentadas de algumas questões.

A validação interna atribui qualidade ao instrumento de medição, verificando se o instrumento mede exatamente o que se propõe a medir (ROBERTS; PRIEST; TRAYNOR, 2006). Isto é, avalia a capacidade de um instrumento medir com precisão o fenômeno a ser estudado (CONTANDRIOPOULOS, *et al.*, 1999).

O processo de validação de instrumento pode ser realizado com base em diferentes níveis de complexidade, podendo ser validade de face, de conteúdo, concorrente e a validade preditiva. Em função das dificuldades para se alcançar um nível de validade concorrente e/ou preditiva, a validade de face e conteúdo passa a ser uma opção interessante para suprir a lacuna relacionada ao processo de validação de questionários (HASTAD; LACY, 1989).

#### 4.4.1.2 *The Mother Generated Index (MGI)*

Trata-se de um instrumento constituído de uma única folha e subdividido em três etapas. Na primeira, cada participante identificará os aspectos de suas vidas que foram afetadas

com a gestação, classificando-os como negativos, positivos ou ambos/nenhum. Em seguida, na etapa 2, a mulher pontuará cada aspecto citado na etapa 1 numa escala de 0-10, sendo 0 considerado como pior e 10 sendo avaliado como melhor, a percepção da qualidade de vida, considerando como ela se sente estando grávida. A pontuação MGI primária será a média dos escores dos aspectos identificados. Este resultado reflete como a mulher percebe a influência de cada aspecto na sua vida que foi modificado pela gestação. Na etapa 3, ela deve distribuir 20 pontos entre as áreas descritas, conforme o grau de importância que elas representam para a qualidade de vida relacionada à saúde.

As áreas com baixa pontuação, na etapa 2, da MGI significam áreas em que os profissionais devem direcionar estratégias de atuação, com vistas à promoção da qualidade de vida relacionada à saúde da gestante (SYMON, MACKAY, RUTA, 2003).

Segundo Symon, Macdonald e Ruta (2002), este instrumento permite identificar com precisão as áreas da vida da gestante que estão mais afetadas, o que poderia passar despercebido pelos instrumentos de mensuração pré-formulados.

#### ***4.4.2 Procedimentos para a coleta de dados***

Os dados foram coletados nos meses de setembro a novembro de 2014 pela própria pesquisadora e por colaboradores voluntários do grupo de pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva, do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, que foram devidamente treinados e orientados por ela, para a aplicação do instrumento.

Para minimizar possíveis vieses durante a coleta de dados, os voluntários foram previamente treinados acerca de cada instrumento utilizado na entrevista, perfazendo uma carga horária de quatro horas. No intuito de organizar melhor a distribuição dos colaboradores, foi construída uma escala, considerando as suas disponibilidades e os prazos requeridos da pesquisa.

Para a coleta de dados, as gestantes que estavam presentes nos campos selecionados (CEDEFAM/CPN, Clínica Femini Imagem e em duas unidades de saúde da SER III), aguardando a consulta de pré-natal, tanto no período da manhã, quanto da tarde, foram abordadas e receberam orientações sobre a pesquisa. Após aceitarem participar do estudo assinavam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, e eram esclarecidas sobre o preenchimento dos instrumentos sem, todavia, induzir as respostas.

A coleta se deu por meio de entrevista acerca dos dados sócio demográficos e obstétricos, bem como, sobre a sua qualidade de vida através do instrumento *the Mother Generated Index*.

Para o preenchimento dos instrumentos foi reservado um local para que esse momento acontecesse de forma individual, com duração média de 45 minutos.

#### **4.4.3 Procedimentos e aspectos éticos da pesquisa**

Com o intuito de garantir os direitos dos participantes, respeitando-os, a pesquisa foi norteadada com base nas Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

As participantes do estudo foram resguardadas de quaisquer constrangimentos podendo se ausentar da pesquisa no momento que desejassem. Foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a todas que aceitaram participar, os quais foram lidos e assinados.

A priori, as participantes em questão não foram expostas a nenhum risco que comprometessem o seu bem-estar físico e emocional, tampouco custos para as mesmas. Foram preservados os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, respeitando-se também, os valores culturais, morais e religiosos, não sendo intuito da temática levantada, questionar ou influenciar tais assuntos.

O presente projeto de pesquisa foi incorporado ao projeto “guarda-chuva”: Qualidade de Vida e disfunção do assoalho pélvico em gestantes, avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand/UFC, e aprovado em parecer número 770.902.

#### **4.5 Organização e análise dos dados**

Os dados foram apresentados por meio de quadros e tabelas e posteriormente analisados à luz da literatura pertinente sobre o assunto.

Os dados sóciodemográficos e obstétricos, bem como os dados referentes à aplicação da escala MGI, foram compilados e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

O SPSS é um programa estatístico que aborda todo o processo analítico, desde o planejamento de coleta de dados para relatórios, a compilação, a análise e a implantação. Com mais de uma dúzia de módulos totalmente integrados pode-se utilizar os recursos especializados para favorecer melhores análises estatísticas (IBM, 2012).

Depois da compilação dos dados, foi procedida a análise descritiva, a partir da verificação da frequência absoluta, percentual, médias e desvio padrão.

Em seguida, foram realizadas associações entre algumas variáveis. Os testes aplicados foram o Qui-Quadrado de Pearson e o Teste exato de Fisher. Calculou-se também a razão de chance. A análise foi baseada na leitura das estatísticas descritivas, bem como na análise do valor p encontrado, com seus respectivos comentários. Tais associações foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor de p (probabilidade) foi menor ou igual a um nível de 5% ( $\alpha = 0,05$ ) nos testes realizados (FIELD, 2009).

## 5 RESULTADOS

Neste capítulo, inicialmente, serão apresentados os dados de caracterização sócio-demográfica, obstétrica, bem como dados acerca da percepção de qualidade de vida da gestante, evidenciado por uma análise descritiva dos dados.

Os resultados obtidos da aplicação da escala *the Mother Generated Index* também são apresentados através da análise descritiva e inferencial realizada nos dados, pelo software SPSS 20.0 para Windows (*Statistical Package for the Social Sciences*).

### 5.1 Distribuições da amostra segundo características sócio-demográficas obstétricas e fatores relacionados à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

O grupo estudado foi distribuído em quatro faixas etárias, menor de 20 anos, de 21 a 30 anos completos, de 31 a 40 anos completos e de 40 ou mais anos. Das gestantes pesquisadas (n=261), a maioria (44,1%) estava no grupo de 21 a 30 anos completos, seguido pelo grupo de 31 a 40 anos (35,2%). Os grupos etários extremos apresentaram as seguintes frequências: gestantes menores de 20 anos (18,4%) e maiores de 40 anos 2,3%.

Quanto ao estado civil, 231 (88,5%) das gestantes avaliadas possuíam um companheiro fixo estando em uma relação conjugal estável, seja esta legalizada ou não, como no caso da união consensual, e 30 (11,5%) denominaram-se solteiras.

Em relação à escolaridade, o ensino superior completo foi relatado por 117 (44,8%) gestantes, seguido de 48 (26,1%) gestantes que referiram ter concluído o ensino médio. A frequência das gestantes que relataram 9 a 11 anos de estudo e 8 anos de estudo ou menos foi semelhante, sendo respectivamente, 39 (14,9%) e 37 (14,2%).

Quanto a cor da pele, a maioria 168 (64,4%) das gestantes referiram ser parda e 197 (75,5%) procedentes da capital Fortaleza, 35 (13,4%) do interior do Estado do Ceará e 29 (11,1%) demandam de outros Estados.

Quanto à ocupação atual, mais da metade da amostra 171 (65,5%) não exerciam atividades do lar. As gestantes apresentaram uma diversidade de ocupações confirmando o achado referente à remuneração, que se revela com mais atenção, em duas categorias extremas, porém com frequências semelhantes. A faixa salarial de 1 a  $\leq$  2 salários mínimos contemplaram 89 (34,1%) gestantes, semelhante número de gestantes 100 (38,3%) que recebiam mais de seis salários mínimos. Apenas oito (3,1%) mulheres recebiam menos que um salário mínimo.

No que concerne à moradia, 157 (60,2%) gestantes moravam em casa própria e 109 (41,8%) residiam com o seu companheiro e filhos, 99 (37,9%) apenas com o seu companheiro e 44 gestantes referiram (16,9%) morar com familiares. Quanto ao número de co-habitantes, ou seja, de indivíduos que residem em um mesmo domicílio, a média foi de 3,3 pessoas no domicílio, com o valor máximo foi de oito moradores e mínimo de dois.

No tocante à religião, mais da metade das participantes 153 (58,6%) são católicas e 71 (27,2%) evangélicas. Somente 14 (5,4%) gestantes afirmaram não possuir nenhuma religião.

Das 261 gestantes assistidas nos serviços de saúde público e particular, 44 (16,9%) encontraram-se no primeiro trimestre gestacional, 125 (48,1%) no segundo trimestre e 91 (35%) no terceiro trimestre gestacional. De acordo com o início do pré-natal 211 (80,8%) das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, apresentando como média 9,71(DP 5,62) semanas, variando de 1 a 29 semanas. O quartil superior permaneceu em 12 semanas, a mediana em 8,00 e o quartil inferior em 6 semanas.

Quanto ao número de consultas, 76 (28,9%) mulheres fizeram 6 ou mais, e 119 (45,6%) das entrevistadas disseram ter realizado até três consultas. A média foi de 4,00 (DP 2,70) consultas. No mínimo houve uma consulta e no máximo 12.

Em relação ao aspecto nutricional da gestante, 14,2% delas estavam abaixo do peso adequado para a idade gestacional, 46,7% estão adequadas, 25,7% com sobrepeso, e 11,9% obesas em relação à idade gestacional.

A maioria 208 (79,7%) das gestantes apresentaram fator Rh positivo.

Quanto à paridade, as gestantes primíparas (127/48,7%) apresentaram semelhança quando comparadas as gestantes secundíparas/múltiparas (134/51,3%). A maioria 153 (58,6%) das gestantes não possuem filho. 71 (27,2%) das gestantes avaliadas possuem somente um filho e 29 (11,1%) possuem 2 filhos.

O tipo de parto predominante dentre as gestantes primíparas, secundíparas ou múltiparas foi o parto abdominal 76 (63,33%). De acordo com os dados obstétricos, do total das gestantes, 201 (77%) afirmaram nunca terem tido um aborto, 44 (16,9%) já tiveram um e 11 (4,2%) relataram ter tido três abortos.

Investigadas sobre o planejamento da gestação 143 (54,8%) mulheres referiram ter planejado a gravidez, e se a mesma estava sendo desejada, 236 (90,4%) gestantes afirmaram o desejo da mesma. Confirmando assim, o achado referente a 249 (95,4%) gestantes terem relatado o apoio do parceiro frente a esse período gestacional.

De acordo com as orientações educativas ofertadas durante as consultas de pré-natal 59,4% das gestantes relataram não terem recebido tais informações.

No tocante à realização ou não de atividade física, 86,6% das gestantes da amostra afirmaram não realizar nenhuma atividade física e apenas 13,4% afirmaram realizar alguma atividade física.

Conforme o hábito das participantes de ingerir bebida alcóolica, uso de cigarro e drogas ilícitas, a maioria das gestantes não possuem nenhum desses hábitos. As frequências, respectivamente, das gestantes do estudo frente a esses hábitos foram muito semelhantes 98,9%, 98,5% e 99,6%.

## 5.2 Áreas que afetam a qualidade de vida relacionada à saúde durante a gestação

As respostas das participantes foram analisadas a partir da aplicação da escala *The Mother Generated Index* (versão brasileira). Os dados apresentados a seguir são referentes as áreas que influenciaram conforme categorização positiva, negativa ou ambos/nenhum, a qualidade de vida das mulheres no período gestacional. Semelhante ao estudo de Ribeiro (2013) que aplicou a mesma escala em puérperas, foram elencadas as oito áreas mais prevalentes.

Na dimensão positiva as áreas relatadas pelas gestantes que influenciaram a sua qualidade de vida foram: *relacionamento com o parceiro* (134/51,1%), *relacionamento com a família* (107/40,8%), *feliz por ser mãe* (99/37,8%), *alimentação* (33/12,6%), *ansiosa pelo nascimento do bebê* (29/11,1%), *autoestima* (27/10,3%), *imagem corporal* (26/9,9%) e *sono* (23/8,8%).

Em contraponto, as dimensões negativas influenciadoras na qualidade de vida dessas mulheres foram: *sono* (99/37,8%), *cansaço* (85/32,4%), *polaciúria* (60/22,9%), *náusea e vômito* (55/21%), *trabalho* (55/21%), *imagem corporal* (54/20,6%), *estresse* (54/20,6%) e *labilidade emocional* (53/20,2%).

Por fim, a categoria ambos/nenhum referem-se as respostas que indicaram ao mesmo tempo, aspectos positivos e negativos, sendo elas: *relacionamento com o parceiro* (13/5,0%), *relacionamento com a família* (11/4,2%), *trabalho* (10/3,8%), *lazer* (8/3,1%), *labilidade emocional* (7/2,7%), *sono* (6/2,3%), *ganho de peso e aumento de responsabilidade* (5/1,9%).

A tabela 2 mostra a distribuição das oito áreas mais prevalentes, conforme categorização positiva, negativa ou ambos/nenhum, além da apresentação da média de escores atribuídos para cada uma delas.

**Tabela 2** – Distribuição da pontuação das áreas mais afetadas na qualidade de vida de gestantes de baixo risco. Fortaleza, Ceará, 2014.

ÁREAS	PONTUAÇÃO							
	N	Total Média(DP)	N	Positiva Média(DP)	N	Negativa Média(DP)	Ambos/Nenhum Média(DP)	
Rel. Parceiro	172	5,01(4,07)	134	5,25(4,00)	24	4,13(4,52)	14	4,07(3,58)
Rel. Família	140	8,13(2,81)	107	9,49(0,90)	19	3,05(2,73)	14	4,64(1,33)
Sono	129	3,95(2,72)	23	8,65(1,11)	99	2,79(1,67)	7	5,00(0,00)
Feliz por ser mãe	99	9,80(0,75)	99	9,80(0,75)	-	-	-	-
Trabalho	94	4,46(3,06)	23	8,83(1,37)	54	2,43(1,75)	17	5,00(0,00)
Cansaço	87	2,63(1,75)	-	-	87	2,63(1,75)	-	-
Imagem Corporal	85	4,15(3,52)	26	8,69(1,68)	55	1,95(1,75)	4	5,00(0,00)
Polaciúria	65	2,25(1,92)	-	-	61	2,05(1,71)	4	5,00(0,00)

Dentre as oito áreas mencionadas, observou-se que em números absolutos, as áreas mais citadas pelas gestantes foram *relacionamento com o parceiro* (172/65,9%), *relacionamento com a família* (140/53,6%) e *sono* (99/49,42%). A área menos citada foi a *polaciúria* (65/24,9%).

No que diz respeito as áreas com maior influência positiva na qualidade de vida relatada pelas gestantes do estudo, segundo a média calculada foram: *feliz por ser mãe*, com a maior média de pontuação total (9,80) e *relacionamento com a família* (9,49). A área com menor influência positiva foi a *polaciúria* com pontuação mais baixa de 4,00.

As áreas com maior influência negativa descritas pela amostra foram: *imagem corporal* (1,95), *polaciúria* (2,05) e *trabalho* (2,43).

Ao considerar apenas a pontuação positiva tem-se como maior média a área *feliz por ser mãe* (9,80). Da mesma forma, considerando apenas a pontuação negativa, a que mais se destacou foi a *imagem corporal* com média de 1,95.

De acordo com as pontuações atribuídas às áreas mais afetadas na qualidade de vida, foi calculada a média dos escores primários (média das pontuações de 0 a 10 atribuídas no Passo 1) do MGI (versão brasileira) obtendo o valor de 4,84. Essa média foi inferior a encontrada no estudo de Ribeiro (2013), em que as puérperas apresentaram uma média de 5,24.

### 5.3 Associações entre áreas afetadas na gestação e variáveis sócio demográficas, obstétricas e QVRS





	POSITIVAS							
	Rel. Parceiro (A1)	Rel. Família (A2)	Feliz mãe (A3)	Alimentação (A4)	Ansiosa nasc bebê (A5)	Autoestima (A6)	Imagem corporal (A7)	Sono (A8)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
<b>Idade gestacional</b>								
1° trimestre	22(50,0)	19(43,2)	13(29,5)	4(9,1)	3(6,8)	2(4,5)	3(6,8)	9(20,5)
2° trimestre	65 (52,0)	59(47,2)	52(41,6)	12(9,6)	15(12,0)	13(10,4)	14(11,2)	6(4,8)
3° trimestre	47(51,6)	29(31,9)	33(36,3)	10(11,0)	11(12,1)	12(13,2)	8(8,8)	8(8,8)
p-valor	0,973	0,074	0,343	0,922	0,604	0,304	0,660	<b>0,007</b>
<b>Classificação do IMC/Semana gestacional</b>								
Baixo peso	19(51,4)	21(56,8)	13(35,1)	2(5,4)	4(10,8)	7(18,9)	5(13,5)	4(10,8)
Adequado	62(50,8)	49(40,2)	43(35,2)	15(12,3)	10(8,2)	7(5,7)	16(13,1)	10(8,2)
Sobrepeso	40(59,7)	21(31,3)	29(43,3)	10(14,9)	10(14,9)	11(16,4)	3(4,5)	7(10,4)
Obesidade	12(38,7)	14(45,2)	12(38,7)	5(16,1)	3(9,7)	1(3,2)	2(6,5)	2(6,5)
p-valor	0,277	0,084	0,724	0,484	0,549	<b>0,016</b>	0,214	0,881
<b>Paridade</b>								
Nulípara	87(58,8)	73(49,3)	62(41,9)	23(15,5)	26(17,6)	20(13,5)	21(14,2)	12(8,1)
Primípara	38(51,4)	21(28,4)	22(29,7)	8(10,8)	0(0,0)	4(5,4)	4(5,4)	6(8,1)
Secundípara/ Multípara	9(23,1)	13(33,3)	15(38,5)	2(5,1)	3(7,7)	3(7,7)	1(2,6)	5(12,8)
p-valor	<b>0,0003</b>	<b>0,006</b>	0,211	0,187	<b>0,0003</b>	0,146	<b>0,029</b>	0,632
<b>Tipo de parto</b>								
Vaginal	0,126	0,366	0,503	0,759	0,752	0,666	0,527	0,184
Abdominal	14(31,8)	15(34,1)	13(29,5)	5(11,4)	2(4,5)	4(9,1)	3(6,8)	7(15,9)
	35(46,1)	20(26,3)	27(35,5)	6(7,9)	3(3,9)	4(5,3)	2(2,6)	5(6,6)
p-valor	0,126	0,366	0,503	0,759	0,752	0,666	0,527	0,184



	POSITIVAS							
	Rel. Parceiro (A1)	Rel. Família (A2)	Feliz mãe (A3)	Alimentação (A4)	Ansiosa nasc bebê (A5)	Autoestima (A6)	Imagem corporal (A7)	Sono (A8)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Sim	21(60,0)	19(54,3)	14(40,0)	8(22,9)	1(2,9)	2(5,7)	2(5,7)	2(5,7)
Não	113(50,0)	88(39,9)	85(37,6)	25(11,6)	28(12,4)	25(11,1)	24(10,6)	21(9,3)
p-valor	0,270	0,106	0,786	0,112	0,785	0,503	0,549	0,708
<b>Uso de cigarro</b>								
Sim	3(75,0)	2(50,0)	1(25,0)	0(0,0)	1(25,0)	1(25,0)	2(50,0)	0(0,0)
Não	130(50,8)	105(40,6)	98(38,3)	33(12,5)	28(10,2)	26(10,2)	24(9,4)	23(8,6)
p-valor	0,652	0,898	0,985	0,580	0,377	0,355	<b>0,050</b>	0,689
<b>Uso de Álcool</b>								
Sim	1(33,3)	2(66,7)	1(33,3)	0(0,0)	0(0,0)	1(33,3)	1(33,3)	0 (0,0)
Não	133(51,6)	105(40,7)	98(38,0)	33(12,5)	29(11,2)	26(10,00)	25(9,7)	23(8,3)
p-valor	0,962	0,749	0,664	0,764	0,758	0,717	0,696	0,629
<b>Uso de droga ilícita</b>								
Sim	0 (0,0)	1(100,0)	0(0,0)	0 (0,0)	1(100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Não	134(51,5)	106(40,8)	99(38,7)	33(12,7)	28(10,8)	27(10,4)	26(10,0)	23(8,8)
p-valor	0,486	0,409	0,620	0,873	0,215	0,192	0,180	0,755

Ao analisar os dados presentes na tabela 3, a *relação com o parceiro* (A1) mostrou associação positiva com a ocupação exercida pela gestante ( $p = 0,0001$ ); com as pessoas com quem mora ( $p = 0,001$ ); paridade ( $p = 0,0003$ ); gravidez desejada ( $p = 0,004$ ) e apoio do parceiro ( $p = 0,002$ ), destacando-se por ser a área com maior associação positiva quando relacionada aos dados sócio demográficos e obstétricos e da QVRS das pacientes entrevistadas.

