



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

**IVYNA PIRES GADELHA**

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM GESTANTES DE ALTO  
RISCO**

**FORTALEZA**

**2019**

IVYNA PIRES GADELHA

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM GESTANTES DE ALTO RISCO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Atenção Integrada e Multidisciplinar à Saúde Materna e Infantil.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Priscila de Souza Aquino.

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- G12q Gadelha, Ivyna Pires.  
Qualidade de vida relacionada à saúde em gestantes de alto risco / Ivyna Pires Gadelha. – 2019.  
110 f. : il.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2019.  
Orientação: Prof. Dr. Priscila de Souza Aquino.
1. Qualidade de vida relacionada à saúde. 2. Cuidado pré-natal. 3. Gestação de alto risco. I. Título.  
CDD 610
-

IVYNA PIRES GADELHA

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM GESTANTES DE ALTO RISCO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Atenção Integrada e Multidisciplinar à Saúde Materna e Infantil.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Priscila de Souza Aquino.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Priscila de Souza Aquino (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

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

---

Profa. Dra. Régia Christina Moura Barbosa Castro  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Samila Gomes Ribeiro  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força, proteção, fé e coragem que me deste para seguir em frente, e pelo seu infinito amor.

Aos meus amados pais – meu alicerce - por toda educação dada desde o princípio, assim como pelos conselhos e direcionamento, que me proporcionaram prudência e discernimento na vida.

Aos meus irmãos, pelo companheirismo, amor, carinho e por acreditarem em mim.

Ao meu noivo, pelos conselhos, apoio, compreensão e companheirismo.

À minha querida orientadora, por toda paciência e apoio, além de todo o conhecimento compartilhado, incentivo dado, cercado de pura simplicidade. Você foi, é e sempre será uma inspiração para mim.

Às companheiras de turma, pelo carinho, companheirismo, incentivo e acolhimento durante todo o nosso percurso.

A todos os mestres, professores e orientadores, por todo conhecimento compartilhado conosco.

Aos membros da banca, pela disponibilidade, atenção e contribuições dadas à presente.

Às gestantes que participaram dessa pesquisa, que gentilmente se disponibilizaram a contribuir com o estudo.

*“Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que você veja toda a escada. Apenas dê o primeiro passo.”*

*(Martin Luther King)*

## RESUMO

**Objetivo:** Objetivou-se analisar a qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes de alto risco. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório e transversal. A amostra foi composta por 276 gestantes acompanhadas no serviço de pré-natal de alto risco da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, no período de agosto a novembro de 2018. A coleta de dados deu-se mediante a aplicação do *Medical Outcomes Study-36 Short-form Health Survey* (SF-36), do *The Mother Generated Index* (MGI) versão brasileira e de um instrumento estruturado incluindo dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos. Os prontuários foram consultados para a confirmação do diagnóstico. Os dados foram compilados em Excel e analisados por meio do programa estatístico *Jamovi*®, versão 0.9. **Resultados:** Quanto aos dados sociodemográficos, a amostra foi composta, principalmente, por gestantes adultas jovens, com idade mediana de 30 anos, que possuíam ensino médio e renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, viviam com o companheiro, residiam na capital, eram de raça parda e religião católica. Acerca dos dados clínicos e obstétricos, a maioria das mulheres estava no terceiro trimestre gestacional, possuía até dois filhos vivos, não planejou a gravidez, estava com índice de massa corporal inadequado e fazia uso de medicamentos. Das entrevistadas, a minoria sofreu internação na gestação. A maioria das indicações ao pré-natal de alto risco relacionou-se a problemas na gestação atual. Os principais diagnósticos foram: diabetes mellitus gestacional, prematuridade e hipertensão arterial crônica. De acordo com o SF-36, a média de qualidade de vida foi 47,2. O domínio que obteve a pior qualidade de vida entre as gestantes foi “limitação por aspectos físicos”, enquanto o que obteve a melhor qualidade de vida foi “saúde mental”. Planejar a gravidez e estar com estado nutricional adequado foram fatores associados à melhor qualidade de vida relacionada à saúde, enquanto possuir filhos vivos, ter história de prematuridade, possuir diabetes mellitus gestacional ou hipertensão arterial crônica, vivenciar internação na gestação e fazer uso de medicamentos foram fatores associados à pior qualidade de vida. As áreas de vida afetadas, segundo o MGI, foram: alimentação, sono, relacionamento familiar, psicológico/emocional, relacionamento com o parceiro, disposição/condição física, trabalho, satisfação com a gravidez, financeiro e saúde. A média das pontuações primárias dos comentários positivos foi 8,39. A dos comentários negativos foi 3,38 e a dos comentários ambos/nenhum foi 6,71. A pontuação primária total da MGI foi 6,03, demonstrando uma avaliação relativamente positiva da QVRS. **Conclusão:**

Conclui-se que a qualidade de vida relacionada à saúde tem caráter multifatorial e, portando, os fornecedores de cuidado devem conhecer tais fatores, visando direcionar ações efetivas de promoção da qualidade de vida, por meio da preparação das mulheres para lidar com o processo gravídico-puerperal. **Produto:** Produziu-se um artigo original baseado nos dados dessa pesquisa e uma Revisão Integrativa da Literatura.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida relacionada à saúde. Cuidado pré-natal. Gestação de alto risco.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the health-related quality of life of high-risk pregnant women.

**Materials and Methods:** This is a quantitative, exploratory and cross-sectional study. The sample consisted of 276 pregnant women attending the high-risk prenatal service of the Maternity School Assis Chateaubriand, from August to November 2018. Data collection was performed through the application of the Medical Outcomes Study-36 Short- (SF-36) and The Mother Generated Index (MGI) Brazilian version, as well as a structured instrument including sociodemographic, clinical and obstetric data. The medical records were consulted for confirmation of the diagnosis. The data were compiled in Excel and analyzed using the statistical program Jamovi®, version 0.9. **Results:** As for the sociodemographic data, the sample consisted mainly of young adult women, with a median age of 30 years, who had a high school education and family income of 1 to 3 minimum salaries, lived with their partner, lived in the capital, were of brown race and catholic religion. Regarding clinical and obstetrical data, most of the women were in the third trimester of pregnancy, had up to two live children, did not plan for pregnancy, had inadequate body mass index, and used medications. Of the interviewees, the minority suffered hospitalization during pregnancy. Most indications for high-risk prenatal care were related to problems in the current pregnancy. The main diagnoses were: gestational diabetes mellitus, prematurity and chronic hypertension. According to the SF-36, the average quality of life was 47.2. The domain that obtained the worst quality of life among pregnant women was "limitation by physical aspects", while the one that obtained the best quality of life was "mental health". To plan for pregnancy and to have adequate nutritional status were factors associated with better health-related quality of life, while having live children, having a history of prematurity, having gestational diabetes mellitus or chronic hypertension, experiencing hospitalization during pregnancy and making use of medications were factors associated with poorer quality of life. The areas of life affected according to the MGI were: food, sleep, family relationship, psychological / emotional, relationship with partner, physical condition, work, satisfaction with pregnancy, financial and health. The average primary score for the positive comments was 8.39. One of the negative reviews was 3.38 and the one of the reviews both / none was 6.71. The total primary MGI score was 6.03, showing a relatively positive HRQOL assessment. **Conclusion:** It is concluded that health-related quality of life is multifactorial

and, accordingly, care providers must know these factors, aiming to direct effective actions to promote quality of life, through the preparation of women to deal with pregnancy-puerperal process. **Product:** An original article was produced based on data from this research and an Integrative Literature Review.

**Key-words:** Health-related quality of life. Prenatal care. High risk pregnancy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Fluxograma da seleção de artigos de pesquisa nas bases de dados Scopus, Cinahl, Pubmed e Cochrane e Lilacs de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Fortaleza, Ceará, 2018.....	22
Quadro 1 -	Níveis de evidência por tipo de estudo. Fortaleza, Ceará, 2018.....	23
Quadro 2 -	Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo autores, ano de publicação, país de origem, idioma, periódicos, objetivos, delineamento, instrumentos utilizados e definição de QV. Fortaleza, CE, Brasil, 2018.....	24

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das gestantes de alto risco de acordo com as variáveis sociodemográficas (n=276). Fortaleza, CE, Brasil, 2018.....	45
Tabela 2 - Distribuição das gestantes de alto risco de acordo com as variáveis obstétricas e clínicas (n=276). Fortaleza, CE, Brasil, 2018.....	46
Tabela 3 - Distribuição dos motivos de acompanhamento no pré-natal de alto risco (n= 612). Fortaleza, Ceará, 2018.....	48
Tabela 4 - Distribuição das médias dos domínios de QVRS a partir do SF-36. Fortaleza, CE, Brasil, 2018.....	49
Tabela 5 - Distribuição da pontuação dos passos 1, 2 e 3 do MGI, segundo as dez áreas da qualidade de vida mais apontadas pelas gestantes de alto risco. Fortaleza, CE, Brasil, 2018.....	51
Tabela 6 - Cálculo dos escores primário e secundário do MGI segundo as dez áreas da qualidade de vida mais citadas pelas gestantes. Fortaleza, CE, Brasil, 2018.....	53
Tabela 7 - Associação das variáveis sociodemográficas segundo as médias dos domínios do SF-36. Fortaleza, CE, Brasil, 2018.....	55
Tabela 8 - Associação das variáveis obstétricas e clínicas segundo as médias dos domínios do SF-36. Fortaleza, CE, Brasil, 2018.....	58

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

15-D	15 - Dimension Questionnaire
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression
CINAHL	Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DeCS	Descritores de Ciências da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DMG	Diabetes Melittus Gestacional
DP	Desvio Padrão
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
HAC	Hipertensão Arterial Crônica
HAT-QoL	HIV/Aids Targeted Quality of Life
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IG	Idade Gestacional
IMC	Índice de Massa Corporal
ITU	Infecção do Trato Urinário
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MCS	Mental Component Summary
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MGI	The Mother Generated Index
MS	Ministério da Saúde
NSSQ	Norbeck Social Support Questionnaire
NVP	Nausea and Vomiting of Pregnant-especific
NVP-QoL	Nausea and Vomiting of Pregnant-especific Quality of Life
OHIP-14	Oral Health Impact Profile – Short-form
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCS	Physical Component Summary
PHQ-2	Paciente Health Questionnaire-2
PSS	Perceived Stress Scale

PubMed	National Library of Medicine and National Institutes of Health
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SF-12	Medical Outcomes Studies 12-item Short-form Health Survey
SF-36	Medical Outcomes Study-36 Short-form Health Survey
SOCEGO	Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia
SS-A	Social Support Appraisals Scale
STAI	Spielberger State-Trait Anxiety Inventory
SUS	Sistema único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará
WHOQoL- <i>brief</i>	World Health Organization Quality of Life Scale Brief Version

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>20</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
<b>3.1</b>	<b>Instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em gestantes.....</b>	<b>21</b>
<b>3.2</b>	<b>Instrumentos genéricos para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes.....</b>	<b>31</b>
<b>3.3</b>	<b>Instrumentos específicos para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes.....</b>	<b>36</b>
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>39</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo e natureza do estudo.....</b>	<b>39</b>
<b>4.2</b>	<b>Período e local do estudo.....</b>	<b>39</b>
<b>4.3</b>	<b>População e amostra.....</b>	<b>40</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta de dados.....</b>	<b>40</b>
<b>4.4.1</b>	<b><i>Instrumentos para coleta de dados.....</i></b>	<b>41</b>
<b>4.5</b>	<b>VARIÁVEIS.....</b>	<b>42</b>
<b>4.5.1</b>	<b><i>Variáveis preditoras.....</i></b>	<b>42</b>
<b>4.5.2</b>	<b><i>Variável desfecho.....</i></b>	<b>43</b>
<b>4.6</b>	<b>Análise ou tratamento de dados.....</b>	<b>43</b>
<b>4.7</b>	<b>Aspectos éticos da pesquisa.....</b>	<b>43</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>45</b>
<b>5.1</b>	<b>Caracterização sociodemográfica, obstétrica e clínica das mulheres.</b>	<b>45</b>
<b>5.2</b>	<b>Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde das gestantes de alto risco.....</b>	<b>49</b>
<b>5.3</b>	<b>Fatores associados às QVRS de gestantes de alto risco.....</b>	<b>54</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>62</b>
<b>6.1</b>	<b>Caracterização sociodemográfica, obstétrica e clínica das gestantes de alto risco.....</b>	<b>62</b>

<b>6.2</b>	<b>Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes.....</b>	<b>66</b>
<b>6.3</b>	<b>Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes de alto risco.....</b>	<b>71</b>
<b>7</b>	<b>PRODUTOS.....</b>	<b>78</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>79</b>
<b>9</b>	<b>LIMITAÇÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES FUTURAS..</b>	<b>81</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>82</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>97</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>103</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O período gestacional é caracterizado por inúmeras mudanças no organismo materno, cenário em que ocorre um processo de adaptação sistêmica, providenciando um bom desenvolvimento do feto (SALGE *et al*, 2017). Dentre as alterações que ocorrem no organismo materno, estão as que afetam os sistemas cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, renal e de coagulação, entre outros, os quais são decorrentes de fatores hormonais e mecânicos (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2016).

As mudanças fisiológicas - anatômicas e metabólicas - são fundamentais para que a gestação ocorra de forma ideal. Tais modificações, em sua maioria, se resolvem ao fim da gravidez, sem comprometer a saúde materna e neonatal, apesar do fato de algumas destas causarem sintomas desconfortáveis à mulher, como a ocorrência de dor lombar, dor hipogástrica, câimbras, náuseas e vômitos, constipação, dentre outros (FREITAS *et al*, 2011).

Além das mudanças físicas, as alterações psicológicas, decorrentes de oscilações hormonais, podem dificultar a adaptação ao período gestacional, bem como podem causar sofrimentos, que influenciam no bem-estar materno-fetal. Essas mudanças são enfrentadas de uma maneira particular por cada mulher e representam um provável agente estressor (VIEIRA; PARIZOTTO, 2013).

A atenção prestada à gestante deve se dar de forma humanizada e, principalmente, individualizada, uma vez que cada mulher pode apresentar necessidades diferentes, relacionadas não só ao âmbito clínico, mas também ao social e ao psicológico. Dessa forma, a assistência pré-natal requer dos profissionais de saúde conhecimentos, habilidades e atitudes que permitam à mulher vivenciar esse período de modo seguro, garantindo rápida intervenção e direcionamento aos problemas de saúde identificados. Ademais, ressalta-se a importância do risco gestacional ser avaliado a cada consulta (BRASIL, 2012).

A gestação de risco habitual, como também é conhecida, consiste em uma condição especial na vida da mulher e remete o envolvimento de todos que com ela convivem, como o parceiro, os familiares e a comunidade. No âmbito da assistência, em meio à ausência de condições clínicas e/ou sociais adversas, o enfermeiro deve priorizar a prestação de cuidados preventivos e as ações educativas, estabelecendo uma relação de confiança e mantendo vínculo com a paciente.

Já a gestação de alto risco está relacionada a condições clínicas, biológicas ou sociais que fogem dos padrões de normalidade e que possuem potencial para prejudicar a evolução da gravidez. Em resumo, tais circunstâncias podem ser desfavoráveis tanto para a mãe, quanto para o feto ou recém-nascido. Mulheres com antecedentes obstétricos ruins, ou aquelas em situação de drogadição, assim com as mães portadoras de patologias graves e/ou crônicas constituem exemplos da condição citada acima, a qual incita maior probabilidade de complicação gestacional (BRASIL, 2012).

Em uma coorte realizada em Minas Gerais (MG), baseada em 1606 nascimentos, foi observada elevada incidência de gestação de alto risco, evidenciada em 50,2% dos casos avaliados, dentre os quais 28,7% estavam relacionados a complicações hipertensivas. Ressalta-se, ainda, que o risco gestacional manteve relação com resultados maternos e neonatais desfavoráveis (REIS *et al*, 2014).

Em adição, outra coorte, realizada no município de São Paulo, em 2012, com 55.404 gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), observou que 14,8% destas tiveram gestação de alto risco. Em conformidade à coorte realizada em MG, resultados maternos desfavoráveis foram diretamente relacionados ao alto risco gestacional (MOURA *et al*, 2018).

Vale ressaltar que o termo “alto risco gestacional” não remete sempre a maus resultados gestacionais, mas prediz que a mulher nesta condição necessita de maior monitoramento de saúde, a fim de se alcançar melhores resultados para o binômio (DAFLAPURKAR, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), cerca de 10% das gestantes com fatores de risco são acompanhadas no pré-natal de alto risco, visto que alguns fatores relacionados às condições sociodemográficas desfavoráveis, por exemplo, permitem que o acompanhamento seja feito pela equipe de atenção primária. Condições clínicas mais graves, como hipertensão, diabetes e doenças autoimunes, em contrapartida, requerem acompanhamento de alto risco.

Independente da classificação do risco gestacional, é necessário que a assistência seja realizada com qualidade, respeitando a singularidade de cada mulher, onde a equipe de saúde possa envolver a gestante e seus familiares através do apoio emocional e da troca de conhecimentos e experiências (OLIVEIRA *et al*, 2016).

É válido considerar que, no período gestacional, a mulher pode estar sujeita à limitação de enfrentamento psicológico das mudanças ocorridas na gestação, principalmente quando se trata de uma gestação de alto risco. Sob essa ótica, a assistência pré-natal possivelmente precisará fazer uso de uma abordagem biopsicossocial, para que uma condição de doença seja verdadeiramente compreendida e não interfira de modo significativo na qualidade de vida (QV) dessa mulher.

De acordo com o grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, o termo “Qualidade de Vida” trata de um conceito multidimensional e diz respeito à *“percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Em análise à literatura, observou-se que nos últimos anos, pesquisadores vêm mostrando maiores interesses pela QV, verificado pelo aumento do número de estudos a esse respeito, em diversas populações e condições de vida. Esse construto tem recebido múltiplos sinônimos, variando de acordo com a área de interesse dos pesquisadores. Considerando a sua complexidade e subjetividade, não há um consenso sobre a sua definição, porém é possível compreender que a condição abrange não só fatores relacionados à saúde, mas também outros elementos do cotidiano, como família, amigos e trabalho (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

No âmbito da saúde, a QV vem sendo tratada como “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde” (QVRS), uma abordagem que se refere aos aspectos diretamente relacionados a condições de saúde, incluindo a capacidade de viver sem doença, a existência de limitações ou o potencial de superação das incapacidades, para manter o bem-estar (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Oliveira e Mandú (2015), em estudo realizado em Cuiabá, identificaram uma importante lacuna na assistência pré-natal, no que se refere aos eventos não médicos. O cuidado, na maioria das vezes, mostra-se focado em condições clínicas das pacientes, ficando os demais aspectos, como o social e o emocional, menosprezados, apesar destes poderem influenciar diretamente na saúde dessas mulheres e de seus bebês.

Diante dessa realidade, em que os aspectos psicossociais são pouco abordados nas consultas, percebe-se que a QVRS de gestantes classificadas com alto risco precisa ser investigada.

Em pesquisa realizada no Canadá, através de um questionário de QVRS específico, verificou-se que a ocorrência de náuseas e vômitos na gravidez está relacionada diretamente com a QV das gestantes, tanto no aspecto físico quanto no mental. A hiperêmese gravídica, considerada uma forma mais grave dessa desordem, pode sugerir uma condição de estresse, afetando o convívio social e os aspectos sentimentais da paciente (LACASSE *et al*, 2008).

Nesse sentido, é percebida a importância do acompanhamento pré-natal de qualidade, ancorado na integralidade, em que seja possível conhecer a QVRS das pacientes assistidas, assim como identificar os fatores que influenciam o estabelecimento desta, para que a equipe possa planejar e oferecer cuidados de maneira holística. Profissionais da saúde, portanto, devem estar preparados para o reconhecimento de situações clínicas e não clínicas, as quais podem levar a maiores danos à saúde do binômio. Após o conhecimento dos principais domínios de QVRS afetados, diversas tecnologias poderão ser construídas com vistas a intervir nos fatores identificados, melhorando, assim, a assistência às gestantes.

Espera-se que a presente pesquisa possa contribuir para sanar as lacunas existentes acerca do conhecimento da QVRS das gestantes de alto risco e estimular a adoção de estratégias de intervenção pelos profissionais de saúde.

Diante do exposto, o presente estudo buscará responder ao seguinte questionamento: Quais os fatores que interferem na percepção de QVRS de gestantes atendidas no pré-natal de alto risco?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Analisar a qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes de alto risco.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar a percepção de qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes de alto risco;
- Descrever os principais domínios afetados na qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes de alto risco;
- Verificar a associação dos escores de qualidade de vida relacionada à saúde com as variáveis sociodemográficas, obstétricas e clínicas.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em gestantes

O conhecimento dos instrumentos relacionados à QV de gestantes utilizados nas pesquisas nacionais e internacionais é de grande relevância para sua avaliação, com vistas a adotar, no presente estudo, um instrumento completo, abrangente e que permita avaliar esse construto nas diversas condições clínicas apresentadas pelas gestantes de alto risco.

Na área da saúde, o uso de revisões é algo valioso. Mediante o desenvolvimento de uma revisão integrativa, é possível sintetizar os mais relevantes resultados de pesquisas, de forma rápida e prática, os quais servem para fundamentar as tomadas de decisão entre profissionais da saúde (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Dessa forma, optou-se pela realização de uma revisão integrativa, seguindo o rigor metodológico descrito por Soares *et al.* (2014), quais sejam: definição clara de problemas e hipóteses; critérios de seleção dos estudos; análise dos estudos selecionados, envolvendo dois revisores independentes; e apresentação detalhada dos resultados da análise, se possível em tabelas e quadros-síntese.

Na primeira etapa, formulou-se a seguinte pergunta norteadora: que instrumentos são utilizados na literatura científica para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes?

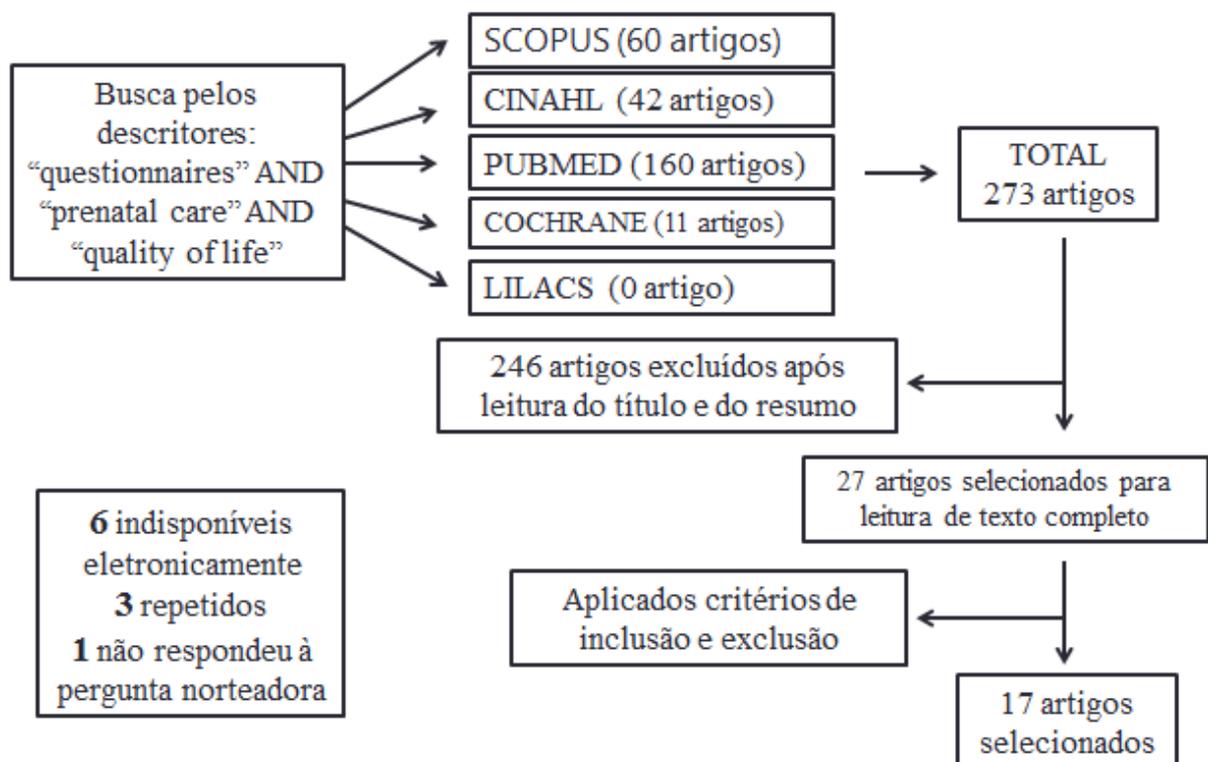
Na estratégia de busca e seleção dos estudos (segunda etapa), foram utilizadas as seguintes bases eletrônicas de dados bibliográficos: *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), e SCOPUS, além do *National Library of Medicine and National Institutes of Health* (PubMed) e da biblioteca Cochrane. O alcance ao conteúdo se deu a partir do acesso online ao portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), durante o mês de janeiro de 2018.

