**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MARLISE DE OLIVEIRA PIMENTEL LIMA

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE MULHERES
GRÁVIDAS COM BAIXO NÍVEL SOCIOECONÔMICO**

**SÃO PAULO
2006**

MARLISE DE OLIVEIRA PIMENTEL LIMA

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE MULHERES
GRÁVIDAS COM BAIXO NÍVEL SOCIOECONÔMICO**

**Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.**

**Área de concentração:
Enfermagem Obstétrica e Neonatal**

**Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Maria Alice Tsunechiro**

SÃO PAULO

2006

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta” da EEUSP

Lima, Marlise de Oliveira Pimentel

Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas
com baixo nível socioeconômico / Marlise de Oliveira Pimentel
Lima. – São Paulo: M. O. P. Lima; 2006.

86 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Alice Tsunechiro

1. Qualidade de vida 2. Saúde da mulher 3. Gravidez.
I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Marlise de Oliveira Pimentel Lima

Qualidade de vida relacionada à
saúde de mulheres grávidas com
baixo nível socioeconômico

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.

Área de concentração:
Enfermagem Obstétrica e Neonatal

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

A meus pais, SEVERINO MUNIZ PIMENTEL e MARIÊTA DE
OLIVEIRA PIMENTEL, pelo amor, carinho e firmeza com que nos
mostram o caminho a seguir

A meu esposo e companheiro de todos os momentos,
EMERSON MARCOS, pela compreensão e apoio incondicional
demonstrados na execução deste trabalho

A minha filha amada, SOPHIA, pois você é a maior prova de que se
confiar, milagres são sempre possíveis!

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, pela oportunidade de concluir mais um projeto em minha vida.

A minha amiga e orientadora, Maria Alice Tsunechiro, pela paciência, dedicação e sabedoria reveladas na condução deste trabalho.

A todas as gestantes do serviço de Pré-Natal do Amparo Maternal, que colaboraram com sua participação para que esta pesquisa pudesse ser realizada.

A Eneida, Maria do Carmo e Vera do Serviço de Pré-Natal do Amparo Maternal, meu especial carinho a vocês que tanto me ajudaram na execução deste trabalho.

A minha família, pelo apoio e carinho sempre demonstrados.

Às amigas Ivanilde e Marci, muito obrigada por iluminarem os momentos que pareciam sem solução.

Ao Isac de Castro e a Creuza Dal Bó pela orientação na análise estatística.

A todas as funcionárias do serviço de Pós-graduação e de Biblioteca e Documentação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, meu muito obrigada.

Nada que se realiza no mundo se constrói sozinho, meus sinceros agradecimentos a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a finalização desta pesquisa.

RESUMO

Lima MOP. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas de baixo nível socioeconômico [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

RESUMO

Este estudo teve como objetivos: descrever a qualidade de vida relacionada à saúde de um grupo de mulheres grávidas assistidas em um serviço de pré-natal e; identificar a influência da idade gestacional, do número de queixas, da renda per capita e da percepção da suficiência da renda na qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres grávidas. A amostra constou de 202 gestantes matriculadas em um serviço filantrópico de pré-natal de baixo risco, de São Paulo, SP, no ano de 2005. Os dados sociodemográficos e obstétricos foram obtidos por meio de entrevista e o da avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde por meio do questionário auto-aplicado, o *“MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM SHORT FORM HEALTH SURVEY (MOS-SF-36)”*. Os dados sociodemográficos das gestantes mostraram: idade média 24,97 anos, raça caucasiana (51,5%), escolaridade média de 8,88 anos, com parceiro fixo (89,6%), procedente de diferentes regiões da cidade de São Paulo; 52,5% exerciam atividades domésticas; 36,6% moravam em casas de alvenaria alugadas; renda familiar média de R\$984,25 e per capita de R\$312,80. Para 67,2% das gestantes a satisfação das necessidades básicas pela renda familiar foi percebida como pouco suficiente ou insuficiente. As características obstétricas foram: média de gestação de 2,09, 37,1% primigestas, 51,98% tinham filhos com idade média de 5,13 anos, idade gestacional média de 24,97 semanas, 85,1% citaram alguma queixa como dor em baixo ventre, náuseas e vômitos, lombalgia, pirose, dor em membros inferiores e cefaléia. Os coeficientes Alfa de Cronbach dos domínios variaram de 0,81 (Capacidade Funcional e Saúde Mental) a 0,41 (Aspecto Social). Em relação à qualidade de vida o maior escore médio foi em Estado Geral de Saúde e o menor em Aspectos Físicos. A idade gestacional apresentou uma fraca associação inversa com os domínios de Capacidade Funcional, Aspectos Físicos e Dor. Gestantes sem queixas diferiram das com três ou mais queixas nos domínios Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde

Mental. A renda per capita não mostrou significância estatística em nenhum domínio. A percepção da suficiência da renda mostrou diferenças estatisticamente significantes nos domínios Dor, Vitalidade, Aspectos Emocionais e Saúde Mental.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Saúde da mulher; gravidez.