Em contrapartida, a *relação com a família* (A2), obteve associação com o número de filhos ( $p = 0,006$ ) e a ocupação ( $p = 0,0001$ ).

No quesito, *feliz por ser mãe* (A3), observou-se associação com o tipo de moradia ( $p = 0,0001$ ) e a *alimentação* (A4), na qual esteve associada com a pessoa com quem a gestante mora ( $p = 0,011$ ).

A *ansiedade pelo nascimento do bebê* (A5) mostrou relação positiva com a idade ( $p = 0,010$ ), a ocupação ( $p = 0,043$ ) e a paridade ( $p = 0,003$ ).

As mulheres do estudo relacionaram positivamente o valor do IMC com a *autoestima* (A6), obtendo o valor de ( $p = 0,016$ ). Já a *imagem corporal* (A7), ou seja, como a mulher se vê quando grávida, obteve associação com a renda familiar ( $p = 0,008$ ), com quem a gestante mora ( $p = 0,001$ ) e a paridade ( $p = 0,029$ ) e o uso de cigarro ( $p = 0,050$ ).

O *sono* (A8) teve associação com a idade gestacional em que a gestante se encontrava ( $p = 0,007$ ), mostrando significância.

A tabela 4 segue o mesmo padrão da tabela anterior. Todavia, a mesma explana se existe uma correlação entre as oito áreas negativas mais citadas com as variáveis sócio demográficas, obstétricas e com os fatores relacionados à QVRS.

**Tabela 4** - Associação entre áreas que afetam de forma negativa e os dados sócio demográficos, obstétricos e qualidade de vida relacionada à saúde. Fortaleza, Ceará, 2014.

	NEGATIVAS							
	Sono (A1)	Cansaço (A2)	Polaciúria (A3)	Náusea e Vômito (A4)	Trabalho (A5)	Imagem corporal (A6)	Estresse (A7)	Labilidade emocional (A8)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
<b>Dados Sócio demográficos</b>								
<b>Idade</b>								
<20	10(20,8)	14(29,2)	13(27,1)	10(20,8)	9(18,8)	9(18,8)	12(25,0)	16(33,3)
21-30	46(40,0)	39(33,9)	25(21,7)	21(18,3)	22(19,1)	23(20,0)	22(19,1)	14(12,2)
31-40	40(43,5)	32(34,8)	20(21,7)	20(21,7)	22(23,9)	21(22,8)	19(20,7)	23(25,0)
>40	3(50,0)	2(33,3)	2(33,3)	4(66,7)	11(33,3)	2(33,3)	1(16,7)	0(0,0)
p-valor	0,051	0,923	0,801	<b>0,044</b>	0,704	0,803	0,855	<b>0,005</b>
<b>Estado Civil</b>								
Solteira	8(26,7)	10 (33,3)	5(16,7)	5(16,7)	4(13,3)	6(20,0)	7(23,3)	5(16,7)
Casada	60(39,0)	52(33,8)	37(24,0)	39(24,0)	38(24,7)	34(22,1)	27(17,5)	29(18,8)
União Estável	31(40,3)	25(32,5)	18(23,4)	11(23,4)	13(16,9)	15(19,5)	20(26,0)	19(24,7)
p-valor	0,393	0,980	0,677	0,677	0,212	0,890	0,305	0,506
<b>Escolaridade</b>								
8 anos de estudo ou menos	11(29,7)	13(35,1)	11(29,7)	10(27,0)	3(8,1)	9(24,3)	10(27,0)	9(24,3)
9 a 11 anos de estudo	17(43,6)	17(43,6)	9(23,1)	3(7,7)	7(17,9)	7(17,9)	10(25,6)	8(20,5)
Nível Médio Concluído	28(41,2)	20(29,4)	16(23,5)	15(22,1)	10(14,7)	12(17,6)	13(19,1)	12(17,6)
Graduação/Pós-graduação	28(41,2)	37(31,6)	24(20,5)	27(23,1)	35(29,9)	27(23,1)	21(17,9)	24(20,5)
p-valor	0,587	0,470	0,713	0,150	<b>0,011</b>	0,746	0,546	0,880
<b>Ocupação</b>								
Do Lar	32(35,2)	23(25,3)	27(29,7)	20(22,0)	6(6,6)	19(20,9)	25(27,5)	19(20,9)



	NEGATIVAS							
	Sono (A1)	Cansaço (A2)	Polaciúria (A3)	Náusea e Vômito (A4)	Trabalho (A5)	Imagem corporal (A6)	Estresse (A7)	Labilidade emocional (A8)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
1º trimestre	15 (34,1)	17 (38,6)	10 (22,7)	27(61,4)	10 (22,7)	7 (15,9)	4(9,1)	12 (27,3)
2 ° trimestre	47(37,6)	44 (35,2)	20 (16,0)	22 (17,6)	29 (23,2)	28(22,4)	27 (21,6)	27 (21,6)
3 ° trimestre	37 (40,7)	26 (28,6)	29 (31,9)	5 (5,5)	16(17,6)	20 (22,0)	23 (25,3)	13 (14,3)
p-valor	0,753	0,432	<b>0,022</b>	<b>0,0001</b>	0,584	0,644	0,089	0,172
<b>Classificação do IMC/Semana gestacional</b>								
Baixo peso	11(29,7)	12(32,4)	9(24,3)	7(18,9)	5(13,5)	3(8,1)	8(21,6)	9(24,3)
Adequado	52(42,6)	44(36,1)	26(21,3)	26(21,3)	29(23,8)	26(21,3)	23(18,9)	25(20,5)
Sobrepeso	22(32,8)	15(22,4)	19(28,4)	12(17,9)	15(22,4)	18(26,9)	17(25,4)	13(19,4)
Obesidade	12(38,7)	14(45,2)	5(16,1)	8(25,8)	6(19,4)	7(22,6)	6(19,4)	6(19,4)
p-valor	0,399	0,111	0,542	0,822	0,595	0,161	0,760	0,937
<b>Paridade</b>								
Nulípara	52(35,1)	44(29,7)	39(26,4)	27(18,2)	27(18,2)	27(18,2)	18(12,2)	33(22,3)
Primípara	26(35,1)	28(37,8)	11(11,9)	21(28,4)	22(29,7)	15(20,3)	20(27,0)	14(18,9)
Secundípara/ Múltípara	21(53,8)	15(38,5)	10(25,6)	7(17,9)	6(15,4)	13(33,3)	16(41,0)	6(15,4)
p-valor	0,084	0,367	<b>0,048</b>	0,190	0,090	0,118	<b>0,0001</b>	0,596
<b>Tipo de parto</b>								
Vaginal	19(43,2)	15(34,1)	9(20,5)	9(20,5)	9(20,5)	12(27,3)	14(31,8)	4(9,1)
Abdominal	33(43,4)	30(39,5)	14(18,4)	19(25,0)	19(25,0)	19(25,0)	26(34,2)	16(21,1)
p-valor	0,942	0,0423	0,682	0,440	0,440	0,718	0,737	<b>0,009</b>
<b>Fatores relacionados a QVRS</b>								
<b>Gravidez planejada</b>								
Sim	56(39,2)	43(30,1)	36(25,2)	33(23,1)	34(23,8)	31(21,7)	24(16,8)	29(20,3)

	NEGATIVAS							
	Sono (A1)	Cansaço (A2)	Polaciúria (A3)	Náusea e Vômito (A4)	Trabalho (A5)	Imagem corporal (A6)	Estresse (A7)	Labilidade emocional (A8)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Não	43(36,4)	44(37,3)	24(20,3)	22(18,6)	21(17,8)	24(20,3)	30(25,4)	24(20,3)
p-valor	0,652	0,218	0,355	0,382	0,238	0,5791	0,086	0,990
<b>Gravidez desejada</b>								
Sim	90(38,1)	75(31,8)	55(23,3)	51(21,6)	52(22,0)	47(19,9)	42(17,8)	49(20,8)
Não	9(36,0)	12(48,0)	5(20,0)	4(16,0)	3(12,0)	8(32,0)	12(48,0)	4(16,0)
p-valor	0,834	0,101	0,708	0,513	0,242	0,158	<b>0,0003</b>	0,573
<b>Apoio do parceiro</b>								
Sim	94(37,8)	83(33,3)	55(22,1)	52(20,9)	54(21,7)	50(20,1)	49(19,7)	52(20,9)
Não	5(41,7)	4(33,3)	5(41,7)	3(25,0)	1(8,3)	5(41,7)	5(41,7)	1(8,3)
p-valor	0,974	0,753	0,221	0,983	0,455	0,153	0,141	0,491
<b>Orientação educativa durante o pré-natal</b>								
Sim	36(34,0)	28(26,4)	28(26,4)	13(12,3)	23(21,7)	17(16,0)	31(29,6)	19(17,9)
Não	63(40,6)	59(38,1)	32(20,6)	42(27,1)	32(20,6)	38(24,5)	23(14,8)	34(21,9)
p-valor	0,470	0,158	0,509	<b>0,047</b>	0,780	0,349	<b>0,038</b>	0,540
<b>Pratica atividade física</b>								
Sim	13(37,1)	9(25,7)	7(20,3)	5(14,3)	8(22,9)	8(22,9)	8(22,9)	11(31,4)
Não	86(38,1)	78(34,5)	53(23,5)	50(22,1)	47(20,8)	47(20,8)	46(20,4)	42(18,6)
p-valor	0,917	0,304	0,651	0,290	0,780	0,780	0,733	0,078
<b>Uso de cigarro</b>								
Sim	3(75,0)	1(25,0)	1(25,0)	2(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(25,0)	0(0,0)
Não	96(37,5)	86(33,6)	59(23,0)	52(20,3)	55(21,5)	55(21,5)	53(20,7)	53(20,7)
p-valor	0,310	0,863	0,650	<b>0,049</b>	0,671	0,671	0,683	0,695
<b>Uso de Álcool</b>								
Sim	1(33,3)	2(66,7)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(33,3)	1(33,3)	0(0,0)

	<b>NEGATIVAS</b>							
	<b>Sono (A1)</b>	<b>Cansaço (A2)</b>	<b>Polaciúria (A3)</b>	<b>Náusea e Vômito (A4)</b>	<b>Trabalho (A5)</b>	<b>Imagem corporal (A6)</b>	<b>Estresse (A7)</b>	<b>Labilidade emocional (A8)</b>
	<b>N(%)</b>	<b>N(%)</b>	<b>N(%)</b>	<b>N(%)</b>	<b>N(%)</b>	<b>N(%)</b>	<b>N(%)</b>	<b>N(%)</b>
Não	98(38,0)	85(85,9)	60(23,3)	55(21,3)	55(21,3)	54(20,9)	53(20,6)	53(20,6)
p-valor	0,990	0,537	0,793	0,977	0,490	0,509	0,502	0,504
<b>Uso de droga ilícita</b>								
Sim	0(0,0)	1(100,0)	0(0,0)	1(100,0)	0(0,0)	1(100,0)	1(100,0)	0(0,0)
Não	99(38,1)	86(33,1)	60(23,1)	54(20,8)	55(21,5)	54(20,8)	53(20,4)	53(20,4)
p-valor	0,662	0,333	0,770	0,210	0,789	0,793	0,206	0,796

Os resultados da tabela 4 inferem que o *sono* (A1) mostrou associação com quem a gestante mora ( $p=0,017$ ) e o *cansaço* (A2) teve associação com a ocupação ( $p=0,043$ ), o tipo de moradia ( $p=0,006$ ).

A *polaciúria* (A3), citada negativamente, confirmou significância com a renda familiar ( $p=0,044$ ), idade gestacional ( $p=0,022$ ) e paridade ( $p=0,048$ ).

Já a área referente a *náuseas e vômitos* (A4), apresentou correlação significativa com a idade ( $p=0,044$ ), renda ( $p=0,040$ ), idade gestacional ( $p=0,0001$ ), orientações educativas ( $p=0,047$ ) e o uso de cigarro ( $p=0,049$ )

O *trabalho* (A5), obteve associação com a escolaridade ( $p=0,011$ ), a ocupação ( $p=0,0001$ ) e a renda ( $p=0,007$ ).

Avaliando o cruzamento do *estresse* (A7) notou-se associação significativa com a ocupação ( $p=0,047$ ), com quem a gestante mora ( $p=0,004$ ), o tipo de moradia ( $p=0,012$ ), a paridade ( $p=0,0001$ ), com a gravidez desejada ( $p=0,0003$ ) e com as orientações educativas recebidas durante as consultas de pré-natal ( $p=0,038$ ).

Por sua vez, a *labilidade emocional* (A8) revelou dependência com a variável idade ( $p=0,005$ ) e com o tipo de parto ( $p=0,009$ ).

A *imagem corporal* (A6) não teve associação significativa com nenhuma variável sociodemográfica e obstétrica e da QVRS das pacientes entrevistadas

#### 5.4 Áreas que afetaram a QVRS na gestação segundo o tipo de serviço de saúde

**Tabela 5**– Frequência das áreas positivas segundo os tipos de serviços de saúde. Fortaleza, Ceará, 2014.

Áreas positivas	Público		Privado		p-valor	OR	IC	p-valor
	N	%	N	%				
Relação parceiro	69	48,9	65	54,2	0,399	0,81	(0,48-1,36)	0,472
Relação família	60	42,6	47	39,2	0,579	1,15	(0,68-1,95)	0,668
Feliz por ser mãe	43	30,5	56	46,7	<b>0,007</b>	0,50	(0,29-0,86)	<b>0,010</b>
Alimentação	19	13,5	14	11,7	0,661	1,18	(0,53-2,63)	0,801
Ansiedade pelo nascimento bebê	19	13,5	10	8,3	0,187	1,71	(0,72-4,15)	0,262
Autoestima	18	12,8	9	7,5	0,163	1,80	(0,73-4,55)	0,234
Imagem corporal	9	6,4	17	14,2	<b>0,036</b>	0,41	(0,16-1,03)	0,059
Sono	16	11,3	7	5,8	0,117	2,07	(0,76-5,77)	0,177

Observa-se na tabela acima que as três áreas mais citadas que influenciaram a qualidade de vida de maneira positiva relatadas pelas gestantes, foram comuns tanto no serviço público quanto no serviço privado, sendo elas: *relacionamento com o parceiro*, *relacionamento com a família e feliz por ser mãe*.

No que diz respeito à comparação entre os grupos de mulheres gestantes segundo o tipo de serviço, observou-se associação estatística significativa entre as áreas *feliz por ser mãe* ( $p = 0,007$ ) e *imagem corporal* ( $p = 0,036$ ) influenciando de forma positiva a qualidade de vida para as mulheres gestantes de ambos os serviços.

A razão de chance mostrou que as gestantes do serviço público apresentaram uma chance de 50% menor da sensação de estarem felizes com a gestação interferirem positivamente na QVRS.

**Tabela 6** – Frequência das áreas negativas segundo os tipos de serviços de saúde. Fortaleza, Ceará, 2014.

Áreas Negativa	Público		Privado		p-valor	OR	IC	p-valor
	N	%	N	%				
Sono	53	37,6	46	38,3	0,901	0,97	(0,57-1,65)	0,996
Cansaço	46	32,6	39	32,5	0,982	1,01	(0,58-1,75)	0,911
Polaciúria	37	26,2	23	19,2	0,175	1,50	(0,80-2,82)	0,227
Náusea e vômito	29	20,6	26	21,7	0,828	0,94	(0,49-1,77)	0,948
Trabalho	20	14,2	35	29,2	<b>0,003</b>	0,40	(0,21-0,77)	<b>0,005</b>
Imagem corporal	25	17,7	30	25,0	0,151	0,65	(0,34-1,23)	0,199
Estresse	34	24,1	20	16,7	0,138	1,59	(0,82-3,08)	0,184
Labilidade emocional	27	19,1	26	21,7	0,614	0,86	(0,45-1,63)	0,726

A tabela 6 discorre as três áreas com maior influência na qualidade de vida das gestantes no que concerne a dimensão negativa. As gestantes do serviço público apontaram o *sono* 53 (37,6%), o *cansaço* 46 (32,6%) e a *polaciúria* 37 (26,2%) como áreas que influenciaram negativamente a qualidade de vida. As gestantes atendidas no serviço privado referiram como áreas influenciadoras negativamente a sua qualidade de vida as áreas: *sono* 46 (38,3%), *cansaço* 39 (32,5%) e *trabalho* 35 (29,2%).

No que diz respeito à comparação entre os grupos de mulheres gestantes segundo o tipo de serviço, observou-se associação estatística significativa na área *trabalho* ( $p=0,003$ ), influenciando de forma negativa na qualidade de vida das gestantes do serviço privado. E por fim, a análise da OR refere que as gestantes do serviço público têm uma chance de 60% menor do trabalho influenciar negativamente na QVRS.

**Tabela 7** – Frequência das áreas de ambivalência segundo os tipos de serviços de saúde. Fortaleza, Ceará, 2014.

Áreas Ambos	Público		Privado		p-valor	OR	IC	p-valor
	N	%	N	%				
Relação parceiro	9	6,4	4	3,3	0,259	1,98	(0,54-7,86*)	0,399
Relação família	8	5,7	3	2,5	0,203	2,35	(0,55-11,44*)	0,335
Trabalho	5	3,5	5	4,2	0,949	0,85	(0,21-3,47)	0,521
Lazer	5	3,5	3	2,5	0,897	1,43	(0,29-7,75*)	0,453
Labilidade emocional	5	3,5	2	1,7	0,580	2,17	(0,36-16,46*)	0,295
Sono	6	4,3	0	0,0	0,061	-		-
Ganho de peso	5	3,5	0	0,0	0,103	-		-
Responsabilidade	3	2,1	2	1,7	0,855	1,28	(0,17-11,17*)	0,575

As áreas elencadas na tabela 7 foram apontadas pela minoria das gestantes, que de alguma maneira percebiam nessas áreas dimensões positivas e negativas atribuindo a classificação de ambos ou nenhum, encontrando elementos de neutralidade. Dessa forma as áreas mais evidenciadas que despertaram nas gestantes do serviço público ambiguidade nas áreas influenciadoras da sua qualidade de vida foram: *relacionamento com o parceiro* (9/6,4%), *relacionamento com a família* (8/5,7%) e o *sono* (6/4,3). As gestantes do serviço privado relataram que as áreas *trabalho* (5/4,2%), *relacionamento com o parceiro* (4/3,3%), *relacionamento com a família* (3/2,5%) e o *lazer* (3/2,5%) influenciaram ambigualmente a sua qualidade de vida. Entretanto, não houve nenhuma área significativa.

## 6 DISCUSSÕES

Na descrição do perfil sócio demográfico da amostra observou-se que a idade média das gestantes ficou em  $27,7 \pm 6,5$  (DP) anos, com o mínimo de 15 anos e o máximo de 45 anos. 44,1% das gestantes tinham idade de 21 a 30 anos. Estas idades representam a melhor faixa etária para o ciclo reprodutivo, sobretudo para a primeira gestação.

Entretanto, vem-se observando o envelhecimento do perfil etário dentre as mulheres que planejam engravidar, acompanhando a tendência mundial, especialmente em países desenvolvidos. São diversos os motivos para esse fenômeno e englobam o desejo em investir na carreira profissional, a postergação do casamento, a constituição de novas uniões, a grande e diversificada oferta de métodos contraceptivos e problemas de infertilidade (GRAVENA *et al.*, 2012) No período entre 2000 e 2010, observou-se um aumento do número de gestações tardias no momento do parto, com uma redução no percentual de mães com menos de 20 anos (adolescentes: de 23,5% para 19,3%) e aumento daquelas com 30 anos ou mais (de 22,5% para 27,9%) (BRASIL, 2012).