A terminologia em saúde utilizada foi consultada nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS), pelos quais se identificou os termos “*prenatal care*” e “*quality of life*” como descritores controlados. Além destes, o termo “*questionnaires*”, foi utilizado como descritor não controlado. Utilizou-se o operador booleano “AND” entre os descritores, no intuito de limitar os achados a artigos relacionados à questão norteadora do estudo.

Após a identificação, procedeu-se com a seleção dos artigos, a partir da adequação dos mesmos à pergunta norteadora e aos critérios de inclusão, isto é, artigos originais em português, inglês ou espanhol, com textos completos disponíveis nas bases de dados e que relatassem qual o instrumento utilizado para a avaliação da QV de gestantes. Não houve limitação de tempo nessa busca, na intenção de verificarmos a evolução temporal das pesquisas já realizadas nessa temática. Foram excluídos os artigos que não responderam à questão norteadora e aqueles que apareceram repetidamente em mais de uma base de dados.

O percurso de busca realizado está disposto na figura 1.

**Figura 1-** Fluxograma da seleção de artigos de pesquisa nas bases de dados Scopus, Cinahl, Pubmed, Cochrane e Lilacs de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Fortaleza, Ceará, 2018.



Fonte: elaborado pela autora.

Diante disso, a amostra final para essa revisão integrativa totalizou em 17 artigos.

Para a coleta e análise de dados (terceira etapa), utilizou-se um instrumento adaptado de Ursi (2005), o qual permitiu a síntese do conteúdo, sendo possível identificar diferentes aspectos que influenciaram na avaliação da QV. Nessa fase, definiu-se que as

variáveis investigadas seriam: Identificação da publicação (título, autores, ano e país e idioma da publicação); Base de dados e periódicos em que foram publicados; Objetivos da pesquisa; Delineamento e amostra; Instrumentos de QVRS utilizados; Nível de evidência.

Ressalta-se que a presente investigação considerou o nível de evidência conforme a classificação de Oxford (CEBM, 2009), conforme o quadro 1.

**Quadro 1-** Níveis de evidência por tipo de estudo. Fortaleza, Ceará, 2018.

<b>Nível de evidência</b>	<b>Tipos de estudo</b>
1A	Revisões sistemáticas e metanálises de ensaios clínicos comparáveis. Estudos controlados randomizados bem delineados com desfecho clínico relevante.
1B	Estudos controlados randomizados com estreito intervalo de confiança.
1C	Resultados do tipo “tudo ou nada”. Estudo de série de casos controlados.
2A	Revisão sistemática homogênea de estudos de coorte (com grupos de comparação e controle de variáveis).
2B	Estudo de coorte com pobre qualidade de randomização, controle ou sem acompanhamento longo, estudo de coorte transversal.
2C	Resultados de pesquisas (observação de resultados terapêuticos ou evolução clínica).
3A	Revisão sistemática homogênea de estudos de caso com grupo controle.
3B	Estudos de caso com grupo-controle.
4	Relatos de caso e série sem definição de caso-controle.
5	Opinião de autoridades respeitadas ou especialistas. Revisão da literatura não sistemática.

Fonte: Oxford Centre Evidence-Based Medicine (CEBM, 2009).

Após uma leitura minuciosa dos artigos na íntegra, os dados foram analisados e interpretados, possibilitando um agrupamento de forma a facilitar a integração entre os achados, a partir de onde emergiram duas categorias. Vale ressaltar que a análise requereu a tradução, a leitura e a releitura dos artigos, a fim de minimizar erros de interpretação.

Na quarta etapa ocorreu a apresentação dos resultados. A caracterização dos estudos foi consolidada no Quadro 2 e, em seguida, os achados foram divididos conforme a categorização, onde puderam ser discutidos detalhadamente.

**Quadro 2** – Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo autores, ano de publicação, país de origem, idioma, periódicos, objetivos, delineamento, instrumentos utilizados e definição de QV. Fortaleza, Ceará, 2018.

	<b>Autores, ano de publicação, país de origem e idioma</b>	<b>Base de dados e periódico em que foram publicados</b>	<b>Título dos artigos</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Delineamento e amostra</b>	<b>Instrumentos de Qualidade de Vida utilizados</b>	<b>Avaliação da Qualidade de Vida/ Nível de Evidência</b>
1	Larrabee <i>et al.</i> , (1996) / Estados Unidos / Inglês	SCOPUS Medicine: Obstetrics and Gynecology	Quality of life assessment in pregnant women with the human immunodeficiency virus.	Descrever a qualidade de vida percebida e o estado funcional das mulheres com vírus da imunodeficiência humana (HIV) durante os períodos pré-natal, perinatal e pós-parto.	Estudo caso-controle, longitudinal e quantitativo com 42 mulheres no período pré-natal, perinatal e pós-natal.	SF-36	Genérica/ 3B
2	Drescher <i>et al.</i> , (2003) / Texas / inglês	SCOPUS American Journal of Obstetrics and Gynecology	Perceived quality of life in pregnant adolescent girls.	Descrever a qualidade de vida percebida e o estado funcional das adolescentes grávidas.	Estudo descritivo, exploratório, com 42 adolescentes de 14 a 18 anos no período pré-natal.	SF-36	Genérica/ 4
3	Lacasse <i>et al.</i> , (2008) / Canadá / Inglês	SCOPUS BJOG: An International Journal of Obstetrics and	Nausea and vomiting of pregnancy: what about quality of life?	Determinar o impacto de NVP e outros determinantes da QV genérica e específica para a NVP	Estudo de coorte prospectiva observacional com 367 gestantes com 18	SF-12; NVP-QoL.	Genérica e Específica/ 2B

		Gynecology		no primeiro trimestre da gravidez.	anos ou mais e com menos de 16 semanas de gravidez atendidas no pré-natal.		
4	Nicholson <i>et al.</i> , (2006) / Baltimore / inglês	SCOPUS American College of Obstetrics and Gynecology	Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life in Early Pregnancy	Estimar a associação independente de sintomas depressivos com qualidade de vida relacionada à saúde entre um grupo diversificado de mulheres no início da gravidez.	Estudo transversal com 175 mulheres grávidas que receberam cuidado pré-natal.	SF-36	Genérica/ 4
5	Li <i>et al.</i> , (2012) / China / inglês	SCOPUS Maternal and Child Health Journal	Health-Related Quality of Life Among Pregnant Women With and Without Depression in Hubei, China	Calcular a prevalência de depressão durante a gravidez; Explorar a relação entre as características de depressão da amostra e a qualidade de vida; Identificar preditores de saúde física e mental entre mulheres grávidas.	Estudo de coorte, exploratório e transversal com 454 mulheres grávidas.	SF-36	Genérica/ 2B
6	Lau, Y.; Yin, L. (2011) / China / inglês	SCOPUS Midwifery	Maternal, obstetric variables, perceived stress and health-related quality of life	Identificar associações entre variáveis demográficas,	Estudo exploratório, transversal e quantitativo, com	SF-12	Genérica/ 4

			among pregnant women in Macao, China.	socioeconômicas e obstétricas e qualidade de vida relacionada à saúde com estresse percebido entre as mulheres grávidas chinesas de Macau.	1151 mulheres grávidas no segundo trimestre da gravidez.		
7	Chae <i>et al</i> (2017) / EUA / inglês	SCOPUS / Arch Womens Ment Health	Promoting improved social support and quality of life with the Centering Pregnancy group model of prenatal care	Determinar se a participação no modelo Centering Pregnancy® (CP) melhoraria os indicadores psicossociais da saúde, bem como a continuação do aleitamento materno.	Estudo de coorte prospectiva com 341 mulheres, 221 no grupo padrão e 120 mulheres no grupo CP.	WHOQOL-Brief	Genérica/ 2B
8	Silveira, M. P. T.; Silveira, M. F.; Müller, C. H., (2016) / Brasil / inglês	SCOPUS / Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	Quality of Life of Pregnant Women Living with HIV/AIDS	Avaliar a qualidade de vida de gestantes com sorologia positiva para o HIV através do instrumento Target Quality of Life (HAT-QoL).	Estudo descritivo e transversal com 45 mulheres grávidas HIV (+).	HIV / HAT-QoL	Específica/ 4
9	Dodd <i>et al</i> , (2016) / Austrália / inglês	SCOPUS / Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica	The effect of antenatal dietary and lifestyle advice for women who are overweight or obese	Avaliar o efeito do aconselhamento dietético e de estilo de vida dado às mulheres com excesso de peso	Ensaio clínico randomizado com 1933 mulheres com gestação única,	SF-36	Genérica 1B

			on emotional well-being: the LIMIT randomized trial.	ou obesidade durante a gravidez na qualidade de vida materna, ansiedade e risco de depressão e satisfação com os cuidados.	entre 10 e 20 semanas, com índice de massa corporal igual ou maior que 25 kg/m <sup>2</sup> .		
10	Tirado <i>et al</i> , (2014) / Brasil / inglês e português	SCOPUS / Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	Quality of life of pregnant women infected with the human immunodeficiency virus (HIV) in the city of São Paulo	Avaliar a qualidade de vida (QV) de gestantes infectadas pelo HIV, utilizando o questionário HIV/AIDS - <i>Targeted Quality of Life</i> (HAT-QoL).	Estudo descritivo e transversal com 60 gestantes infectadas pelo HIV.	HIV / HAT-QoL	Específica 4
11	Kolu, P.; Raitanen, J.; Luoto, R., (2014) / Finlândia / inglês	CINAHL Maternal and Child Health Journal	Physical Activity and Health-Related Quality of Life During Pregnancy: A Secondary Analysis of a Cluster-Randomised Trial.	Avaliar o papel da atividade física antes e durante a gravidez na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).	Estudo de caso-controle, longitudinal, com 338 mulheres grávidas que realizavam atividade física.	15-D	Genérica 3B
12	Setse <i>et al</i> , (2009) / Baltimore / inglês	CINAHL Maternal and Child Health Journal	Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery the Health Status in Pregnancy (HIP) study.	Estimar a prevalência de sintomatologia depressiva durante a gravidez e o puerpério e estimar o efeito independente da sintomatologia depressiva na QVRS	Estudo longitudinal, com 200 mulheres no pré-natal e puerpério.	SF-36	Genérica 4

				durante a gravidez e após o parto.			
13	Moimaz <i>et al</i> , (2016) / Brasil / inglês	PUBMED Acta Odontologia Latinoamericana	Influence of oral health on quality of life in pregnant women	Avaliar as relações entre as condições bucais e a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Oral, bem como fatores relacionados.	Estudo transversal com 120 gestantes.	OHIP-14	Específica 4
14	Emmanuel, E. N.; Sun, J. (2014) / Austrália / inglês	PUBMED Journal of Clinical Nursing	Health related quality of life across the perinatal period among Australian women.	Investigar as características significativas da qualidade de vida relacionada à saúde e examinar as mudanças ao longo do tempo durante o período perinatal.	Estudo de coorte prospectiva com 363 mulheres no final da gravidez e com 6 e 12 semanas após o parto.	SF-12	Genérica 2B
15	Rezaei, E.; Moghadam, Z. B.; Saraylu, K (2013) / Iran	PUBMED Journal of Family and Reproductive Health	Quality of life in pregnant women with sleep disorder.	Avaliar a qualidade de vida de gestantes com desordens do sono no segundo trimestre de gravidez.	Estudo transversal com 100 gestantes com distúrbios do sono durante o segundo trimestre de gravidez.	WHOQOL-Bref	Genérica 4
16	Shishehgar <i>et al</i> , (2014) / Iran /	PUBMED Global Journal of Health Science	Perceived pregnancy stress and quality of life amongst Iranian	Avaliar o papel da QV nas taxas de estresse da gravidez e explorar a relação entre a taxa de estresse materno e	Estudo transversal e quantitativo com 210 gestantes.	WHOQOL-Bref	Genérica 4

---

os quatro domínios da QV.							
17	Bahadoran, P; Mohamadirizi, S, (2015) / Iran / inglês	PUBMED Iran Journal of Nursing andMidwifery shearch	Relationship between physical activity and quality of life in pregnant women.	Determinar a relação entre a atividade física e a qualidade de vida de mulheres grávidas.	Estudo transversal e correlacional, com 380 gestantes.	WHOQOL- <i>Bref</i>	Genérica 4

---

O quadro 2 sumariza as características dos estudos incluídos na revisão. Em relação ao ano de publicação, verificou-se que no ano de 2014 foram publicados quatro estudos relacionados ao tema e em 2016, três estudos. Nos demais anos - 1996, 2003, 2006, 2008, 2009, 2011, 2013, 2015 e 2017 - foi verificada a publicação de um artigo por ano. Percebe-se que o interesse em avaliar a QV de gestantes não é antigo e, em uma análise temporal, esse resultado nos remete a acreditar que há um aumento de interesse dos pesquisadores em relação à QV de mulheres grávidas.

Considera-se que o crescimento percebido se relaciona à busca de amadurecimento no conceito do termo, visto a sua multidimensionalidade. Dentre as tendências, está a abordagem da QVRS, frequente na literatura atual, a qual retrata aspectos diretamente relacionados às condições de saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

Dentre os estudos incluídos na presente revisão, três foram publicados no periódico *Maternal and Child Health Journal* e dois na *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Os demais periódicos foram representados com uma publicação cada.

Quanto ao país de origem, evidenciou-se que cinco estudos foram desenvolvidos nos Estados Unidos, enquanto Irã e Brasil foram representados por três estudos cada. Em seguida, verificaram-se dois estudos na China, na Austrália e no Canadá. No que se refere ao idioma, todos os artigos foram publicados na língua inglesa e somente um estudo teve sua publicação, também, em língua portuguesa.

Com base no delineamento, foram encontrados três estudos descritivos, dois exploratórios, cinco prospectivos / longitudinais, sete transversais, um correlacional, quatro de abordagem quantitativa, quatro coortes, um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) e dois estudos do tipo caso-controle. Quanto ao nível de evidência científica, a maior parte dos estudos foi de nível IV.

Os instrumentos que avaliam a QV podem ser classificados como genéricos, os quais são projetados para serem aplicáveis em diferentes populações e intervenções, ou específicos, que são mais apropriados para intervenções específicas ou em certas subpopulações. A escolha do instrumento pode se dar de acordo com o propósito de cada pesquisador, a depender das características da população e do ambiente em que a avaliação é realizada (COONS *et al*, 2000).

Na presente pesquisa, as referências encontradas utilizaram principalmente instrumentos genéricos de QV (14 / 82,3%). O SF-36 foi utilizado em seis estudos, ao passo

que o World Health Organization Quality of Life Scale Brief Version (WHOQoL-*Bref*) foi usado em quatro e o Medical Outcomes Studies 12-item Short-form Health Survey (SF-12) foi utilizado em três estudos. Em menor escala, identificou-se o 15-Dimension Questionnaire (15-D), em um artigo. Instrumentos específicos de avaliação da QV em gestantes também foram evidenciados, a saber: HIV/Aids Targeted Quality of Life (HAT-QoL) utilizado em dois estudos e Nausea and Vomiting of Pregnant-specific Quality of Life (NVP-QoL) e Oral Health Impact Profile – Short-form (OHIP-14) vistos em um artigo cada. Apenas um estudo associou um instrumento genérico a um instrumento específico.

Diante da variedade de instrumentos utilizados para avaliar a QV de gestantes e, considerando que a escolha do instrumento pode variar conforme a abordagem e objetivo da pesquisa, as duas categorias para discussão minuciosa de cada artigo foram definidas, a saber: (1) Instrumentos genéricos utilizados para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes e (2) Instrumentos específicos utilizados para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes.

### **3.2 Instrumentos genéricos utilizados para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes**

Em 14 artigos analisados, representando a maioria, o instrumento utilizado para avaliação da QVRS de gestantes foi do tipo genérico. Destes, apenas um estudo fez uso da combinação de um instrumento genérico com um específico (LACASSE *et al*, 2008).

O principal instrumento genérico verificado foi o SF-36, visto em seis artigos analisados (LARRABEE *et al*, 1996; DRESCHER *et al*, 2003; NICHOLSON *et al*, 2006; LI *et al*, 2011; DODD *et al*, 2016; SETSE *et al*, 2006). O instrumento WHOQoL-*Bref* foi utilizado em quatro estudos (CHAE *et al*, 2016; REZAEI; MOGHADAM; SARAYLU, 2013; SHISHEHGAR *et al*, 2014; BAHADORAN; MOHAMADIRIZI, 2015), seguido do SF-12, o qual foi utilizado em três estudos (LACASSE *et al*, 2008; LAU; YIN, 2010; EMMANUEL; SUN, 2014). O 15-D foi utilizado apenas em um estudo (KOLU; RAITANEN; LUOTO, 2014).

O SF-36 é um instrumento criado por Ware e Sherbourne (1992), originalmente em língua inglesa. Teve sua tradução e validação cultural para o Brasil realizada por Ciconelli (1997). É composto por 36 itens relacionados à vida diária e suas limitações devido a

problemas de saúde, o que possibilita tanto a avaliação dos aspectos negativos da saúde quanto dos aspectos positivos. Os itens são dispostos em oito domínios, os quais representam as dimensões de QV: capacidade funcional, aspecto físico, dor, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional, saúde mental e estado geral de saúde. As oito dimensões são avaliadas em uma escala padronizada de 0-100, na qual o escore mais alto representa um estado de melhor saúde, enquanto o mais baixo representa o pior resultado (CICONELLI, 1997).

Após análise dos seis estudos que utilizaram o instrumento SF-36 para avaliação da QVRS, foi possível verificar que todos incluíram gestantes em condições adversas, dos quais um comparou os dados obtidos na pesquisa aos dados de uma população em geral (DRESCHER *et al*, 2003), quatro fizeram comparação com gestantes do próprio estudo, com e sem as adversidades em questão (LARRABEE *et al*, 1996; NICHOLSON *et al*, 2006; LI *et al*, 2011; SETSE *et al*, 2006) e um comparou dois grupos semelhantes após intervenção (DODD *et al*, 2016).

Além do SF-36, instrumentos como o *Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale*, a *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*, a *Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* e o *Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ)* foram utilizados para uma avaliação mais detalhada.

As oito dimensões destacadas no SF-36 puderam ser analisadas em mulheres vivendo em condições normais e adversas. Em resumo, percebe-se que condições adversas estão relacionadas à diminuição dos escores de QVRS das gestantes (LARRABEE *et al*, 1996; DRESCHER *et al*, 2003; NICHOLSON *et al*, 2006; LI *et al*, 2011; SETSE *et al*, 2006).

Os autores recomendam o rastreio de sintomatologia depressiva (NICHOLSON *et al*, 2006; LI *et al*, 2011; SETSE *et al*, 2006), assim como uma melhor avaliação dos dados sociodemográficos e das condições clínicas (LI *et al*, 2011) das gestantes por intermédio de ferramentas de triagem pré-natal e ratificam a necessidade de fortalecer a educação e o apoio às gestantes, no intuito de melhorar o bem-estar materno (LARRABEE *et al*, 1996). Ademais, três estudos recomendaram pesquisas longitudinais para aprofundamento do construto (LARRABEE *et al*, 1996; NICHOLSON *et al*, 2006; LI *et al*, 2011).

Uma análise temporal da influência da gestação sobre a QVRS revela o caráter essencial de investigar com mais afinco essa condição, principalmente em sua versão de maior risco à QV.

O WHOQoL-*bref* foi aplicado em quatro estudos. Tal instrumento foi desenvolvido em 1998 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e foi validado na versão português em 2000 (FLECK *et al*, 2000). O questionário é composto por 26 questões, sendo duas questões relacionadas à QV geral e saúde geral e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Isto é, no WHOQOL-*bref* cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Ademais, o instrumento é composto por quatro domínios, a saber: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (THE WHOWOL GROUP, 1998).

Em uma revisão cujo objeto de pesquisa foi o instrumento WHOQoL-*bref*, foi possível verificar que o mesmo proporciona boa praticidade, considerando o seu tamanho e a sua aplicabilidade, que pode se dar tanto em populações saudáveis quanto em populações com algum tipo de acometimento de saúde. Tal característica possibilita o desenvolvimento de pesquisas envolvendo uma diversidade maior de populações, favorecendo novos conhecimentos e contribuindo para a tomada de decisões com mais propriedade, com foco na melhoria da QV (KLUTHCOVISKY; KLUTHCOVISKY, 2009).

Dentre os estudos que fizeram uso do WHOQoL-*bref* como instrumento de pesquisa, um foi do tipo prospectivo (CHAE *et al*, 2016) e três tiveram caráter transversal (REZAEI; MOGHADAM; SARAYLU, 2013; SHISHEHGAR *et al*, 2014; BAHADORAN; MOHAMADIRIZI, 2015). Quanto aos objetivos, apenas um deles teve como principal foco avaliar a QV de gestantes (REZAEI; MOGHADAM; SARAYLU, 2013). Os outros três avaliaram a QV a fim de relacioná-la à assistência pré-natal em grupo, às taxas de estresse na gravidez e à prática de atividade física (CHAE *et al*, 2016; SHISHEHGAR *et al*, 2014; BAHADORAN; MOHAMADIRIZI, 2015). Para tanto, observou-se que em um estudo, o único instrumento utilizado foi o da OMS, enquanto os demais associaram instrumentos diversos, a saber: EPDS, *Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2), *Social Support Appraisals Scale* (SS-A) (CHAE *et al*, 2016), *Specific-Pregnancy Stress Questionnaire* (SHISHEHGAR *et al*, 2014) e *Pregnancy Physical Activity Questionnaire*, além de formulários contendo dados gestacionais e sociodemográficos, desenvolvidos pelos autores das pesquisas (BAHADORAN; MOHAMADIRIZI, 2015).

No que se refere à população em estudo, uma das pesquisas avaliou gestantes com distúrbios do sono (REZAEI; MOGHADAM; SARAYLU, 2013), enquanto as demais avaliaram gestantes saudáveis (CHAE *et al*, 2016; SHISHEHGAR *et al*, 2014; BAHADORAN; MOHAMADIRIZI, 2015). À respeito da fase gestacional, dois estudos

avaliaram sua amostra em um período restrito da gravidez, sendo um o segundo trimestre (REZAEI; MOGHADAM; SARAYLU, 2013) e outro o terceiro trimestre gestacional (BAHADORAN; MOHAMADIRIZI, 2015), enquanto os demais incluíram gestantes em qualquer trimestre (CHAE *et al*, 2016; SHISHEHGAR *et al*, 2014).

Em terceiro lugar, o questionário SF-12 foi verificado em três estudos. O SF-12 foi desenvolvido por Ware, Kosinski e Keller (1994). No Brasil, a escala teve sua versão traduzida para o português e validada em 2004 em uma população com doença pulmonar obstrutiva crônica (CAMELIER, 2004).

É composto por doze itens e avalia oito dimensões, derivadas do SF-36, relacionadas à QV, considerando a percepção do indivíduo em relação aos aspectos de sua saúde nas últimas quatro semanas. Assim como a SF-36, as respostas são distribuídas em uma escala do tipo Likert e variam em uma pontuação de 0 a 100, sendo os maiores escores associados a melhores níveis de QV. Por meio de um algoritmo próprio do instrumento, dois escores podem ser mensurados: o componente físico (Physical Component Summary ou PCS) e o componente mental (Mental Component Summary ou MCS) (WARE; KOSINSKI; KELLER, 1996).

Dentre os estudos que utilizaram o instrumento SF-12, percebeu-se que um foi de corte transversal (LAU; YIN, 2010) e dois foram de caráter prospectivo (LACASSE *et al*, 2008; EMMANUEL; SUN, 2014). Quanto aos objetivos, apenas um estudo teve como foco principal avaliar a QV, através de uma análise temporal das mudanças na percepção de QVRS no período perinatal (EMMANUEL; SUN, 2014). O estudo de Lacasse *et al*. (2008), por sua vez, buscou avaliar a QV associada à presença de náuseas e vômitos na gravidez. Por último, a pesquisa realizada por Lau e Yin (2010) objetivou avaliar a associação de QVRS e outras variáveis com o estresse percebido em gestantes. Em resumo, os estudos que utilizaram o SF-12 avaliaram gestantes no primeiro, segundo e terceiro trimestre.

Quanto aos instrumentos, um artigo fez uso da *Perceived Stress Scale* (PSS) (LAU; YIN, 2010) e um fez uso da EPDS (EMMANUEL; SUN, 2014), além do instrumento SF-12, de avaliação da QVRS.

Lacasse *et al*. (2008), em caráter diferenciado, usou a combinação da análise de QV genérica e específica, a partir da aplicação de um instrumento para mensurar a QVRS da população geral e de um instrumento específico, adaptado à população que sofre de uma condição clínica. Segundo os autores, o uso dessa combinação fornece informações

complementares, uma vez que medidas genéricas garantem os aspectos da saúde funcional e do bem-estar das mulheres e permite a comparação em diferentes condições de saúde e a medida específica melhora a detecção de um aspecto particular, mas clinicamente importante, em relação a esta condição médica específica.

Em conformidade aos estudos analisados anteriormente, percebe-se que o acometimento dos componentes físico e mental da SF-12 está intrinsecamente associado à presença de condições adversas na gestação, por isso a importância de gerenciar tais condições. Os autores reforçam, para isso, o uso de intervenções educacionais durante o acompanhamento pré-natal (LACASSE *et al*, 2008).