A situação conjugal predominante foi a com parceiro fixo, com 88,5% da amostra, englobando casadas ou em união estável. A ausência de parceiro fixo é um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos (NICHOLSON *et al.*, 2006), portanto a alta frequência de mulheres na amostra que tem a participação do parceiro como suporte emocional, colaboram para o desenvolvimento de uma gravidez com qualidade de vida. Percebe-se assim, que as mulheres continuam buscando relações conjugais estáveis, seja no casamento ou nas uniões consensuais.

Quanto aos anos de estudo os dados mostram uma média de  $8,8 \pm 2,56$  anos, sendo a mediana de dez anos de estudo, indicando um elevado nível educacional (117/44,8%) apontado pela maioria das mulheres entrevistadas. O índice de escolaridade é um bom indicador da classe social exercendo forte influência no comportamento das novas mães, ao passo que a baixa escolaridade materna é apontada como um fator que predispõe a mãe e o recém-nascido ao aparecimento de situações potencialmente de risco (BRASIL, 2011). Entretanto, considerando o resultado da maioria amostral, é possível inferir que haja por parte dessas gestantes, uma compreensão mais adequada frente as orientações em saúde ofertadas durante o pré-natal, a fim de possibilitar comportamentos saudáveis e assim, minimizar complicações obstétricas durante o processo gestacional.

Ferreira, Hass e Pedrosa (2013) concluíram que quanto maior a escolaridade maior a qualidade de vida para esse aspecto. A maioria (79,2%) das adolescentes do seu estudo,

percebeu a importância da instrução formal como fundamental na conquista de um espaço no mercado de trabalho, resultando na melhoria da sua condição econômica. Ademais com um conhecimento mais elevado, as gestantes tendem a demonstrar mais interesse nos cuidados com a sua saúde.

Quanto a cor da pele, foi evidenciado no presente estudo um maior número de mulheres que relataram serem pardas. Esse achado corrobora com a pesquisa de Castro (2010) sobre qualidade de vida na gestante, encontrando um percentual de 64% de gestantes que se consideravam pardas. Para Montenegro e Rezende Filho (2008), a cor tem interesse considerando-se ser o vício pélvico (distócias da pelve materna) mais comum na raça negra e mestiças. Além dessas intercorrências, doenças importantes podem ter relação com a cor da pele, como demonstrado no estudo de Souza *et al.*, (2013) que identificou em gestantes paraenses a associação da cor parda com a anemia, a vaginose e a obesidade.

A procedência das gestantes que compuseram a amostra obteve pouca variação, sendo a maioria de Fortaleza, capital do Ceará, totalizando 197.

Em relação ao trabalho, 154 (59%) das gestantes estão inseridas no mercado de trabalho, seja esta ocupação formal, seja uma atividade informal; enquanto 90 (34,5%) desempenham atividades do lar. Estudo realizado no município de Sousa – Paraíba com 120 gestantes sobre qualidade de vida encontraram resultados discordantes ao nosso estudo, em que 66% das gestantes exerciam atividades domésticas (OLIVEIRA, 2011). Nos dias atuais, um número cada vez mais expressivo de mulheres trabalham fora de casa e contribuem muitas vezes com a renda familiar ou até garante o sustento da família.

Dependendo da ocupação da mulher, levando em consideração o esforço físico, a carga horária, a rotatividade de horário, estresse e somando-se o trabalho de casa, pode haver um alto de risco para problemas gestacionais (SCHIRMER; SUMITA; FUSTINONI, 2002). Entretanto, há um consenso médico de que não há contraindicação por parte da gestante em trabalhar, ressaltando que o ambiente laboral deve ser seguro para a mãe e o feto, inclusive no que diz respeito à dimensão psicológica da gestante em sentir-se produtiva nesse período, evidenciando também a importância dos recursos financeiros para subsidiar novos investimentos que a gestação exige.

A renda familiar revelou uma prevalência (100/38,3%) de gestantes que relataram receber mais de 6 salários mínimos. Este dado revela uma renda mensal superior contrapondo-se por outras pesquisas acerca da condição financeira de gestantes brasileiras, que apresentam comumente uma renda salarial de até 2 salários-mínimos (CASTRO, 2010; OLIVEIRA, 2011). Entretanto, uma frequência semelhante (34,1%) apontou um outro grupo que recebia de 1 a ≤

2 salários mínimos (até 1.448,00R\$). Nota-se o contraponto salarial entre gestantes numa mesma pesquisa, justificada por a mesma ter sido realizada em serviços público e privado, em que algumas características sócio demográficas são contrastantes.

Em pesquisa nacional realizada em Campinas, com gestantes sobre exercícios físicos aquáticos e qualidade de vida, foram encontrados no grupo de estudo e no grupo controle uma proporção de mulheres com trabalho remunerado de 45% e de 37%, respectivamente (VALLIM, 2005). Atualmente o mercado de trabalho traz um cenário mais abrangente para as mulheres, que vem conquistando o seu espaço em diversas funções.

Foi observado que a maioria (60,2%) das gestantes residia em casa própria, 41,8% moravam com o companheiro e filhos. Diante das transformações geradas pela gravidez, a mulher torna-se mais fragilizada, fazendo-se necessário além da presença familiar, o apoio e o carinho dos familiares em sua rotina. Nesse caso, a moradia própria proporciona mais segurança, podendo colaborar para o aprimoramento da qualidade de vida familiar. Quanto ao número de coabitantes, ou seja, de indivíduos que residem no mesmo domicílio, a média foi de 3,3 pessoas apontando a tendência na redução da família nuclear, como reflexo na queda da fecundidade.

Em relação a religião, mais da metade das participantes (58,6%) são Católicas e 27,2%, são Evangélicas, o que demonstra a religiosidade presente na vida das entrevistadas. Jesse, Schoneboom e Blanchard (2007) em um estudo sobre os efeitos da fé e da espiritualidade na gravidez referem que a gestação é um tempo de contemplação miraculosa e conectividade espiritual. Os autores também referem que quando a gestante é vista de maneira mais holística, os profissionais de saúde que a acompanham podem reconhecer melhor desarmonias, que aumentem o risco perinatal.

Conforme Silva *et al.* (2010), há carências de estudos abordando a relação entre a saúde mental e a religiosidade das gestantes. Em um de seus estudos envolvendo 206 gestantes atendidas em centro de atendimento às gestantes do município de Juiz de Fora, RJ, apontou que 60,8% eram praticantes de alguma religião, chegando à conclusão de que elas apresentavam menor frequência de sintomas depressivos e estresse. Percebe-se que a espiritualidade tem um aspecto positivo com efeitos psicológicos benéficos através da fé, contribuindo para melhorar a saúde mental, através da autoestima, portanto influenciando positivamente a qualidade de vida.

No que se refere ao início do pré-natal, 80,80% das gestantes o fizeram no primeiro trimestre de gestação, revelando que seu acompanhamento se deu de acordo com o recomendado pelas organizações de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (2013), a

captação da gestante deve ser o mais precoce para o início do pré-natal (até a 12ª semana de gestação), para que diante de qualquer alteração seja tomada a conduta adequada, garantindo a saúde e o bem-estar do binômio mãe e filho. O número de grávidas que principiaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação é um dos parâmetros utilizados para avaliar a qualidade de assistência materno-fetal (ZUGAIB, 2008).

No momento da entrevista, 125 (48,1%) gestantes encontravam-se no 2º trimestre gestacional, entretanto, como o estudo foi do tipo transversal, foi possível identificar uma boa variabilidade na idade gestacional, estando presentes gestantes do 1º trimestre (44/16,9) e 3º trimestre (91/35%). Essa amostra diversificada foi fundamental para compreender como o processo gestacional pode interferir na qualidade de vida, frente as modificações físicas, psicológicas e das relações sociais peculiares nesse período.

O número de consultas esteve associado a idade gestacional que a mulher encontrava-se no momento da entrevista, ou seja, gestantes que tiveram seus dados coletados no início da gestação, apresentaram menor número de consultas; diferente daquelas que tiveram participação com idade gestacional avançada e conseqüentemente registaram maior número de consultas. Assim, a mínima foi de uma consulta e a máxima 12 consultas, com uma média de 4,18 consultas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o número adequado de consulta no pré-natal é igual ou superior a seis consultas, sendo que no final da gestação há uma maior frequência de consultas, buscando avaliar os riscos perinatais e intercorrências crônicas-obstétricas (BRASIL, 2013).

Com relação ao número de gestações, 127 (48,7%) eram primigestas, sendo a média de gestações de 1,92. Considerando um número importante de gestantes primíparas, ou seja que nunca pariram, presume-se que elas precisem receber mais informações acerca dos cuidados necessários para a sua saúde e a do seu filho, durante o período perinatal e puerperal. Sendo assim, o enfermeiro habilitado a conduzir as consultas de pré-natal de baixo risco e desempenhando o seu papel de facilitador do conhecimento, deve promover intervenções eficazes a esse grupo de mulheres.

Dentre as gestantes entrevistadas que já haviam parido, o tipo de parto predominante foi o parto cesáreo (76/29,11%). Esse dado corrobora com os dados do estudo de Castro (2010) que aponta 30,3% de partos cesarianos na sua amostra de gestantes de baixo risco. A via de parto tende a interferir na qualidade de vida, visto que no puerpério a mulher continua vulnerável às mudanças decorridas da gestação, acrescida do ajustamento de um novo membro no seio familiar que demanda cuidados intensos, em especial nos primeiros dias de vida. Estudos apontam percepções diferentes das gestantes acerca da influência que o parto

cesariano traz para a sua qualidade de vida. Os achados do estudo de Ribeiro (2013) sobre qualidade de vida em puérperas apontam que estas evidenciaram maior qualidade de vida quando foram submetidas ao parto cesariano. Em contraponto, Torkan *et al.*, (2009), em um estudo realizado com 100 mulheres (50 pós-parto normal e 50 pós-parto cesáreo), no Iran, afirmou que, comparando os valores médios entre os grupos parto normal e cesariana, os resultados mostraram, em geral, o grupo de parto normal com uma melhor qualidade de vida. No entanto, comparando os resultados dentro de cada grupo a análise mostrou que o grupo de parto normal apresentou melhor qualidade de vida relacionada à saúde física, enquanto o grupo submetido ao parto cesariano mostrou-se melhor na qualidade de vida relacionada a saúde mental. Já o estudo de Lima-Lara e Fernandes (2010), o tipo de parto para as puérperas entrevistadas no seu estudo não teve influência na qualidade de vida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu um limite superior de 15% como apropriado para a prevalência de cesarianas por indicação médica. No entanto, o que se tem observado são taxas universais em geral superiores, até em países considerados desenvolvidos. À semelhança de outros países em desenvolvimento, o Brasil apresenta taxas de cesarianas superiores àquelas preconizadas pela OMS, superando os 35% em geral e ultrapassando os 70%, quando se considera apenas o serviço privado (DIAS, 2008). Cernadas *et al.*, (2010), aponta que esse tipo de parto é indicado apenas em situações de risco de vida para a gestante e/ou feto.

Considerando se as gestantes já apresentaram ou não aborto em gestações anteriores, 201 (77%) não tiveram aborto em gestações anteriores, enquanto 21,10%, já tiveram casos de aborto em gestações prévias.

Sobre o aspecto nutricional, 122 (46,7%) gestantes do estudo estavam com o peso adequado, de acordo com a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) segundo a semana gestacional. Porém, o estudo de Castro (2010) acerca da qualidade de vida em gestantes de baixo risco revelou um achado inferior, em que apenas 26% de gestantes encontravam-se com peso adequado para a idade gestacional.

Embora os dados no presente estudo revelem um maior número de gestantes com peso adequado, a literatura aponta que o número dessas mulheres que iniciam o pré-natal com obesidade vem crescendo em proporções expressivas, e com isso acarreta diversas complicações maternas, fetais e perinatais. As complicações maternas que surgem com as alterações advindas da obesidade elevam o risco de diabetes mellitus gestacional, síndromes hipertensivas e infecções, afetando negativamente a qualidade de vida dessas gestantes (FONSECA *et al.*, 2014).

A gravidez introduz mudanças físicas e psicológicas na vida das mulheres que podem afetar sua percepção individual da qualidade de vida. As transformações que as mulheres sofrem podem oferecer satisfação e realização pessoal, no entanto, as fragilidades também fazem parte dessa oscilação de sentimentos e percepções provocando nas gestantes, em especial, aquelas que não planejaram a gravidez momentos de tristeza e estresse, podendo resultar desde o desenvolvimento de doenças psicológicas até mesmo a interrupção da gravidez.

As gestantes entrevistadas nesse estudo foram questionadas sobre o planejamento e desejo da gravidez, bem como o apoio do parceiro. Sendo assim, tem-se que 118 (45,2%) das gestantes afirmaram que a sua gravidez não foi planejada. Entretanto, mesmo quase a metade das gestantes não planejando esse momento, 236 (90,4%) afirmaram desejar a gravidez, e 249 (95,4%) afirmaram estar recebendo o apoio do parceiro. Um estudo de Coelho *et al.*, (2012), realizado em Salvador – Bahia, com gestantes atendidas em Unidades de Saúde da Família (USF) apontou um número maior 66,5% de gravidezes indesejadas comparadas aos nossos achados.

Entende-se por gravidez não planejada toda gestação que não foi programada pelo casal ou, pelo menos, pela mulher. Ela também pode ser indesejada, quando se contrapõe aos desejos e as expectativas do casal, ou inoportuna, quando mesmo acreditando que a espera de um filho deva ser um momento de felicidade e fortalecimento da família, nem sempre é o momento adequado para a chegada dessa criança (COELHO, *et al.*, 2012).

A gravidez não planejada impacta diretamente na oferta de cuidados de pré-natal e representa risco aumentado de ansiedade e depressão, sobretudo no período puerperal, representando um fator de risco para a qualidade de vida da gestante.

As orientações educativas durante o pré-natal são fundamentais para proporcionar as gestantes informações, orientações através de escuta qualificada no intuito de subsidiar comportamentos saudáveis e assim minimizar complicações advindas desse período. Uma equipe multidisciplinar deve assumir uma postura de educadores, compartilhando saberes preparando a mulher para viver a gestação de maneira positiva, responsável e autônoma.

Em relação ao fornecimento de orientações educativas durante o pré-natal, a maioria das gestantes do estudo afirmaram não terem recebido tais informações, corroborando com os resultados encontrados no estudo de Oliveira (2014) acerca do fornecimento de educação em saúde sobre qualidade de vida no pós-parto, aonde no período gestacional esta prática esteve ausente no acompanhamento da maioria das mulheres.

Quando interrogadas sobre os temas de maior interesse, as gestantes que não receberam tais orientações educativas durante as consultas de pré-natal, demonstraram maior

interesse nos seguintes assuntos: amamentação, cuidados com o recém-nascido e informações acerca do parto.

Ressalta-se que a educação em saúde deve estar presente de forma individual e coletiva no acompanhamento das gestantes, independente da solicitação destas, devendo ser uma prática estabelecida pelo profissional e gestante durante todo o pré-natal.

A realidade dos serviços de saúde nem sempre responde às necessidades de saúde e expectativas sentidas pelas mulheres durante a gestação. Os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, precisam estar habilitados para realizar educação em saúde no período gestacional (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011). Corroborando tal fato, alguns pesquisadores constataram que, durante o pré-natal, é de suma importância a criação de atividades educativas em grupo, pois neste momento as mulheres são frequentemente receptivas às orientações em saúde (GOLDBERG, 2005; RIOS; VIEIRA, 2007; CESAR *et al.*, 2011).

A prática de atividade física não é comum entre as gestantes entrevistadas. 226 (86,6%) da amostra afirmaram não realizar nenhuma atividade física e apenas 35 (13,4%) referiram realizar alguma atividade física. O hábito de praticar exercícios físicos durante a gravidez quando consentido pelo médico e supervisionado por um educador físico ou fisioterapeuta é benéfico, tanto durante como após a gestação, pois alivia os desconfortos musculares, melhora a circulação sanguínea e previne a diabetes gestacional (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008).

Vallim *et al.*, (2011) refere que a prática de exercícios na água pode ser um dos recursos disponíveis para que as mulheres possam desfrutar de uma boa ou melhor qualidade de vida durante a gravidez, com benefícios físicos (redução do impacto das articulações e menos edema, aumento da diurese, controle do peso do corpo, menos dor nas costas e redução na depressão pós-parto) e psicológicos (melhoria do bem-estar, auto confiança e consciência corporal). Em seu estudo, um ensaio clínico randomizado controlado, os autores supracitados, informaram que as mulheres que participaram das aulas de hidroginástica melhoraram o seu bem-estar físico. No entanto, comparando os escores de qualidade de vida no domínio físico, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

O uso de cigarro, álcool e drogas ilícitas foi insignificante nas gestantes amostradas. Essa adoção de bons hábitos saudáveis aponta para a responsabilidade que a maioria das mães demonstraram no período gestacional, reduzindo possíveis complicações para ela e o feto.

Uma vez caracterizada a amostra, a seguir foram analisados os dados relativos as áreas que afetaram positivamente e negativamente à QVRS.

O conceito de qualidade de vida relacionado à saúde é amplo e subjetivo possibilitando assim, que os sujeitos pesquisados evidenciem a sua percepção frente ao objeto estudado. Essa percepção está livre de julgamentos do que é certo e errado, sendo influenciada por elementos culturais, políticos, religiosos e éticos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O processo gravídico é um acontecimento único na vida de uma mulher, ele desperta sentimentos e emoções muito particulares que sofrem influências ao considerar o meio que a gestante está inserida e como a mesma se relaciona consigo e com as outras pessoas.

Considerando a diversidade de áreas afetadas que foram relatadas pela amostra, elencamos as oito áreas mais citadas, corroborando com a metodologia utilizada por Ribeiro (2013).

As oito áreas mais citadas foram: *relação com o parceiro, relação com a família, sono, feliz por ser mãe, trabalho, cansaço, imagem corporal e polaciúria*. Todas essas áreas foram avaliadas pelas gestantes que atribuíram uma pontuação de zero (o pior que ela poderia sentir) a 10 (o melhor que poderia sentir), possibilitando classificá-las em positivas, negativas e ambas/nenhum, com ponto de corte de 5 pontos.

O escore médio MGI primário em nossa amostra foi de 4,84 de 10, inferindo uma sensível redução da qualidade de vida, nas gestantes estudadas. Estudo sobre qualidade de vida em puérperas, realizado por Nagpal *et al.*, (2008) na Índia, encontrou uma pontuação do índice geral primário de 3,6.

O período da gravidez trata-se de um processo de transição maturacional e social, em que a mulher gestante vivencia a adaptação de um novo papel dentro da sociedade, mas antes de tudo, na intrarelção familiar e conjugal. O fortalecimento do vínculo estabelecido nessas relações é necessário para que esse período de transformações seja enfrentado com tranquilidade e segurança, minimizando o estresse percebido que pode incidir negativamente na qualidade de vida.

A presente pesquisa revelou que a *relação com o parceiro* foi a área que mais influenciou a qualidade de vida da mulher no período gestacional, já que ela foi a mais citada dentre as participantes. Estudo realizado em Baltimore, Estado Unidos, procurou estimar a associação de sintomas depressivos com a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em um grupo de mulheres no início da gestação. Para tal, desenvolveu três questões para determinar a presença e o grau de suporte social. Foi perguntado: *você recebe apoio social do seu cônjuge/namorado? / como esse apoio está sendo prestado? / quem fornece a maior parte do seu apoio emocional?* Os resultados apontaram que o maior percentual de mulheres com sintomas depressivos não recebia apoio do seu cônjuge/namorado, eram mais prováveis serem solteiras

e apresentarem uma ou mais situações clínicas crônicas, apontando que mulheres com sintomas depressivos no início da gravidez apresentam pior qualidade de vida (NICHOLSON *et al.*, 2006).

O envolvimento do pai no período gravídico se materializa através do diálogo, da companhia e do apoio que ele oferece para a sua companheira. Há muito tempo o papel do pai não é visto apenas como um expectador, o estudo de Salem (2007) apresenta o “casal grávido” como um novo ideal de participação do homem como genitor. Nesse padrão, espera-se que ele acompanhe, ativamente, todo o processo de gravidez e parto, incluindo cursos de preparação, com um investimento afetivo igual ao da mulher. O filho é visto como investimento psíquico que precisa deste novo pai, mais próximo e envolvido com sua criação e cotidiano e a autora conclui que, mais do que maternidade e paternidade, o projeto do “casal grávido” diz respeito a um ideal de conjugalidade igualitária.

Em relação à percepção de apoio social na gestação, um estudo realizado com mães adolescentes e adultas mostrou que possuir uma rede de apoio social permitiu a essas mães sentirem-se protegidas (PICCININI *et al.*, 2002).

O *relacionamento com a família* foi a segunda área mais citada (140/53,6%) e com elevada pontuação positiva (9,49), caracterizando influência positiva na qualidade de vida das gestantes amostradas. A relação com os familiares, demonstra ter importância semelhante ao relacionamento com o parceiro, tendo a mãe como figura central na oferta de apoio social e amor, representando segurança para os momentos de indecisão e solidão, bem como no compartilhamento de alegrias e descobertas peculiares da gravidez.

A maioria das gestantes entrevistadas nesse estudo, mostraram o quanto o relacionamento com o parceiro e a família eram importantes para a manutenção ou melhoria na qualidade de vida. No entanto, algumas delas, em menor número, tenham relatado que a relação com o parceiro e/ou a família também pudessem exercer influência negativa para a sua qualidade de vida, quando por vezes a gravidez era rejeitada pelo parceiro e pela própria família justificada por não concordarem com a gestação naquele momento.

Na amostra estudada, o *sono* foi a terceira área mais lembrada entre as gestantes, apresentando piores pontuações e incidindo na piora da qualidade de vida. Corroborando com tal achado, puérperas investigadas acerca da qualidade de vida apresentou uma má qualidade no sono (RIBEIRO, 2013).

Na gravidez, as mudanças hormonais e metabólicas e os fatores inerentes a esta fase como, movimentos fetais, dor lombar, aumento do volume abdominal dificulta o

posicionamento no leito e o aumento da frequência urinária que induz a necessidade de ir ao banheiro constantemente, podendo afetar o sono nestas mulheres (SANTOS *et al.*, 2012).

A *polaciúria* foi a área afetada menos referida pelo total de gestantes da amostra(65), entretanto aquelas que a relataram atribuíram uma pontuação muito negativa (2,05) significando o grande incômodo que ela proporcionou. As alterações anatômicas que ocorre no sistema urinário são decorrentes da compressão mecânica ocasionada pelo crescimento uterino, pela dextrorrotação uterina e pelo aumento do plexo vascular ovariano. A compressão uterina determina ainda redução da capacidade vesical, o que se manifesta clinicamente por polaciúria, durante a gravidez (MOISÉS *et al.*, 2011).

A área *feliz por ser mãe* foi a área que acumulou a pontuação mais elevada (9,8), demonstrando a importância desse momento na vida das gestantes amostradas. Todas as mães que a citaram atribuíram pontuação positiva, não relatando nenhum aspecto negativo mesmo enfrentando mudanças físicas, psicológicas, reestruturação familiar e desafios no trabalho, pois, estar grávida para essas mulheres era a realização de um sonho, uma dádiva de Deus.

Por um conceito socialmente construído a maternidade é confundida com o ato de gerar e amamentar uma criança, pressuposto claro de que a mulher é inata para a maternidade, enquanto que o homem precisa ser inserido nesse mundo paralelo e aprender a ser pai (GUEDES, *et al.*, 2012). A possibilidade de ser mãe pelas mulheres desse estudo foi sentida com grande satisfação, acomodando o novo papel de ser mãe, diante das mudanças que a gestação impõe na forma de pensar, na rotina diária e nas perspectivas futuras, além de maior responsabilidade.

No tocante a avaliação da atividade laboral, 36% das mulheres entrevistadas citaram o *trabalho* como influenciador na qualidade de vida, porém dentre estas 57,44% consideraram o trabalho uma área negativa para a sua qualidade de vida, conforme a pontuação atribuída (2,43). Dentre os motivos apontados pelas mulheres durante a entrevista, emergiram: a preocupação da permanência do seu cargo no emprego após o nascimento do bebê, a instabilidade em manter o emprego e a falta de apoio dos patrões frente a sua gestação. Alguns pontos positivos também foram referidos, porém em menor quantidade: melhor relacionamento com a equipe de trabalho, apoio do patrão e a possibilidade de deixar o trabalho para se dedicar exclusivamente ao filho.

Alguns achados do estudo estão em conformidade com os resultados originais da aplicação do MGI, na Escócia, na qual foi comprovado que mulheres desempregadas apresentaram pontuações mais baixas do que as que tinham emprego (SYMON, MCGREAVEY, PICKEN, 2003).

Durante a gestação nenhuma mulher referiu perceber risco ocupacional frente à sua função no trabalho. Entretanto, considerando o período gestacional e seu impacto fisiológico, algumas gestantes, se não forem orientadas e acompanhadas adequadamente durante o pré-natal, bem como sofrer exposição a riscos ocupacionais, podem desenvolver doenças e manifestar sinais e sintomas que influenciarão na gestação, tais como: dor lombar devido ao peso do útero aumentado, abortos espontâneos, fadiga, varizes, infecções urinárias, entre outros, até mesmo desencadear trabalho de parto prematuro e nascimentos com baixo peso (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

O *cansaço* foi uma das áreas prevalentes citada por 87 (33,33%) gestantes, com pontuação de 2,63. Em estudo cujo objetivo foi analisar o diagnóstico de enfermagem Fadiga em gestantes de uma amostra de 66 gestantes de uma unidade de saúde em Fortaleza – Ceará, apontou que esse diagnóstico, segundo a NANDA (2005), foi encontrado em 72,7% das gestantes pesquisadas (ALVES *et al.*, 2006), bem maior do que os achados da presente pesquisa.

No processo gravídico o esquema corporal sofre intensa transformação como respostas às demandas próprias da gravidez, preparando a mãe para a maternidade. O corpo da mulher é constantemente sensibilizado, desenvolvendo uma linguagem própria e particular. Esta é expressa por muitos sinais e sintomas, mudanças posturais e por toda e expressão corporal da grávida. Essas modificações como o aumento do peso, alterações hormonais, alterações no padrão do sono, refletem numa queda na energia e aumento da fadiga, acarretando em uma qualidade de vida prejudicada (CASTRO; FRACOLLI, 2013).

Assim como a fadiga, a imagem corporal também é uma consequência das mudanças corporais advindas da gestação. A *imagem corporal* foi a segunda área com pontuação negativa mais citada pelas gestantes (64,70%) e com menor média (1,95), indicando o quanto essa área interfere na qualidade de vida.

Fox e Yamaguchi (1997) realizaram uma pesquisa nos Estados Unidos com 76 mulheres que estavam com até 30 semanas de gestação. Estas responderam a um questionário sobre os sentimentos quanto a aparência e forma física. Eles concluíram que 67% das mulheres entrevistadas que estavam dentro do peso ideal antes da gestação relataram mudanças negativas na imagem corporal durante a gestação.

Durante as entrevistas, as gestantes da pesquisa relataram diversas impressões sobre as mudanças decorridas em seu corpo. Algumas descreveram mudanças positivas que contribuíram para maior satisfação frente à sua imagem corporal, dentre elas: o ganho de peso que propiciou algumas gestantes se acharem mais bonitas. Em contraposição, outras gestantes tinham uma percepção negativa da sua imagem corporal, devido ao aumento de peso, o

aparecimento estrias, acne e melasma. Vale ressaltar que todas essas mudanças também afetam a autoestima das gestantes.

Considerando as associações significativas da tabela 2, foi possível realizar as seguintes discussões sobre os achados.

A área *relacionamento com o parceiro* mostrou-se significativa em gestantes nulíparas, que exerciam uma ocupação, moravam com o seu companheiro, planejaram a gravidez e tiveram apoio do parceiro. Atualmente, é crescente o número de mulheres que assumem o papel de provedora do lar. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), aponta que em 2011, 37,4% das famílias tinha como pessoa de referência uma mulher (IBGE, 2011). Tal atribuição pode explicar a significância encontrada no estudo, uma vez que a divisão do orçamento familiar pode aliviar a tensão do companheiro, como mantenedor do lar, fortalecendo a união do casal. Ademais, o maior envolvimento da mulher em suas ocupações profissionais, vêm abrindo espaços para a participação mais ativa dos pais nos cuidados com seus filhos desde a concepção, quando este se envolve nos cuidados da mulher grávida, bem como em toda a rotina para a chegada do bebê (PICCINNI *et al*, 2004).

Sendo assim, a mulher grávida que reside com o companheiro tem maiores possibilidades de estreitar os laços familiares e o vínculo afetivo. O papel do companheiro/pai é fundamental na constituição da matriz de apoio através da sua valorização e proteção dedicada a mãe e ao bebê. O apoio social é um suporte dado pelo companheiro, família e amigos, que faz a gestante sentir-se amparada em suas necessidades, elevando a capacidade em lidar com situações difíceis (SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011).

Quanto à felicidade expressa pela maternidade, teve associação apenas com o tipo de moradia. Esse fato nos leva a crer a relação que a mulher faz com o tipo de ambiente existente e a chegada do novo membro. O ambiente saudável é importante para a saúde e desenvolvimento de uma criança, morar em um ambiente propício pode trazer conforto à mãe que espera seu filho. Porém, não foi encontrado na literatura existente, dados que pudessem revelar semelhança com os encontrados no presente estudo.

Já a *alimentação*, destacou-se pela associação significativa com as pessoas que a gestante morava. Ressalta-se que os hábitos alimentares durante a gravidez podem ser influenciados pela escolaridade e renda da mulher, pelo próprio estado gestacional, assim como pelos hábitos alimentares da família, destacando as pessoas que moram com a gestante, podendo essas influenciarem a sua alimentação, por isso, a rotina estabelecida pela família, é fundamental para a adoção de bons hábitos alimentares. Assim, pressupõe-se que uma boa

nutrição materna durante a gravidez e no período pré-concepcional influenciam a saúde da mãe e da criança (ALCCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2010).

As gestantes que encontraram-se *ansiosas pelo nascimento do bebê*, correlacionou-se com a idade e a ocupação. Nesse contexto, a ansiedade foi percebida de forma positiva em mulheres com uma faixa etária ampla, ou seja, gestantes menores de 20 anos até aquelas com 30 anos. A ansiedade pela espera do bebê pode envolver muitas expectativas acerca dessas mulheres, desde a possibilidade de uma liberdade fruto de uma gravidez precoce até a concretização da maternidade planejada.

Segundo Slade (1994), o termo “imagem corporal” refere-se a como nos vemos e percebemos o nosso corpo, a respeito do tamanho estrutura e forma, entre o que é real e o julgamos ideal para cada um de nós. Na presente pesquisa a *imagem corporal*, mostrou significância com a renda e com o fato da gestante trabalhar fora, e conseqüentemente usufruírem de uma renda salarial. Essa autonomia profissional pode contribuir para que a mulher sintase mais segura diante da sua gravidez, possibilitando escolhas que favoreçam a melhoria da sua imagem corporal.

Porém, um estudo de coorte-controlado com gestantes que realizaram pré-natal em cinco unidades básicas de saúde no município de São Paulo – SP, não foi observada associação entre renda mensal e insatisfação com a imagem corporal (PASSANHA *et al.*, 2013). Corroborando esses achados, outros estudos também não encontraram tal associação (SKOUTERIS *et al.*, 2005; DIPIETRO *et al.*, 2003; HERRING *et al.*, 2008). Alguns autores sugerem que esse resultado pode ser atribuído à falta de heterogeneidade das populações estudadas em relação a essas características, sendo interessante estudar mulheres de diferentes estratos econômicos e estados civis para verificar essa associação (SKOUTERIS *et al.*, 2005; DIPIETRO *et al.*, 2003).

O presente estudo atende essa sugestão dos autores supracitados, tendo em vista que as gestantes apresentaram renda familiar variando de menos que um salário mínimo a mais de seis salários mínimos.

Alguns autores supõem que a maior satisfação com a imagem corporal durante a gravidez pode ser decorrente de as gestantes possuírem um novo papel social, e por isso estão mais protegidas da pressão de alcançar o corpo ideal (LOTH *et al.*, 2011). Entretanto, é provável que os sintomas possam ocorrer na gestação (náusea, vômito, dores de cabeça, fadiga, etc.) tenham algum impacto na percepção da imagem corporal, principalmente no início da gravidez (DUNCOMBE *et al.*, 2008; RAUFF; DOWNS, 2011).

É provável que o corpo em transformação seja melhor compreendido diante de uma gravidez planejada, evitando que a gestante apresente baixa autoestima, gerando insatisfação e adoção de hábitos inadequados, o que pode comprometer a qualidade de vida. Menezes e Domingues (2004) encontraram uma relação estatisticamente significativa entre o sentimento positivo diante da gravidez e o seu planejamento.

A aceitação da imagem corporal é um desafio a ser enfrentado pelos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, que deve buscar junto com a gestante, durante as consultas de pré-natal a percepção que elas constroem sobre o seu corpo e desmistificar o papel da mídia em supervalorizar a aparência magra como a ideal.

Promover uma imagem corporal positiva, ao longo da gestação e em especial no início, pode ter um impacto positivo em sua qualidade de vida por contribuir com a saúde da gestante, favorecendo-a a práticas saudáveis de alimentação e atividade física e prevenindo a insatisfação com sua imagem durante a gravidez (SKOUTERIS *et al.*, 2005; RAUFF; DOWNS, 2011).

As áreas *relação com a família* (A2), *auto estima* (A6) e *sono* (A8) não tiveram associação com as variáveis sócio demográficas.

Quanto a relação entre as áreas positivas e os dados obstétricos, as áreas *feliz por ser mãe* e *alimentação* não apresentaram nenhuma associação significativa. Em contrapartida, as áreas *relação com o parceiro*, *relação com a família*, *ansiosa pelo nascimento do bebê* e *imagem corporal*, todas evidenciaram relação de dependência com a paridade.

Especialmente, a gestante nulípara, maioria nesse estudo, tende a considerar a gestação um evento importante nas vivências familiares, com grandes repercussões na constituição da família e na formação de laços afetivos entre seus membros, principalmente dos pais com os filhos. O relacionamento com o parceiro se fortalece no envolvimento do homem, agora pai, e deve ser compreendido de modo peculiar, pois o vínculo entre pai e filho é indireto, sendo mediado pela mãe (PICCINNI, *et al.*, 2004).

A gestante múltípara já possui a experiência da maternidade e todas as áreas citadas parecem ser afetadas positivamente, visto que a relação com o parceiro e a família podem ser ainda mais estreitadas. Além disso, as mudanças que ocorrem na gestação e que afetam a imagem corporal já foram enfrentadas anteriormente, podendo agora ser mais valorizadas pela mulher, diante do seu entendimento acerca do processo gravídico.

Quanto à relação da imagem corporal e a paridade, Passanha *et al.*, (2013) ressalta que as gestantes primíparas tendem a ser mais satisfeitas com a sua imagem corporal. Esse fato pode ser explicado pelo efeito que a paridade exerce sobre o ganho de peso (KONNO; BENÍCIO; BARROS, 2007; NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES, 1990; LEDERMAN *et al.*, 1997).

O corpo modifica-se a cada gestação, dificultando o controle do ganho de peso, o que é possível inferir a relação com a auto estima prejudicada em algumas mulheres multíparas

Segundo Silva *et al.*, (2010), a autoestima diz respeito à avaliação positiva ou negativa que o indivíduo faz de si mesmo, constituindo-se, assim, em um aspecto central do eu, que desempenha papel fundamental no processo de construção da identidade adulta. No referido estudo, a autoestima das mulheres entrevistadas manteve associação com o IMC. Assim, o aumento crescente do peso na gestação configurou-se como uma das principais preocupações da gestante. Portanto, manter o IMC adequado faz com que ela se sinta capaz de controlar o ganho de peso e, conseqüentemente, isso pode elevar a sua autoestima. Baker *et al.*, (1999), em um estudo prospectivo de um grupo de 90 gestantes, observaram que pode ocorrer aumento na satisfação com o peso e com a imagem corporal durante a gestação. Em um outro estudo de Stevens – Simon *et al.*, (1993) com 99 gestantes adolescentes, observaram atitudes positivas destas em relação ao ganho de peso.

De acordo com Maçola, do Vale e Carmona (2010) são escassos os estudos que avaliaram a autoestima de gestantes, justificando-se pela pouca valorização desse tipo de avaliação na assistência pré-natal, seja pelos limites da formação dos profissionais ou pela estrutura dos serviços de atendimento à saúde.

A área 8, *sono*, mostrou significância com a idade gestacional. No primeiro trimestre da gestação o sono exacerbado é uma das principais queixas da gestante. A maioria delas, que citou o sono como área positiva, verbalizou que antes sofriam de insônia e após a gestação conseguiram dormir uma noite completa, mostrando-se satisfeitas com essa mudança. Em um estudo sobre a qualidade do sono, desenvolvido em Tremembé – SP, os pesquisadores encontraram que 10% das gestantes avaliaram seu sono como muito bom, 56,67% como bom, 23,33% como ruim e 10% como muito mal, chegando à conclusão que durante a gravidez existe uma melhora na qualidade do sono. Vale ressaltar que a maioria das gestantes da pesquisa citada encontrava-se no terceiro trimestre (SANTOS *et al.*, 2012).

Ao realizar o cruzamento entre as oito áreas positivas e os fatores relacionados à QVRS, a *relação com parceiro* foi a única área que apresentou correlação significativa com a gravidez ser desejada e o apoio do parceiro. A grande maioria das mulheres quando desejam a gestação possuem um bom relacionamento com seu companheiro. De forma contrária, quando a gestação é indesejada, quase a totalidade das mulheres associam essa rejeição a algum problema relacionada ao genitor. Segundo Saunders (2002) a mulher apoiada por seu companheiro, apresenta menos sintomas físicos e emocionais, menos complicações no trabalho de parto, além de uma adaptação mais fácil ao pós-parto. Assim, reiterando tal ideia o apoio do parceiro é

fundamental para o fortalecimento da relação afetiva e para uma boa qualidade de vida durante o período gestacional.

Os dados apresentados na tabela 4 seguem o mesmo padrão da tabela anterior. Todavia, a mesma explana se existe uma correlação entre as oito áreas negativas mais citadas com as variáveis sócio demográficas, obstétricas e com os fatores relacionados à QVRS.

Os resultados da tabela 4 inferiu que o *sono* (A1) teve associação significativa com a variável, com quem a gestante mora. O *estresse* (A7) apresentou associação com a ocupação, com quem a gestante mora e com o tipo de moradia. O fato da mulher residir com outros filhos pode contribuir para esse resultado, visto que ela necessita demandar atenção e tempo para a criança viva, diminuindo o tempo necessário para o sono tão presente na gestação. Da mesma forma, a restrição do sono somada ao convívio com filhos e outros membros da família pode aumentar a carga de estresse sofrida pela mulher. Essa afirmação apresenta concordância com o estudo de Morais (2012), que averiguou a prevalência de distúrbios do sono em gestantes durante os trimestres gestacionais, concluindo que a sonolência excessiva diurna (SED) foi mais prevalente entre as mulheres que tinham mais de um filho, provavelmente refletindo o acúmulo de tarefas domésticas e cuidados maternos com os outros filhos, resultando em mais estresse e numa pior qualidade de sono.

O *cansaço* (A2) apresentou associação com a ocupação e o tipo de moradia. O resultado obtido no estudo de Rezende (2012), demonstra que independentemente da moradia ser própria ou não, o que se prioriza é a qualidade de vida relacionada ao ambiente familiar, uma vez que a renda das mulheres da pesquisa citada girava em torno de dois salários mínimos, não interferindo na qualidade de vida.