Consoante ao encontrado nos demais artigos, Emmanuel e Sun (2014) reforçam a necessidade de melhorar o processo investigativo de fatores que interferem na QVRS durante o acompanhamento pré-natal. Os enfermeiros devem estar preparados para identificar as variáveis relacionadas à QVRS, assim como para gerenciá-las, de modo que favoreça uma melhora desta. Para tanto, a equipe poderá investir em intervenções educativas.

Em menos escala, verificou-se que o instrumento genérico 15-D foi utilizado em um único estudo, o qual é do tipo caso-controle e longitudinal, para avaliar o papel da atividade física antes e durante a gestação na QVRS, num cenário de gestantes com fatores de risco para diabetes mellitus gestacional (DMG) (KOLU; RAITANEN; LUOTO, 2014). As dimensões do 15-D são: mobilidade, visão, audição, respiração, sono, alimentação, fala, excreção, atividades habituais, função mental, desconforto e seus sintomas, depressão, angústia, vitalidade e atividade sexual. Além das dimensões relacionadas à saúde física e mental, um escore geral de QVRS pode ser expresso, por um índice de 0 a 1, onde 1 prediz uma ótima QV e 0 indica óbito (SINTONEN, 2018).

Além do instrumento de QV, os pesquisadores utilizaram um instrumento para coletar dados sobre a atividade física. Em análise, para os autores desta pesquisa, apesar do instrumento 15-D ter revelado algumas diferenças entre os grupos, uma maneira de medir a QV mais sensível à gravidez poderia ter sido usada ao invés do 15-D, especialmente por que vários componentes, como audição, alimentação e fala, permaneceram os mesmos durante a gravidez (KOLU; RAITANEN; LUOTO, 2014).

Em resumo, estudos baseados em uma definição genérica de QVRS tendem a avaliar amostras formadas por pessoas saudáveis, em diferentes populações e, até mesmo, compará-las, envolvendo a análise de aspectos gerais dos indivíduos. Entretanto, estudos que

fazem uso de instrumentos genéricos também são úteis para avaliar amostras com diferentes adversidades, tais como gestantes em condição de obesidade, com HIV e com depressão, ratificando o caráter multidimensional da QV.

### **3.3 Instrumentos específicos utilizados para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes**

Em três artigos analisados, representando a minoria, o instrumento utilizado para avaliação da QV de gestantes foi do tipo específico. Destes, apenas um estudo fez uso da combinação do instrumento específico com um genérico (LACASSE *et al*, 2008).

O instrumento específico HAT-QoL foi verificado em dois estudos, os quais foram desenvolvidos com o objetivo de avaliar a QV de gestantes infectadas pelo vírus HIV, em qualquer período da gravidez, a partir de uma investigação transversal e descritiva (SILVEIRA; SILVEIRA; MÜLLER, 2016; TIRADO *et al*, 2014).

O HAT-QoL, desenvolvido por Holmes e Shea (1997), traduzido e validado para o português, adaptado culturalmente e avaliado em suas propriedades psicométricas por Soárez *et al*. (2009), é constituído por 34 itens, dispostos em nove dimensões, a saber: função geral, satisfação com a vida, preocupações com a saúde, preocupações financeiras, preocupações com medicamentos, aceitação do HIV, preocupações com a divulgação e confiança no provedor.

Para Tirado *et al*. (2014), que conseguiram alcançar o objetivo proposto, tal instrumento se mostrou o mais adequado para gestantes nessa condição, por ser destinado especificamente à essa população. Nesta amostra, a QVRS apresentou-se de regular a boa.

Em contrapartida, o estudo de Silveira, Silveira e Müller (2016) não deixou claro o nível de QV dessas gestantes, como proposto em seus objetivos, apesar de os autores terem evidenciado que a dimensão mais afetada foi divulgação de informações, seguida de preocupações financeiras e aceitação do HIV, e a de melhor pontuação foi preocupação com medicamentos. Os autores de ambas as pesquisas trouxeram como limitação o tamanho da amostra.

O estudo de Moimaz *et al*. (2016), do tipo transversal, foi desenvolvido com gestantes no terceiro trimestre gestacional e objetivou avaliar as condições bucais e seu impacto na QV de gestantes. Para tanto, verificou-se que os instrumentos utilizados foram o

OHIP-14 é um inquérito contendo dados socioeconômicos, gestacionais e de saúde. O OHIP-14 foi desenvolvido por Slade (1997) e validado transculturalmente por Oliveira e Nadanovsky (2005). O instrumento aborda os seguintes domínios: limitações funcionais, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, deficiência psicológica, incapacidade social e desvantagem nas atividades diárias. Os itens possuem respostas em escala do tipo Likert, de 0 – 5, e o escore total pode variar de 0 – 56, onde escores mais altos revelam uma pior QV.

Uma relação significativa foi evidenciada através do uso do OHIP-14, o qual refletiu, através de seus escores, que uma pior condição de saúde bucal está relacionada a menores níveis de QV, principalmente nas pacientes que apresentaram alguma condição clínica (MOIMAZ *et al*, 2016).

De acordo com os autores das pesquisas, a evidência da necessidade de tratamento odontológico de uma população específica é um passo importante no planejamento de políticas de saúde, sendo a aplicação do questionário OHIP-14 uma complementação ao exame clínico, permitindo entender melhor a percepção do indivíduo sobre sua saúde e necessidade percebida de tratamento (MOIMAZ *et al*, 2016).

O instrumento NVP-QoL foi utilizado por Lacasse *et al*. (2008), em caráter diferenciado, visto que o autor usou a combinação da análise de QV genérica e específica em uma pesquisa observacional e prospectiva. Segundo os autores, o uso dessa combinação fornece informações complementares, estando a medida específica responsável por melhorar a detecção de um aspecto particular, mas clinicamente importante, em relação a esta condição médica específica. Sob esse olhar, tal instrumento foi aplicado especificamente naquelas gestantes que relataram sofrer de náuseas e vômitos específicos da gestação (NVP).

Os autores observaram que entre as mulheres que sofriam de náuseas e vômitos, a intensidade dos sintomas e o uso de métodos de alívio não farmacológicos contribuíram para uma pior QV específica da NVP, enquanto ter maior idade gestacional (IG) e possuir um plano de saúde foram fatores associados a uma melhor QV específica da NVP. Portanto, profissionais de saúde devem levar em conta o impacto da NVP na QV das gestantes. Além disso, o uso de instrumentos de avaliação da QVRS pode levar a uma assistência mais direcionada, favorável e resolutiva (LACASSE *et al*, 2008).

O NVP-QoL consiste em um instrumento confiável e válido, conforme verificado por Lacasse e Berard (2008), em uma população de mulheres que relataram náuseas e vômitos

no primeiro trimestre da gravidez. O questionário mede a QVRS na última semana e contém 30 itens dispostos em escala do tipo Likert, de sete pontos. O escore total pode ser obtido somando-se os 30 itens (20º item invertido) e pode variar entre 30 e 210 pontos. Escores menores revelam uma melhor QVRS.

Como já dito anteriormente, infere-se do termo QVRS uma associação com aspectos diretamente relacionados a enfermidades ou a intervenções em saúde. A especificidade do termo nos incita a buscar meios específicos de avaliação da QV, porém, considerando o conceito multidimensional do construto, acredita-se que instrumentos específicos de avaliação podem desprezar demais fatores que ultrapassam o âmbito saúde.

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Tipo e natureza do estudo**

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, exploratório e de corte transversal.

A pesquisa exploratória apresenta-se com a finalidade de proporcionar mais informações acerca do assunto que será investigado (PRODANOV E FREITAS, 2013).

Por sua vez, entende-se como transversal a coleta de dados realizada em um único momento (SAMPIERI, 2013). Tal delineamento é útil quando se deseja descrever as variáveis e os seus padrões de distribuição em uma determinada população (HULLEY *et al*, 2015).

Quanto à natureza do estudo, foi utilizada a abordagem quantitativa, a qual utiliza a coleta e a análise de dados com o intuito de responder questões e testar hipóteses previamente estabelecidas, baseando-se na medição numérica - podendo fazer uso de análise estatística - e propõe generalizar os resultados do estudo a partir de uma amostra representativa, determinando com exatidão os padrões de comportamento de uma população (SAMPIERI, 2013).

### **4.2 Período e local do estudo**

A pesquisa foi desenvolvida na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), vinculada à Universidade Federal do Ceará, localizada em Fortaleza. A instituição é de caráter terciário e consiste em uma das unidades de referência para o pré-natal de alto risco, recebendo gestantes de todo o estado. Além disso, a MEAC é totalmente vinculada ao SUS, desse modo, não realiza qualquer atendimento particular ou a convênios. O acesso ao serviço se dá de forma eletiva, através de encaminhamento da Unidade Básica de Saúde ou por meio da emergência (BRASIL, 2017).

Conforme informações coletadas diretamente no local, a MEAC realiza, em média, 2.658 atendimentos por ano. O serviço de pré-natal de alto risco ocorre no ambulatório materno-fetal, o qual conta com o suporte multiprofissional à gestante, como enfermagem, psicologia, assistência social e nutrição, assim como diversas especialidades médicas além da obstetrícia (genética, psiquiatria, endocrinologia e cardiologia).

### **4.3 População e amostra**

Participaram da pesquisa todas as pacientes que realizaram consulta de pré-natal de alto risco na MEAC, no período da coleta de dados. As mulheres foram selecionadas por conveniência, conforme a ocorrência dos atendimentos de pré-natal. A amostra final foi composta por 276 gestantes de alto risco.

Foram adotados como critérios de inclusão gestantes que estavam em acompanhamento pré-natal de alto risco na referida maternidade, com diagnóstico confirmado de alto risco gestacional e que não apresentaram deficiência auditiva e/ou não estavam em surto psicótico, o que poderia prejudicar o desenvolvimento da entrevista.

### **4.4 Coleta de dados**

Os dados foram coletados durante os meses de agosto a novembro de 2018, a partir de visitas diárias realizadas ao ambulatório de pré-natal de alto risco, dentro do seu horário de funcionamento, de 7:00h às 19:00h. As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, além de duas colaboradoras voluntárias, as quais foram treinadas acerca da aplicação dos instrumentos de coleta de dados, com vistas a minimizar vieses. Ademais, também foram realizadas buscas nos prontuários e cartões de pré-natal, a fim de identificar com maior rigor as informações acerca da situação obstétrica das pacientes, a saber: o diagnóstico de alto risco, a idade gestacional e a paridade.

Após a identificação das gestantes passíveis de participar do estudo, as entrevistadoras as abordaram e ofertaram orientações sobre a pesquisa. Somente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE A) ou do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APENDICE B) as entrevistas foram realizadas.

As entrevistas ocorreram individualmente, em uma sala reservada e em momento oportuno – antes ou após as consultas. A sua duração média foi de 30 minutos.

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

A coleta de dados se deu a partir da aplicação de três instrumentos, sendo um abordando os dados sociodemográficos e clínico-obstétricos das gestantes (APÊNDICE C), e dois relacionados à QV, são eles: o *Medical Outcomes Study 36-item Short-form Health Survey* (SF-36) (ANEXO 1) e o *The Mother Generated Index* (MGI) versão brasileira (ANEXO 2).

Inicialmente foi aplicado um instrumento estruturado abordando variáveis sociodemográficas, tais como idade, naturalidade, residência, estado civil, religião, raça, escolaridade, ocupação, renda familiar, número de pessoas no domicílio, situação de moradia; e clínico-obstétricos, a saber: indicação de alto risco, queixas na gestação atual, estado nutricional, IG, início do pré-natal, planejamento gestacional, desejo da gravidez, antecedentes pessoais e gineco-obstétricos, uso de medicamentos, atividade sexual, atividade física, hábitos de sono, uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas.

Optou-se por utilizar o SF-36 por ser uma escala amplamente utilizada para avaliar a saúde relacionada à QV. Consiste em instrumento genérico, criado por Ware e Sherbourne (1992). Foi desenvolvido para obter uma estimativa subjetiva do estado funcional relacionado à saúde dos pacientes. Sua versão original foi feita em língua inglesa, mas teve sua tradução e validação cultural para o Brasil realizada por Ciconelli (1997). É composto por 36 itens relacionados à vida diária e suas limitações devido a problemas de saúde, o que possibilita tanto a avaliação dos aspectos negativos da saúde quanto dos aspectos positivos.

Ao ser concluído, resulta em uma classificação de oito domínios que representam as dimensões de QV: capacidade funcional, aspecto físico, dor, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional, saúde mental e estado geral de saúde. As oito dimensões são avaliadas em uma escala padronizada de 0-100, na qual o escore mais alto representa um estado de melhor saúde, enquanto o mais baixo representa o pior resultado (CICONELLI, 1997).

Ademais, elegeu-se o MGI (versão brasileira) como meio de buscar uma melhor compreensão acerca das áreas mais afetadas na vida dessas gestantes, visto que o inquérito avalia os aspectos da QV sob a ótica da própria mulher, fornecendo maior riqueza às informações obtidas. Embora não tenha sido evidenciado em nossa revisão, a escolha do MGI foi devido ao desejo de investigar as gestantes em diferentes condições adversas, o que não seria possível com um instrumento de QV específico.

Originalmente, foi desenvolvido por pesquisadores do Reino Unido (SYMON; MACDONALD; RUTA, 2002). Em 2013, o inquérito teve a sua tradução, adaptação e validação para uso no Brasil (RIBEIRO, 2013).

Estruturalmente, é dividido em três etapas. A primeira etapa consiste na identificação das áreas na vida da paciente que foram afetadas com a gravidez, assim como se estas foram positivas, negativas ou ambas / nenhuma. A segunda etapa trata-se da pontuação fornecida pela mulher, para cada uma das áreas citadas, acerca de como se sente no último mês, podendo a nota variar de zero a dez, em que zero é a pior nota e dez, a melhor. Por fim, a terceira etapa consiste na distribuição de 20 pontos entre as áreas afetadas, as quais devem corresponder ao grau de importância que cada aspecto tem sobre a QV, ou seja, quanto mais pontos, maior a importância (RIBEIRO, 2013).

## **4.5 Variáveis**

### **4.5.1 Variáveis preditoras**

Foram consideradas como variáveis preditoras: (1) histórico clínico-obstétrico (trimestre gestacional, número de filhos vivos, planejamento da gravidez, DMG, história de prematuridade, hipertensão arterial crônica (HAC), índice de massa corporal (IMC), internação na gestação e uso de medicamentos) e (2) condição sócio-demográfica (idade, escolaridade, renda familiar, situação conjugal, residência, raça e religião).

### **4.5.2 Variável desfecho**

A variável desfecho foi a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, medida por meio do cálculo final da SF-36.

## **4.6 Análise ou tratamento dos dados**

Os dados coletados relativos ao SF-36 e MGI (versão brasileira), assim como aos dados sociodemográficos e clínico-obstétricos, foram dispostos em banco de dados do

programa EXCEL. Após a compilação dos dados, foram realizadas análises descritivas através do programa estatístico *Jamovi*<sup>®</sup>, versão 0.9.

Nas variáveis numéricas, os dados foram apresentados em mediana e desvio-padrão. Realizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov e ShapiroWilk, a fim de verificar a normalidade de distribuição da amostra. Nas variáveis categóricas, os dados foram expostos em frequência e taxa de prevalência. Realizaram-se associações entre algumas variáveis. Na análise das características dos grupos, foi utilizado o teste *t* de Studart, a fim de identificar a associação entre as variáveis numéricas e a média do escore de QV. Foi aplicado o teste de Mann Whitney para as variáveis não paramétricas, assim como o teste de U de Kruskal Wallis. Na investigação de associação entre as variáveis categóricas foram utilizados o teste de qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher. O nível de significância assumido foi de 5% nos testes realizados.

Os dados obtidos foram apresentados em tabelas e, em seguida, foram analisados com base na literatura pertinente.

#### **4.7 Aspectos Éticos**

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da MEAC, conforme recomenda a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que se refere a pesquisas envolvendo seres humanos, e aprovado sob o parecer nº 2.742.477.

Às participantes da pesquisa foi garantido o cumprimento dos preceitos éticos da beneficência, da não maleficência e da justiça, bem como o direito ao anonimato da participante e sua autonomia quanto a participar da pesquisa sem qualquer prejuízo.

Ademais, foram respeitados os valores culturais, morais e religiosos, não havendo qualquer tipo de influência por parte dos entrevistadores. Foi fornecido o TCLE a todas as gestantes que concordaram em participar da pesquisa e, para aquelas menores de 18 anos, a realização da entrevista deu-se mediante a assinatura do TALE por um responsável.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Caracterização sociodemográfica, obstétrica e clínica das mulheres

A tabela 1 apresenta a distribuição de frequências das variáveis sociodemográficas das 276 gestantes de alto risco investigadas.

**Tabela 1-** Distribuição das gestantes de alto risco de acordo com as variáveis sociodemográficas (n=276). Fortaleza, CE, Brasil, 2018.

Variáveis sociodemográficas	n (%)	Mediana ( $\pm$ DP*)	Valor mín-máx
<b>Idade</b>			
Até 19	17 (6,2)	30 ( $\pm$ 6,72)	15-46
20 a 24	49 (17,7)		
25 a 34	139 (50,4)		
$\geq$ 35	71 (25,7)		
<b>Escolaridade</b>			
Analfabetismo	2 (0,7)		
Fundamental	57 (20,7)		
Médio	175 (63,4)		
Superior	42 (15,2)		
<b>Renda</b>			
Até 1 salário*	97 (35,2)	1.200 ( $\pm$ 1.063,04)	0-8000
Entre 1 e 3 salários	148 (53,6)		
Acima de 3 salários	28 (10,1)		
Não sabe/não respondeu	3 (1,1)		
<b>Estado civil</b>			
Solteira	42 (15,2)		
Casada/união estável	232 (84,1)		
Viúva/divorciada	2 (0,7)		
<b>Residência</b>			
Capital	222 (80,4)		
Demais cidades do estado	54 (19,6)		
<b>Raça</b>			
Branca	27(9,8)		
Preta	17(6,2)		
Parda	223(80,8)		
Amarela	9(3,2)		
<b>Religião</b>			
Católica	131 (47,5)		
Evangélica	111 (40,2)		
Outras	4 (1,4)		

Não tem 30 (10,9)

\*Valor do salário mínimo brasileiro no ano de ocorrência da coleta de dados desta pesquisa era de R\$ 954,00.

Com relação aos dados sociodemográficos, verificou-se que 139 (50,4%) gestantes estavam na faixa etária de 25 a 34 anos. A idade mínima encontrada foi 15 anos e a máxima, 46 anos. A idade mediana foi 30 anos, com desvio padrão (DP) de  $\pm 6,72$ .

No tocante à escolaridade, verificou-se que 175 (63,4%) gestantes estavam cursando ou haviam concluído o ensino médio. Apenas duas (0,7%) participantes afirmaram analfabetismo. Em anos de estudo, constatou-se que 217 (78,6%) mulheres apresentavam mais do que nove anos de estudo.

A renda familiar variou de R\$ 0,00 a R\$ 8.000,00, com uma mediana de R\$ 1.200,00. Categoricamente, a maioria das mulheres, 148 (53,6%), referiu renda familiar entre um e três salários mínimos e uma participante relatou viver exclusivamente de doações.

O estado civil mais evidenciado foi casada/união estável, relatado por 232 (84%) mulheres. Fortaleza foi referida como município de residência por 222 (80,4%). Ademais, a raça parda foi declarada pela maioria das gestantes, 223 (80,8%), assim como a religião católica, a mais citada, 131 (47,5%).

A tabela 2 apresenta a distribuição de frequências das variáveis obstétricas e clínicas das 276 gestantes de alto risco investigadas.

**Tabela 2-** Distribuição das gestantes de alto risco de acordo com as variáveis obstétricas e clínicas (n=276). Fortaleza, CE, Brasil, 2018.

Variáveis obstétricas e clínicas	n (%)	Mediana ( $\pm$ DP*)	Valor mín-máx
<b>Idade gestacional</b>			
Até 13s6d	19 (6,9)		
De 14 – 26s6d	97 (35,1)	29 ( $\pm$ 8,02)	9 – 40
$\geq$ 27 s	160 (58)		
<b>Número de filhos vivos</b>			
Até 2	253 (91,7)	1 ( $\pm$ 1,01)	0-6
Mais de 2	23 (8,3)		
<b>Gravidez planejada</b>			
Sim	108 (39,1)		
Não	167 (60,5)		
Não sabe/não respondeu	1 (0,4)		
<b>Motivo do alto risco (n=612)</b>			
História reprodutiva anterior	135 (22)		
Condições clínicas prévias	143 (23,4)		

Problemas na gravidez atual	334 (54,6)
<b>IMC</b>	
Baixo peso	24 (8,7)
Peso adequado	65 (23,6)
Sobrepeso	77 (27,9)
Obesidade	106 (38,4)
Não sabe/não informou	4 (1,4)
<b>Internação na gestação</b>	
Sim	61 (22,1)
Não	215 (77,9)
<b>Uso de medicamentos</b>	
Sim	199 (72,1)
Não	77 (27,9)

---

No período da pesquisa, a maior parte das gestantes encontrava-se no terceiro trimestre de gestação, 160 (58%). Observou-se uma variação de nove a 40 semanas na IG, com mediana de 29 ( $\pm 8,02$ ) semanas.

O número de filhos vivos variou de zero a seis, sendo que a maior parte das gestantes, 253 (91,7%), possuía até dois filhos. Ressaltamos que uma parcela considerável da amostra relatou não ter filhos vivos, 93 (33,7%). A mediana de filhos vivos entre as gestantes de alto risco foi de 1 ( $\pm 1,01$ ).

Com relação ao planejamento da gravidez atual, 167 (60,5%) gestantes relataram não ter planejado.

Ainda no que tange aos aspectos clínico-obstétricos, a presente pesquisa identificou quais os motivos que levaram as gestantes a necessitar de acompanhamento pré-natal no serviço de alto risco. Como citado anteriormente, a gestação é considerada de risco quando existe alguma condição que possa desencadear um mau resultado tanto para a mãe quanto para o feto ou recém-nascido.

Consideraram-se, no presente estudo, o Manual Técnico de Gravidez de Alto Risco, desenvolvido pelo MS; o Protocolo de Atenção Básica: Saúde das mulheres, também desenvolvido pelo MS, em parceria com o Hospital Sírio Libanês; as Diretrizes Clínicas das gestantes, desenvolvidas pela Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza; e o protocolo Nascer no Ceará: condutas assistenciais para a linha de cuidado materno infantil no estado do Ceará, desenvolvido pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará em parceria com a Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia - SOCEGO (BRASIL, 2010; BRASIL, 2016; FORTALEZA, 2016; FORTALEZA, 2018).

No tocante ao diagnóstico de alto risco gestacional, constatou-se a ocorrência de 612 situações que justificaram o acompanhamento das gestantes no pré-natal de alto risco, o que dá uma média de 2,2 condições por mulher. Além do relato das participantes, esse dado foi confirmado em prontuário. Vale ressaltar a possibilidade de uma gestante ter mais de uma indicação de acompanhamento no serviço especializado, justificando um número total de respostas maior que a amostra. Os problemas relacionados à gestação atual obtiveram maior prevalência, 334 (54,6%).

A tabela 3, disposta a seguir, ilustra a distribuição das condições de alto risco gestacional mais prevalentes.

**Tabela 3** – Distribuição dos motivos de acompanhamento no pré-natal de alto risco (n=612). Fortaleza, CE, Brasil, 2018.

	N	%
<b>Problemas na gestação atual</b>	<b>276</b>	<b>45,1</b>
Diabetes Mellitus Gestacional	81	13,3
Obesidade mórbida	31	5,1
Gemelaridade	22	3,6
Malformação fetal	21	3,4
Incompetência Istmo-cervical	16	2,6
Hipertensão gestacional	12	2,0
Oligoâmnio/Polidrâmnio	12	2,0
Proteinúria/Pré-eclâmpsia	10	1,6
Demais condições relacionadas à gestação atual	71	11,6
<b>Condições clínicas prévias</b>	<b>201</b>	<b>32,9</b>
Hipertensão Arterial Crônica	58	9,5
Doenças autoimunes	17	2,8
Hipotireoidismo	17	2,8
Cardiopatias	15	2,5
Depressão grave	11	1,8
HIV	11	1,8
Diabetes Mellitus	10	1,6
Demais condições relacionadas às condições clínicas prévias	62	10,1
<b>História reprodutiva anterior</b>	<b>135</b>	<b>22</b>
Prematuridade	59	9,6
Abortamento habitual	25	4,1
Morte intrauterina	20	3,3
Morte perinatal	14	2,3
Demais condições relacionadas à história reprodutiva anterior	17	2,8
<b>TOTAL</b>	<b>612</b>	<b>100</b>

A saber, os demais motivos relacionados à história reprodutiva anterior foram síndromes hipertensivas com resultado desfavorável (8 / 1,3%), infertilidade (4 / 0,7%), malformação congênita (4 / 0,7%) e síndromes hemorrágicas com resultados desfavoráveis (1 / 0,2%).