A área *náuseas e vômitos* (A4), apresentou correlação negativa com a idade e a renda, isto pode estar ligado ao fato do impacto psicossocial importante que esses sintomas trazem durante a gravidez, como: depressão/humor depressivo, efeitos negativos nos relacionamentos e faltas no emprego, esta última podendo refletir diretamente na renda salarial. Um estudo sobre o impacto da náusea e vômito na gestação considerou muitos fatores socioeconômicos como a renda familiar, revelando a associação entre plano de seguro de medicação e aumento na qualidade de vida, por atribuir uma melhor cobertura dos custos de medicamentos e uma melhor gestão dos cuidados de saúde. O mesmo estudo também revelou que quanto maior a idade materna, maior o impacto negativo na qualidade de vida da gestante (LACASSE *et al.*, 2008).

A *polaciúria* (A3), citada negativamente, confirmou significância com a renda familiar. Os sintomas urinários irritativos, como a noctúria e polaciúria, são considerados problemas comuns que afetam principalmente as mulheres, podendo causar constrangimento e restrição

das atividades diárias, influenciando de forma negativa a qualidade de vida da mulher (SCARPA *et al.*, 2006).

O *trabalho* (A5) obteve associação com a escolaridade, com a ocupação e com a renda familiar. Ressalta-se que as mulheres que possuem o nível escolar de graduação e pós-graduação, com uma renda maior do que 6 salários mínimos e que possuem uma ocupação fora do lar foram as que mais citaram o trabalho como uma área afetada negativamente. Dessa forma, talvez essas gestantes ocupem cargos e desenvolvam funções importantes que necessitam de uma responsabilidade e empenho maior no trabalho, o que pode gerar esse sentimento negativo de não poder corresponder ao esperado nesse momento peculiar da vida da mulher. Schirmer, Sumita e Fustinoni, (2002) apontam que dependendo da ocupação da mulher, levando em consideração o esforço físico, a carga horária, a rotatividade de horário, estresse, e somando-se o trabalho de casa, pode haver um fator de risco para problemas gestacionais.

Por sua vez, a *labilidade emocional* (A8) revelou dependência com a variável idade. A labilidade emocional é sintoma característico da gestação, devido às mudanças hormonais e de identidade, modificando o meio social no qual a gestante está inserida. No presente estudo, as mulheres jovens com idade menor do que 20 anos foram as que mais apontaram esse aspecto como algo negativo. Assim, pode-se suspeitar que a imaturidade para assumir o papel de mãe, uma gravidez não planejada e a falta de apoio do parceiro possam acentuar essa oscilação de estado triste e feliz vivenciado pela gestante. Lau e Yin (2011) apontam que na literatura ocidental, o perfil de gestantes que apresentam maior nível de estresse são: mães jovens, solteiras, que não planejaram a gravidez, com um menor nível educacional, que trabalham por um extenso período de tempo e apresentam pouca adesão nos cuidados de pré-natal.

A gravidez parece ser um momento vulnerável para o aparecimento de sintomas depressivos, resultando em piora na qualidade de vida, quando comparado com outros períodos da vida. As mulheres grávidas relatam níveis mais baixos no funcionamento físico, vitalidade, aspectos sociais e mais limitações frente aos problemas emocionais do que as mulheres não grávidas (TENDAIS *et al.*, 2011).

O período gestacional, por si só, é um momento de transição que integra o desenvolvimento humano, mas revela complicações ao ocorrer na adolescência onde os sentimentos de alegria e tristeza são potencializados. Os temores frente as transformações da gestação podem desencadear fases de irritabilidade e de instabilidade de humor (ROSSETTO; SCHERMANN; BÉRIA, 2014).

A *imagem corporal* (A6) não teve associação significativa com nenhuma variável sócio demográfica.

Avaliando o cruzamento das áreas negativas com os dados obstétricos, notou-se que a *polaciúria* (A3), mostrou-se significativa com a idade gestacional e com a paridade. O aumento da frequência de micções é uma queixa comum na gestação, isso ocorre devido as modificações anatômicas e funcionais no trato urinário inferior, desencadeando sintomas urinários. Tal fato foi comprovado na presente pesquisa. Além disso, alguns estudos afirmam a associação entre a multiparidade e a incontinência urinária, o que pode predispor a polaciúria (SCARPA *et al.*, 2006; VALETON, AMARAL, 2011).

A área *náuseas e vômitos* (A4), também apontou relação significativa com a idade gestacional. Geralmente, esses sintomas são mais presentes no primeiro trimestre da gestação, como reportado nos achados da pesquisa. Castro (2010) em sua pesquisa sobre Qualidade de Vida de gestantes, observou que 72% das gestantes sentiam náusea e vômito, sendo que 45,24% referiram que ocorria diariamente em especial no início da gestação. Arsenault *et al.*, (2002) *apud* Lacasse *et al.*, (2008) referem que a maioria das gestantes (50 a 90%) vivenciam episódios de náusea e vômitos, em especial no primeiro trimestre. Sendo que 0,5 a 3% das gestantes vivenciam uma forma mais severa, a hiperêmese gravídica, necessitando por vezes de internação. Episódios de náusea e vômito, independente da frequência, impacta significativamente na vida familiar, na habilidade de realizar as atividades diárias, sociais e aumenta o nível de estresse. Além de impactar negativamente na qualidade de vida materna (LACASSE; *et al.*, 2008).

A área 7, *estresse* sofreu influência da variável paridade. As gestantes secundigestas e multigestas durante a pesquisa relataram momentos de ambivalência frente a gestação atual e aos outros filhos, demonstrando estresse diante dos cuidados a serem dispensados com o recém-nascido e a atenção e cuidado dispensados aos filhos mais velhos. A redução do número de filhos é uma realidade das famílias brasileiras, em decorrência de fatores como: adoção de contraceptivos eficazes, diminuindo a incidência de gravidez e a entrada da mulher no mercado de trabalho. Enquanto nas décadas de 1950 e 1960 uma mulher, em média, possuía de 4 a 6 filhos, atualmente o casal possui uma média de 1 a 2 filhos (IBGE, 2010). Entretanto, mesmo com a taxa reduzida da fecundidade, ajustar a maternidade com a vida profissional tornou-se um desafio a ser vencido diante dos vários papéis desempenhados pela mulher. Pesquisas indicam que dentre os eventos estressores vivenciados na gestação estão: número de gestação, de partos, de filhos vivos, menor tempo de relacionamento com o parceiro, falta de rede de apoio, dificuldades financeiras e não aceitação da gravidez (BRUMMELT; GALEA, 2010; GAO; CHAN; MAO, 2009; RUSCHI *et al.*, 2007).

Durante a sua pesquisa, Rezende (2012) observou que as mulheres que possuíam mais de três filhos tinham desgaste físico e emocional apresentando até depressão por não suportarem a rotina desgastante de ter que criar os filhos, sem ajuda do marido e/ou familiares, pois ao retornar, por vezes exausto do trabalho o seu parceiro não consegue ajuda-la. A diminuição da qualidade de vida por parte dessas mulheres, é um alerta para os profissionais de saúde pautarem a sua assistência nessa perspectiva. Sabe-se que quanto maior o número de filhos, maiores são as preocupações acerca dos elementos que garantem qualidade de vida para toda a família, sendo assim, é indispensável a oferta de uma atenção qualificada que proporcione subsídios adequados para suprir necessidade básicas e assim elevar o índice de qualidade de vida.

A área 8, *labilidade emocional* obteve significância com o tipo de parto. Durante as entrevistas com as participantes deste estudo, foi claro perceber que a escolha da via de parto foi algo que deixou as gestantes muito ansiosas, pela quantidade de dúvidas que as cercavam, e por vezes não eram esclarecidas pelo obstetra, em especial, no momento em que elas pontuavam durante a consulta de pré-natal. Com a proximidade da hora do parto associado a incerteza da realização de um parto normal ou cesariano, o desencadeamento de uma gangorra de sentimentos na gestante era previsível. A escolha da via de parto, pode amenizar ou potencializar a instabilidade de humor, principalmente nas gestantes primíparas, sendo estas predominantes neste estudo, já que além da felicidade, o medo do desconhecido também é uma sensação que assombra frequentemente as gestantes em relação ao processo gestacional, ao parto e ao recém-nascido (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008).

As áreas *sono, cansaço, trabalho e imagem corporal* não apresentaram associações significativas.

Quando se realizou o cruzamento das oito áreas negativas mais citadas com os fatores relacionados à QVRS, apenas duas áreas apresentaram significância: a área 4, *náuseas e vômitos* e a área 7, *estresse* com o fato de receber orientações educativas e essa última área com a gravidez desejada. Claramente, quando a mulher deseja o filho, apesar das intensas modificações negativas que acontecem na gravidez, a forma de enfrentá-las parece ser menos sacrificante e menos estressantes.

Em geral, os sintomas de náusea e vômitos na gestação aparecem entre a quarta e a sexta semana de gestação, com pico observado até a 20ª semana, na maioria das mulheres, tendo impacto significativo sobre a vida familiar, bem como a capacidade de realizar atividades diárias, relações sociais, nível de estresse, e mesmo a intenção de ter outros filhos (DEUCHAR, 2000; SHERMAN; FLAXMAN, 2002; LACASSE *et al.*, 2008).

Sendo assim, considerando o aparecimento desses sintomas, geralmente no início da gestação, é importante que o profissional de saúde possa intervir precocemente na oferta dos cuidados de pré-natal, a fim de minimizar os transtornos causados pela náusea e vômitos. Além dos medicamentos que podem ser prescritos, as ações educativas são primordiais para o processo de saúde física e mental das gestantes. Os profissionais de saúde, devem intensificar a educação em saúde de maneira a contribuir positivamente na humanização do atendimento, refletindo em um aumento da qualidade de vida dessas mulheres. O momento da gestação é oportuno para a prática das ações que visem à promoção da saúde e prevenção de doenças, principalmente no que se refere ao autocuidado da gestante (REZENDE; MA; REZENDE, 2011).

Quando a gestante não recebe orientações durante o pré-natal, observa-se lacunas nas informações necessárias para conduzir a sua gestação da melhor forma, já que ela não encontra-se empoderada das transformações das quais está vivenciando, aumentando a ansiedade e o estresse. O enfermeiro pode assumir a postura de educador, contribuindo para a promoção da saúde do binômio mãe-filho, utilizando métodos para garantir à mulher uma saúde gestacional, que a possibilita superar situações de estresse, que causa uma drástica diminuição da qualidade de vida, e conseqüentemente, pode levar a complicações durante o período gestacional e puerperal (TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010).

As participantes dessa pesquisa foram entrevistadas em dois tipos de serviços de saúde: o público, através das Unidades de Saúde da Família; e o privado, por meio de uma clínica particular. Não houve nenhuma gestante atendida ao mesmo tempo nos dois tipos de serviços. Entretanto, a assistência pré-natal, independentemente da natureza do serviço deve ser ofertada a gestante com o objetivo principal de acolher e acompanhar a mulher durante sua gestação, período caracterizado por mudanças físicas e emocionais vivenciado de forma distinta por cada gestante.

Embora as desigualdades sociais nas condições de saúde sejam determinadas principalmente por fatores tais como pobreza, condições de moradia e de trabalho, serviços de saúde adequados podem contribuir para a redução dessas desigualdades, por seu papel na promoção da saúde e na prevenção e tratamento de doenças (TRAVASSOS *et al.*, 2008)

No serviço público, o enfermeiro foi o profissional de saúde que prevaleceu na conduta da assistência pré-natal, considerando que as gestantes participantes da pesquisa, eram de baixo risco. No serviço privado, as gestantes amostradas realizavam suas consultas de pré-natal com profissionais médicos, em consultórios particulares.

Os profissionais de saúde, em ambos os serviços devem fazer uma reflexão acerca da assistência prestada às gestantes, bem como buscando subsídios para o planejamento, implementação e avaliação da assistência pré-natal, no intuito de alcançar melhores níveis de qualidade. Não menos importante, a interação entre os profissionais, as gestantes e sua família deve ser estimulada, contribuindo para que a gestante mantenha vínculo com o serviço de saúde, reduzindo os riscos de intercorrência obstétrica, e assim elevando a sua qualidade de vida.

O processo gravídico, ao mesmo tempo que é único para cada mulher, também é repleto de semelhanças diante das transformações físicas e emocionais que o caracteriza. Porém, cada gestante faz uma leitura diferente dessa experiência, pois avalia o meio que está inserida, levando em consideração fatores externos e internos que influenciam a sua qualidade de vida.

Diante da associação entre as áreas que afetaram positivamente a qualidade de vida e o tipo de serviço no qual foi ofertada a consulta de pré-natal, o estudo apontou que as áreas *feliz por ser mãe* ( $p=0,007$ ) e *imagem corporal* ( $p=0,036$ ) apresentaram significância influenciando positivamente as gestantes atendidas no serviço privado. Em se tratando, do risco de chance, houve associação significativa entre as mulheres atendidas no serviço privado com a felicidade por ser mãe.

As gestantes entrevistadas no serviço privado apresentaram maior escolaridade, relação conjugal estável, renda salarial e planejamento da gravidez, podendo essas variáveis terem influenciado nas áreas citadas. Não obstante, Guedes *et al.*, (2012) referem que a princípio, a maternidade é vista como uma experiência engrandecedora na vida de uma mulher, apesar de que a depender de algumas situações ela pode ser rejeitada, como identificada na gestação precoce e indesejada, na monoparentalidade, no desemprego, na pobreza, na depressão e na baixa autoestima.

A imagem corporal, evidenciada como influência positiva na qualidade de vida das gestantes pesquisadas, emergiu como a concretude da gestação, haja visto as transformações físicas vivenciadas com plenitude por essas mulheres. O volume abdominal crescido, as mamas modificadas, o cabelo mais sedoso e até mesmo o ganho de peso foram mudanças percebidas pelas gestantes que elevaram positivamente a percepção da sua imagem corporal. Diversos estudos que encontraram a satisfação com a imagem corporal ao longo da gestação consideram que as gestantes se adaptam rapidamente às alterações corporais decorrentes da gravidez porque tais mudanças correspondem a uma gestação completa e bem sucedida (DUNCOMBE *et al.*, 2008; BOSCAGLIA *et al.*, 2003; LOTH *et al.*, 2011; SKOUTERIS *et al.*, 2005; FOX; YAMAGUCHI, 1997).

A felicidade por ser mãe é algo que permeia a grande maioria das mulheres grávidas, entretanto, algumas gestantes do serviço público não revelaram esse sentimento em função de uma relação conjugal instável e a falta de planejamento da gravidez. Esse dado corrobora com o estudo de Esteves *et al.*, (2013), que investigou sentimentos e expectativas de gestantes, e apontou que as dificuldades no relacionamento conjugal tiveram relação com a capacidade da mãe em se vincular ao seu bebê.

As áreas que influenciaram negativamente as participantes do presente estudo, também foram associadas aos tipos de serviços, revelando que o *trabalho* ( $p=0,003$ ) teve influência negativa na qualidade de vida das gestantes atendidas no serviço privado. Sendo assim, foi possível inferir o trabalho pode apresentar 40% de chance em influenciar negativamente a qualidade de vida das mulheres atendidas no serviço privado. As gestantes entrevistadas na clínica particular, tinham cargos ou funções que lhes proporcionavam uma excelente renda salarial. As ocupações exercidas nesse grupo foram: empresárias, autônomas e servidoras públicas. Essas mulheres demonstraram serem muito independentes e dedicadas às suas funções, revelando duas questões principais: incômodo por não estarem conseguindo manter a produtividade no trabalho diante da gravidez e insegurança na manutenção do cargo exercido diante do período de licença-maternidade.

A maioria das gestantes atendidas no serviço público tinham como ocupação serem do lar, não revelando assim a preocupação com o trabalho formal.

As áreas que afetaram a qualidade de vida da gestante com dimensões positivas e negativas caracterizando ambivalência, não revelou nenhuma significância.

## 7 CONCLUSÕES

O estudo permitiu avaliar as áreas que influenciam positivamente e negativamente a qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes de baixo risco através de uma escala MGI (versão brasileira).

Sendo assim, ao aplicar a MGI (versão brasileira) muitas áreas da vida das gestantes mostraram-se alteradas. Entretanto, as principais áreas que afetaram a qualidade de vida das gestantes, considerando as dimensões positiva e negativa, encontradas nesse estudo foram: relacionamento com o parceiro, relacionamento com a família, sono, feliz por ser mãe, trabalho, cansaço, imagem corporal e polaciúria. O escore de avaliação da qualidade de vida para essas áreas foi de 4,84, demonstrando uma baixa qualidade de vida para as gestantes do estudo.

Dentre áreas supracitadas, as que apresentaram maior influência positiva na qualidade de vida relatada pelas gestantes do estudo, foram: feliz por ser mãe e relacionamento com a família. Não obstante, as áreas com maior influência negativa foram: imagem corporal, polaciúria e trabalho.

No tocante à dimensão positiva, as áreas influenciadoras na qualidade de vida das gestantes foram: relacionamento com o parceiro, relacionamento com a família, feliz por ser mãe, alimentação, ansiosa pela espera do bebê, autoestima, imagem corporal e sono.

A correlação entre a ansiedade na espera do bebê com idade das gestantes foi estatisticamente significativa ( $p=0,010$ ).

O fato da gestante ter uma ocupação influenciou no relacionamento com o parceiro ( $p=0,0001$ ) e com a família ( $p=0,0001$ ) e nas gestantes que sentiram ansiedade pelo nascimento do bebê ( $p=0,043$ ). Quanto à renda familiar, houve significância estatística entre as mulheres que eram melhor remuneradas com a imagem corporal ( $p=0,008$ ).

As gestantes que moravam apenas com o companheiro apresentaram como áreas influenciadoras para uma boa qualidade de vida: o relacionamento com o parceiro ( $p=0,001$ ), a alimentação ( $p=0,011$ ) e a imagem corporal ( $p=0,001$ ). O tipo de moradia influenciou positivamente nas gestantes que sentiam-se felizes por serem mães ( $p=0,0001$ ).

As mulheres que encontravam-se no primeiro trimestre de gestação relataram melhor qualidade no sono ( $p=0,007$ ). Um dado interessante revelado nesse estudo foi de que as gestantes com sobrepeso estavam mais satisfeitas com a sua autoestima ( $p=0,016$ ).

As gestantes nulíparas referiram que as áreas: relacionamento com o parceiro ( $p=0,0003$ ), com família ( $p=0,006$ ), ansiedade pelo nascimento do bebê ( $p=0,0003$ ) e imagem corporal ( $p=0,029$ ), podem influenciar positivamente a sua qualidade de vida.

Referente a gravidez desejada ( $p=0,004$ ) e o apoio do parceiro ( $p=0,002$ ) influenciaram positivamente no relacionamento com o parceiro.

Por fim, o uso de cigarro apresentou significância estatística com a imagem corporal ( $p=0,050$ ).

No tocante à dimensão negativa, as áreas influenciadoras na qualidade de vida das gestantes foram: sono, cansaço, polaciúria, náusea e vômito, trabalho, imagem corporal estresse e labilidade emocional.

Dentre as áreas negativas, o sono foi o mais citado, sendo responsável por interferir em uma má qualidade de vida nas gestantes. Entretanto, essa área influenciou apenas as gestantes que moravam com o seu companheiro e filhos ( $p=0,017$ ).

O cansaço influenciou negativamente na ocupação ( $p=0,043$ ) e no tipo de moradia ( $p=0,006$ ). Por sua vez, a polaciúria revelou significância estatística com a renda familiar ( $p=0,044$ ), que se encontravam no terceiro trimestre de gestação ( $p=0,022$ ) e nunca tinham parido ( $p=0,048$ ).

Episódios de náusea e vômito impactaram negativamente a qualidade de vida em gestantes com idade entre 21 e 30 anos ( $p=0,044$ ), com renda familiar superior a 6 salários mínimos ( $p=0,040$ ), que se encontravam no primeiro trimestre de gestação ( $p=0,0001$ ), sem dispor de orientação educativa durante as consultas de pré-natal ( $p=0,047$ ) e que faziam uso de cigarro ( $p=0,049$ ).

A área trabalho revelou influência negativa na qualidade de vida das gestantes do serviço privado e obteve relação com cruzamento das variáveis: escolaridade ( $p=0,011$ ), ocupação ( $p=0,0001$ ) e renda familiar ( $p=0,007$ ).