Os demais motivos relacionados às condições clínicas prévias foram asma em tratamento (9 / 1,5%), epilepsia (8 / 1,3%), tromboembolismo pulmonar/trombose venosa profunda (6 / 1,0%), drogadição (4 / 0,7%), tumor anexial (3 / 0,5%), anemia grave (3 / 0,5%), tuberculose (2 / 0,3%), outras infecções sexualmente transmissíveis (2 / 0,3%), psicose (2 / 0,3%), miomatose uterina (2 / 0,3%), malformação uterina (2 / 0,3%), alterações genéticas maternas (2 / 0,3%), toxoplasmose (1 / 0,2%), transplante renal (1 / 0,2%), Insuficiência Renal Crônica (1 / 0,2%) e hipertireoidismo (1 / 0,2%).

Os demais motivos relacionados à gestação atual foram doenças infecciosas (8 / 1,3%), restrição de crescimento intrauterino (7 / 1,1%), macrosomia fetal (7 / 1,1%), infecção do trato urinário (ITU) de repetição (7 / 1,1%), hipotireoidismo gestacional (6 / 1%), Descolamento Prematuro de Placenta (6 / 1%), placenta prévia (5 / 0,8%), toxoplasmose aguda (4 / 0,7%), baixo peso gestacional (4 / 0,7%), infecção aguda por rubéola ou citomegalovírus (3 / 0,5%), lesão intraepitelial – NIC III (3 / 0,5%), plaquetopenia (2 / 0,3%), hipertireoidismo gestacional (2 / 0,3%), gestação resultante de estupro (1 / 0,2%), infecção aguda por sífilis (3 / 0,5%), pielonefrite de repetição (1 / 0,2%), arritmia fetal (1 / 0,2%) e anemia grave não responsiva a tratamento (1 / 0,2%).

No que se refere ao IMC, evidenciou-se que na maioria das gestantes encontrava-se inadequado, 207 (75%). O estado nutricional mais prevalente foi obesidade, 106 (38,4).

Verificou-se a ocorrência de internação hospitalar em 61 (22,1%) gestantes e o uso de medicamentos foi identificado na maioria das mulheres, 199 (72,1%).

## **5.2 Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde das gestantes de alto risco**

A tabela 4 ilustra a análise da QVRS com base no SF-36. Observa-se que o escore total da escala apresentou média de 47,24, com desvio padrão de  $\pm 16,7$  pontos.

**Tabela 4** - Distribuição das médias dos domínios de QVRS a partir do SF-36. Fortaleza, CE, Brasil, 2018.

<b>Domínio</b>	<b>Média (<math>\pm</math>DP)</b>
Capacidade funcional	45,5 ( $\pm$ 23,7)
Limitação por aspectos físicos	30,1 ( $\pm$ 33,4)
Dor	49,6 ( $\pm$ 23,1)
Estado geral de saúde	43,8 ( $\pm$ 16,1)
Vitalidade	45,8 ( $\pm$ 21,5)
Aspectos sociais	62,3 ( $\pm$ 27,5)
Limitação por aspectos emocionais	38,4 ( $\pm$ 38,4)
Saúde mental	63,1 ( $\pm$ 20,9)
<b>TOTAL</b>	<b>47,2 (<math>\pm</math>16,7)</b>

A menor média foi identificada no domínio limitação por aspectos físicos (30,1), enquanto o domínio que obteve a maior média foi saúde mental (63,1). O valor de  $p$  evidenciou diferença estatística nas médias dos domínios, reafirmando os valores encontrados.

As áreas de vida afetadas durante a gestação foram conhecidas mediante análise das respostas dadas no MGI (versão brasileira), composto por três passos. De acordo com a metodologia apresentada por Ribeiro (2013), os resultados foram resumidos em áreas afetadas positivamente, negativamente ou ambos/nenhum durante o período gestacional.

Mediante a aplicação do MGI (versão brasileira), observou-se que 45 áreas na vida das gestantes foram afetadas pela gestação, sendo verificado o total de 1.306 respostas, com uma média de 4,73 aspectos citados por mulher. Conforme o instrumento, as áreas são categorizadas como positiva, negativa ou ambos/nenhum. Dentre as áreas apontadas, 39,8% (519 / 1.306) foram positivas, 50,5% (660 / 1.306) foram negativas e 9,7% (127 / 1.306) foram ambos / nenhum.

A tabela 5 descreve as dez áreas mais afetadas na QV das gestantes de alto risco, conforme a aplicação do MGI (versão brasileira).

**Tabela 5** - Distribuição da pontuação dos passos 1, 2 e 3 do MGI, segundo as dez áreas da qualidade de vida mais apontadas pelas gestantes de alto risco. Fortaleza, CE, Brasil, 2018.

ÁREAS DA QUALIDADE DE VIDA	Total	POSITIVO			NEGATIVO			AMBOS / NENHUM		
		Passo 1	Passo 2	Passo 3	Passo 1	Passo 2	Passo 3	Passo 1	Passo 2	Passo 3
		n(%)	Média (DP)	Média (DP)	n(%)	Média (DP)	Média (DP)	n(%)	Média (DP)	Média (DP)
Alimentação	165	97 (58,8)	8,82 (±1,63)	4,90 (±4,04)	53 (32,1)	4,07 (±2,89)	3,55 (±3,36)	15 (9,1)	6 (±2,36)	5,8 (±5,57)
Sono	123	30 (24,4)	7,53 (±2,88)	2,56 (±2,16)	86 (69,9)	4,18 (±2,47)	3,56 (±3,86)	7 (5,7)	7,71 (±2,13)	5,71 (±7,18)
Relacionamento familiar	116	93 (80,2)	9,72 (±0,63)	6,38 (±3,85)	14 (12,1)	2,78 (±1,84)	4,5 (±4,89)	9 (7,7)	6,66 (±2,82)	5,11 (±6,48)
Psicológico/emocional	97	16 (16,5)	7,75 (±2,20)	3,81 (±2,13)	62 (63,9)	3,58 (±2,82)	2,37 (±2,51)	19 (19,6)	4,89 (±2,55)	3,57 (±3,37)
Relacionamento com o parceiro	92	60 (65,2)	9,56 (±0,67)	6,02 (±4,37)	24 (26,1)	2,95 (±3,38)	2,45 (±3,28)	8 (8,7)	8 (±2,77)	5,12 (±3,56)
Disposição/condição física	78	5 (6,4)	5,8 (±2,77)	5,4 (±4,44)	67 (85,9)	3,46 (±2,51)	3,70 (±3,90)	6 (7,7)	7 (±2,44)	3,66 (±3,72)
Trabalho	75	14 (18,7)	7,64 (±3,02)	3,71 (±4,00)	52 (69,3)	3,40 (±2,70)	2,69 (±2,76)	9 (12)	6,22 (±2,16)	3,88 (±2,97)
Satisfação com a gravidez	60	57 (95)	9,82 (±0,5)	8,42 (±6,01)	2 (3,3)	2,5 (±3,53)	10 (±14,14)	1 (1,7)	6	0
Financeiro	58	10 (17,2)	8 (±2,53)	1,3 (±1,94)	44 (75,9)	3,52 (±2,75)	3,56 (±3,61)	4 (6,9)	6,5 (±1,29)	5,5 (±3)
Saúde	44	7 (15,9)	9,28 (±0,95)	3,14 (±2,26)	32 (72,7)	3,37 (±2,79)	5,56 (±6,20)	5 (11,4)	8,2 (±1,78)	1,8 (±2,48)
<b>TOTAL</b>	<b>908</b>	<b>389 (42,9)</b>	<b>9,06</b>	<b>5,56</b>	<b>436 (48,0)</b>	<b>3,63</b>	<b>3,45</b>	<b>83 (9,1)</b>	<b>6,40</b>	<b>4,45</b>

---

---

**(±1,72)****(±4,48)****(±2,70)****(±3,87)****(±2,52)****(±4,54)**

---

---

No passo 1, as gestantes apontaram os aspectos importantes de suas vidas que foram influenciados pela gravidez, indicando se foram afetados de modo positivo, negativo ou ambos/nenhum. Perceptivelmente, algumas áreas foram mais citadas como positivas, enquanto outras foram mais relacionadas ao caráter negativo para a QV.

Observou-se que, das 10 áreas mais citadas, a maioria, 436 (48%), foi atribuída a comentários negativos.

No passo 2, as mulheres pontuaram cada área de zero a dez, como reflexo de como elas se sentiam em relação a cada aspecto, sendo as notas mais próximas de zero indicativas de sentir-se pior em relação a isso e as notas mais próximas de dez indicativas de sentir-se melhor em relação a isso.

A média de pontuações primárias foi calculada com base nas pontuações do passo 2. O escore primário dos comentários positivos foi 9,06 ( $DP \pm 1,72$ ), o dos comentários negativos foi 3,63 ( $DP \pm 2,70$ ) e o dos comentários ambos/nenhum foi 6,40 ( $DP \pm 2,52$ ).

No passo 3, ocorreu a distribuição de peso para cada área citada. Nessa etapa, as mulheres indicaram, através da distribuição de 20 pontos, o quanto cada aspecto era importante para a sua QV. Desse modo, quanto mais pontos valia uma área, mais importante ela era para a QV.

A média de pontos atribuídos no passo 3 para os comentários positivos foi 5,56 ( $\pm 4,48$ ), para os negativos foi 3,45 ( $\pm 3,87$ ) e dos ambos/nenhum foi 4,45 ( $\pm 4,54$ ).

O aspecto “satisfação com a gravidez” foi o que obteve a maior média de pontuações no passo 2 ( $9,82 \pm 0,50$ ) e, dos 20 pontos distribuídos no passo 3, este obteve 8,42 ( $\pm 6,01$ ) pontos. Em contrapartida, a menor média encontrada no passo 2 também foi no aspecto “satisfação com a gravidez”, com uma média de 2,50 ( $\pm 3,53$ ) pontos e atribuição de peso 10 ( $\pm 14,14$ ) no passo 3.

A área “satisfação com a gravidez” foi, predominantemente, apontada como uma mudança positiva, 57 (95%), assim como o aspecto “relacionamento familiar”, indicado como positivo por 93 (80,2%) gestantes. Adversamente, “disposição/condição física” foi relatado, principalmente, como uma mudança negativa, 67 (85,9%), assim como “financeiro”, “saúde”, “sono”, “trabalho” e “psicológico/emocional”, representados, respectivamente, por 44 (75,9%), 32 (72,7%), 86 (69,9%), 52 (69,3%) e 62 (63,9%) mulheres. Dessa forma, percebe-se que das dez áreas citadas, apenas duas foram predominantemente positivas.

A partir das pontuações atribuídas às áreas citadas, foi calculada a média dos escores primários (médias de todas as pontuações, de zero a dez, atribuídas no passo 2) do MGI, obtendo o valor de 6,03.

O escore primário reflete como as mulheres se sentem em relação às mudanças ocorridas nas suas vidas em cada área citada, em que zero significa que o indivíduo não poderia estar se sentindo pior em relação a isso e 10 significa que o indivíduo não poderia estar se sentindo melhor em relação a isso.

O escore secundário da MGI é computado a partir da média do escore primário, multiplicado pela média de pontos gastos alocados na etapa 3 e dividido por 20. Ambos os escores consistem de valores entre zero e 10, os quais refletem a importância de cada área na vida das gestantes, de acordo com a intensidade em que afeta a sua QV. Desse modo, quanto mais próximo de zero, menos a área pesa na sua QV e, quanto mais perto de 10, mais a área interfere na sua QV.

A tabela 6 traz as pontuações dos escores primários e secundários, de acordo com as áreas do MGI (versão brasileira) mais citadas pelas gestantes.

**Tabela 6** - Cálculo dos escores primário e secundário do MGI segundo as dez áreas da qualidade de vida mais citadas pelas gestantes. Fortaleza, CE, Brasil, 2018.

Áreas afetadas	Escore primário do MGI Média ( $\pm$ DP)	Escore secundário do MGI Média
Alimentação	7,04 ( $\pm$ 3,08)	1,68
Sono	5,20 ( $\pm$ 2,98)	0,94
Relacionamento familiar	8,64 ( $\pm$ 2,58)	2,71
Psicológico/emocional	4,52 ( $\pm$ 3,06)	0,69
Relação com o parceiro	7,70 ( $\pm$ 3,46)	2,15
Condição física/disposição	3,88 ( $\pm$ 2,71)	0,77
Trabalho	4,53 ( $\pm$ 3,19)	0,81
Satisfação com a gravidez	9,51 ( $\pm$ 1,55)	3,96
Financeiro	4,50 ( $\pm$ 3,16)	0,66
Saúde	4,86 ( $\pm$ 3,48)	1,14
<b>TOTAL</b>	<b>6,03 (<math>\pm</math>2)</b>	<b>1,49</b>

O aspecto “satisfação com a gravidez” foi o que obteve a maior média de escore primário (9,51 + 1,55), seguido de “relacionamento familiar”, cuja média foi 8,64 (+ 2,58). Em contrapartida, o aspecto “condição física/disposição” foi o que obteve a menor média (3,88 + 2,71).

A área que obteve a maior pontuação no escore secundário foi “satisfação com a gravidez” (3,96), seguida de “relacionamento familiar” (2,71). Em contrapartida, “financeiro” foi a área que obteve a menor pontuação (0,66), seguida de “psicológico/emocional” (0,69). Isso demonstra que as gestantes consideram a satisfação com a gravidez, assim como o relacionamento com a família, essencial, enquanto os aspectos “financeiro” e “psicológico/emocional” revelam-se como áreas menos importantes na vida dessas mulheres.

### **5.3 Fatores associados às QVRS de gestantes de alto risco**

A tabela 7 descreve a associação das variáveis sociodemográficas com os domínios da SF-36.

**Tabela 7** - Associação das variáveis sociodemográficas segundo as médias dos domínios do SF-36. Fortaleza, CE, Brasil, 2018.

Variáveis sociodemográficas	DOMÍNIOS							
	D1: Capacidade funcional	D2: Limitação por aspectos físicos	D3: Dor	D4: Estado geral de saúde	D5: Vitalidade	D6: Aspectos sociais	D7: Limitação por aspectos emocionais	D8: Saúde mental
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP
<b>Faixa etária</b>								
Total	45,5 ± 23,7	30,1 ± 33,4	49,6 ± 23,1	43,8 ± 16,1	45,8 ± 21,5	62,3 ± 27,5	38,4 ± 38,4	63,1 ± 20,9
≤ 19 anos	55,9 ± 26,8	36,8 ± 34,4	57,1 ± 28,0	43,2 ± 17,3	47,4 ± 22,4	66,9 ± 23,8	41,2 ± 36,4	61,6 ± 21,3
20 a 34 anos	45,7 ± 22,3	30,5 ± 34,0	46,7 ± 20,8 <sup>+</sup>	43,1 ± 16,4	44,1 ± 21,0	59,7 ± 27,2 <sup>+</sup>	37,1 ± 38,1	61,0 ± 21,0 <sup>+</sup>
≥ 35 anos	42,5 ± 26,1	27,5 ± 31,7	55,5 ± 26,3	45,9 ± 14,9	49,8 ± 22,4	68,0 ± 28,6	41,3 ± 40,0	69,1 ± 19,6
Valor de p	0,121	0,529	<b>0,015</b>	0,550	0,169	<b>0,047</b>	0,712	<b>0,019</b>
<b>Escolaridade</b>								
Total	45,5 ± 23,7	30,1 ± 33,4	49,6 ± 23,1	43,8 ± 16,1	45,8 ± 21,5	62,3 ± 27,5	38,4 ± 38,4	63,1 ± 20,9
0 a 9 anos	45,5 ± 23,7	31,0 ± 34,1	51,6 ± 24,4	41,6 ± 17,6	43,9 ± 22,5	59,4 ± 30,5	41,9 ± 39,7	58,9 ± 24,1
10 a 12 anos	45,5 ± 24,5	28,9 ± 34,3	50,1 ± 23,5	43,8 ± 15,6	45,9 ± 22,0	63,6 ± 27,1	37,1 ± 39,0	64,5 ± 20,0
> 12 anos	45,4 ± 20,3	30,3 ± 34,2	44,7 ± 18,7	46,8 ± 15,7	47,5 ± 18,2	60,4 ± 24,9	37,3 ± 37,6	63,0 ± 18,9
Valor de p	0,981	0,827	0,440	0,188	0,671	0,591	0,806	0,324
<b>Renda familiar</b>								
Total	45,5 ± 23,7	30,1 ± 33,4	49,6 ± 23,1	43,8 ± 16,1	45,8 ± 21,5	62,3 ± 27,5	38,4 ± 38,4	63,1 ± 20,9
Até 1 SM	45,3 ± 23,9	28,4 ± 33,6	52,1 ± 25,2	42,5 ± 17,6	46,6 ± 23,5	60,1 ± 29,0	33,7 ± 36,8	61,1 ± 23,9
> 1 SM	45,7 ± 23,8	31,1 ± 33,5	48,2 ± 22,0	44,5 ± 15,3	45,5 ± 20,5	63,5 ± 26,5	41,3 ± 39,4	64,5 ± 19,0
Valor de p	0,678	0,443	0,278	0,447	0,704	0,375	0,129	0,340
<b>Situação conjugal</b>								
Total	45,5 ± 23,7	30,1 ± 33,4	49,6 ± 23,1	43,8 ± 16,1	45,8 ± 21,5	62,3 ± 27,5	38,4 ± 38,4	63,1 ± 20,9
Com parceiro	45,4 ± 23,3	29,8 ± 33,4	49,8 ± 23,0	44,4 ± 15,5	46,1 ± 20,9	62,6 ± 27,2	40,5 ± 38,8	64,2 ± 19,5

Sem parceiro	46,1 ± 26,1	31,3 ± 33,7	48,6 ± 23,9	40,8 ± 18,9	44,1 ± 24,9	60,5 ± 29,6	27,3 ± 34,7	57,8 ± 26,6
Valor de p	0,956	0,710	0,998	0,328	0,647	0,732	<b>0,030</b>	0,203
<b>Residência</b>								
Total	45,5 ± 23,7	30,1 ± 33,4	49,6 ± 23,1	43,8 ± 16,1	45,8 ± 21,5	62,3 ± 27,5	38,4 ± 38,4	63,1 ± 20,9
Capital	45,7 ± 23,8	29,9 ± 33,6	49,5 ± 23,1	43,1 ± 15,8	45,5 ± 21,2	63,6 ± 26,3	38,5 ± 39,0	63,8 ± 20,4
Outras cidades	44,7 ± 23,6	30,9 ± 33,0	50,0 ± 23,6	46,6 ± 17,1	47,1 ± 23,3	56,8 ± 31,5	38,2 ± 36,5	60,5 ± 22,8
Valor de p	0,867	0,728	0,925	0,133	0,707	0,179	0,869	0,282
<b>Raça</b>								
Total	45,5 ± 23,7	30,1 ± 33,4	49,6 ± 23,1	43,8 ± 16,1	45,8 ± 21,5	62,3 ± 27,5	38,4 ± 38,4	63,1 ± 20,9
Preta	39,1 ± 22,9	23,5 ± 24,2	50,4 ± 25,3	43,4 ± 16,9	43,2 ± 20,0	62,5 ± 27,6	37,3 ± 40,6	60,9 ± 21,5
Não preta	45,9 ± 23,8	30,5 ± 34,0	49,6 ± 23,1	43,9 ± 16,1	45,9 ± 21,7	62,2 ± 27,6	38,5 ± 38,4	63,3 ± 20,9
Valor de p	0,241	0,581	0,816	0,864	0,531	0,965	0,810	0,705
<b>Religião</b>								
Total	45,5 ± 23,7	30,1 ± 33,4	49,6 ± 23,1	43,8 ± 16,1	45,8 ± 21,5	62,3 ± 27,5	38,4 ± 38,4	63,1 ± 20,9
Sim	45,9 ± 23,7	29,8 ± 33,1	50,5 ± 23,2	44,8 ± 15,5	46,7 ± 21,8	62,9 ± 27,1	38,3 ± 38,4	63,7 ± 20,8
Não	42,8 ± 24,3	32,5 ± 36,0	42,6 ± 21,4	35,9 ± 18,7	38,3 ± 18,3	57,5 ± 31,1	38,9 ± 39,2	58,4 ± 21,2
Valor de p	0,442	0,763	0,052	<b>0,011</b>	<b>0,040</b>	0,402	0,962	0,165

+ Significância estatística entre as faixas etárias de 20-34 anos e  $\geq$  35 anos. Teste de Kruskal Wallis.

No que se refere à faixa etária, observou-se associação significativa nos domínios *dor* ( $p= 0,015$ ), *aspectos sociais* ( $p= 0,047$ ) e *saúde mental* ( $p= 0,019$ ) com a faixa etária. Mediante o teste de Mann Whitney para variáveis binominais e o teste de Kruskal Wallis para as demais variáveis, nesses domínios, foi possível verificar que as mulheres com idade igual ou superior a 35 anos tiveram melhor QV quando comparadas às mulheres de 20 a 34 anos.

Quanto à escolaridade, à renda familiar, à residência e à raça, não foram encontradas significâncias estatísticas em nenhum dos domínios da SF-36. Entretanto, ao analisar a renda familiar, percebeu-se que em seis domínios da escala, a QVRS obteve maiores médias em mulheres com maior renda familiar, sugerindo que a situação financeira pode interferir na QV das gestantes. Do mesmo modo, a raça não preta associou-se a melhores médias de QVRS em seis, dos oito domínios.

No que tange à relação conjugal, foi evidenciada relação estatisticamente significativa no domínio *limitação por aspectos emocionais*, em que as gestantes com parceiro apresentaram melhor QV nesse aspecto do que aquelas que não possuem parceiro ( $p= 0,030$ ).

Na análise da religião, foi possível identificar associação significativa nos domínios *estado geral de saúde* ( $p= 0,011$ ) e *vitalidade* ( $p= 0,040$ ), com melhores médias entre aquelas que possuem religião.

A tabela 8 versa sobre a associação das variáveis obstétricas e clínicas com as médias dos domínios do SF-36.

**Tabela 8** - Associação das variáveis obstétricas e clínicas segundo as médias dos domínios do SF-36. Fortaleza, CE, Brasil, 2018.