Com a gestação a mulher busca desempenhar um novo papel se adequando a chegada de mais um membro na família, o que pode causar situações de estresse influenciando negativamente na QVRS. No presente estudo o estresse apresentou significância estatística em mulheres primíparas ( $p=0,0001$ ) que desejaram a gravidez ( $p=0,0003$ ), com ocupação ( $p=0,047$ ), moravam com companheiro e filhos ( $p=0,004$ ), com o tipo de moradia ( $p=0,012$ ) e receberam orientação educativa durante as consultas de pré-natal ( $p=0,038$ ).

Bem como o estresse, a labilidade emocional refletiu na qualidade de vida das participantes do estudo, em especial nas mulheres com idade entre 31 e 40 anos ( $p=0,005$ ) e que tiveram filhos pela via de parto abdominal ( $p=0,009$ ).

Mesmo com as modificações corporais da gestação, a imagem corporal quando associada com as áreas negativas, não obteve significância com nenhuma das variáveis do estudo.

Dentre as diferenças entre as mulheres gestantes atendidas em serviço público e privado, foi possível destacar que as mulheres do serviço privado revelaram como áreas influenciadoras na qualidade de vida a felicidade por ser mãe e a imagem corporal. Na dimensão negativa essas mulheres apontaram o trabalho como influenciador negativo para a sua qualidade de vida.

Dessa forma, essa pesquisa procurou contribuir com as investigações do processo gravídico, proporcionando subsídios para o progresso e melhoria da qualidade da assistência à gestante, através da identificação de áreas que afetam positivamente e negativamente a qualidade de vida das gestantes, priorizando dimensões da saúde, como a física, mental e social, que habitualmente encontram-se fragilizadas nesse período marcante para a sua vida.

## 8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES FUTURAS

Embora os achados dessa investigação tenham sido criteriosamente avaliados, revelando a sua relevância para promoção da saúde e qualidade de vida de mulheres gestantes, existem limitações que merecem destaque: o estudo com desenho transversal e a população composta por gestantes de baixo risco.

A transversalidade da pesquisa impossibilitou o acompanhamento das gestantes durante o processo gravídico, não permitindo investigar a evolução das áreas influenciadoras da qualidade de vida. Cada trimestre gestacional revela mudanças físicas, emocionais e sociais, requerendo dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, um cuidado integral que seja capaz de reconhecer em que dimensões a qualidade de vida está sendo afetada, para que a assistência seja direcionada na busca de preservar uma boa qualidade de vida para a gestante.

Recomenda-se o desenvolvimento de um estudo longitudinal, de modo que os profissionais de saúde possam conhecer as áreas que influenciam de forma positiva e negativa a qualidade de vida relacionada à saúde das gestantes, podendo ainda incorporar intervenções nos diversos níveis de atenção, especialmente no pré-natal, implementando um cuidado direcionado às particularidades de cada mulher em cada trimestre.

Além disso, faz-se premente que novas pesquisas sejam realizadas com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de gestantes de alto risco, com um acompanhamento de modo a possibilitar a conhecer, observar e comparar a qualidade de vida desse grupo específico com o grupo estudado na presente pesquisa, visto que a temática qualidade de vida na gestante merece ser mais explorada.

Sugere-se ainda a realização de estudos de validação de intervenções acerca das áreas reveladas como negativas para a qualidade de vida das gestantes desse estudo, como planejamento da gravidez e a conciliação do papel de mãe com o profissional, demonstrado nos resultados das gestantes do serviço público e privado, respectivamente. Ressalta-se que com o desenvolvimento e validação de intervenções para os problemas observados sejam amenizados.

Por fim, esta pesquisa oportunizou uma reflexão acerca de uma prática de naturalizar as queixas das gestantes, justificando com algo peculiar ao processo gravídico. É necessário valorizar o que elas verbalizaram e demonstraram, respeitando esse momento único e especial que é a gestação, na busca de favorecer uma boa qualidade de vida da gestante, ao bebê e aos seus familiares.

## REFERÊNCIAS

- ALCCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2010.
- ALVES, G. F.; NOGUEIRA, L. S. C.; VARELLA, T. N. C. Dermatologia e gestação. **An Bras Dermatol.**, v. 80, n. 2, p. 179-86, 2005.
- ALVES, V. M.; MOURA, Z. A.; PALMEIRA, I. L. T.; LOPES, M. V. O. Estudo do diagnóstico de enfermagem fadiga em gestantes numa unidade básica de atenção à saúde. **Acta Paul Enferm.**, v.19, n.1, p. 70-5, 2006.
- ANNELLS, M.; KOCH, T.; BROWN, M. Client relevant care and quality of life: The trial of a Client Generated Index (CGI) tool for community nursing. **Int J. Nurs. Studies**, v.38, 2001.
- ASHING-GIWA K.T. The contextual model of HRQOL: A paradigm for expanding the HRQOL framework. **Qual Life Res.**, v.14, n.2, p. 580-588, 2005.
- ARIZABALETA, A. V. M.; BUITRAGO, L. O.; PLATA, A. C. A.; ESCUDERO, M. M.; RAMÍREZ-VÉLEZ, R. Aerobic exercise during pregnancy improves health-related quality of life: a randomised trial. **Journal of Physiotherapy**. v.56, p.253-258, 2010.
- ARSENAULT, M. Y.; LANE, C. A.; MACKINNON, C. J.; BARTELLAS, E.; CARGILL, Y. M.; KLEIN, M. C. *et al.* The management of nausea and vomiting of pregnancy. **J Obstet Gynaecol Can.**, v.24, p. 817-31, 2002.
- AQUINO, P.S. **Desempenho das atividades de vida por prostitutas**. 2007. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2007.
- AWAD, G.; VORUGANTI, L. N. P. Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. **Schizophr. Bull**, v.26, p.557-564, 2000.
- BAKER, C. W.; CARTER, A. S.; COHEN, L. R.; BROWNELL, K. D. Eating attitudes and behaviors in pregnancy and postpartum: global stability versus specific transitions. **Ann Behavioral Med.**, v. 21, p. 143-8, 1999.
- BARROS, S.M.O.; MARIN, H. de F.; ABRÃO, A.C.F.V.; **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: guia para a prática assistencial**. São Paulo: Roca, 2002.
- BECK, C. L. C.; BUDÓ, M. L. D.; GONZALES, R. M. B. A qualidade de vida na concepção de um grupo de professores da enfermagem-elementos de reflexão. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.33, n.4, p. 348-354, 1999. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/468.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2013.
- BOSCAGLIA, N., SKOUTERIS, H., WERTHEIM, E. H. Changes in body image satisfaction during pregnancy: a comparison of high exercising and low exercising

women. **The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v.43 n.1, p.41-45, 2003.

BOWLING, A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgement to inform scales of health related quality of life. **Soc. Sci. Med.**, v.41, n.10, p. 1447-162, 1995.

BOWLING, A.; BRAZIER, J. Quality of life in social science and medicine introduction. **Soc. Sci. Med.**, v.41, p. 337-338, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da Mulher: um diálogo aberto e participativo**/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a. 50p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Humaniza SUS: política nacional de humanização – documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)>. Acesso em: 2 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] /Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1.ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318p.: il. – (Caderno de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_32.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf) Acesso em: 10 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília (DF): 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de **Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília, DF; 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.444 p.: il.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº466/12**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 12 dez. 2012.

BRUMMELTE S.; GALEA, L. A. Chronic corticosterone during pregnancy and postpartum affects maternal care, cell proliferation and depressive-like behavior in the dam. **Horm Behav.**, v.58, n.5, p. 769-79, 2010.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para a promoção da saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Montes Claros, v.32, n.2, p. 234-35, 2008.

CASTELLANOS, P. **Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais**. In: BARATA, R. B. (Org.). Condições de vida e situações de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, p. 31-75, 1997.

CASTRO, D. A. de. **Qualidade de Vida de gestantes assistidas pela Estratégia de Saúde da Família**. 2010. 184 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

CASTRO, D. F. de A.; FRACOLLI, L. A. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. **O mundo da saúde**, v. 37, n. 2, p. 159-65, 2013.

CERNADAS, J.M.C.; MARIANI, G.; PARDO, A.; AGUIRRE, A.; PÉREZ, C.; BRENER, B.; PONTE, F.A.C. Nascimento por cesárea al temino em embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. **Archivos Argentinos de Pediatría**, v.108, n.1, p.13-23, jan. 2010.

CESAR, J. A.; MENDONZA-SASSI, R. A.; GONZALEZ-CHICA, D. A.; MANO, P. S.; GOULART-FILHA, S. M. Características sociodemográficas e de assistência a gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.5, p. 985-94, 2011.

COELHO, E. A. C.; ANDRADE, M.L.S.; VITORIANO, L. V. T.; SOUZA, J. J.; SILVA, D. O da.; GUSMÃO, M. E. N.; NASCIMENTO, E. R do.; ALMEIDA, M. S. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paul Enferm.**, v.25, n.3, p. 415-422, 2012.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J. L.; BOYLE, P. **Saber preparar uma pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, Abrasco; 1999.

CORBOCIOGLO, A.; BAKIR, V. L.; AKBAYIR, O.; CILESIZ, GOKSEDEF, B. P.; AKCA, A. The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation. **Journal of Sexual Medicine**, v. 9, p. 1897-1903, 2012.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. **Rev. Latinoam. Enferm**, [periódico da internet], v.11, n.4, p. 532-538, 2003. Acesso em: 04 out. 2013.

DEUCHAR, N. **The psychological and social aspects of nausea and vomiting of pregnancy.** In: KOREN, G.; BISHAI, R, editors. *Nausea and Vomiting of Pregnancy: State of the Art*, v.1, p. 10-4, 2000.

DIAS, M. A. B. et al. Trajetórias das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do Sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva** [on line], v. 13, n. 5, p. 1521-34, 2008.

DIPIETRO, J. A.; MILLET, S.; COSTIGAN, K. A.; GUREWITSCH, E.; CAULFIELD, L. E.; Psychosocial influences on weight gain attitudes and behaviors during pregnancy. **Journal of the American Dietetic Association**, v.103, n.10, p. 1314-19, 2003.

DUCOMBE, D.; WERTHEIM, E. H.; SKOUTERIS, H.; PAXTON, S. J.; KELLY, L. How well do women adapt to changes in their body size and shape across the course of pregnancy? **Journal of Health Psychology**, v.13, n.4, p. 503-15, 2008.

ENKIN, M. et al. Apoio às gestantes. In: ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 10-13.  
Disponível em: <<http://www.bionascimento.com/images/stories/Guanabara/cap003.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

ESTEVES, C. M.; SONEGO, J. C.; VIVIAN, A. G.; LOPES, R. C. S.; PICCINNI, C. A. A gestação do segundo filho: sentimentos e expectativas da mãe. **Psico**, v. 44, n. 4, p. 542-551, out/dez, 2013.

FERNANDES, R. A. Q. *et al.* **Qualidade de vida da mulher no ciclo gravídico puerperal: adaptação de um instrumento.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE QUALIDADE DE VIDA DA ÁREA DA SAÚDE, 1., 2007, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2007. 1 CD-ROM.

FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. **Enfermagem e saúde da mulher.** Barueri: Manole, 2007.

FERREIRA, D.Q.; NAKAMURA, M.U.; SOUZA, de E.; MARIANI NETO, C.; RIBEIRO, M.C.; SANTANA, T.G.M.; ABDO, C.H.N. Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.34, n.9, p. 409-13, 2012.

FERREIRA, F.M.; HAAS, V.J.; PEDROSA, L.A.K. Qualidade de vida de adolescentes após a maternidade. **Acta Paul Enferm.**, v.26, n.3, p. 245-9, 2013.

FIELD, A. **Descobrimos a estatística usando o SPSS** [recurso eletrônico] / Andy Field; tradução Lorí Viali – 2. ed – Dados eletrônicos – Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. (Org.). **Avaliação de qualidade de vida:** guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19-28.

FONSECA, M.R.C.C.; LAURENTI, R.; MARIN, C.R.; TRALDI, M.C. Ganho de peso gestacional e peso ao nascer do concepto: estudo transversal na região de Jundiaí, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.5, p. 401-407, 2014.

FOX, P.; YAMAGUCHI, C. Body image change in pregnancy: a comparison of normal weight and overweight primigravidas. **Birth**, v.24, n.1, p. 35-40, 1997.

FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S.H.; RAMOS, J.G.L.; MAGALHÃES, J.A. **Rotinas em Obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

GAIO, D. S. M. **Assistência pré-natal e puerpério**. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J., colaboradores. Medicina ambulatorial – condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004, p. 357-67.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. C. A busca das melhores evidências. **Rev Esc Enferm USP**, v.37, n.4, p. 43-50, 2003.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, v.10, n.1, p. 1-11, 1987.

GAO, L. L.; CHAN, S. W.; MAO, Q. Depression, perceived stress, and social support among first-time Chinese mothers and fathers in the postpartum period. **Res Nurs Health**, v.32, n.1, p. 50-8, 2009.

GAYNES, B. N.; GAVIN, N.; MELTZER-BRODY, S.; LOHR, K. N.; SWINSON, T.; GARTLEHNER, G.; et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy and screening outcomes. **Evid Rep Technol Assess (Summ)**. p. 1-8, 2005.

GIANCHELLO, A. L. Health outcomes research in Hispanics/Latinos. **Journal of Med. Systems**, v.21, n.5, p. 235-254, 1996.

GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **JAMA**, v.272, n.8, p. 619-626, 1994.

GIPSON, J.D.; KOENIG, M.A.; HINDIN, M.J. The effects of unintended pregnancy on infant, child and parental health: a review of the literature. **Stud Fam Plann.**, v.39, p. 18-38, 2008.

GOLDBERG, G. Maternal nutrition in pregnancy and the first postnatal year – 2. After the birth. **The Journal of Family Health Care**, v.15, n.5, p. 140-50, 2005.

GOMES, M. R. de A.; ARAÚJO, R. C de.; LIMA, A. S.; PITANGUI, A. C. R. Gestational low back pain: prevalence and clinical presentations in a group of pregnant women. **Rev. Dor São Paulo**, v. 14, n. 2, p. 114-7, 2013.

GUEDES, P. C. W.; MARQUES, T. B.; D'ASSUMÇÃO, C. F.; SILVA, M. A.; BARBOSA, L. N. F. Representação social, ansiedade e depressão em adolescentes puérperas. **Rev. SBPH**, v.15, n.1, p.194-211, jan-jun, 2012.

HASS, J. S.; JACKSON, R. A.; FUENTES-AFFLICK, E.; STEWART, A. L.; DEAN, M. L.; BRAWARSKY, P.; et al. Changes in the health status of women during and after pregnancy. **J. Gen Intern Med.**, v.20, p.45-51, 2005.

HASTAD, D. N.; LACY, A. C. **Measurement and Evaluation in Physical Education and Exercise Science**. 2 ed. Gorsuch Scarisbrik: Arizona, 1989.

HERD, R. M.; TIDMAN, M. J.; RUTA, D. A.; HUNTER, J. A. A. Measurement of quality of life in atopic dermatitis: correlation and validation of two different methods. **Br. J. Dermatol.**, v.136, p.502-507, 1997.

HERRING, S. J.; OKEN, E.; HAINES, J.; RICH-EDWARDS, J. W.; RIFAS-SHIMAN, S. L.; KLEINMAN, K. P.; GILLMAN, M. W. Misperceived pre-pregnancy body weight status predicts excessive gestational weight gain: findings from a US cohort study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 8, n. 54, 2008. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/54> Acesso em: 12 dez 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1866&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1)>. Acesso em: 13 nov. 2014.

IBM. SPSS Statistics. Disponível em: <http://www01.ibm.com/software/analytics/spss/products/statistics/> Acesso em: 18 jan 2014.

JALLO, N.; BOURGUIGNON, C.; TAYLOR, A. G.; UTZ, S. W. Stress management during pregnancy: designing and evaluating a mind-body intervention. **Family and Community Health**, v. 31, p. 190-203, 2008.

JENKINSON, C.; STRADLING, J.; PETERSON, S. How should we evaluate health status? A comparison of three methods in patients presenting with obstructive sleep apnea. **Qual. Life Res.**, v.7, n.2, p.95-100, 1998.

JESSES, E.; SCHONEBOOM, C.; BLANCHARD, A. The effect of faith or spirituality in pregnancy. **J Holist. Nurs.**, v.25, n.151, 2007.

KASSAR, S. B.; MELO, A. M. C.; COUTINHO, S. B.; LIMA, M. C.; LIRA, P. I. C. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. **J Pediatr.**, v. 89, n. 3, p. 269-77, 2013.

KERR, J. et al. Doctor-Patient Communication: results of a four-year prospective study in rectal cancer patients. **Dis Colon Rectum**, v.46, n. 8, p. 1038-1046, Aug. 2003.

KIMURA, M. Tradução para o português e validação do “**Quality of life Index**” de Ferrans e Powers. 1999. 85f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

KLEINPELL, R. Whose outcomes: Patients, providers or payers? **Nurs. Clin. North Am.**, v.32, n.3, p.513-520, 1997.

KONNO, S. C.; BENÍCIO, M. A. D'A.; BARROS, A. J. D. Fatores associados à evolução ponderal de gestantes: uma análise multinível. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 6, p. 995-1002, 2007.

LACASSE, A.; REY, E.; FERREIRA, E.; MORIN, C.; BÉRARD, A. Nausea and vomiting of pregnancy: what about quality of life? **BJOG**. v. 115, p. 1484-1493, 2008.

LACASSE, A.; BÉRARD, A. Validation of the nausea and vomiting of pregnancy specific health related quality of life questionnaire. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 6, n. 32, p. 1-6, 2008.

LAU, Y.; YIN, L. Maternal, obstetrics variables, perceived stress and health-related quality of life among pregnant women in Macao, China. **Midwifery**. v. 27, p. 668-673, 2011.

LEDERMAN, S. A.; PAXTON, A.; HEYMSFIELD, S. B.; WANG, J.; THORNTON, J.; PIERSON, R. N. Jr. Body fat and water changes during pregnancy in pregnancy in women with different body weight and weight gain. **Obstet Gynecol.**, v.90, p. 483-8, 1997.

LIMA-LARA, A. C.; FERNANDES, R. A. Q. Qualidade de vida no puerpério mediato: um estudo quantitativo. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 9, n. 1, 2010.

LOTH, K. A.; BAUER, K. W.; WALL, M.; BERGE, J.; NEUMARK-SZTAINER, D. Body satisfaction during pregnancy. **Body Image**, v. 8, n. 3, p. 297-300, 2011.

LOUREIRO, R. P. **Pesquisa quantitativa: conceitos gerais e método epidemiológico.** In: AZEVEDO, D. R.; BARROS, M. C. M.; MÜLLER, M. C. (Orgs.). *Psicooncologia e interdisciplinaridade: uma experiência na educação a distância.* Porto Alegre: EDPU CRS, p.315-331, 2004.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em Enfermagem Materna.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

MAÇOLA, L.; VALE, I. N. do.; CARMONA, E. V. Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.3, p. 570-7, 2010.

MALDONADO, M. T. **Psicologia na gravidez. Parto e Puerpério.** 15º ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

MARTINS, M. I. A. **Contextos sociodemográficos, obstétricos e alimentares: impacto na idade gestacional e peso ao nascer do recém-nascido.** 2014. 150fs. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica). Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu, jan- 2014.

MAZZOTTA, P.; MALTEPE, C.; NAVIOZ, Y.; MAGEE, L. A.; KOREN, G. Attitudes, management and consequences of nausea and vomiting of pregnancy in the United States and Canada. **International Journal of Gynaecology & Obstetrics**, v. 70, p. 359-365, 2000.