Variáveis obstétricas e clínicas	DOMÍNIOS							
	D1: Capacidade funcional	D2: Limitação por aspectos físicos	D3: Dor	D4: Estado geral de saúde	D5: Vitalidade	D6: Aspectos sociais	D7: Limitação por aspectos emocionais	D8: Saúde mental
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP
<b>Trimestre gestacional</b>								
Total	45,5 ± 23,7	30,1 ± 33,4	49,6 ± 23,1	43,8 ± 16,1	45,8 ± 21,5	62,3 ± 27,5	38,4 ± 38,4	63,1 ± 20,9
1°	50,3 ± 17,5	38,3 ± 44,2	54,9 ± 24,6	36,8 ± 12,3	45,0 ± 19,5	52,5 ± 28,0	51,1 ± 43,4	64,8 ± 21,7
2°	47,7 ± 24,6	29,8 ± 34,1	51,8 ± 21,6	44,4 ± 15,5	47,7 ± 20,4	65,0 ± 26,0	41,0 ± 38,1	62,8 ± 18,6
3°	43,5 ± 23,5	29,4 ± 31,8	47,5 ± 24,0	44,1 ± 16,7	44,5 ± 22,6	61,3 ± 28,4	35,3 ± 38,0	63,3 ± 22,4
Valor de p	0,267	0,915	0,178	0,113	0,395	0,216	0,224	0,874
<b>Filhos vivos</b>								
Total	45,5 ± 23,7	30,1 ± 33,4	49,6 ± 23,1	43,8 ± 16,1	45,8 ± 21,5	62,3 ± 27,5	38,4 ± 38,4	63,1 ± 20,9
Sim	42,5 ± 23,6	29,1 ± 33,9	47,9 ± 22,5	43,6 ± 16,6	43,0 ± 21,8	59,9 ± 29,3	38,2 ± 38,7	61,0 ± 22,1
Não	51,6 ± 22,8	32,1 ± 32,4	53,1 ± 24,1	44,4 ± 15,1	51,3 ± 20,2	67,1 ± 23,1	38,8 ± 38,0	67,4 ± 17,6
Valor de p	<b>0,002</b>	0,255	0,059	0,831	<b>0,001</b>	0,082	0,858	<b>0,048</b>
<b>Planejamento da gravidez</b>								
Total	45,5 ± 23,7	30,1 ± 33,4	49,6 ± 23,1	43,8 ± 16,1	45,8 ± 21,5	62,3 ± 27,5	38,4 ± 38,4	63,1 ± 20,9
Sim	46,4 ± 22,9	31,3 ± 34,0	50,1 ± 22,9	47,3 ± 15,9	49,5 ± 20,6	67,6 ± 26,3	43,8 ± 39,4	67,4 ± 20,7
Não	45,1 ± 24,3	29,5 ± 33,1	49,2 ± 23,3	41,6 ± 15,9	43,4 ± 21,9	58,6 ± 27,7	34,5 ± 37,3	60,5 ± 20,6
Valor de p	0,614	0,636	0,658	<b>0,002</b>	<b>0,023</b>	<b>0,009</b>	0,060	<b>0,004</b>
<b>Prematuridade</b>								
Total	45,5 ± 23,7	30,1 ± 33,4	49,6 ± 23,1	43,8 ± 16,1	45,8 ± 21,5	62,3 ± 27,5	38,4 ± 38,4	63,1 ± 20,9
Sim	43,5 ± 26,1	33,1 ± 35,8	44,9 ± 24,2	41,7 ± 18,1	45,3 ± 23,7	57,8 ± 26,8	40,1 ± 35,4	61,0 ± 23,7
Não	46,1 ± 23,0	29,3 ± 32,8	50,9 ± 22,7	44,4 ± 15,5	45,9 ± 21,0	63,5 ± 27,7	37,9 ± 39,3	63,7 ± 20,0

Valor de p	0,375	0,582	<b>0,024</b>	0,328	0,898	0,139	0,477	0,491
<b>DMG</b>								
Total	45,5 ± 23,7	30,1 ± 33,4	49,6 ± 23,1	43,8 ± 16,1	45,8 ± 21,5	62,3 ± 27,5	38,4 ± 38,4	63,1 ± 20,9
Sim	39,8 ± 23,4	27,2 ± 30,9	48,4 ± 22,8	42,3 ± 17,3	43,3 ± 22,6	61,0 ± 29,6	36,2 ± 38,4	62,9 ± 22,6
Não	47,9 ± 23,5	31,3 ± 34,4	50,1 ± 23,3	44,5 ± 15,5	46,8 ± 21,1	62,8 ± 26,7	39,3 ± 38,5	63,2 ± 20,2
Valor de p	<b>0,007</b>	0,462	0,579	0,384	0,251	0,729	0,530	0,730
<b>HAC</b>								
Total	45,5 ± 23,7	30,1 ± 33,4	49,6 ± 23,1	43,8 ± 16,1	45,8 ± 21,5	62,3 ± 27,5	38,4 ± 38,4	63,1 ± 20,9
Sim	45,0 ± 21,7	29,7 ± 34,6	50,7 ± 23,2	39,0 ± 15,5	41,8 ± 24,1	59,7 ± 28,5	39,1 ± 41,5	59,4 ± 22,3
Não	45,7 ± 24,3	30,2 ± 33,2	49,3 ± 23,1	45,1 ± 16,0	46,8 ± 20,8	63,0 ± 27,3	38,2 ± 37,7	64,1 ± 20,4
Valor de p	0,936	0,776	0,820	<b>0,003</b>	0,167	0,463	0,907	0,148
<b>IMC</b>								
Total	45,5 ± 23,7	30,1 ± 33,4	49,6 ± 23,1	43,8 ± 16,1	45,8 ± 21,5	62,3 ± 27,5	38,4 ± 38,4	63,1 ± 20,9
Adequado	51,2 ± 23,6	35,0 ± 35,6	50,9 ± 21,6	46,6 ± 16,7	48,2 ± 21,9	61,0 ± 28,3	39,0 ± 38,4	65,3 ± 22,0
Inadequado	43,8 ± 23,5	28,6 ± 32,6	49,2 ± 23,6	43,0 ± 15,8	45,0 ± 21,4	62,7 ± 27,3	38,2 ± 38,5	62,5 ± 20,5
Valor de p	<b>0,024</b>	0,239	0,525	0,075	0,305	0,683	0,873	0,235
<b>Internação na</b>								
<b>gestação</b>								
Total	45,5 ± 23,7	30,1 ± 33,4	49,6 ± 23,1	43,8 ± 16,1	45,8 ± 21,5	62,3 ± 27,5	38,4 ± 38,4	63,1 ± 20,9
Sim	41,6 ± 24,8	25,0 ± 32,3	45,3 ± 25,7	40,4 ± 17,0	44,3 ± 23,7	50,6 ± 29,7	30,1 ± 37,4	59,0 ± 23,2
Não	46,6 ± 23,3	31,5 ± 33,6	50,8 ± 22,3	44,8 ± 15,7	46,2 ± 21,0	65,6 ± 26,0	40,8 ± 38,5	64,3 ± 20,1
Valor de p	0,113	0,156	0,072	0,051	0,607	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,041</b>	0,077
<b>Uso de</b>								
<b>medicamentos</b>								
Total	45,5 ± 23,7	30,1 ± 33,4	49,6 ± 23,1	43,8 ± 16,1	45,8 ± 21,5	62,3 ± 27,5	38,4 ± 38,4	63,1 ± 20,9
Sim	44,4 ± 23,9	27,4 ± 31,9	49,3 ± 23,1	41,8 ± 16,4	45,5 ± 21,9	60,4 ± 28,1	35,2 ± 38,5	62,1 ± 21,1
Não	48,4 ± 23,2	37,0 ± 36,2	50,3 ± 23,3	49,1 ± 14,1	46,5 ± 20,8	67,0 ± 25,4	46,8 ± 37,2	65,8 ± 20,1
Valor de p	0,184	<b>0,040</b>	0,839	<b>&lt;0,001</b>	0,845	0,092	<b>0,011</b>	0,178

No que se refere ao trimestre gestacional, não foram observadas associações estatísticas entre os domínios do SF-36. Na análise do número de filhos vivos, foi evidenciada diferença estatística somente nos domínios *capacidade funcional* ( $p= 0,002$ ), *vitalidade* ( $p= 0,001$ ) e *saúde mental* ( $p= 0,048$ ). Entretanto, além desses três domínios, observa-se que mulheres que não possuem filhos vivos apresentam maiores médias de QVRS em todos os domínios.

Quanto ao planejamento da gravidez, percebeu-se associação estatística nos domínios *estado geral de saúde* ( $p= 0,002$ ), *vitalidade* ( $p= 0,023$ ), *aspectos sociais* ( $p= 0,009$ ) e *saúde mental* ( $p= 0,004$ ), de modo que as gestantes que planejaram a gravidez obtiveram melhores médias frente às que não planejaram. Porém, o planejamento gestacional refletiu melhor QV em todos os domínios.

No que se refere ao motivo de acompanhamento no pré-natal de alto risco, no presente estudo optamos por analisar as três principais indicações, conforme descritas na tabela 8.

Em relação à prematuridade, verificou-se associação estatística somente no domínio *dor*, de modo que mulheres com história ou risco de prematuridade obtiveram médias inferiores, isto é, pior QV nesse aspecto ( $p= 0,024$ ).

No tocante ao diagnóstico de DMG, a análise mostrou associação estatística somente no domínio *capacidade funcional* ( $p= 0,007$ ), sendo que as mulheres com a disfunção apresentaram médias mais baixas nesse aspecto, indicando pior QVRS. Ressalta-se que a presença de DMG refletiu pior QV em todos os domínios.

Quanto à HAC, foi possível evidenciar associação estatística no domínio *estado geral de saúde* ( $p=0,003$ ), em que as gestantes com diagnóstico de HAC apresentaram médias menores que aquelas sem a disfunção, isto é, pior percepção do estado geral de saúde.

Ao analisar o estado nutricional das gestantes, observou-se significância estatística no domínio *capacidade funcional* ( $p=0,024$ ), sendo as maiores médias encontradas naquelas com IMC adequado.

No tocante à internação na gestação, foi possível verificar significância estatística nos domínios *aspectos sociais* ( $p< 0,001$ ) e *limitação por aspectos emocionais* ( $p= 0,041$ ), de modo que as gestantes que experimentaram a internação do período gestacional tiveram médias mais baixas. Salienta-se que a ocorrência de internação refletiu pior QV em todos os domínios.

A análise do uso de medicamentos mostrou significância estatística nos domínios *limitação por aspectos físicos* ( $p= 0,040$ ), *estado geral de saúde* ( $p< 0,001$ ) e *limitação por*

*aspectos emocionais* ( $p= 0,011$ ). Observou-se que mulheres que utilizam medicamentos apresentaram médias mais baixas em todos os domínios, corroborando o quadro de alto risco das mesmas.

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Caracterização sociodemográfica, obstétrica e clínica das gestantes de alto risco

O conhecimento do perfil sociodemográfico das gestantes foi realizado com vistas a identificar e compreender possíveis fatores que influenciem a QVRS dessa população, uma vez que o adoecimento também reflete questões de classe social, gênero, raça e etnia, conforme destaca Xavier *et al.* (2013).

Conforme a descrição das características sociodemográficas, observou-se que a idade mediana das gestantes foi 30 ( $\pm$  6,72) anos e que a maioria das mulheres, 139 (50,4%), encontrava-se na faixa etária de 25 a 34 anos, a qual se encaixa no período ideal para a reprodução, conforme o MS (BRASIL, 2012).

Ao comparar tal resultado com o estudo de Calou (2015), em que a idade média das gestantes foi de 27,7 anos, percebe-se um aumento no perfil de idade dessas mulheres. De acordo com Soares (2015), essa modificação pode estar associada à mudança de papel que a mulher vem assumindo nas últimas décadas, traduzida em maior dedicação desta ao trabalho e aos estudos e postergando o planejamento de ser mãe. Além disso, pode estar atrelada ao aumento do acesso aos métodos anticoncepcionais disponibilizados no mercado.

No que concerne à escolaridade, o ensino médio representou a maioria das gestantes, 175 (63,4%). O nível educacional consiste em aspecto essencial, uma vez que interfere diretamente na saúde. É evidente que o alto nível de escolaridade em gestantes relaciona-se à busca das mesmas por serviços de promoção da saúde (SILVA *et al.*, 2014).

Quanto à renda familiar, os dados obtidos no presente estudo traduziram que a mediana salarial foi 1.200,00 reais, sendo prevalentes aquelas que relataram renda familiar de um a três salários mínimos, 148 (53,6%). Dias *et al.* (2018), em pesquisa com gestantes da Estratégia de Saúde da Família de Minas Gerais, identificaram que 100% das gestantes tinham renda familiar baixa, de um a três salários mínimos.

É válido ressaltar que 103 (37,3%) gestantes afirmaram desempenhar atividade remunerada, podendo ser do tipo formal e/ou informal, sendo predominantes mulheres consideradas “do lar”. Esses achados corroboram os dados encontrados na pesquisa de Vitória e Moreira (2017), realizada com gestantes de alto risco na Bahia.

Acredita-se que a baixa renda pode relacionar-se à preocupação com o aumento das despesas devido à chegada de um filho, podendo interferir na QV das gestantes. Entretanto, uma vez que as mulheres vêm assumindo maiores responsabilidades financeiras

no âmbito familiar, a questão do trabalho também pode influenciar a QV delas (SOARES, 2015).

Acerca da situação conjugal, a presente pesquisa evidenciou a prevalência de mulheres casadas ou em união estável, 232 (84,1%). Esse achado corrobora com outros estudos (SOUSA; OLIVEIRA; MAIA, 2015; SILVA, 2018; COSTA *et al.*, 2016; Costa *et al.*, 2016a). É importante destacar que somente 218 (78,9%) mulheres afirmaram estar morando com o parceiro, sugerindo a ausência deste, embora haja o compromisso.

Barbosa *et al.* (2013) destacam que mulheres que contam com o apoio do parceiro tendem a enfrentar as dificuldades do processo gestatório de maneira mais tranquila e amena. Corroborando a importância da figura paterna, Nicholson *et al.* (2006) destacam que a ausência de um companheiro estável durante a gravidez pode refletir em risco aumentado para o desencadeamento de sintomas depressivos nas mulheres. Dessa forma, a existência de apoio poderá melhorar a QV das gestantes.

No que se refere ao município de residência, observou-se que 222 (80,4%) gestantes residiam na capital, sendo minoria aquelas que se deslocavam de outras cidades do estado para o acompanhamento pré-natal.

Acredita-se que o acompanhamento de gestantes não residentes de Fortaleza seja devido à baixa disponibilidade de serviços especializados de saúde pública em outros municípios, concentrando as gestantes de alto risco na capital. Desse modo, observa-se uma lacuna na acessibilidade aos serviços de saúde para esse público. Uma vez que as gestantes de alto risco são acompanhadas em uma frequência maior que as de baixo risco, acredita-se que esse fator pode interferir na QV das gestantes de alto risco, visto o desgaste físico de deslocamento.

No que concerne à raça, verificou-se a predominância de 223 (80,8%) gestantes pardas. Nesse contexto, Pacheco *et al.* (2018) discorrem que a variável raça/cor não representa um marcador genético ou biológico, mas sim um construto social, capaz de influenciar as condições de saúde, uma vez que as gestantes negras apresentaram, significativamente, baixa escolaridade, hipertensão prévia, três ou mais filhos e ocupação.

Ainda sob a ótica da obstetrícia, Rezende e Montenegro (2018) consideraram a investigação da raça como essencial, tendo em vista que gestantes de etnia africana têm maior risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia e vícios pélvicos.

Quanto à religião, foi possível evidenciar que a maioria das gestantes a possuía, sendo prevalentes aquelas que afirmaram ser católicas. Para Andrade *et al.* (2018), a religião e a espiritualidade podem auxiliar as gestantes no enfrentamento das condições patológicas.

Corroborando, Porto (2018) destaca que, independente de qual religião seja, a fé suscita a busca pela renovação de forças para o enfrentamento de situações adversas durante o período gestacional, além de contribuir para sua aceitação. Portanto, a crença exerce influência positiva sobre a vivência de gestantes de alto risco.

No tocante aos dados obstétricos, verificou-se que a maioria das gestantes, 160 (58%), encontrava-se no terceiro trimestre gestacional durante a coleta de dados, seguidas das que se encontravam no segundo trimestre e, enfim, no primeiro. Tal achado provavelmente está associado à frequência de consultas, que é mais intensa no 3º trimestre da gravidez. Além disso, o menor número de gestantes no 1º trimestre talvez seja decorrente de lacunas no acesso ao pré-natal, as quais podem desencadear o início tardio do acompanhamento.

A inclusão de todos os períodos gestacionais na presente pesquisa foi essencial na identificação de fatores que podem influenciar a QV dessas gestantes, visto o surgimento de modificações inerentes de cada trimestre, tais como lombalgia (CARVALHO *et al*, 2017), alterações no sono (CALOU, 2015), alterações emocionais (SILVA *et al*, 2017) e sexualidade (MELO; CARMO; OLIVEIRA, 2016).

Acredita-se que as condições de alto risco, associadas às modificações inerentes ao processo gestatório, podem desencadear prejuízos psicoemocionais nas gestantes, principalmente quando se trata de mulheres que vivem em condições sociais, econômicas e culturais desfavoráveis, resultando em uma experiência gestacional mais negativa.

Quanto ao número de filhos vivos, observou-se uma média de 1,04 ( $\pm 1,01$ ) filhos, sendo predominantes as gestantes que possuíam até dois filhos, 253 (91,7%). Dá-se importância à análise do número de filhos, uma vez que tal aspecto pode relacionar-se a um desgaste físico e emocional entre as mulheres, podendo interferir na sua QV, de modo que quanto maior for o número de filhos, pior a QV (REZENDE; SOUZA, 2012).

Acerca do planejamento da gravidez, evidenciou-se que a maioria das mulheres não o fez, 167 (60,5%), o que pode ser considerado fator prejudicial às suas QV, conforme retrata Calou (2015), quando afirma que a gravidez não planejada pode influenciar o nível de estresse percebido e interferir no bem-estar psicológico durante a gravidez. Corroborando, Ribeiro (2016) destaca que a falta de planejamento de uma gravidez pode desencadear dificuldades financeiras, refletindo em maiores preocupações.

No que se refere aos aspectos clínicos das gestantes, foi possível evidenciar que os motivos de acompanhamento no pré-natal de alto risco mais prevalentes foram relacionados a problemas na gestação atual, 332 (54,4%), seguido das condições clínicas prévias, 143 (23,4%) e da história reprodutiva anterior, 135 (22,1%). Ao considerar que muitas mulheres

apresentaram mais de um motivo de acompanhamento, o presente estudo totalizou 612 indicações ao pré-natal de alto risco. Dentre os motivos identificados, verificou-se maior prevalência de DMG, 81 (29,3%), prematuridade, 59 (21,4%) e HAC, 58 (21%).

Acredita-se que complicações na gestação decorrentes do diabetes e da hipertensão podem desencadear mais preocupações e restrições para a mulher, interferindo na sua QV.

O diabetes mellitus (DM) consiste na síndrome metabólica de maior prevalência no mundo. Aproximadamente 15% da população com DM limitam-se a mulheres em idade reprodutiva. Além disso, a morbidade atinge de 1 a 15% das mulheres no período gestacional (MAGANHA; NOMURA; ZUGAIB, 2009). Corroborando com o presente estudo, Luz *et al.* (2015) identificaram em estudo observacional em Divinópolis-MG que o diagnóstico mais comum entre as gestantes de alto risco era DMG (12 / 23,1%).

A história prévia de prematuridade consiste em um dos fatores de risco para parto prematuro em gestação atual. Menetrier e Almeida (2016) encontraram a prevalência de 18,6% de partos prematuros entre as gestantes de alto risco em uma maternidade de referência do Paraná. Resultado semelhante também foi evidenciado no estudo de Lima e Santos (2018), em que 19,6% das gestantes de alto risco tinham história de parto prematuro.

A HAC trata-se de uma das complicações mais comuns na gravidez. Diferentemente do presente estudo, diversos autores trazem tal disfunção como o principal motivo de encaminhamento das gestantes ao acompanhamento no alto risco (ANJOS *et al.*, 2014; COSTA *et al.*, 2016; MARTINS, 2017; LIMA; SANTOS, 2018).

No que diz respeito ao estado nutricional, verificou-se a prevalência de IMC inadequado entre as gestantes de alto risco, representado por 207 (75%) mulheres, das quais a maioria encontrava-se em condição de obesidade, 106 (51,2%). Antunes *et al.* (2018) evidenciaram a prevalência de 71% de gestantes de alto risco com IMC inadequado em Maceió, sendo a maioria destas com excesso de peso. Corroborando, Oliveira *et al.* (2018) verificaram que 68% das gestantes de alto risco estava com estado nutricional inadequado, estando a maioria com excesso de peso.

No presente estudo, foi possível evidenciar que a maioria das gestantes, 215 (77,9%), passou por internação hospitalar pelo menos uma vez durante a gestação atual. Estudo realizado com gestantes de baixo e alto risco no Paraná evidenciou uma taxa de 38% de internações por complicações obstétricas, das quais 6,8% foram devido a motivos ligados ao feto, cavidade amniótica e problemas relacionados ao parto - tais como ruptura prematura de membranas ovulares e falso trabalho de parto - e 5,1% foram relacionadas a outros

transtornos maternos predominantemente relacionados à gestação, como as hemorragias do primeiro trimestre e as ITU (VERAS; MATHIAS, 2014).

Acredita-se que tal processo influencia negativamente a QVRS dessas mulheres. De acordo com Silva *et al.* (2013), a hospitalização retrata a fragilidade e a instabilidade emocional das gestantes, o medo em relação ao seu estado de saúde e do seu bebê, assim como a falta de apoio familiar, visto o afastamento decorrente da internação. Além disso, implica em limitações da mulher frente à gravidez e ao seu corpo.

Ademais, a internação hospitalar traz consigo uma nova rotina para a mulher, sob horários determinados conforme a rotina hospitalar, considerando, entre outros aspectos, o monitoramento de sinais vitais, o uso de medicamentos, a realização de intervenções, a alimentação e a restrição de atividades. Dessa forma, ocasiona considerável desgaste emocional nas gestantes (SILVEIRA, 2017).

No que se refere ao uso de medicamentos na gravidez, verificou-se que 199 (72,1%) gestantes afirmaram utilizar. Silveira (2017) encontrou resultado semelhante em seu estudo envolvendo gestantes de alto risco. Além disso, a autora destaca que algumas medicações geram desconforto às pacientes, podendo até mesmo gerar falhas no tratamento e, conseqüentemente, interferindo na saúde das pacientes.

## **6.2 Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes**

Uma vez que a gravidez é marcada por diversas modificações na vida de uma mulher, considera-se que esse período eleva o grau de preocupação da gestante (PICCININI, 2012). Alguns autores retratam que a redução do bem-estar e da QV das gestantes pode ser reflexo de alterações vivenciadas na gestação (TENTAIS *et al.*, 2011; NARCHI, 2010). Sob a ótica do alto risco, Parsons *et al.* (2014) acrescentam que essas mulheres tendem a vivenciar sentimentos de medo, apreensão e preocupação com o filho.

Lagadec *et al.* (2018) evidenciaram, através de revisão sistemática, fatores capazes de influenciar a QV de gestantes. Idade materna média, primiparidade, IG precoce, ausência de problemas sociais e econômicos, ter família e amigos, praticar exercícios físicos, sentir-se feliz por estar grávida e ser otimista contribuem para uma melhor QV durante a gestação. Em contrapartida, reprodução assistida, complicações antes ou durante a gravidez, obesidade, náuseas e vômitos, epigastralgia, dor nas costas, tabagismo nos meses anteriores à concepção, história de dependência de álcool, dificuldades de sono, estresse, ansiedade,

depressão durante a gravidez e violência sexual ou doméstica estão associados a uma pior QV.

Desse modo, o enfermeiro exerce papel fundamental no reconhecimento dos fatores que interferem na QV das gestantes, principalmente as de alto risco, uma vez que, além das mudanças esperadas do processo gravídico, vivenciam condições desfavoráveis ao seguimento da gestação. É essencial conhecer o cenário sociodemográfico em que as pacientes estão inseridas, assim como valorizar suas queixas de forma humanizada e individualizada, buscando identificar os fatores que tornam pior a QV.

Vale ressaltar que estudos de avaliação da QVRS em gestantes de alto risco mediante uso do SF-36 são escassos, desfavorecendo uma comparação eficaz.

Setse *et al.* (2009) avaliaram a QVRS atrelada à sintomatologia depressiva, que consiste em fator de risco gestacional. Os autores evidenciaram que gestantes com sintomas depressivos apresentaram menores escores de QVRS, quando comparadas às grávidas sem a desordem. Corroborando, Li *et al.* (2012) verificaram que gestantes com depressão obtiveram média geral do SF-36 igual a 42,99 - inferior ao encontrado no presente estudo (47,2). Em contrapartida, gestantes sem depressão alcançaram média de 48,31, indicando uma QVRS melhor.

Dentre os oito domínios da SF-36, o que obteve a menor pontuação, 30,1 ( $\pm 33,4$ ), foi *limitação por aspectos físicos*, o qual avalia os problemas com atividades diárias como resultado da saúde física.

Estudo realizado por Eser *et al.* (2018) desvenda que a dor lombopélvica consiste em um distúrbio musculoesquelético comum na gestação, ocorrendo em cerca de 60 a 70% das gestantes, e pode resultar em dor crônica, a qual associa-se ao comprometimento funcional e à diminuição da QVRS no âmbito da mobilidade física e dor.

Sintomas com náusea, vômito e fadiga também foram associados a baixos escores do componente físico da QVRS. Além disso, ressalta-se que a presença de sintomas relacionados à gestação e ao impacto destes sobre a QVRS pode interferir na capacidade das mulheres em lidar com as demandas no ambiente de trabalho e em outras atividades do dia-a-dia (BAI *et al.*, 2016). Sob essa ótica, entende-se que as gestantes, independente da classificação de risco gestacional, estão sujeitas a algumas limitações físicas que influenciam o seu cotidiano.

Acredita-se que as limitações físicas podem refletir em alterações nos aspectos emocionais dessas mulheres, visto que no presente estudo evidenciou-se que *limitação por aspectos emocionais* consistiu no domínio que obteve a segunda menor média entre as

gestantes de alto risco, 38,4 ( $\pm 38,4$ ). Entende-se que o domínio relacionado aos aspectos emocionais consiste em problemas com atividades do dia-a-dia como resultado de problemas emocionais. Profissionais de saúde devem estar atentos aos sintomas comuns relacionados à gravidez, de modo que compreendam seus impactos sobre a QVRS (BAI *et al*, 2016).

Em contrapartida, o domínio que obteve a melhor avaliação de QVRS foi *saúde mental*, com 63,1 ( $\pm 20,9$ ) pontos. Este aspecto trata do bem-estar psicológico e presença de sofrimento. Tal achado pode ser reflexo do acompanhamento psicológico ofertado no serviço de alto risco.

Corroborando com os achados do presente estudo, uma coorte envolvendo gestantes diabéticas identificou uma piora na QV física - relacionada ao ganho de peso corporal durante a gravidez, enquanto evidenciou que a QV mental melhorou nesse período, decorrente de uma redução na ansiedade (DO *et al*, 2017).

Schubert *et al.* (2017) reiteram os resultados encontrados, através de estudo longitudinal. Os autores descrevem que a QV física diminui durante a gravidez, enquanto a QV mental aumenta. A diminuição relacionada aos aspectos físicos pode estar atrelada ao aumento do desconforto físico e às restrições relacionadas ao funcionamento do papel.

Considerando que diversos aspectos estão associados à QV das gestantes de alto risco e que a medida desse construto trata-se de uma avaliação subjetiva, é essencial que profissionais de saúde e gestores da área busquem compreender com mais afinco o impacto desses fatores na vida das pacientes, com vistas a fornecer um cuidado de maior qualidade.

Baseado nisso, a utilização do MGI (versão brasileira) auxiliou na avaliação da QV respeitando o seu caráter subjetivo, mediante a percepção das próprias pacientes acerca dos aspectos de suas vidas, possibilitando o reconhecimento de possíveis lacunas existentes na avaliação da QV.

Evidenciou-se que as áreas mais afetadas na QV das gestantes de alto risco foram, em ordem decrescente, *alimentação, sono, relacionamento familiar, psicológico/emocional, relacionamento com o parceiro, disposição/condição física, trabalho, satisfação com a gravidez, financeiro e saúde*.

Ressalta-se que *alimentação, relacionamento familiar, relacionamento com o parceiro e satisfação com a gravidez* foram as áreas citadas principalmente como positivas, enquanto *sono, psicológico / emocional, disposição / condição física, trabalho, financeiro e saúde* foram as áreas citadas principalmente como negativas.

A média das pontuações primárias dos comentários positivos foi 8,39 (+ 1,27). A dos comentários negativos foi 3,38 (+ 0,52) e a dos comentários ambos/nenhum foi 6,71 (+ 1,03).

Embora seis das 10 áreas tenham sido mais relacionadas ao âmbito negativo, a pontuação primária total da MGI (versão brasileira) foi 6,03 ( $\pm 2$ ), demonstrando uma avaliação relativamente positiva da QVRS em gestantes de alto risco. O resultado encontrado na presente pesquisa ultrapassou o que Calou (2015) encontrou em sua população de gestantes de baixo risco, incluindo o serviço público e privado de saúde, cuja média de escore primário foi 4,84.

Apesar da condição de alto risco e, embora a maior parte das gestantes não tenha planejado a gravidez, identificou-se que a área *satisfação com a gravidez* foi a que obteve a maior média de pontuação no escore primário (9,51  $\pm 1,55$ ). Corroborando, estudo com gestantes de baixo risco evidenciou que a área que obteve a maior pontuação no escore primário foi *feliz por ser mãe* (CALOU, 2015). Esses resultados sugerem a importância desse momento na vida das mulheres.

Com relação ao relacionamento familiar e relacionamento com o parceiro como fatores positivos, destaca-se a importância do apoio dado à gestante. Acredita-se que o suporte familiar e o apoio do parceiro são fatores que contribuem positivamente na QV das gestantes, assim como na aceitação da gravidez. Estudo revela que a presença de suporte social durante a gestação implica em melhores níveis de QVRS (GUL *et al*, 2018). Corroborando, Trombetta, Traebert e Nunes (2018) evidenciaram que a ausência do parceiro fixo está diretamente associada a uma baixa QV em gestantes de alto risco.

Alimentação foi a área mais citada pelas mulheres e, em sua maioria, foi considerada um aspecto positivo. É sabido que a alimentação no período gestacional precisa ser balanceada, com vistas a suprir a necessidade nutricional que é maior nesse período (MOURA; AZEVEDO, 2018). Entretanto, esta deve ser adequada conforme o perfil nutricional de cada mulher e de acordo com a condição clínica na qual se encontra, pois se entende que gestantes com condições clínicas desfavoráveis tendem a ter restrições alimentares, como a de sódio e açúcar, por exemplo, em gestantes hipertensas e diabéticas, respectivamente.

Diante da literatura, percebe-se que as gestantes de hoje em dia são mais conscientes quanto à necessidade de um hábito alimentar saudável (MOURA; AZEVEDO, 2018), o que corrobora com o dado encontrado nessa pesquisa. Alguns relatos negativos acerca da alimentação, também foram observados durante as entrevistas, a saber: dificuldades

financeiras em adquirir alimentos mais saudáveis, ter que deixar de comer coisas que gosta em decorrência do quadro clínico, ter que reduzir a alimentação e sentir-se com fome, etc. Percebe-se, com isso, a importância do acompanhamento com nutricionista, a fim de promover um consumo alimentar saudável e satisfatório a essas pacientes.

No que concerne ao aspecto sono, Tsai *et al.* (2016) evidenciaram que distúrbios do sono são um problema de alta prevalência entre as gestantes. A QVRS é fortemente influenciada por esse fator, de modo que o sono adequado durante a gestação é essencial para melhorar a QVRS.

No presente estudo foi possível evidenciar uma variação do período de sono de uma a 17 horas por dia. Ao comparar a qualidade do sono entre gestantes de baixo e alto risco, Holanda (2018) percebeu que as gestantes apresentam uma má qualidade do sono de modo independente ao risco gestacional, entretanto nas de alto risco a qualidade é pior, o que resulta em excessiva sonolência diurna.

No presente estudo, constatou-se que trabalho também foi, em sua maioria, considerado um aspecto negativo na gestação. Alguns motivos foram apontados pelas mulheres durante as entrevistas, tais como instabilidade no serviço informal, falta de apoio dos padrões no concernente às restrições de atividades em consequência das condições de alto risco, dificuldade em ser contratada grávida, etc.

Além disso, tal achado pode relacionar-se ao fato de a maioria das gestantes não desempenhar atividade laboral, refletindo em preocupações financeiras com a chegada de um novo bebê. Symon, Mcgreavey e Picken (2003) comprovaram que mulheres desempregadas apresentaram pontuações mais baixas frente àquelas que tinham emprego. Outro estudo percebeu que a QVRS das mulheres que exerciam atividade laboral era significativamente melhor quando comparada àquelas que estavam em licença médica ou desempregadas (NOWAKOWSKA; MANIECKA, 2011).

Sob a ótica do aspecto financeiro, estudo realizado por Sharakorpi *et al.* (2017) verificou que a satisfação financeira no início da gravidez associa-se à QVRS e ao risco de sintomas depressivos perinatais. As mulheres insatisfeitas com a qualidade financeira apresentaram níveis mais baixos de QVRS e maior chance de ter depressão.

Como dito anteriormente, alguns fatores intrínsecos e extrínsecos ao período gravídico podem desencadear medos e ansios na gestante. Algumas desordens clínicas trazem risco ao seguimento gestacional, desencadeando preocupações também com o filho. Diante disso, considera-se que a gestante de risco está mais susceptível a um comprometimento emocional.

Sob a ótica do aspecto psicológico / emocional, percebeu-se que a maioria das gestantes o referiu como algo negativo. Talvez isso esteja relacionado ao fato de as condições clínicas vivenciadas fragilizarem essas mulheres, podendo levá-las ao ápice do sofrimento psíquico. Diante disso, mostra-se essencial o acompanhamento do serviço de psicologia, com vistas a elaborar estratégias de enfrentamento diante de sua condição clínica. Acredita-se que a ressignificação de experiências difíceis reflete a possibilidade de melhorar a QV das gestantes de alto risco (CALDAS *et al*, 2013).

No que se refere à saúde, verificou-se a prevalência de avaliações negativas nessa área, sendo um resultado justificado pelo perfil de gestantes. Pesquisa concluiu que gestantes com duas ou mais condições crônicas ou com sintomas físicos relacionados à gravidez apresentam vulnerabilidade para uma baixa QVRS física. Além disso, os autores verificaram que gestantes com uma ou mais condições crônicas, fadiga, dor pélvica, dor nas costas e náusea tendem a apresentar queda considerável na QV física (BAI *et al*, 2018).

Corroborando, outra pesquisa destaca que os principais fatores associados a pior QV são as complicações prévias ou durante a gestação, a obesidade, a presença de sintomas relacionados à gravidez, tais como náusea, vômito, dor epigástrica e dor nas costas, ansiedade, depressão, etc (LAGADEC *et al*, 2018).

Diante dos achados negativos relacionados à disposição / condição física em gestantes de alto risco, ressalta-se as modificações corporais que ocorrem na mulher durante o processo gravídico, tais como o ganho de peso, alterações hormonais, alterações de sono, mudanças posturais. Essas transformações refletem em queda de energia e aumento da fadiga, desfavorecendo a QVRS (CASTRO; FRACOLLI, 2013). Atrelado a isso, algumas condições de alto risco também podem interferir na condição física do paciente, tais como mal estar relacionado à DMG e à hipertensão, restrições físicas decorrente de risco de prematuridade etc.

Diante do exposto, foi possível perceber que o uso do MGI (versão brasileira) possibilitou a identificação de diversos aspectos de vida que vão além de avaliações pré-formuladas de QVRS. O reconhecimento de áreas afetadas positivamente e negativamente pode ser útil para a criação de estratégias no intuito de melhorar a QVRS dessas mulheres.

### **6.3 Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes de alto risco**

Avaliar a QVRS de mulheres que vivenciam gestação de alto risco proporciona a compreensão dos fatores que interferem nesse cenário além dos aspectos biomédicos, com

vistas a identificá-los precocemente no intuito de desenvolver estratégias que visem contornar condições desfavoráveis.

Entre as gestantes de alto risco, o presente estudo verificou uma média total da escala SF-36 igual a 47,2, com desvio padrão de  $\pm 16,7$ . Ao compararmos o resultado do presente estudo com dados oriundos da pesquisa de Alves *et al.* (2011), realizada com gestantes de baixo risco, em que a média geral de QV foi 64,56, considera-se a pontuação das gestantes de alto risco relativamente baixa. Prado *et al.* (2013), ao avaliarem gestantes de baixo risco com desconfortos gestacionais, também identificaram uma média de QVRS maior que a encontrada no presente estudo, 56,78.

A respeito das variáveis sociodemográficas, o presente estudo evidenciou relação estatisticamente relevante entre as faixas etárias de 20-34 anos e 35 anos ou mais. Gestantes mais velhas apresentaram melhores escores de QVRS nos domínios dor, aspectos sociais e saúde mental, quando comparadas às gestantes de 20 a 34 anos. Esse resultado pode estar relacionado à experiência de vida das mulheres, sugerindo maturidade para lidar com as condições adversas.

Em acréscimo aos achados da presente pesquisa, Oliveira *et al.* (2014) evidenciaram que o bem-estar subjetivo das gestantes tardias foi representado por um aumento dos afetos positivos e uma diminuição dos afetos negativos, ratificando que a gestação tardia não é representada apenas por fatores adversos. Corroborando, Calou (2015) traz, em sua revisão, que o estresse percebido foi identificado em gestantes mais jovens, sugerindo mais dificuldade no desempenho de papel, imaturidade emocional e dependência financeira.

No que concerne ao nível educacional, é sabido que este aspecto interfere diretamente na QV das gestantes. Acredita-se que gestantes com melhores níveis de escolaridade tendem a compreender melhor as orientações ofertadas no pré-natal, relacionadas a sua saúde, favorecendo a adaptação ao processo gestacional. Entretanto, diferentemente do esperado, no presente estudo, a escolaridade não apresentou relação estatisticamente significativa com os domínios da QVRS entre as gestantes de alto risco.

Adversamente, Holanda (2018) verificou associação significativa entre a escolaridade e a qualidade do sono em gestantes de alto risco, de modo que quanto menor a escolaridade, pior a qualidade do sono. Corroborando, Ferreira, Haas e Pedrosa (2013) evidenciaram que adolescentes com maior nível de escolaridade apresentaram maior QV no aspecto sociodemográfico, sugerindo preocupação com a posição no mercado de trabalho e

condição socioeconômica. Sob a ótica de que a QV contempla vários aspectos de vida, considera-se que tais circunstâncias refletem em uma pior QV geral.

No que tange à renda familiar, foi possível perceber que as médias dos domínios de QV não apresentaram relação estatística com essa variável, embora as gestantes com maior renda tenham obtido melhores médias em seis dos oito domínios do SF-36. Sahrakorpi *et al.* (2017), ao estudarem a relação entre QVRS e satisfação financeira entre gestantes, evidenciaram que grávidas com insatisfação financeira apresentaram menores índices de QVRS frente àquelas que estavam satisfeitas financeiramente. Além disso, o pesquisador verificou que a insatisfação financeira aumenta o risco de sintomas depressivos, reforçando a influência desse aspecto sobre o bem-estar das gestantes.

No âmbito da situação conjugal, os dados encontrados na presente investigação revelam que gestantes de alto risco que vivem com o parceiro apresentam uma melhor QVRS em seis dos oito domínios do SF-36, com relação estatisticamente relevante no domínio limitação por aspectos emocionais, revelando uma melhor QVRS nesse aspecto. Estudo realizado com grávidas de alto risco em Minas Gerais evidenciou que gestantes solteiras tendem a apresentar mais traços de ansiedade frente às casadas (CARVALHO, 2018). No âmbito do baixo risco gestacional, Calou (2015) corrobora os dados, ao verificar que as gestantes que possuem um relacionamento estável com o parceiro tendem a ter melhores índices de QVRS, enquanto aquelas que não o tem, apresentam pior QVRS. Santos *et al.* (2015), por sua vez, avaliaram gestantes de baixo risco com companheiro, comparando entre si as que eram casadas e as que não eram, verificando que as gestantes com companheiro, porém não casadas, apresentaram menor autoestima.

No tocante ao município de residência, foi possível verificar que o fato de a gestante de alto risco morar ou não na capital, não interferiu na sua QVRS. Esta variável é pouco estudada em associação com a QV, sendo considerada uma lacuna na literatura. Porém, acredita-se que tal achado seja devido à predominância de gestantes residentes na capital e às políticas que visam à melhoria do acesso aos serviços de saúde. Ainda assim, considera-se que grávidas que se deslocam do interior à capital para as consultas de pré-natal estão sujeitas ao cansaço físico e ao aumento de despesas, por exemplo, o que pode interferir na sua QV. Corroborando com isso, Cardoso, Mendes e Meléndez (2013) perceberam que existe disparidade no acesso ao serviço de saúde entre moradores de zona urbana e rural, com interferência na QV de gestantes e conceptos.

A análise da raça também não desvendou relação estatisticamente significativa com a QVRS no presente estudo. Entretanto, identificou-se que gestantes de raça negra

apresentaram escores mais baixos em seis dos oito domínios do SF-36. Evidencia-se, na literatura, que a raça negra pode afetar negativamente a QVRS de mulheres no período gravídico-puerperal (LAMARCA *et al*, 2012). Ribeiro (2016), em investigação com mulheres no período puerperal, evidenciou que os escores nos domínios do SF-36 eram melhores entre pessoas de raça branca, sendo estatisticamente relevante no domínio *limitação por aspectos físicos*.

Quanto à religião, observou-se que as gestantes de alto risco que possuem religião apresentaram melhores escores de QVRS em seis dos oito domínios do SF-36. Porém, identificou-se relação estatisticamente significativa somente nos domínios *estado geral de saúde e vitalidade*. Esse achado reitera os resultados encontrados na literatura. De acordo com Porto (2018), independente de qual religião seja, a fé suscita a busca pela renovação de forças para o enfrentamento de situações adversas durante o período gestacional, além de contribuir para sua aceitação. Desse modo, a crença exerce influência positiva sobre a vivência de gestantes de alto risco.

Vasconcelos (2010), por sua vez, destaca que a religiosidade induz a comportamentos saudáveis e que o envolvimento religioso associa-se a menores taxas de doenças, assim como a maiores níveis de bem-estar.

Sob a ótica das variáveis obstétricas e clínicas das gestantes de alto risco, é essencial a compreensão do modo como esses aspectos se comportam e influenciam a QVRS dessa população.

No que tange ao período gestacional, o presente estudo não identificou associação estatisticamente significativa entre os domínios de QVRS. Entretanto, verificou-se que gestantes no primeiro trimestre apresentaram melhores médias nos domínios capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, limitação por aspectos emocionais e saúde mental, indicando melhor QV na maioria dos domínios. De modo divergente, alguns autores destacam que a gestação apresenta mudanças inerentes aos períodos gestacionais, tais como alterações de sono (CALOU, 2015), alterações na sexualidade (MELO; CARMO; OLIVEIRA, 2016) e ansiedade (SILVA *et al*, 2017).

Acredita-se que tais modificações, associadas às condições de alto risco, podem desencadear prejuízos psicoemocionais nessas gestantes, principalmente quando estas vivem em condições sociais, econômicas e culturais desfavoráveis, tornando a experiência gestacional mais negativa.

Neste cenário, a atuação do enfermeiro pode se dar mediante a promoção da saúde, através das práticas educativas, considerando que algumas dessas vivências podem ser

suavizadas a partir do momento que essas mulheres têm a consciência do que estão experimentando, aliada ao encorajamento das mesmas.

No que se refere a ter ou não outros filhos vivos, a presente pesquisa evidenciou que gestantes de alto risco que não possuem filhos vivos apresentaram melhores escores de QVRS em todos os domínios, havendo relação estatística significativa nos domínios *capacidade funcional, vitalidade e saúde mental*. Acredita-se que o fato de a mulher ter outros filhos implica em aumento das atividades domésticas, deixando-a mais cansada, além de desencadear receios no tocante à questão financeira. Corroborando com o achado, Rezende e Souza (2012) verificaram diferença significativa no domínio saúde/funcionamento, sendo que quanto maior o número de filhos, pior a QV de gestantes de alto risco nesse aspecto.

No que se refere ao planejamento da gravidez, foi possível evidenciar que a presença de planejamento está associada a melhores índices de QVRS em todos os domínios do SF-36, havendo relação significativa nos domínios *estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental*.

Acredita-se que a falta de planejamento de uma gestação pode desencadear nas mulheres sentimentos de preocupação e ansiedade. Entre as mulheres jovens, talvez isso seja desencadeado por dependência financeira ou imaturidade acerca do desempenho de papel, enquanto em mulheres mais velhas possa ser resultado de questões relacionadas às condições de saúde, uma vez que estas têm maiores chances de apresentarem doenças crônicas e complicações no processo gestatório-puerperal. Dados de uma pesquisa com gestantes de alto risco indicam relação significativa entre o domínio socioeconômico e o planejamento gestacional, de modo que mulheres que não planejaram engravidar tenderam a ter uma pior QV nesse aspecto (MENEQUIN; XAVIER, 2013). Alves *et al.* (2017), por sua vez, ao avaliarem as complicações em gestantes tardias, evidenciaram que mais de 70% da população apresentou alguma complicação.

No presente estudo, DMG foi a condição de alto risco mais evidenciada entre as gestantes. Ao analisarmos a relação entre a disfunção e os domínios de QVRS, evidenciou-se que aquelas que não possuíam a doença tiveram melhores índices de QV em todos os domínios do SF-36. Destaca-se significância estatística no domínio *capacidade funcional*. Corroborando, Karsten *et al.* (2016), retratam que gestantes com DMG apresentam menor grau de satisfação com a QV após o diagnóstico da patologia, o que pode estar relacionado às modificações alimentares e ao uso de medicamentos.

No tocante à história de prematuridade, o segundo motivo de alto risco gestacional mais evidenciado, observou-se que mulheres que vivenciaram parto prematuro prévio

obtiveram melhores índices de QVRS apenas nos aspectos *limitação por aspectos físicos* e *limitação por aspectos emocionais*. Acredita-se que gestantes com essa experiência negativa tendem a possuir mais maturidade psicológica para lidar com tal adversidade, lidando melhor com as limitações físicas e emocionais na gestação atual.

Em análise, identificou-se, ainda, relação estatisticamente relevante no domínio *dor*, em que gestantes sem história de parto prematuro apresentaram melhor QV nesse aspecto. Couto *et al.* (2009) evidenciaram associação entre gestantes com história de aborto recorrente, prematuridade e/ou óbito neonatal e médias mais baixas de QV.

No tocante à HAC, evidenciou-se que as gestantes sem essa desordem apresentaram, significativamente, melhor *estado geral de saúde*. Além disso, destaca-se que a presença de HAC na gestação associou-se a menores escores de QVRS em seis dos oito domínios do SF-36. Kapiñala (2014) aponta que gestantes com hipertensão arterial apresentam pior QV e menos satisfação com a vida quando comparadas àquelas sem hipertensão, corroborando com o achado do presente estudo.

Ressalta-se a existência de uma lacuna na literatura acerca da QVRS de gestantes com história de prematuridade e com HAC, dificultando comparações no presente estudo.

Diante da análise do estado nutricional, identificou-se que as gestantes com IMC adequado apresentaram melhor média de QVRS em sete dos oito domínios do SF-36, havendo relevância estatística no domínio *capacidade funcional*. Meireles *et al.* (2015) acrescentam que gestantes de alto risco com IMC elevado manifestam imagem corporal mais negativa, podendo interferir na QV dessas mulheres.

No tocante à internação na gestação, evidenciou-se que as gestantes que não necessitaram ficar hospitalizadas apresentaram melhor QVRS em todos os domínios. Talvez esse achado esteja relacionado ao fato de que as gestantes que vivenciaram internamento são as que possuem piores condições de saúde, influenciando diretamente na QVRS. Ademais, observou-se relevância estatística nos domínios *aspectos sociais* e *limitação por aspectos emocionais*.

KENT *et al.* (2015) retratam que estar hospitalizado desencadeia sentimentos como raiva, frustração e solidão, reiterando os dados evidenciados na presente pesquisa. Adicionalmente, Araújo *et al.* (2013) revelam as reações de insatisfação e negação à hospitalização em algumas gestantes, o que pode piorar a QVRS das mesmas. O autor destaca, ainda, que tais emoções se dão, principalmente, quando a mulher possui outros filhos, sendo esta a principal dificuldade de conciliar o tratamento, interferindo ainda mais nos níveis de QV.

No que se refere ao uso de medicamentos, observou-se que os melhores índices de QVRS foram associados ao não uso. Assim como a internação hospitalar, acredita-se que o uso de medicamentos mantenha relação com o quadro clínico das pacientes, de modo que quanto mais condições clínicas, e conforme a gravidade do quadro clínico, maior a necessidade de medicações. Além disso, tal achado pode estar relacionado à preocupação da mulher com o uso correto dos medicamentos, aumento dos gastos financeiros com o tratamento ou desgaste físico e psicológico para consegui-los na rede pública e, até mesmo, aos desconfortos gerados pela medicação.

## **7 PRODUTO**

Para a finalidade desse mestrado, foram produzidos três produtos, conforme a resolução da CAPES, a qual está vinculada ao Ministério da Educação, a saber: uma revisão integrativa da literatura e um artigo original acerca da qualidade de vida de gestantes de alto risco, abrangendo aspectos citados na pesquisa.

## 8 CONCLUSÃO

Evidenciou-se que os principais motivos de acompanhamento das gestantes no pré-natal de alto risco foram DMG, história de prematuridade e HAC.

A análise da QVRS demonstrou que as gestantes de alto risco apresentaram média geral de 47,2, sendo considerada relativamente baixa.

O domínio do SF-36 que obteve a pior média entre as gestantes de alto risco foi “limitação por aspectos físicos”, enquanto o que obteve a melhor média foi “saúde mental”.

O presente estudo ratificou o caráter multifatorial da QV, uma vez que identificou diversos fatores que influenciaram a sua percepção.

Dentre os aspectos sociodemográficos, percebeu que idade, situação conjugal e religião apresentaram relação estatisticamente significativa com a QVRS. Gestantes com 35 anos ou mais apresentam melhores escores de QVRS nos domínios “dor”, “aspectos sociais” e “saúde mental”, quando comparadas àquelas com 20-34 anos. Mulheres que vivem com o parceiro, sejam casadas ou em união estável, obtiveram melhor média no domínio “limitação por aspectos emocionais”, frente as que não têm parceiro. Grávidas de alto risco que possuem religião apresentaram melhor escore nos domínios “estado geral de saúde” e “vitalidade”.

Deste modo, percebeu-se que traçar o perfil sociodemográfico das gestantes de alto risco, além de proporcionar a identificação de associação deste com a QVRS, poderá contribuir para o direcionamento de ações assistenciais por parte de equipes de pré-natal, independente do risco gestacional.

No que tange aos aspectos obstétricos e clínicos, concluiu-se que número de filhos vivos, planejamento da gravidez, história de prematuridade, DMG, HAC, estado nutricional, internação na gestação e uso de medicamentos foram variáveis que apresentaram associação significativa com a QVRS. Trimestre gestacional não apresentou relação estatística com os domínios de QVRS. Planejar a gravidez e estar com IMC adequado foram fatores associados à melhor QVRS, enquanto possuir filhos vivos, ter história de prematuridade, possuir DMG ou HAC, vivenciar internação na gestação e fazer uso de medicamentos foram fatores associados à pior QVRS.

Acredita-se que a avaliação contínua desses aspectos favoreça, também, a criação de estratégias para uma assistência integral às gestantes, visando reduzir maus resultados maternos e perinatais.

Em relação às áreas de vida das gestantes que foram afetadas pela gestação, observou-se que as principais foram alimentação, sono, relacionamento familiar,

psicológico/emocional, relacionamento com o parceiro, disposição/condição física, trabalho, satisfação com a gravidez, financeiro e saúde. Destas, alimentação, relacionamento familiar, relacionamento com o parceiro e satisfação com a gravidez foram as áreas preponderantemente positivas, enquanto sono, psicológico/emocional, disposição/condição física, trabalho, financeiro e saúde foram principalmente negativas.

A área que obteve a melhor média de escore primário foi satisfação com gravidez, enquanto a que obteve a pior média foi condição física/disposição. Já em relação ao escore secundário, observou-se que a área de maior peso também foi satisfação com a gravidez, enquanto a de menor peso foi financeiro. Diante disso, conclui-se que a satisfação com a gravidez foi o aspecto que influenciou mais positivamente a QV dessas gestantes.

Ademais, conclui-se que as mudanças que ocorrem durante a gestação são significativas no tocante à QVRS. Portanto, os fornecedores de cuidados devem conhecê-las de modo que possam direcionar ações efetivas de promoção da QV, por meio da preparação das gestantes para lidar com o processo gravídico-puerperal.