- MELNICK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT E. **Making the case for evidence-based practice**. In: MELNICK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, p. 3-24, 2005.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enferm.**, v.17, n.4, p. 758-764, 2008.
- MENEZES, I. H. C. F.; DOMINGUES, M. H. M. da S. Principais mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes assistidas em serviços públicos de saúde de Goiânia. **Rev. Nutr.**, v. 17, n. 2, p. 185-194, abr/jun., 2004.
- MILLER-LEWIS, L.R., WADE, T.D., LEE, C. Risk factors for pregnancy and childbearing in a single young women: evidence from the Australian longitudinal study on women's health. **International Journal of Behavioral Development**, v. 29, n. 4, p. 292-303, 2005.
- MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p. 7-18, 2000.
- MIOT, L. D. B.; MIOT, H. A.; SILVA, M. G.; MARQUES, M. E. A. Fisiopatologia do melasma. **Anais Brasileiros Dermatologia**, v.84, n.6, p. 623-35, 2009.
- MOISÉS, E. C. D.; BRITO, L. G. O.; DUARTE, G.; FREITAS, M. M. S. Disfunções miccionais no período gestacional e puerperal. **Femina**, v.39, n.8, p. 409-12, 2011.
- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia Fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- MORAIS, R. S. de. **Prevalência de insônia em gestantes**. 2012. 29f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.
- NAGPAL, J.; DHAR, R. S.; SINHA, S.; BHARGAVA, V.; SACHDEVA, A.; BHARTIA, A. An exploratory study to evaluate the utility of an adapted Mother Generated Index (MGI) in assessment of postpartum quality of life in India. **Health Qual. Life Outcomes**, v.2, n.6, p.107, 2008.
- NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES. Institute of Medicine. **Nutrition during pregnancy**. Washington: National Academy Press, 1990.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2003-2004**. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- NASCIMENTO, S. L.; SURITA, F. G.; PARPINELLI, M. Â.; SIANI, S.; PINTO e SILVA, J. L. The effect of an antenatal physical exercise programme on

maternal/perinatal outcomes and quality of life in overweight and obese pregnant women: a randomised clinical trial. **BJOG**. v.118, p. 1455-1463, 2011.

NICHOLSON, W. K.; SETSE, R.; HILL-BRIGGS, F.; COOPER, L. A.; STROBINO, D.; POWE, N. R. Depressive symptoms and Health-Related Quality of Life in early pregnancy. **Obstetricians and Gynecologists**, v.107, n.4, p. 798-806, 2006.

NICOLUSSI, A. C. **Qualidade de vida de pacientes com câncer de colo e reto: uma revisão integrativa**. 2008. 209p. Dissertação. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2008.

NOGUEIRA, A. L. G.; LOPES, C. A. P.; GALVÃO, A. Ciência e técnica – intimidade do casal durante a gravidez. **Revista Sinais Vitais**, v.57, p. 34-42, 2004.

OGUNSIJI, O., WILKES, L. Managing family life while studying, single mothers' lived experience of being students in a nursing program. **Contemporary Nurse**, v.18, n. 1-2, p. 108-123, 2004.

OLIVEIRA, S.X. **Qualidade de vida em gestantes no contexto da estratégia saúde da família**. 2011. 93fs. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2011.

OLIVEIRA, S. X.; OLIVEIRA, M. B.; DA SILVA, R. A. R.; DAVIM, R. M. B. Características dos domínios de qualidade de vida em gestantes da estratégia saúde da família. **Rev enferm UFPE on line**, p. 7007-7016, 2013.

OLIVEIRA, M.F. **Adaptação transcultural e validação da Maternal postpartum quality of life questionnaire: aplicação em puérperas**. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. 263 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-09112001-162639/publico/tdesergio.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2013.

PASSANHA, A.; MARTINS, A.N.B.; SILVA, A. N. F. da.; BENÍCIO, M. H. D'A. Insatisfação com a imagem corporal no período pré-gestacional e fatores associados. **Revista Psicologia e Saúde**, v.5, n.2, p. 92-101, jul-dez, 2013.

PICCINNI, C. A.; RAPOPORT, A.; LEVANDOWSKI, D. C.; VOIGT, P. R. Apoio social percebido por mães adolescentes e adultas: da gestação ao terceiro mês de vida do bebê. **Psico (Porto Alegre)**, v.33 n.1, p. 9-35, jan-jun, 2002.

PICCINNI, C. A.; SILVA, M. R.; GONÇALVES, T. R.; LOPES, R. S. O envolvimento paterno durante a gestação. **Psicologia: reflexão crítica**, v.17, n.3, p. 303-14, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011

POSSATO, M.; PARADA, C. M. G. L.; TONETE, V. L. P. Representação de gestantes tabagistas sobre o uso do cigarro: estudo realizado em hospital do interior paulista. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.3, p. 434-40, 2007.

PURIM, K. S. M.; AVELAR, M. F. de S. Fotoproteção, melasma e qualidade de vida em gestantes. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.35, n.5, p. 228-234, 2012.

RAUFF, E. L.; DOWNS, D. S. Mediating effects of body image satisfaction on exercise behavior, depressive symptoms, and gestational weight gain during pregnancy. **Annals of Behavioural Medicine**, v.42, n.3, p. 381-90, 2011.

REZENDE, C. L. **Qualidade de vida das gestantes de alto risco em centro de atendimento à mulher do município de Dourado, MS.** 2012. 127f + anexos. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2012.

REZENDE, C. L.; MA, R. T. K.; REZENDE, R. J. **Aborto: questões éticas e sentimentos das mulheres em situação de abortamento.** *In: SALÃO DE PESQUISA DOCENTE*, 3.; *ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA - JOVEM PESQUISADOR*, 6.; *MOSTRA DE PÓS GRADUAÇÃO DE MS*, 1., 2011, Dourados. *Anais...* Dourados: Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, 2011. p. 10-13. Não publicado.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 477-486, 2007.

RIBEIRO, S. G. **Tradução, adaptação e validação do ‘The mother generated index’ para uso no Brasil.** 2013. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

RIBEIRO, M. C.; NAKAMURA, M. U.; SCANAVINO, M. T.; TORLONI, M. R.; MATTAR, R. Female sexual dysfunction and gestational diabetes. **J Sex Med.**, v.9, n.3, p. 786-92, 2012.

ROBERTS, P.; PRIEST, H.; TRAYNOR, M. Reliability and validity in research. **Nurs Stand.**, v.20, n.44, p. 41-45, 2006.

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. A. F. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.8, n.2, p. 179-86, 2008.

ROSSETTO, M. S.; SCHERMANN, L. B.; BÉRIA, J. U. Maternidade na adolescência: indicadores emocionais negativos e fatores associados em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.10, p.4235-46, 2014.

RUSCHI, G. E. C.; SUN, S. Y.; MATTAR, R.; CHAMBÔ, Filho A.; ZANDONADE, E.; LIMA, V. J. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v.29, n.3, p. 274-80, 2007.

RUTA, D. A.; GARRATT, A. M.; LENG, M. A new approach to the measurement of quality of life: The patient generate index (PGI). **Med Care**, v.32, p.1109-1126, 1994.

ISPA, J. M.; SABLE, M. R.; PORTER, N.; CSIZMADIA, A. Pregnancy acceptance, parenting stress, and toddler attachment in low-income black families. **Journal of Marriage and Family**, v. 69, n. 1, p. 1-13, 2007.

SALEM, T. O **“casal grávido”**: disposições e dilemas da parceria igualitária. Rio de Janeiro: FGV. 232p, 2007.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C. H.; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3.ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANTOS, T. C. M. M.; FARIA, A. L. de.; MARTINO, M. M. F. de.; ALVES, P. C.; CARVALHO, P. C. de. Quality of sleep in pregnant women. **J Nurs UFPE on line**, v.6, n.4, p. 839-46, 2012.

SAUNDERS, R. B. Cuidado de enfermagem durante a gestação. *In*: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; p. 219-68, 2002.

SCARPA, K. P.; HERRMANN, V.; PALMA, P. C. R.; RICETTO, C. L. Z.; MORAIS, S. Prevalência de sintomas urinários no terceiro trimestre da gestação. **Rev. Associação Médica Brasileira**, v.52, n.3, p.153-56, nov 2006.

SCHIRMER, J.; SUMITA, S.L.N.; FUSTINONI, S.M. Cuidados especiais no ciclo gravídico-puerperal de alto risco. *In*: BARROS, S.M.O.; MARIN, H.F.; ABRÃO, A.C.F.V. (Orgs) **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial**. São Paulo: Roca, 2002. p. 186-190.

SCHROEDER, M.; SULTANY, T.; WELLER, A. Prenatal stress effects on emotion regulation differ by genotype and sex in prepubertal rats. **Dev Psychobiol.**, v. 55, n. 2, p. 176-92, 2013.

SCHWARTZ, T.; VIEIRA, R.; GEIB, L. T. C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p. 2575-85, 2011.

SEILD, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.2, p. 580-588, 2004.

SETSE, R.; GROGAN, R.; PHAM, L.; COOPER, L.A.; STROBINO, D.; POWE, N. R.; NICHOLSON, W. Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: the health status in pregnancy (HIP) study. **Matern Child Health J.**, v. 13, p. 577-87, 2009.

SHERMAN, P. W.; FLAXMAN, S.M. Nausea and vomiting of pregnancy in an evolutionary perspective. **Am J Obstet Gynecol**, v.186, p. 190-7, 2002.

SILVA, C.S.; RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F.; ALIANE, P. P.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Relação entre a prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em gestantes. **Revista de Psiquiatria Clínica** (São Paulo), São Paulo, v. 37, n. 4, p. 152-156, 2010. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol37/n4/159.htm>. Acesso em: 15 dez. 2014.

SLADE, P. D. What is body image? **Behaviour Research and Therapy**, v.32, n.5, p. 497-502, 1994.

SOUZA, F. F. **Avaliação da qualidade de vida do idoso em hemodiálise**: comparação de dois instrumentos genéricos. 2004. 167 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. Disponível em: <<http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000341252>>. Acesso em: 29 set. 2013. <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=vtls000341252>

SOUZA, V.B de.; ROECKER, S.; MARCON, S.S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá – PR. **Rev. Eletr. Enf.**, v.13, n.2, p. 199-210, 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a06.htm>.

SOUZA, L. E. de A.; ROSA, R. C. R.; DIAS, R. S.; SILVA, J. A. da C. Principais agravos em gestantes na atenção básica de saúde. **Revista paraense de medicina**. v.27, n.2, abr-jun. 2013.

SKOUTERIS, H.; CARR, R.; WERTHEIM, E. H.; PAXTON, S. J.; DUCOMBE, D. A prospective study of factors that lead to body dissatisfaction during pregnancy. **Body Image**, v.2, n.4, p. 347-61, 2005.

STEVENS-SIMON, C.; NAKASHIMA, II; ANDREWS, D. Weight gain attitudes among pregnant adolescents. **J Adolesc Health**, v.14, p. 369-72, 1993.

SYMON, A. G.; DOBB, B. R. An exploratory study to assess the acceptability of an antenatal quality-of-life instrument. **Midwifery**, v. 24, p. 442-50, 2008.

SYMON, A.; MACKAY, A.; RUTA, D. Postnatal Quality of Life assessment: a pilot study using the Mother Generated Index. **J. Adv Nurs.**, v.42, n.1, p.21-29, 2003.

SYMON, A.; MACGREAVEY, J.; PICKEN, C. Postnatal quality of life assessment: validation of the Mother Generated Index, **BJOG**, v.110, p. 865-868, 2003.

SYMON, A. A review of mother's prenatal and postnatal quality of life. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.1, n.38, 2008.

SYMON, A.; MACDONALD, A.; RUTA, D. Postnatal Quality of Life assessment: introducing the Mother Generated Index. **Birth**, v. 29, n. 1, p. 40-46, 2002.

SYMON, A.; NAGPAL, J.; MANIECKA-BRYLA, I.; NOWAKOWSKA-GLAB, A.; RASHIDIAN, A.; KHABIRI, R.; MENDES, I.; PINHEIRO, A. K. B.; de OLIVEIRA, M. F.; WU, L. Cross-cultural adaptation and translation of a quality of life tool for new

mothers: a methodological and experiential account from six countries. **J Adv Nurs.**, v. 69, n.4, p. 970-80, 2012.

SYMON, A. A review of mothers' prenatal and postnatal quality of life. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 1, n. 38, 2003.

TEIXEIRA, I. R.; AMARAL, R. M. S.; MAGALHÃES, S. R. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. **e-Scientia**, v. 3, n. 2, p. 26-31, 2010.

TENDAIS, I.; FIGUEIREDO, B.; MOTA, J.; CONDE A.; Physical activity, health-related quality of life and depression during pregnancy. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 219-28, 2011.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med.**, v. 41, p. 1403-10, 1995.

TORKAN, B.; PARSAY, S.; LAMYIAN, M.; KAZEMNEJAD, A.; MONTAZERI, A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 9, n. 4, 2009.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde.** In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; VASCONCELOS LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (orgs). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, p. 215-43, 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VALETON, C.T.; AMARAL, V. F.; Evaluation of urinary incontinence in pregnancy and postpartum in Curitiba Mothers Program: a prospective study. **Int Urogynecol J**, v. 11, p. 813-818, 2011.

VALLIM, A. L.B. de A; OSIS, M. J.; CECATTI, J. G.; BACUICK, E. P.; SILVEIRA, C.; CAVALCANTE, S. R. Water exercises and quality of life during pregnancy. **Reproductive Health**. v. 8, n. 14, 2011.

VALLIM, A. L. B. de A. Exercícios físicos aquáticos, qualidade de vida e experiência de pré-natal em gestantes atendidas em serviço público de saúde. 2005 Dissertação. (Mestrado em tocoginecologista, área de ciências biomédicas) – Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas - SP, 2005.

WARE, J. E.; KOSINSKI, M.; TUMER-BOWKER, D. M.; GANDEK, B. How to score version 2 of the SF-12 health survey. **Quality Metric Incorporated**, Lincoln, RI, 2005.

WATANABE, R. T. M.; FERRI, E. K. **Grupos de pré-natal:** uma proposta multiprofissional. Dourados: Ed da Unigran, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; United Nations Children´s Fund; United Nations Population Fund. **Maternal mortality in 2000**: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: World Health Organization; 2004.

ZANINI M.; PASCHOAL, L. H. C. Dermatoses gestacionais. **Medicina Cutanea Ibero Latino- Americana**, v. 32, n. 4, p. 139-50, 2004.

ZATTA, L.T.; PIRES, D.C.V.; LUZ, R.A.; CORREIA, S.F.; de BRITO V.W.; de VASCONCELOS, P.P. nursing national scientific production analysis on the generic tool that evaluates quality of life: literature review. **Rev enferm UFPE** on line [periódico na internet] 2009 Jan/Mar [acesso em 2014 fev 14] vol. 3, n. 1, p. 70-5. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/265/261>

ZAYAS, L. H.; CUNNINGHAM, M.; MCKEE, M. D.; JANKOWSKI, K. R. Depression and negative live events among pregnant African-American and Hispanic women. **Womens Health Issues**, v. 12, p. 16-22, 2002.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia**. Barueri: Manole, 2008.

APÊNDICES

## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### PARTE I - DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

<b>NOME:</b> .....	
<b>1. IDADE:</b> ..... anos completos	<b>1.</b> _____
<b>2. ESTADO CIVIL:</b> 1 - solteira 2 - casada 3 - união estável 4 – viúva	<b>2.</b> _____
<b>3. ESCOLARIDADE:</b> ..... anos de estudos completos	<b>3.</b> _____
(Analfabeto = 0 anos/ Ens. Fund. Completo = 9 anos/ Ens. Médio Completo = 12 anos/ Ens. Superior Completo = Adicionar o nº de anos do curso)	
<b>4. COR DA PELE:</b> 1-branca 2-preta 3-parda 4-amarela 5-indígena	<b>4.</b> _____
<b>5. PROCEDÊNCIA:</b> 1-Fortaleza 2-interior do Ceará 3-outro Estado – Capital 4- Outro Estado interior	<b>5.</b> _____
<b>6. TRABALHA FORA:</b> 1 – Sim 2 – Não	<b>6.</b> _____
<b>7. TIPO DE OCUPAÇÃO:</b> .....	<b>7.</b> _____
<b>8. SE NÃO TRABALHA FORA, REALIZA ATIVIDADES DOMÉSTICAS (varre, lava, cozinha)</b>	<b>8.</b> _____
<b>9. CARGA DE TRABALHO/DIA:</b> ..... Horas	<b>9.</b> _____
<b>10. RECEBE ALGUM BENEFÍCIO DO GOVERNO:</b> 1 - Sim 2 - Não Qual(is): .....	<b>10.</b> _____
<b>11. TIPO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL:</b> 1-SUS 2-Convênio 3-Particular 4-Filantropica	<b>11.</b> _____
<b>12. RENDA FAMILIAR TOTAL:</b> ..... reais	<b>12.</b> _____
1 – De 1 a ≤ 2 salários mínimos 2- > 2 a ≤ 4 salários mínimos 3- > 4 a ≤ 6 salários mínimos 4-mais de 6 salários mínimos)	
<b>13. QUANTAS PESSOAS DEPENDEM DESSA RENDA?</b> .....	<b>13.</b> _____
<b>14. COM QUEM MORA:</b> 1- sozinha 2 – companheiro 3 – com familiares 4 – com companheiro e filhos 4 – outros	<b>14.</b> _____
<b>15. NÚMERO DE PESSOAS NO DOMICÍLIO:</b> .....	<b>15.</b> _____

<b>16. TIPO DE MORADIA:</b> 1 - própria 2- alugada 3 - cedida	<b>16.</b> _____
<b>17. NÚMERO DE CÔMODOS NA CASA:</b> .....	<b>17.</b> _____
<b>18. RELIGIÃO:</b> 1-católica 2-evangélica 3-cultos afro-brasileiro (umbanda, candomblé) 4-espíritismo 5-outro grupo religioso Qual? .....	<b>18.</b> _____
<b>PARTE II - DADOS GINECO – OBSTÉTRICOS</b>	
<b>19. PESO:</b> ..... Kg	<b>19.</b> _____
<b>20. ALTURA:</b> ..... m	<b>20.</b> _____
<b>21. IDADE GESTACIONAL (SEMANAS):</b> .....	<b>21.</b> _____
<b>22. CLASSIFICAÇÃO DO IMC SEGUNDO A SEMANA DE GESTAÇÃO:</b> .....	<b>22.</b> _____
<b>23. CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL (IMC)</b> (kg/m <sup>2</sup> ): 1-baixo peso (menor que 18,5) 2-adequado (18,5 – 24,9) 3-sobrepeso (25 – 29,9) 4-obesidade (maior ou igual a 30,0)	<b>23.</b> _____
<b>24. FEZ OU FAZ USO DE SUPLEMENTO ALIMENTAR:</b> 1 – Sim 2 – Não QUAL: .....	<b>24.</b> _____
<b>25. SITUAÇÃO DO ESQUEMA VACINAL DA VACINA (dT) NESTA GESTAÇÃO:</b> 1 – gestante não vacinada 2- gestante com esquema vacinal desconhecido 3 – gestante vacinada	<b>25.</b> _____
<b>26. FOI ADMINISTRADA ALGUMA VACINA NA GESTAÇÃO:</b> 1 – Sim 2 – Não QUAL: .....	<b>26.</b> _____
<b>27. DATA PROVÁVEL DO PARTO:</b> .....	<b>27.</b> _____
<b>28. GESTAÇÃO ( ) PARTO ( ) ABORTO ( )</b>	<b>28.</b> _____
<b>29. PARTOS VAGINAIS:</b> .....	<b>29.</b> _____
<b>30. PARTOS CESARIANOS:</b> .....	<b>30.</b> _____
<b>31. PARTOS FÓRCEPS:</b> .....	<b>31.</b> _____
<b>32. Nº DE FILHOS VIVOS:</b> .....	<b>32.</b> _____
<b>33. MAIOR PESO DO RN:</b> ..... Kg ( ) NÃO LEMBRA	<b>33.</b> _____

<b>34. IDADE GESTACIONAL NO INÍCIO DO PRÉ-NATAL:</b> .....	<b>34.</b> _____
<b>35. Nº DE CONSULTAS ATÉ O MOMENTO:</b> .....	<b>35.</b> _____
<b>36. ANTECEDENTES CLÍNICOS:</b> 0 – nenhum 1 – diabetes 2- HAS 3 – glaucoma 4 – obesidade 5 – tosse crônica 6 – outros: .....	<b>36.</b> _____
<b>37. MEDICAÇÕES EM USO:</b> 0 – nenhum 1 – diuréticos 2 – ansiolíticos 3 – anticolinérgicos 4 – outros: .....	<b>37.</b> _____
<b>38. ANTECEDENTES CIRÚRGICOS:</b> 0 – nenhum 1- Sling 2- “perineoplastia” (KK) 3 – CP 4 – CPP 5 – outros: .....	<b>38.</b> _____
<b>39. ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:</b> 0 – nenhum 1 – endometriose 2 – miomas 3 – câncer ginecológico 4 – outros: .....	<b>39.</b> _____
<b>40. USO DE TERAPIA HORMONAL (TH) (há &lt;6 meses):</b> 1 – Sim 2 – Não	<b>40.</b> _____
<b>41. HISTÓRIA FAMILIAR DE PROLAPSO:</b> 1 – Sim 2 – Não 3 – não lembra	<b>41.</b> _____
<b>PARTE III – FATORES RELACIONADOS À QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE</b>	
<b>42. GRAVIDEZ FOI PLANEJADA:</b> 1 - Sim 2 - Não	<b>42.</b> _____
<b>43. GRAVIDEZ FOI DESEJADA:</b> 1 – Sim 2 – Não	<b>43.</b> _____
<b>44. RECEBE APOIO DO PARCEIRO:</b> 1 - Sim 2 - Não	<b>44.</b> _____
<b>45. RECEBEU ORIENTAÇÕES/AÇÕES EDUCATIVAS DURANTE A GRAVIDEZ:</b> 1 – Sim 2 – Não	<b>45.</b> _____
<b>46. QUAL O TEMA QUE MAIS SE INTERESSOU:</b> .....	<b>46.</b> _____
<b>47. PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA:</b> 1 - Sim 2 – Não QUAL (IS): .....	<b>47.</b> _____
COM QUE DURAÇÃO E FREQUÊNCIA: .....	
<b>48. FAZ USO DE CIGARRO:</b> 1-Sim 2-Não COM QUE FREQUÊNCIA E QUANTIDADE/DIA: _____	<b>48.</b> _____

<b>49. FAZ USO DE ÁLCOOL:</b> 1-Sim 2-Não COM QUE FREQUÊNCIA E QUANTIDADE/DIA: _____	<b>49.</b> _____
<b>50. FAZ USO DE DROGAS ILÍCITAS:</b> 1-Sim 2-Não QUAL: 1. maconha 2. cocaína 3. crack 4 – inalantes COM QUE FREQUÊNCIA: _____	<b>50.</b> _____
<b>51. QUAIS AS QUEIXAS MAIS COMUNS NESTA GRAVIDEZ:</b>	<b>51.</b> _____

DATA: ...../...../.....