Acredita-se que as modificações inerentes ao período gestacional, associadas às condições de alto risco podem desencadear prejuízos psicoemocionais nessa população, principalmente quando se trata de mulheres que vivem em condições sociais, econômicas e culturais desfavoráveis, tornando a experiência gestacional mais negativa. Neste cenário, a atuação do enfermeiro pode se dar mediante a promoção da saúde, através das práticas educativas, considerando que algumas dessas vivências podem ser suavizadas a partir do momento que essas mulheres têm a consciência do que estão experimentando, aliada ao seu encorajamento.

## **9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES FUTURAS**

Apesar de os achados dessa investigação terem sido avaliados com afinco, algumas limitações devem ser consideradas.

Por ser um estudo transversal, não houve um acompanhamento das gestantes de modo que permitisse avaliar a evolução dos aspectos que influenciam a QV. Dessa forma, os resultados obtidos nessa pesquisa não mostram, necessariamente, uma relação de causa-efeito. A realização de estudos longitudinais pode permitir a avaliação e a comparação da QVRS em diferentes períodos gestacionais.

Além disso, o fluxo de atendimento no serviço não favoreceu o procedimento de coleta de dados. Como relatado anteriormente, as gestantes possuem vários atendimentos em um único período, o que otimiza a sua assistência no serviço. Porém, visto que as pacientes ficam com a maioria do período preenchida com as consultas, percebeu-se pouca paciência e disponibilidade em participar da pesquisa, embora alguns tenham aceitado.

Outra dificuldade evidenciada durante a pesquisa foi a escassez de estudos que avaliam a QVRS em gestantes em condição de alto risco. Em buscas, foram identificados muitos estudos relacionados a sintomatologia depressiva, porém poucos relacionados à história de prematuridade e HAC, dificultando comparações mais valiosas. Sugerem-se novos estudos com análises das demais condições clínicas.

Recomendam-se, também, novos estudos que incluam gestantes de alto risco no serviço privado de saúde, com vistas a comparar os grupos.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, A. T.; FENELON, E. O.; MENDONÇA, I. V. B. F.; ROCHA, K. D.; MENEZES, R. L.; GOMIDE, L. B. Comparação da qualidade de vida de gestantes vinculadas a um programa específico de atividade física e gestantes sedentárias. **EFDesportes.com**, Buenos Aires, v. 16, n. 163, dez. 2011. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Ruth\\_Menezes/publication/265335727\\_Comparacao\\_da\\_qualidade\\_de\\_vida\\_de\\_gestantes\\_vinculadas\\_a\\_um\\_programa\\_especifico\\_de\\_atividade\\_fisica\\_e\\_gestantes\\_sedentarias/links/551474920cf283ee083631fa/Comparacao-da-qualidade-de-vida-de-gestantes-vinculadas-a-um-programa-especifico-de-atividade-fisica-e-gestantes-sedentarias.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ruth_Menezes/publication/265335727_Comparacao_da_qualidade_de_vida_de_gestantes_vinculadas_a_um_programa_especifico_de_atividade_fisica_e_gestantes_sedentarias/links/551474920cf283ee083631fa/Comparacao-da-qualidade-de-vida-de-gestantes-vinculadas-a-um-programa-especifico-de-atividade-fisica-e-gestantes-sedentarias.pdf)>. Acesso em: 29 mai. 2019.
- ALVES, N. C. C.; FEITOSA, K. M. A.; MENDES, M. E. S.; CAMINHA, M. F. C. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 4, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000400409&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000400409&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 20 fev. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0042>
- ANDRADE, L. D. F.; SANTOS, E. M.; ALMEIDA, J. M.L.; CERQUEIRA, A. C. D. R.; SOUSA, C. P. C.; PINTO, M. B. Epidemia Zika-vírus: influência da religião/espiritualidade em gestantes e puérperas. *Rev. enferm. UFPE on line*, Recife, v. 12, n. 2, p. 329-336, fev. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23245/27803>>. Acesso em: 30 abr. 2019. DOI: 10.5205 / 1981-8963-v12i2a23245p329-336-2018
- ANJOS, J.C.S.; PEREIRA, R. R.; FERREIRA, P. R. C.; MESQUITA, T. B. P.; PICANÇO JÚNIOR, O. M. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco. **Rev. Paraense de Medicina**, v. 28, n. 2, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2014/v28n2/a4264.pdf>>. Acesso em 12 jan. 2019.
- 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. **International journal of nursing studies**, v. 38, n. 1, p. 9-16, feb. 2001. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748900000638?via%3Dihub>>. Acesso em: 13 nov. 2018.
- ANTUNES, L. O.; TENÓRIO, M. C. S.; TAVARES, M. C. M.; BEZERRA, A. R.; OLIVEIRA, A. C. M. Caracterização clínica e nutricional de gestantes de alto risco assistidas no hospital universitário de Maceió-Alagoas. **GEP NEWS**, Maceió, v. 1, n. 1, p. 14-19, jan./mar. 2018. Disponível em: <<http://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/4676/3283>>. Acesso em: 28 mai. 2018.
- ARAÚJO, M. F. M.; PESSOA, S. M. F.; DAMASCENO, M. M. C.; ZANETTI, M. L. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 222-227, mar./abr. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-)

71672013000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 mai. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200011>

BAHADORAN, P.; MOHAMADIRIZI, S. Relationship between physical activity and quality of life in pregnant women. *Iran J. Nurs. Midwifery Res.*, v. 20, n. 2, p. 282-286, mar./apr. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4387656/>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

BAI, G.; KORFAGE, I. J.; GROEN, E. H.; JADDOE, V. W. V.; MAUTNER, E. RAAT, H. Associations between nausea, vomiting, fatigue and health-related quality of life of women in early pregnancy: the generation R study. **PLoS One**, v. 11, n. 11, e0166133, nov. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5096665/>>. Acesso em: 22 mai. 2019. DOI: 10.1371/journal.pone.0166133

BAI, G.; RAAT, H.; JADDOE, V. W. V.; MAUTNER, E.; KORFAGE, I. J. Trajectories and predictors of women's health-related quality of life during pregnancy: A large longitudinal cohort study. **PLoS ONE**, v. 13, n. 4: e194999, 2018. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0194999>>. Acesso em: 12 abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194999>

BARBOSA, N. R.; ALMEIDA, M. S.; COELHO, E. A. C.; OLIVEIRA, J. F. Da gestação ao nascimento: percepção do casal grávido. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 108-123, mai./ago. 2013. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/7959>>. Acesso em: 23 abr. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v27i2.7959>

BRASIL. Ministério da Educação. Portal Ebserh. **Maternidade-Escola Assis Chateaubriand**. Infraestrutura. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/meac-ufc/infraestrutura>>. Acesso em: 17 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, Brasília: Ministério da Saúde, 2016, 230 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

CALDAS, D. B.; SILVA, A. L. R.; BOING, E.; CREPALDI, M. A.; CUSTÓRIO, Z. A. O. Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço. **Psicol. Hosp.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 66-87, jan. 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092013000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100005)>. Acesso em: 26 mai. 2019.

CALOU, C. G. P. **The Mother Generated Index: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em gestantes de baixo risco**. 2015. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –

Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

CAMELIER, A. A. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo-SP.** 2004. 151 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal do Estado de São Paulo, São Paulo.

CARDOSO, L. S. M.; MENDES, L. L.; MELÉNDEZ, G. V. Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional. **REME**, v. 17, n. 1, p. 85-92, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/581>>. Acesso em: 06 jun. 2019. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130008>

CARVALHO, L. L. **Fatores psicossociais e gestação de alto risco: um estudo exploratório no município de Juiz de Fora/MG.** 2018. 97 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

CARVALHO, M. E. C. C.; LIMA, L. C.; TERCEIRO, C. A. L.; PINTO, D. R. L.; SILVA, M. N.; COZER, G. A.; COUCEIRO, T. C. M. Low back pain during pregnancy. **Brazilian Journal of Anesthesiology (English edition)**, v. 67, n. 3, p. 266-270, may./jun. 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104001416300276?via%3Dihub>>. Acesso em: 02 fev. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2015.08.014>

CASTRO, D. F. A.; FRACOLLI, L. A. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 159-165, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/qualidade\\_vida\\_promocao\\_saude\\_gestantes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/qualidade_vida_promocao_saude_gestantes.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2019.

CEBM. **Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence (March 2009).** Disponível em <<https://www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

CHAE, S. Y.; CHAE, M. H.; KANDULA, S.; WINTER, R. O. Promoting improved social support and quality of life with the Centering Pregnancy group model of prenatal care. **Arch. Womens Ment. Health**, v. 20, n. 1, p. 209-220, feb. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27988822>>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: 10.1007/s00737-016-0698-1

CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-item Short-form Health Survey (SF-36)”.** 1997. 120 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

COONS, S. J.; RAO, S.; KEININGER, D.; HAYS, R. D. A comparative review of generic quality-of-life instruments. **Pharmacoeconomics**, v. 17, n. 1, p. 13-35, jan. 2000. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.2165%2F00019053-200017010-00002>>. Acesso em: 20 apr. 2018.

COSTA, L. D.; CURA, C. C.; PERONDI, A. R.; FRANÇA, V. F.; BORTOLOTTI, D. S. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare enferm.**, v. 21, n. 2, p. 01 – 08, abr./jun. 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44192>>. Acesso em: 29 jan. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.44192>

COSTA, L. D.; PERONDI, A. R.; CAVALHEIRI, J. C.; FERREIRA, A. S.; TEIXEIRA, G. T.; BERTOLOTTI, D. S. Adequação do pré-natal de alto risco em um hospital de referência. **Rev Rene**, v. 17, n. 4, p. 459 – 465, jul.-ago. 2016a. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4931>>. Acesso em: 29 jan. 2019. DOI: 10.15253/2175-6783.2016000400004

COUTO, E. R.; COUTO, E.; VIAN, B.; GREGÓRIO, Z.; NOMURA, M. L.; ZACCARIA, R.; JUNIOR, R. P. Qualidade de vida, depressão e ansiedade em gestantes com má história gestacional. **Rev Médica de São Paulo**, São Paulo, v. 127, n. 4, p. 185-189, jul. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-31802009000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802009000400002)>. Acesso em: 21 mai. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802009000400002>.

DAFLAPURKAR, S. B. **High risk cases in obstetrics**. 1ª ed, Índia: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2014, 405 p. ISBN-13: 978-9351522188

DIAS, E. G.; ANJOS, G. B.; ALVES, L.; PEREIRA, S. N.; CAMPOS, L. M. Perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de gestantes de uma Estratégia de Saúde da Família do norte de Minas Gerais. **Rev. Saúde e Desenvolvimento**, v. 12, n. 10, 2018. Disponível em: <<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/884/513>>. Acesso em: 24 mai. 2019.

DO, N. C.; SECHER, A. L.; CRAMON, P.; RINGHOLM, L.; WATT, T.; DAMM, P.; MATHIESEN, E. R. Quality of life, anxiety and depression symptoms in early and late pregnancy in women with pregestational diabetes. **Acta. Obstet. et Gynecol Scand.**, v. 96, n. 2, p. 190-197, feb. 2017. Disponível em: <<https://obgyn-onlinelibrary-wiley.ez11.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1111/aogs.13048>>. Acesso em: 20 mai. 2019. DOI: <https://doi-org.ez11.periodicos.capes.gov.br/10.1111/aogs.13048>

DODD, J. M.; NEWMAN, A.; MORAN, L. J.; DEUSSEN, A. R.; GRIVELL, R. M.; YELLAND, L. N.; CROWTHER, C. A.; MCPHEE, A. J.; WITTERT, G.; OWENS, J. A.; TURNBULL, D.; ROBINSON, J. S. The effect of antenatal dietary and lifestyle advice for women who are overweight or obese on emotional well-being: the LIMIT randomized trial. **Acta. Obstet. et Gynecol. Scand.**, v. 95, n. 3, p. 309-318, mar. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26618547>>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: 10.1111/aogs.12832

DRESCHER, K. M.; MONGA, M.; WILLIAMS, P.; PROMECENE-COOK, P.; SCHNEIDER, K. Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 188, n. 5, p. 1231-1233, may. 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12748488>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

EMMANUEL, E. N.; SUN, J. Health related quality of life across the perinatal period among Australian women. **J. Clin. Nurs.**, v. 23, n. 11-12, p. 1611-1619, jun. 2014. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23750859>>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: 10.1111/jocn.12265

ESER, S.; NEBIOGLU, S.; ALIYEVA, A.; KILIÇARSLAN, A.; ATALAY, C. R.; OZCANLI, G.; ERTEN, S.; UYSAL, F. Neuropathic pain in pregnant Turkish women with lumbopelvic pain and its impact in health-related quality of life. **Eur J Rheumatol.**, v. 5, n. 1, p. 37-39, mar. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5895149/>>. Acesso em: 22 mai. 2019. DOI: 10.5152/eurjrheum.2017.16088

FERREIRA, F. M.; HAAS, V. J.; PEDROSA, L. A. K. Qualidade de vida de adolescentes após a maternidade. **Acta Paulista de Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 245-249, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000300007&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000300007&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 03 jun. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000300007>

FLECK, M. P. A.; XAVIER, S. L. M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-8910200000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200000200012)>. Acesso em: 28 mar. 2018.

FORTALEZA. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Nascer no Ceará: condutas assistenciais para a linha de cuidado materno-infantil do estado do Ceará**. Fortaleza: Littere, 2018, 160 p.

FORTALEZA. Secretaria municipal de Saúde. Coordenadoria das políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde. Células de Atenção às Condições Crônicas. **Diretrizes Clínicas da atenção à gestante: Assistência pré-natal**. 1ª ed. Fortaleza, 2016. 50 p.

FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. **Rotinas em Obstetrícia**. 6ª ed, Porto Alegre: Artmed, 2011. 903 p.

GUL, B.; RIAZ, M. A.; BATOOL, N.; YASMIN, H.; RIAZ, M. N. Social support and health related quality of life among pregnant women. **JPMA**, v. 68, n. 6, jun. 2018. Disponível em: <[https://jpma.org.pk/article-details/8720?article\\_id=8720](https://jpma.org.pk/article-details/8720?article_id=8720)>. Acesso em: 25 mai. 2019.

HOLANDA, S. M. **Qualidade do sono em gestantes de risco habitual e alto risco: um estudo comparativo**. 2018. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

HOLMES, W. C.; SHEA, J. A. Performance of a new, HIV/AIDS-targeted quality of life (HAT-QoL) instrument in asymptomatic seropositive individuals. **Quality of Life Research**, v. 6, n. 6, p. 561-571, aug. 1997. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9330555>. Acesso em: 12 abr. 2018.

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

JEKEL, J. F.; KATZ, D. L.; ELMORE, J. G. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2ª ed., São Paulo: Artmed, 2005, 207 p.

KAPIÑALA, E. C. S. **Hipertensão arterial na gravidez: qualidade de vida familiar e satisfação com a vida em Angola**. Dissertação (Mestrado em Psicologia clínica) – Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação da Universidade de Coimbra.

KARSTEN, L. F.; SOUZA, D. L.; VIEIRA, M. R.; SILVA, J. C. Influência do diagnóstico de diabetes mellitus gestacional na qualidade de vida da gestante. **Revista saúde e pesquisa**, v. 9, n. 1, p. 7-14, jan./abr. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/4545/2744>>. Acesso em: 07 mai 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2016v9n1p7-14>

KENT, R. A.; YAZBEK, M.; HEYNS, T.; COETZEE, I. The support needs of high-risk antenatal patients in prolonged hospitalization. **Midwifery**, v. 31, n.1, p. 164-169, jan. 2015. Disponível em: <[http://repository.up.ac.za/bitstream/handle/2263/49356/Kent\\_Support\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repository.up.ac.za/bitstream/handle/2263/49356/Kent_Support_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y)> Acesso em: 20 mai. 2019.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082009000400007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000400007)>. Acesso em: 28 mar. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000400007>

KOLU, P.; RAITANEN, J.; LUOTO, R. Physical activity and health-related quality of life during pregnancy: a secondary analysis of a cluster-randomised trial. **Matern. Child. Health J.**, v. 18, n. 9, p. 2098-2105, nov. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24585400>>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: 10.1007/s10995-014-1457-4.

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, may. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2396154/>>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: 10.1186 / 1477-7525-6-32

LACASSE, A.; REY, E.; FERREIRA, E.; MORIN, C.; BÉRARD, A. Nausea and vomiting of pregnancy: what about quality of life?. **BJOG**, Canadá, v. 115, n. 12, p. 1484-1493, nov. 2008. Disponível em <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1471-0528.2008.01891.x>>. Acesso em: 02 fev. 2018. DOI: 10.1111 / j.1471-0528.2008.01891.x

LAGADEC, N.; STEINECKER, M.; KAPASSI, A.; MAGNIER, A. M.; CHASTANG, J.; ROBERT, S.; GAOUAOU, N.; IBANEZ, G. Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 18, n. 455, nov. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6251086/?report=classic>>. Acesso em: 24 mai. 2019. DOI: 10.1186/s12884-018-2087-4

LAMARCA, G. A.; LEAL, M. C.; LEAO, A. T. T.; SHEIHAM, A.; VETTORE, M. V. Oral health related quality of life in pregnant and post partum women in two social network

domains; predominantly home-based and work-based networks. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 10, n. 15, 2012. Disponível em: <<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-10-5>>. Acesso em: 06 jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-5>

LARRABEE, K. D.; MONGA, H.; ERIKSEN, N.; HELFGOTT, A. Quality of life assessment in pregnant women with the human immunodeficiency vírus. **Obstet. Gynecol.**, v. 88, n. 6, p. 1016-1020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8942845>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

LAU, Y.; YIN, L. Maternal, obstetric variables, perceived stress and health-related quality of life among pregnant women in Macao, China. **Obstetrícia**, v. 27, n. 5, p. 668-673, oct. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20466467>>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: 0.1016 / j.midw.2010.02.008

LI, J.; MAO, J.; DU, Y. MORRIS, J. L.; GONG, G.; XIONG, X. Health-related quality of life among pregnant women with and without depression in Hubei, China. **Metrn. Child Health J.**, v. 16, n. 7, p. 1355-1363, oct. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22045020>>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: 10.1007/s10995-011-0900-z.

LIMA, A. D. M.; SANTOS, S. N. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco em um hospital de referência na cidade de Belém-PA. **Revista Nursing**, v. 21, n. 243, p. 2299-2303, 2018. Disponível em: <[http://www.revistanursing.com.br/revistas/243-Agosto2018/Perfil\\_epidemiologico\\_gestantes.pdf](http://www.revistanursing.com.br/revistas/243-Agosto2018/Perfil_epidemiologico_gestantes.pdf)>. Acesso em: 10 mai. 2019.

LUZ, B. G.; SOARES, L. T. GRILLO, V. T. R. S.; VIOLA, B. M.; LAPORTE, I. C.; BINO, D. B. M.; MENDONÇA, A. P. A. S.; OLIVEIRA, V. J. O perfil das gestantes de alto risco acompanhadas no pré-natal da policlínica de Divinópolis-MG, no biênio 2013/14. **J. Health Biol. Sci.**, v. 3, n. 3, p. 137-143, 2015. Disponível em: <<http://revistaopiniaojuridica.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/view/177/119>>. Acesso em 01 fev. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v3i3.177.p137-143.2015>

MAGANHA, C. A.; NOMURA, R. M. Y.; ZUGAIB, M. Associação entre perfil glicêmico materno e o índice de líquido amniótico em gestações complicadas pelo diabetes mellitus pré-gestacional. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 55, n. 2, p. 169-174, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302009000200021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000200021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 12 fev. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000200021>.

MARTINS, M. N. **Utilização de medicamentos por gestantes de alto risco no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP- USP**. 2017. 198 p. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.

MEIRELES, J. F. F.; NEVES, C. M.; CARVALHO, P. H. B.; FERREIRA, M. E. C. Imagem corporal de gestantes: associação com variáveis sociodemográficas, antropométricas e obstétricas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 37, n. 7, p. 319-324, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/7611/1/Imagem%20corporal%20de%20gestantes.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2019. DOI: 10.1590/SO100-720320150005388

MELO, L. C. S.; CARMO, L. V. B. G.; OLIVEIRA, M. N. V. Sexualidade da gestante de alto risco: vivência da atividade sexual. **Rev. Saber científico**, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1918/Lucas%20Van%20Basten%20Gon%20C3%A7alves%20do%20Carmo,%20Maria%20Neuclia%20Vale%20de%20Oliveira%20-%20Sexualidade%20da%20gestante%20de%20alto%20risco%20-%20viv%20C3%A7ancia%20da%20atividade%20sexual.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 12 fev 2019.

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 Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <[http://www-periodicos-capes.gov-br.ez11.periodicos.capes.gov.br/?option=com\\_plogin&ym=3&pds\\_handle=&calling\\_system=primo&institute=CAPES&targetUrl=http://www-periodicos-capes.gov-br.ez11.periodicos.capes.gov.br&Itemid=155&pagina=CAFe](http://www-periodicos-capes.gov-br.ez11.periodicos.capes.gov.br/?option=com_plogin&ym=3&pds_handle=&calling_system=primo&institute=CAPES&targetUrl=http://www-periodicos-capes.gov-br.ez11.periodicos.capes.gov.br&Itemid=155&pagina=CAFe)>. Acesso em: 30 mar. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

MENEGUIN, S.; XAVIER, C. L. Qualidade de vida em gestantes com cardiopatia. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 811-818, jul./set. 2013. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/75847/2-s2.0-84885055893.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 07 jun. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300030>.

MENETRIER, J. V.; ALMEIDA, G. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco com parto prematuro em um hospital de referência. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 433-441, set./dez. 2016. Disponível em: <<http://177.129.73.3/index.php/saudpesq/article/view/5534/2926>>. Acesso em 20 mai. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2016v9n3p433-441>

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100002&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100002&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 12 mai. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>

MOIMAZ, S. A.; ROCHA, N. B.; GARBIN, A. J.; GARBIN, C. A.; SALIBA, O. Influence of oral health on quality of life in pregnant women. **Acta. Odontol. Latinoam.**, v. 29, n. 2, p. 186-193, sep. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27731489>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

MOURA, A. R.; AZEVEDO, F. H. C. Evidências científicas sobre a alimentação de gestantes. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 5, n. 1, art. 5, p. 78-90, jan./jun. 2018. Disponível em: <<http://189.43.21.151/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/1525/491491655>>. Acesso em: 26 mai. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.12819/rsf.2018.5.1.5>

MOURA, B. L. A.; ALENCAR, G. P.; SILVA, Z. P.; ALMEIDA, M. F. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 1, fev. 2018. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000105012&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000105012&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 18 mar. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00188016>.

NARCHI, N. Z. Atención prenatal por enfermeros en la zona este de la ciudad de São Paulo – Brasil. **Rev. esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 266-273, jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200004)>. Acesso em: 14 mai. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200004>.

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. **American College of Obstetricians and Gynecologists**, v. 107, n. 4, p. 798-806, 2006. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/8cb8/6ee2daa27c0ee63623f44be85e090bbeb0e0.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2019. DOI: 10.1097/01.AOG.0000204190.96352.05

NOWAKOWSKA, G. A.; MANIECKA, B. I. Relation between occupation and health related quality of life of pregnant women. **Med Pr**, v. 62, n. 6, p. 601-607, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22312952>>. Acesso em: 26 mai. 2019.

OLIVEIRA, A. C. M.; PEREIRA, L. A.; FERREIRA, R. C.; CLEMENTE, A. P. G. Estado nutricional materno e sua associação com o peso ao nascer em gestações de alto risco. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, jul. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n7/2373-2382/#>>. Acesso em: 12 mai. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.12042016>

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 33, n. 4, p. 307-314, 2005. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0528.2005.00225.x>>. Acesso em: 10 mai. 2018. DOI: 10.1111 / j.1600-0528.2005.00225.x

OLIVEIRA, D. C.; MANDÚ, E. N. T. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidade e cuidados. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Mato Grosso, v. 19, n. 1, p. 93-101, jan./mar. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000100093&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000100093&script=sci_abstract)> Acesso em: 10 out. 2017. DOI: 10.5935/1414-8145.20150013

OLIVEIRA, M. A. M.; SOUSA, W. P. S.; PIMENTEL, J. D. O.; SANTOS, K. S. L.; AZEVEDO, G. D.; MAIS, E. M. C. Gestantes tardias de baixa renda: dados sociodemográficos, gestacionais e bem-estar subjetivo. **Rev. Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 69-82, set./dez. 2014. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/6604/5146>>. Acesso em: 03 mai. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n3p69-82>

OLIVEIRA, R. R.; SANTOS, S. S. C.; MELO, E. C.; ZURITA, R. C. M.; MATHIAS, T. A. F. Nascimento prematuro e assistência pré-natal: revisão integrativa à luz de Canguilhem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 3, p. 4616-4622, jul. 2016. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3149>>. Acesso em: 10 out. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4616-4622>

PACHECO, V. C.; SILVA, J. C.; MARIUSSI, A. P.; LIMA, M. R.; SILVA, T. R. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 125-137, jan. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000100125](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100125)>. Acesso em: 30 abr. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811610>.