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMEGEM**  
**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE B - CARTA DE ANUÊNCIA**

Ilmo Sra. Profa. Dra. Priscila de Souza Aquino

**Coordenadora do Centro de Parto Natural (CPN) – CEDEFAM/UFC**

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada ***THE MOTHER GENERATED INDEX (MGI): avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em gestantes de baixo risco*** a ser realizada na Casa de Parto Natural (CPN) Lígia Barros Costa no CEDEFAM, pela aluna Cinthia Gondim Pereira Calou, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): (1) avaliar o nível de Qualidade de Vida das gestantes de baixo risco, utilizando uma adaptação do instrumento *the Mother-generated Index*; (2) avaliar as áreas afetadas na qualidade de vida das gestantes; (3) associar as variáveis sócio demográficas com as áreas afetadas na qualidade de vida das gestantes; e (4) correlacionar a relação entre as áreas afetadas da qualidade de vida das gestantes com as variáveis obstétricas, necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor de através de entrevistas individuais com as participantes do estudo que realizam consulta de pré-natal nesta instituição. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
 Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro  
 Pesquisadora Responsável do Projeto

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação

\_\_\_\_\_  
 Prof(a). Dra Priscila de Souza Aquino  
 Coordenadora do Centro de Parto Natural (CPN) – CEDEFAM/UFC



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMEGEM**  
**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE C - CARTA DE ANUÊNCIA**

Ilmo Sr. Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho  
**Diretor da Clínica Femini Imagem**

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada ***THE MOTHER GENERATED INDEX (MGI): avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em gestantes de baixo risco*** a ser realizada na Clínica Femini Imagem, pela aluna Cinthia Gondim Pereira Calou, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): (1) avaliar o nível de Qualidade de Vida das gestantes de baixo risco, utilizando uma adaptação do instrumento *the Mother-generated Index*; (2) avaliar as áreas afetadas na qualidade de vida das gestantes; (3) associar as variáveis sócio demográficas com as áreas afetadas na qualidade de vida das gestantes; e (4) correlacionar a relação entre as áreas afetadas da qualidade de vida das gestantes com as variáveis obstétricas, necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor de através de entrevistas individuais com as participantes do estudo que realizam consulta de pré-natal nesta instituição. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
*Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro*  
**Pesquisadora Responsável do Projeto**

**Concordamos com a solicitação**                       **Não concordamos com a solicitação**

\_\_\_\_\_  
*Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho*  
**Diretor da Clínica Femini Imagem**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMEGEM**  
**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE D - CARTA DE ANUÊNCIA**

Ilma Sra. Dra. Maria Ivanília Tavares Timbó

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada ***THE MOTHER GENERATED INDEX (MGI): avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em gestantes de baixo risco*** a ser realizada em duas unidades de saúde da família, pertencentes à Secretaria Executiva Regional III, pela aluna Cinthia Gondim Pereira Calou, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): (1) avaliar o nível de Qualidade de Vida das gestantes de baixo risco, utilizando uma adaptação do instrumento *the Mother-generated Index*; (2) avaliar as áreas afetadas na qualidade de vida das gestantes; (3) associar as variáveis sócio demográficas com as áreas afetadas na qualidade de vida das gestantes; e (4) correlacionar a relação entre as áreas afetadas da qualidade de vida das gestantes com as variáveis obstétricas, necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor de através de entrevistas individuais com as participantes do estudo que realizam consulta de pré-natal nesta instituição. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
 Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro  
 Pesquisadora Responsável do Projeto

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação

\_\_\_\_\_  
 Dra. Maria Ivanília Tavares Timbó  
 Coordenadora do COGTES – Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – PMF



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMEGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Nome do projeto: *Qualidade de vida em gestantes de baixo risco*

Nome do pesquisador responsável: *Cinthia Gondim Pereira Calou*

Objetivo da pesquisa: *Avaliar os fatores que afetam a qualidade de vida relacionada à saúde das gestantes acompanhadas em pré-natal de baixo risco*

A Sra está sendo convidada a participar da pesquisa: ***THE MOTHER GENERATED INDEX (MGI): avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em gestantes de baixo risco***, coordenada pela Prof<sup>a</sup> Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro e promovida pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), através do Programa de Pós-Graduação, nível Mestrado. O projeto de dissertação tem como objetivos: (1) descrever as principais áreas afetadas na qualidade de vida das gestantes; (2) avaliar as principais áreas afetadas na qualidade de vida das gestantes; (3) correlacionar as áreas afetadas na qualidade de vida relacionada à saúde com as variáveis sócio demográficas e obstétricas das gestantes; e (4) comparar a QVRS em gestantes acompanhadas no sistema público e privado. Desta maneira há a necessidade de coleta de dados no sentido de investigar as mudanças ocorridas no período gestacional, independente do domínio afetado (físico, psicológico, emocional, sexual), bem como identificar quais as áreas que afetam a qualidade de vida dessas mulheres.

Por essa razão, a Sra está sendo convidada a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em participar de uma entrevista que será realizada através de um questionário que caracterizará o perfil sócio demográfico e a aplicação da escala *the Mother-Generated Index (MGI)*. O procedimento utilizado constará de um encontro individual na Casa de Parto Natural no momento da consulta de pré-natal que não trará qualquer risco para as sujeitas da pesquisa, considerando que as mesmas serão ativamente envolvidas no processo de construção desse diálogo e preenchimento dos instrumentos de coleta dos dados. Nos casos em que os procedimentos utilizados no estudo tragam algum desconforto, ou seja, detectadas alterações que necessitem de assistência imediata ou tardia, eu Ana Karina Bezerra Pinheiro e Cinthia Gondim Pereira Calou serão as responsáveis pelo encaminhamento à Coordenação da Casa de Parto Natural, aonde a pesquisa pretende ser realizada, no intuito da coordenadora responsável, junto às pesquisadoras buscarem oferecer assistência adequada as participantes da pesquisa. Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de promover a saúde das gestantes através do reconhecimento das alterações peculiares à gestação propiciando uma melhor qualidade de vida desse grupo, reduzindo as vulnerabilidades das quais estão expostas.

Toda as informações que a Sra nos fornecer será utilizada somente para esta pesquisa. Suas respostas, dados pessoais, serão confidenciais e seu nome não aparecerá nas fotografias, gravações e fichas de avaliação e nem quando os resultados forem apresentados.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso a Sra. aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a intervenção educativa.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a pesquisadora/professora Ana Karina Bezerra Pinheiro, no endereço institucional localizado à Rua Universidade Federal do Ceará (UFC) Departamento/ Curso de Graduação em Enfermagem – Rua Alexandre Baraúna, Rodolfo Teófilo, Fortaleza - CE, telefone: (85) 3366-8464 e a orientanda/discente Cinthia Gondim Pereira Calou que se encontrará disponível no período da coleta na Casa de Parto Natural localizada no Centro de Desenvolvimento Familiar localizada à Rua Pernambuco, nº 1674, Planalto do Pici – Fortaleza - Ceará. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, da Universidade Federal do Ceará.

Se a Sra. estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

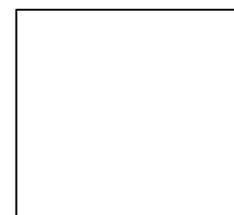
Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, a Sra. \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza - CE., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Assinatura da participante

Impressão dactiloscópica



---

Assinatura do Pesquisador



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMEGEM**  
**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE G - CONVITE PARA JUÍZES**

**Pesquisador Responsável: Cinthia Gondim Pereira Calou**  
**Instituição de Origem: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará- DENE- UFC**  
**Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115- Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE**  
**Telefone para contato: (88) 9966-1121**  
**Email: [cinthiacalou@hotmail.com](mailto:cinthiacalou@hotmail.com)**

Prezado (a) colega,

Estou lhe convidando para participar de um estudo que será desenvolvido sob minha responsabilidade, intitulado ***THE MOTHER GENERATED INDEX (MGI): avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em gestantes de baixo risco.*** Ressalto que esse estudo ajudará os enfermeiros a compreender melhor a qualidade de vida da gestante. Assim, o objetivo geral é de avaliar as áreas que afetam a qualidade de vida relacionada à saúde das gestantes acompanhadas em pré-natal baixo risco; e como objetivos específicos propõe-se: descrever as principais áreas afetadas na qualidade de vida das gestantes; avaliar as principais áreas afetadas na qualidade de vida das gestantes; correlacionar as áreas afetadas da qualidade de vida relacionada à saúde com as variáveis sócio demográficas e obstétricas; comparar a QVRS em gestantes acompanhadas nos sistemas público e privado.

Caso você concorde, sua participação constará da apreciação e análise do instrumento de coleta de dados referente à investigação dos dados sócios demográficos e obstétricos (validação de face e conteúdo). As etapas para validação de face e conteúdo consistem na verificação da clareza dos itens, forma de apresentação do instrumento, abrangência das variáveis utilizadas para avaliar características sócio demográficas e obstétricas e realização de comentários, críticas e sugestões sobre cada item contido no questionário. Deste modo, fica a seu critério a inclusão, exclusão ou alteração de qualquer pergunta ou item que considerar pertinente. Solicitamos sua preciosa colaboração no sentido de analisar os itens desse instrumento.

No intuito de cumprir o cronograma da pesquisa, solicito por gentileza, a devolução do material, dentro do prazo máximo de 10 (dez) dias.

Agradeço antecipadamente a sua disponibilidade em partilhar o seu conhecimento e experiência, que será de suma importância para continuidade dessa dissertação. Colocamo-nos à disposição para maiores e eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Desde já agradeço sua valiosa contribuição,

Cinthia Gondim P. Calou



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMEGEM**  
**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE H - VALIDAÇÃO DE FACE E CONTEÚDO**

- 1) O conteúdo das perguntas reflete os itens necessários para a avaliação do instrumento concernente às questões sócio demográficas, obstétricas e relacionadas à qualidade de vida da população deste estudo?  
 Sim       Não  
 Sugestões: \_\_\_\_\_  
 Comentários: \_\_\_\_\_
- 2) Nas questões e alternativas existe termos ou expressões que não condizem com a avaliação do instrumento proposto?  
 Sim       Não  
 Sugestões: \_\_\_\_\_  
 Comentários: \_\_\_\_\_
- 3) A forma de abordagem e o conteúdo das perguntas estão com o vocabulário adequado?  
 Sim       Não  
 Sugestões: \_\_\_\_\_  
 Comentários: \_\_\_\_\_
- 4) As perguntas demonstram clareza e objetividade?  
 Sim       Não  
 Sugestões: \_\_\_\_\_  
 Comentários: \_\_\_\_\_
- 5) Precisa fazer alguma alteração gramatical ou correção?  
 Sim       Não  
 Sugestões: \_\_\_\_\_  
 Comentários: \_\_\_\_\_
- 6) As perguntas mensuram o que deseja medir?

( ) Sim      ( ) Não

Sugestões: \_\_\_\_\_

Comentários: \_\_\_\_\_

Nome do especialista da área ou especialista em validação de conteúdo e de face: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Comentários finais: \_\_\_\_\_

Agradeço pelas contribuições realizadas,  
Cinthia Gondim P. Calou.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMEGEM**  
**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE I – CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP**

Presidente do Comitê de Ética

Estou enviando o Protocolo de Pesquisa intitulado ***THE MOTHER GENERATED INDEX (MGI): avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em gestantes de baixo risco*** de autoria de Cinthia Gondim Pereira Calou para apreciação dos aspectos éticos por este Comitê de Ética em Pesquisa.

Na oportunidade, confirmo o atendimento ao disposto na Resolução nº 144, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e suas complementares, ciente de que, com base no item XI.2 da referida resolução, é de minha responsabilidade:

- a) apresentar o protocolo, devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa;
- b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- c) desenvolver projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda ou responsabilidade, por um período de 5 anos, após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- h) justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

No ensejo, renovo os protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

---

Orientadora/Pesquisadora Responsável

**ANEXOS**

## ANEXO A – MGI - VERSÃO EM PORTUGUÊS

ÍNDICE GERADO PELA MÃE- AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA			
PASSO 1- Identificar áreas		Passo 2- Pontuar cada área	Passo 3- Distribuir os pontos
<p>Gostaríamos que você pensasse nas áreas mais importantes da sua vida que foram afetadas com gestação. Estas podem ser POSITIVAS ou NEGATIVAS. Por favor, escreva até no máximo OITO áreas nos quadros abaixo, e indique se você acha que a área é positiva, negativa, ou nenhuma das duas.</p>		<p>Agora, por favor, dê uma nota para as áreas que você indicou no Passo 01.</p> <p>Essa nota deve refletir como você tem se sentido nessa área no mês passado.</p> <p>Por favor, indique uma nota de 0 a 10 para cada área</p> <p>0 é a pior – você não poderia se sentir pior em relação a isso</p> <p>10 é a melhor - você não poderia se sentir melhor em relação a isso</p> <p>Pior <span style="float: right;">Melhor</span></p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Por favor, pense o quanto estas áreas são importantes para sua qualidade de vida.</p> <p>Você tem 20 pontos para distribuir.</p> <p>Você não precisa distribuir pontos para a área que não quiser.</p> <p>Dê mais pontos para as áreas que você achar mais importante.</p> <p>Indique os pontos nos quadros.</p>
<p>Exemplos dados por outras mães:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como elas se sentem em relação a si mesma.</li> <li>• Como elas se sentem em relação a gravidez.</li> <li>• Como elas se sentem a respeito do seu relacionamento com seu parceiro ou com outros membros da família.</li> <li>• Problemas físicos ou emocionais (bons ou ruins).</li> <li>• Como elas se sentem em relação em relação ao seu corpo.</li> <li>• Como elas se sentem em relação a sua vida social.</li> </ul> <p><i>Esses são apenas exemplos. Queremos que você diga o que você sente</i></p>	<p>Por favor, indique se você acha que esse ponto é positivo, negativo ou nenhum.</p>		
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior <span style="float: right;">Melhor</span></p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior <span style="float: right;">Melhor</span></p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior <span style="float: right;">Melhor</span></p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior <span style="float: right;">Melhor</span></p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior <span style="float: right;">Melhor</span></p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	

## ANEXO B

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS  
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Qualidade de Vida e disfunção do assoalho pélvico em gestantes

**Pesquisador:** Paula Renata Amorim Lessa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 34931614.9.0000.5050

**Instituição Proponente:**

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 770.902

**Data da Relatoria:** 28/08/2014

**Apresentação do Projeto:**

O período de gestação é um processo de alterações fisiológicas, principalmente de fatores hormonais e mecânicos, permeado por alterações sistêmicas, sobretudo na postura e deambulação, no metabolismo, no sistema urinário, no sistema respiratório e nos órgãos genitais. Nesse contexto, uma das grandes mudanças que podem afetar os âmbitos físico, emocional, pessoal e social que ocorrem durante a gestação e podem perdurar até o puerpério está relacionada à disfunção do assoalho pélvico. Considera-se disfunção do assoalho pélvico (DAP) uma condição ginecológica comum que envolve várias patologias, principalmente as disfunções sexuais, disfunções anorretais, incontinência urinária e o prolapso de órgãos pélvico. Essas alterações podem afetar consideravelmente a qualidade de vida de mulheres. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como "percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". O estudo será desenvolvido em duas unidades básicas de saúde de Fortaleza e em uma clínica privada que atende gestantes também no mesmo município. A amostra será de 420 gestantes. Os dados serão coletados entre os meses de agosto a outubro de 2014. Serão utilizados como instrumentos para coleta de dados o The Mother Generated Index (MGI); o questionário Índice de Qualidade de Vida

**Endereço:** Rua Cel Nunes de Melo, s/n

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8569

**Fax:** (85)3366-8528

**E-mail:** meloventura@uol.com.br

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS  
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



Continuação do Parecer: 770.902

de Ferrans & Powers adaptado, o instrumento King's Health Questionnaire, o Escore de Jorge & Wexner de Constipação, o Female Sexual Function Index (FSFI) e o instrumento sociodemográfico. Os dados serão compilados e analisados por meio do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0, e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

**Objetivo da Pesquisa:**

Geral: Avaliar a influência da disfunção do assoalho pélvico na qualidade de vida de gestantes.

Específicos:

- Avaliar as áreas afetadas na qualidade de vida de mulheres na gestação.
- Verificar a prevalência e os tipos de disfunção do assoalho pélvico das mulheres durante a gestação.
- Analisar a associação de variáveis sociodemográficas e obstétricas com os domínios da qualidade de vida de mulheres durante a gestação.
- Comparar a influência da disfunção do assoalho pélvico na qualidade de vida de gestantes nulíparas e multíparas.
- Comparar a influência da disfunção do assoalho pélvico na qualidade de vida de gestantes no primeiro, segundo e terceiro trimestre.
- Comparar a influência da disfunção do assoalho pélvico na qualidade de vida de gestantes acompanhadas nos sistemas público e privado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O estudo não traz nenhum risco associado. Os resultados do estudo poderão fornecer dados que possibilitem a melhoria da qualidade de vida de gestantes com disfunção do assoalho pélvico.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O trabalho se faz relevante pelo fato de poucos estudos terem como foco a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde no ciclo gravídico, bem como de possibilitar cuidados de enfermagem qualificados que tenham como base a promoção da saúde e a prevenção de complicações, o bem-estar físico e emocional das gestantes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os pesquisadores apresentaram todos os termos necessários. As entrevistadas assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em caso de concordância em participar da pesquisa.

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n  
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3366-8569 Fax: (85)3366-8528 E-mail: meloventura@uol.com.br

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS  
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



Continuação do Parecer: 770.902

Cronograma e Orçamento  
atualizados.

**Recomendações:**

Inserir o telefone do Comitê de Ética da MEAC no TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto de pesquisa em consonância com os ditames da resolução 466/12 do CNS.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O colegiado concorda com o parecer do relator.

FORTALEZA, 29 de Agosto de 2014

---

**Assinado por:**  
**Maria Sidneuma Melo Ventura**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Cel Nunes de Melo, s/n  
**Bairro:** Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8528 **E-mail:** meloventura@uol.com.br