PARSONS, J.; ISMAIL, K.; AMIEL, K.; FORBES, A. Perceptions among women with gestational diabetes. **Qual Health Res**, v. 24, n. 4, p. 575-585, abr. 2014. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.898.5485&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2019. DOI: [10.1177/1049732314524636](https://doi.org/10.1177/1049732314524636)

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C.S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fis. esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241 – 250, abr. / jun. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-55092012000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000200007)>. Acesso em: 19 out. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>

PICCININI, C. A. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o Pré-natal. **Psic. Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 27-33, jan./mar. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722012000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722012000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 21 mai. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722012000100004>

PORTO, M. A. **Gestantes de alto risco em programa de alta hospitalar qualificada: personalidade, estilo de vida e vivências**. 2018. 81 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde, São José do Rio Preto.

PRADO, K. A. S.; LEMOS, C. B.; BARANEK, G. S.; DIALMEIDA, T. Z.; PACAGNELLI, F. L.; LOPES, G. A. P. Prevalência dos desconfortos do período gestacional e qualidade de vida em mulheres que frequentam uma unidade básica de saúde. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 20, n. 4, p. 113-117, out./dez. 2013. Disponível em: <[http://repositorio-racs.famerp.br/racs\\_ol/vol-20-4/ID-526-out-dez%202013-20\(4\).pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-20-4/ID-526-out-dez%202013-20(4).pdf)>. Acesso em: 03 mai. 2019.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2.ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013, 275 p.

REIS, Z. S. N.; LAGE, E. M.; AGUIAR, R. A. L. P.; GASPAR, J. S.; VITRAL, G. L. N.; MACHADO, E. G. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Belo Horizonte, v. 36, n. 2, p. 65-71, 2014. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Zilma\\_Reis/publication/261186796\\_Association\\_between\\_risk\\_pregnancy\\_and\\_route\\_of\\_delivery\\_with\\_maternal\\_and\\_neonatal\\_outcomes/links/0a85e533e019b82b7f000000/Association-between-risk-pregnancy-and-route-of-delivery-with-maternal-and-neonatal-outcomes.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Zilma_Reis/publication/261186796_Association_between_risk_pregnancy_and_route_of_delivery_with_maternal_and_neonatal_outcomes/links/0a85e533e019b82b7f000000/Association-between-risk-pregnancy-and-route-of-delivery-with-maternal-and-neonatal-outcomes.pdf)>. Acesso em 10 nov. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032014000200004>.

REZAEI, E.; MOGHADAM, Z. B.; SARAYLU, K. Quality of life in pregnant women with sleep disorder. **J. Family Reprod. Health**, v. 7, n. 2, p. 87-93, jun. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4064778/>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

REZENDE FILHO, J. ; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 14ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 1012 p.

REZENDE FILHO, J. ; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 1400 p.

REZENDE, C. L.; SOUZA, J. C. The quality of life of high-risk pregnant women assisted at a center for women assistance. **Psicólogo inFormação**, v. 16, n. 16, p. 45-69, jan./dec. 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoinfo/v16n16/v16n16a03.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-0969/pi.v16n16p45-69>

RIBEIRO, S. G. **Qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres no puerpério imediato: uma análise a partir de diferentes tipos de parto**. 2016. 111 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

RIBEIRO, S. G. **Tradução, adaptação e validação do The Mother Generated Index para uso no Brasil**. 2013. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

SAADATI, F.; SHAFAEI, F. S.; MIRGHAFORVAND, M. Sleep quality and its relationship with quality of life among high-risk pregnant women (gestational diabetes and hypertension), **J. Matern. Fetal Neonatal Med.**, v. 31, n. 2, p. 150-157, jan. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28110597>>. Acesso em: 25 mai. 2019. DOI: 10.1080/14767058.2016.1277704

SHARAKORPI, N.; KOIVUSALO, S. B.; ERIKSSON, J. G.; KAUTIAINEN, H.; STACHLEMPINEN, B.; ROINE, R. P. Perceived financial satisfaction, health related quality of life and depressive symptoms in early pregnancy. **Maternal and Child Health Journal**, v. 21, n. 7, p. 1493 – 1499, jul./2017. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-017-2271-6>>. Acesso em: 28 mai. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2271-6>

SALGE, A. K. M.; SILVA, R. C. R.; GUIMARÃES, J. V.; RAMALHO, W. S.; ABDALLA, D. R.; ABDALLA G. K. Relações entre os aspectos clínicos, placentários, obstétricos e neonatais e o crescimento intrauterino na gestação de alto risco. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 26, n. 2, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000200313&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200313&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 10 nov. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005520015>.

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

SANTOS, A. B.; SANTOS, K. E. P.; MONTEIRO, G. T. R.; PRADO, P. R.; AMARAL, T. L. M. Autoestima e qualidade de vida de uma série de gestantes atendidas em rede pública de

saúde. **Cogitare enferm.**, v. 20, n. 2, p. 392-400, abr./jun. 2015. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/38166/25540>>. Acesso em: 06 jun. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i2.38166>

SCHUBERT, K. O.; AIR, T.; CLARK, S. R.; GRZESKOWIAK, L. E.; MILLER, E.; DEKKER, G. A.; BAUNE, B. T.; CLIFTON, V. L. Trajectories of anxiety and health related quality of life during pregnancy. **PLoS One**, v. 12, n. 7, e0181149, jul. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5524400/?report=classic#pone.0181149.ref038>>. Acesso em: 24 mai. 2019. DOI: 10.1371/journal.pone.0181149

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200027&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200027&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 05 mar. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>

SETSE, R.; GROGAN, R.; PHAM, L.; COOPER, L. A.; STRBINO, 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, n. 5, p. 577-587, sep. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18931832>>. Acesso em: 12 abr. 2018. DOI: 10.1007/s10995-008-0392-7.

SHISHEHGAR, S.; DOLATIAN, M.; MAJD, H. A.; BAKHTIARY, M. Perceived pregnancy stress and quality of life amongst Iranian. **Glob. J. Health Sci.**, v. 6, n. 4, p. 270-277, jul. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4825377/>>. Acesso em: 12 abr. 2018. DOI: 10.5539/gjhs.v6n4p270

SILVA, A. G. C. B.; SILVA, J. L.; LISBOA, L. L.; MONTEIRO, R. A.; VIANA, E. S. R. Perfil sociodemográfico e clínico das participantes de um curso para gestante. **Rev. APS**, v. 17, n. 3, p. 382-387, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/index>>. Acesso em: 31 jan. 2019.

SILVA, M. M. J.; NOGUEIRA, D. A.; CLAPIS, M. J.; LEITE, E. P. R. C. Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51:e03253, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt\\_1980-220X-reeusp-51-e03253.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03253.pdf)>. Acesso em: 12 fev. 2019. DOI: 10.1590/S1980-220X2016048003253.

SILVA, M. R. C.; VIEIRA, B. D. G.; ALVES, V. H.; RODRIGUES, D. P.; VARGAS, G. S.; SÁ, A. M. P. A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 792-797, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a16.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2019.

SILVA, T. M. **Avaliação do estresse percebido em gestantes de alto risco**. 2018. 50 f. Monografia (Graduação em Enfermagem). – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

SILVEIRA, M. P. T.; SILVEIRA, M. F.; MÜLLER, C. H. Quality of life of pregnant women living with HIV/AIDS. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 38, n. 5, p. 246-252, may. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-)

72032016000500246>. Acesso em: 12 abr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0036-1584164>.

SILVEIRA, P. G. **O cuidado emocional em enfermagem às gestantes que convivem com doenças crônicas: um estudo sociopoético**. 2017. 166 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) – Universidade Federal Fluminense, Niterói.

SINTONEN, H. 15-D instrument. **The health-related quality of life (HRQoL) instrument**. Disponível em: <<http://www.15d-instrument.net/15d/>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 25, n. 4, p. 284-290, 1997. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0528.1997.tb00941.x>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

SOARES, C. B.; HOGA, L. A. K.; PEDUZZI, M.; SANGALETI, C.; YONEKURA, T.; SILVA, D. R. A. D. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000200335&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000200335&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 30 mar. 2018. DOI: 10.1590/S0080-623420140000200020

SOARES, P. R. A. L. **Disfunção do assoalho pélvico e qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes**. 2015. 165 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

SOÁREZ, P. C.; CASTELO, A.; ABRÃO, P.; HOLMES, W. C.; CICONELLI, R. M. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 25, n. 1, p. 69-76, 2009. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v25n1/69-76/pt>>. Acesso em: 1 abr. 2018.

SOUSA, W. P. S.; OLIVEIRA, M. A. M.; MAIA, E. M. C. Perfil sociodemográficos e bem-estar subjetivo em gestantes tardias e adultas jovens. **Asunción (Paraguay)**, v. 12, n. 1, p. 61 – 72, 2015. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905628/eureka-12-1-12.pdf>>. Acesso em 31 jan.2019.

SYMON, A.; MACDONALD, A.; RUTA, D. Postnatal quality of life assessment: introducing the Mother-Generated Index. **BIRTH**, v. 29, n. 1, p. 40-46, mar. 2002. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1523-536X.2002.00154.x>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

SYMON, A.; MCGREAVEY, J.; PICKEN, C. Postnatal quality of life assessment: validations of the Mother-Generated Index. **Journal of Obstet. And. Gynecol.**, v. 110, n. 9, p. 865-868, sep. 2003. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2003.02030.x?sid=nlm%3Apubmed>>. Acesso em: 12 abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2003.02030.x>

TENTAIS, I.; FIGUEIREDO, B.; MOTA, J.; CONDE, A. Physical activity, health-related quality of life and depression during pregnancy. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27,

n. 2, p. 219-228, feb. 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 21 mai. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200003>

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment. **Psychol Med**, v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998. Disponível em:

<[https://depts.washington.edu/uwcssc/sites/default/files/hw00/d40/uwcssc/sites/default/files/WHO%20Quality%20of%20Life%20Scale%20\(WHOQOL\).pdf](https://depts.washington.edu/uwcssc/sites/default/files/hw00/d40/uwcssc/sites/default/files/WHO%20Quality%20of%20Life%20Scale%20(WHOQOL).pdf)>. Acesso em: 28 mar. 2018.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, nov. 1995. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>>. Acesso em: 16 out. 2017.

TIRADO, M. C.; BORTOLETTI, F. F.; NAKAMURA, M. U.; SOUZA, E.; SOÁREZ, P. C.; CASTELO FILHO, A.; AMED, A. M. Quality of life of pregnant women infected with the human immunodeficiency virus (HIV) in the city of São Paulo. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 36, n. 5, p. 228-232, may. 2014. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25003475>>. Acesso em: 04 mar. 2018.

TROMBETTA, J. B.; TRAEBERT, J.; NUNES, R. D. Fatores relacionados à qualidade de vida em gestantes de alto risco. **RIUNI**, 2018. Disponível em:

<<https://www.riuni.unisul.br/handle/12345/5320>>. Acesso em: 26 mai. 2019.

TSAI, S. Y.; LEE, P. L.; LIN, J. W.; LEE, C. N. Cross-sectional and longitudinal associations between sleep and health related quality of life in pregnant women: a prospective observational study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 56, p. 45-53, apr. 2016. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002074891600002X?via%3Dihub>>. Acesso em: 25 mai. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.001>

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

VASCONCELOS, E. M. A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. **Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, v. 4, n. 3, p. 12-18, set. 2010. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/659/1307>>. Acesso em: 25 fev. 2019. DOI: 10.3395/reciis.v4i3.381pt

VERAS, T. C. S.; MATHIAS, T. A. F. Hospitalizations leading causes for maternal disorders. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, jun. 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000300401#t01](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000300401#t01)>. Acesso em: 24 mai. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342014000300003>

VIEIRA, B. D.; PARIZOTTO, A. P. A. V. Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. **Unoesc & Ciência – ACBS**, Joaçaba, v. 4, n. 1, p. 79-90, 2013. Disponível em: <<https://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/viewFile/2559/pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2018.

WARE, J. E.; KOSINSKI, M.; KELLER, S. D. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. **MedCare**, v. 34, n. 3, p. 220-233, 1996. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=8628042>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

WARE, J. E.; KOSINSKI, M.; KELLER, S. D. **SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual**. 5ª ed. Boston: The Health Institute, New England Medical Center, 1994. 188 p.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). **Medical Care**, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992. Disponível em: <[https://www.jstor.org/stable/pdf/3765916.pdf?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/pdf/3765916.pdf?seq=1#page_scan_tab_contents)>. Acesso em: 06 mai. 2018.

XAVIER, R. B.; JANNOTTI, C. B.; SILVA, K. S.; MARTINS, A. C. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1161-1171, abr. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000400029&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400029&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 30 jan. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400029>



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO INFANTIL**  
**MESTRADO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

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

Título do projeto: *Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em gestantes de alto risco.*

Nome da pesquisadora responsável: *Ivyna Pires Gadelha*

Telefone para contato: (85) 987669737

Local da coleta de dados: *Maternidade-Escola Assis Chateaubriand*

Prezada Senhora, você está sendo convidada a participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. O principal objetivo do estudo é: *Analisar a qualidade de vida relacionada à saúde em gestantes de alto risco, a partir da aplicação do instrumento SF-36 e da escala The Mother Generated Index.* **Procedimentos:** Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em responder as perguntas de três (3) formulários, os quais abordarão dados pessoais sobre sua qualidade de vida, dados sobre suas condições sociodemográficas e dados sobre a sua história obstétrica. **Benefícios:** Esta pesquisa propiciará um maior entendimento acerca da qualidade de vida e descreverá uma realidade, cujos resultados poderão contribuir para que medidas sejam tomadas, a fim de contribuir para uma melhoria na qualidade de vida das gestantes de alto risco. **Riscos:** O preenchimento dos formulários poderá representar risco psicológico mínimo para você, considerando o constrangimento que a senhora possa ter ao responder os questionários. **Sigilo:** Os dados coletados na realização da pesquisa serão analisados e publicados, porém as suas respostas, os seus dados pessoais e qualquer outra informação fornecida por você serão confidenciais. Portanto, os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados.

Caso tenha alguma dúvida acerca dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados no processo, a sra. poderá procurar a pesquisadora em seu endereço institucional, localizado no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), precisamente na rua Alexandre Baraúna, número 1115 – bairro Rodolfo Teófilo – Fortaleza, Ceará, ou entrar em contato pelo número (85) 3366-8455. Além disso, se desejares obter informações sobre os seus direitos, relativos aos aspectos éticos envolvidos nesta pesquisa, poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

Diante do exposto, se a sra. estiver de acordo em participar da pesquisa, convido-lhe a preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-Esclarecimento, disposto a seguir.

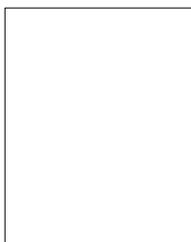
### **TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO**

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu, \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Fortaleza- CE., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

---

Assinatura da participante



Impressão dactiloscópica

---

Assinatura da pesquisadora



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO INFANTIL  
MESTRADO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

**APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)**

Título do projeto: *Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em gestantes de alto risco.*

Nome da pesquisadora responsável: *Ivyna Pires Gadelha*

Telefone para contato: *(85) 987669737*

Local da coleta de dados: *Maternidade-Escola Assis Chateaubriand*

Prezado Senhor (a), você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. O principal objetivo do estudo é: *Analisar a qualidade de vida relacionada à saúde em gestantes de alto risco, a partir da aplicação do instrumento SF-36 e da escala The Mother Generated Index.* **Procedimentos:** Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em autorizar a menor a responder as perguntas de três (3) formulários, os quais abordarão dados pessoais sobre a qualidade de vida, assim como dados sobre condições sociodemográficas e sobre a história obstétrica da mesma. **Benefícios:** Esta pesquisa propiciará um maior entendimento acerca da qualidade de vida e descreverá uma realidade, cujos resultados poderão contribuir para que medidas sejam tomadas, a fim de contribuir para uma melhoria na qualidade de vida das gestantes de alto risco. **Riscos:** O preenchimento dos formulários poderá representar risco psicológico mínimo para a gestante envolvida, considerando o constrangimento que possa ser despertado ao responder os questionários. **Sigilo:** Os dados coletados na realização da pesquisa serão analisados e publicados, porém as respostas obtidas, os dados pessoais e qualquer outra informação fornecida por vocês serão confidenciais. Portanto, os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados.

Caso tenha alguma dúvida acerca dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados no processo, o (a) senhor (a) poderá procurar a pesquisadora em seu endereço institucional, localizado no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), precisamente na rua Alexandre Baraúna, número 1115 – bairro Rodolfo Teófilo – Fortaleza, Ceará, ou entrar em contato pelo número (85) 3366-8455. Além disso, se desejares obter informações sobre os seus direitos, relativos aos aspectos éticos envolvidos nesta pesquisa, poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

Diante do exposto, se o senhor (a) estiver de acordo em autorizar a participação da menor na pesquisa, convido-lhe a preencher e assinar o Termo de Assentimento Pós-Esclarecimento, disposto a seguir.

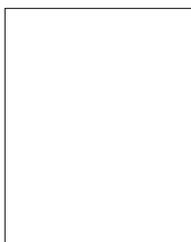
**TERMO DE ASSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO**

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu, \_\_\_\_\_, responsável pela menor \_\_\_\_\_, estou de acordo em autorizar a sua participação nesta pesquisa, assinando este termo em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Fortaleza- CE., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

---

Assinatura do responsável



Impressão dactiloscópica

---

Assinatura da pesquisadora

## APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### PARTE I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nº da entrevista: _____	Data: ___/___/___	Prontuário: _____	Contato: _____
Nome: _____			Idade: _____ anos
Naturalidade: _____		Município de Residência: _____	
Estado civil: ( ) Solteira ( ) Casada ( ) União Estável ( ) Viúva ( ) Divorciada ( ) Outros: _____			
Religião: _____ Costuma ir às reuniões religiosas? ( ) Sim ( ) Não		Raça autorreferida: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena	
Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Ens. Fund. Incompleto ( ) Ens. Fund. Completo ( ) Ens. Méd. Incompleto ( ) Ens. Méd. Completo ( ) Ens. Sup. Incompleto ( ) Ens. Sup. Completo			
Tipo de atividade laboral: ( ) Formal ( ) Informal ( ) Não realiza			Carga horária: _____h
Realiza atividades domésticas? ( ) Sim ( ) Não			Carga horária: _____h
Renda familiar total: _____ reais		Quantas pessoas dependem dessa renda? ____	
Com quem reside: ( ) Sozinha ( ) Com seu companheiro ( ) Com seus familiares ( ) Com seu companheiro e seus filhos ( ) Outros _____			
Quantas pessoas moram com você? _____ pessoas		Tipo de moradia: ( ) Própria ( ) Alugada ( ) Cedida	

## PARTE II – DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS

Motivo do pré-natal de alto risco: _____	
Estado nutricional na última consulta de PN: ( ) Baixo peso – menor que 18,5 ( ) Peso adequado – de 18-5 a 24,9 ( ) Sobrepeso – de 25 a 29,9 ( ) Obesidade – maior ou igual a 30	
IG: _____ semanas	Trimestre: ( ) 1º trimestre ( ) 2º trimestre ( ) 3º trimestre
Com quantas semanas iniciou o pré-natal? _____ semanas	
Nº de consultas até hoje: _____ consultas	Faltou alguma consulta de PN? ( ) Sim ( ) Não Se sim, quantas? _____ consultas
Essa gravidez foi planejada? ( ) Sim ( ) Não	Essa gravidez é desejada? ( ) Sim ( ) Não
Paridade: G___ P___ (v)___ (c)___ A___	Data do último parto: ___/___/___
Já teve parto prematuro? ( ) Sim ( ) Não	Já teve algum natimorto? ( ) Sim ( ) Não
Já teve algum óbito neonatal: ( ) Sim ( ) Não	Tem quantos filhos vivos? _____ filhos
Você tem algum problema de saúde que já existia antes da gravidez? ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual? _____	
Você precisou ficar internada alguma vez durante essa gravidez? ( ) Sim ( ) Não Se sim, por qual motivo? _____	
Você faz uso de algum medicamento atualmente? ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual? _____	
Você fuma? ( ) Sim ( ) Não	Com que frequência? ( ) Raramente ( ) Poucas vezes ( ) Às vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre
Você faz uso de bebidas alcoólicas? ( ) Sim ( ) Não	Com que frequência? ( ) Raramente ( ) Poucas vezes ( ) Às vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre
Você usa alguma droga ilícita? ( ) Sim ( ) Não	Com que frequência? ( ) Raramente ( ) Poucas vezes ( ) Às vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre
Realiza atividade física? ( ) Sim ( ) Não	Quantas vezes na semana? _____ vezes
Dorme quantas horas por dia? _____ horas	Sente-se descansada após dormir?

	( ) Sim ( ) Não
--	-----------------

## ANEXO I

### ESTADO GERAL DE SAÚDE – SF-36 - Versão em português do *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-form Health Survey*

Questionário traduzido e validado para o português em 1997 por Ciconelli.

#### INSTRUÇÕES:

Esta parte da pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando uma resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor eu puder.

1- Em geral, você diria que sua saúde é:

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

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

Muito melhor agora do que um ano atrás?	Um pouco melhor agora do que um ano atrás?	Quase a mesma de ano atrás?	Um pouco pior agora do que um ano atrás?	Muito pior agora do que um ano atrás?
1	2	3	4	5

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

Atividades	Sim, dificulta muito.	Sim, dificulta um pouco.	Não, não dificulta de modo algum.
a) Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados ou participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades	1	2	3

moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola ou varrer a casa.			
c) Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d) Subir vários lances de escada.	1	2	3
e) Subir um lance de escada.	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g) Andar mais de um quilômetro.	1	2	3
h) Andar vários quarteirões.	1	2	3
i) Andar um quarteirão.	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

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

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, necessitou de um esforço extra)?	1	2

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

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

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

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

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

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

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

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

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

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

tem se sentido desanimado ou abatido?						
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

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

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

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



## ANEXO III – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFC - MATERNIDADE ESCOLA  
ASSIS CHATEAUBRIAND DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Qualidade de vida relacionada à saúde em gestantes de alto risco.

**Pesquisador:** IVYNA PIRES GADELHA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 92086718.4.0000.5050

**Instituição Proponente:** Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.742.477

#### Apresentação do Projeto:

O presente trabalho tem como objetivo geral analisar a qualidade de vida relacionada a gestante de alto risco. Deverá ser desenvolvido na MEAC - UFC, com os dados a serem coletados nos meses de julho a setembro de 2018 após aprovação do comitê de ética. A pesquisadora refere que sua amostra será aleatória, apresenta a fórmula para o cálculo amostral, porém não refere o quantitativo. Trata-se de um estudo transversal de natureza quantitativa. Para coleta de dados, fará uso do instrumento Medical Outcomes Study 36-item Short-form Health Survey (SF-36), bem como instrumento referente aos dados sociodemográficos e clínicos.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Geral:** Analisar a qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes de alto risco.

**Específicos:** Identificar a percepção de qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes atendidas no serviço de pré-natal de alto risco;

Descrever os principais domínios afetados na qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes de alto risco;

Verificar a associação dos escores de qualidade de vida relacionada à saúde com as variáveis sociodemográficas e obstétricas.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora aponta como benefícios:

Esta pesquisa propiciará um maior entendimento acerca da qualidade de vida e descreverá uma

**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:** cepmeac@gmail.com

UFC - MATERNIDADE ESCOLA  
ASSIS CHATEAUBRIAND DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.742.477

realidade, cujos resultados poderão contribuir para que medidas sejam tomadas, a fim de contribuir para uma melhoria na qualidade de vida das gestantes de alto risco.

Como Riscos:

O preenchimento dos formulários poderá representar risco psicológico mínimo para você, considerando o constrangimento que a senhora possa ter ao responder os questionários.

Ressalta ainda o sigilo ético.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante e atual para o desenvolvimento e melhoria da assistência à gestante de alto-risco.

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

Todos os termos em conformidade com os preceitos éticos da pesquisa que envolve seres humanos.

**Recomendações:**

Substituir o nome CEP/UFC por CEP/MEAC/UFC e inserir o número do telefone para contato, ambos no TCLE.

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

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O colegiado aprova o projeto

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1143200.pdf	20/06/2018 16:42:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/06/2018 16:33:28	IVYNA PIRES GADELHA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	20/06/2018 16:24:47	IVYNA PIRES GADELHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	QUALIFICACAO_MESTRADO_EM_PD_F.pdf	20/06/2018 16:23:46	IVYNA PIRES GADELHA	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA.pdf	20/06/2018 16:20:35	IVYNA PIRES GADELHA	Aceito

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: cepmeac@gmail.com

UFC - MATERNIDADE ESCOLA  
ASSIS CHATEAUBRIAND DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.742.477

Outros	TERMO_DE_CIENCIA.pdf	20/06/2018 16:19:46	IVYNA PIRES GADELHA	Aceito
Outros	TERMO_DE_FIEL_DEPOSITARIO.pdf	20/06/2018 16:19:25	IVYNA PIRES GADELHA	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	20/06/2018 16:18:42	IVYNA PIRES GADELHA	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO.pdf	20/06/2018 16:17:42	IVYNA PIRES GADELHA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 28 de Junho de 2018

---

**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: cepmeac@gmail.com