ABSTRACT

Lima MOP. Health related quality of life of lower socioeconomic class pregnant women [dissertation]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

ABSTRACT

The objectives of this study was to describe the health related quality of life of a group of pregnant women enrolled in a pre-natal service and identify the influence of the gestational period, number of complaints, per capita income and perception of sufficient income in the pregnant women's health related quality of life. The sample consisted of 202 pregnant women registered in a low-risk prenatal philanthropic service of the city of Sao Paulo in the year 2005. The obstetric and demographic data were obtained through interviews and a self-administered questionnaire, the *"MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM SHORT FORM HEALTH SURVEY (MOS-SF-36)"* to evaluate the health related quality of life. The demographic data showed an average age of 24.97; Caucasian (51.5%); average schooling of 8.99 years; 89.6% had a partner; coming from different regions of the city of Sao Paulo; 52.5% engaged in domestic activities; 36.6% lived in rented houses; and the average family income was R\$984.25 and per capita was R\$312.80. For 67.2% of the pregnant women, the satisfaction of basic necessities by the family income was perceived as barely sufficient or insufficient. The obstetric characteristics were: gestational average of 2.09; 37.1% primigravida; 51.98% had children with the average age of 5.13; average gestational age of 24.97 weeks; 85.1% reported complaints such as lower abdominal pain, nausea, vomiting, lumbago, pyroses, legs pain and cephalalgia. The Alfa de Cronbach's coefficients of the domains varied from 0.81 (Physical Functioning and Mental Health) to 0.41 (Social Functioning). In relation to the quality of life, the highest average score was in General Health and the lowest was in Role Limitation due to Physical Problems. The gestational ages showed a weak inverse relationship with the Physical Functioning, Role Limitation due to Physical Problems and Bodily Pain domains. The subjects without complaints differed from those with three or more complaints in the Bodily Pain, General Health, Vitality, Social Functioning and Mental Health domains. The per capita income did not show to be statistically

significant in any category. Unlike the perception of sufficient income, which provided statistically significant differences in the Bodily Pain, Vitality, Role Limitation due emotions and Mental Health domains.

Keywords: Quality of life; Women's health; Pregnancy.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE TABELAS E QUADRO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE	16
1.2 GRAVIDEZ E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE	20
2 OBJETIVOS	27
3 CASUÍSTICA E MÉTODO	28
3.1 TIPO DE ESTUDO	28
3.2 LOCAL DE ESTUDO	28
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	28
3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO	29
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	30
3.6 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS	31
3.7 TESTE PILOTO	32
3.8 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	33
3.9 ASPECTOS ÉTICOS	36
4 RESULTADOS	37
4.1 DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	37
4.2 DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	42

4.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE	45
4.3.1 Avaliação da confiabilidade do MOS-SF36 para a amostra do estudo	45
4.3.2 Distribuição da amostra, segundo os domínios do MOS-SF36	46
4.3.3 Análise comparativa da qualidade de vida relacionada à saúde	48
4.3.3.1 Correlação entre a variável idade gestacional e domínios do MOS-SF36	48
4.3.3.2 Comparação do número de queixas referido pelas gestantes com os domínios do MOS-SF36	49
4.3.3.3 Comparação da renda per capita com os domínios do MOS-SF36	51
4.3.3.4 Comparação da necessidade percebida com os domínios do MOS-SF36	52
5 DISCUSSÃO	54
6 CONCLUSÕES	67
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	77

LISTA DE TABELAS E QUADRO

LISTA DE TABELAS E QUADRO

Tabela 1. Distribuição das gestantes, segundo as variáveis sócio-demográficas. São Paulo, 2005.	38
Tabela 2. Distribuição das gestantes, segundo a renda familiar, co-habitantes, renda per capita e salário mínimo. São Paulo, 2005.	40
Tabela 3. Distribuição das gestantes, segundo o arrimo familiar. São Paulo, 2005.	41
Tabela 4. Distribuição das gestantes, segundo a percepção do grau de atendimento das necessidades básicas pela renda familiar. São Paulo, 2005.	42
Tabela 5. Distribuição das gestantes, segundo as variáveis obstétricas. São Paulo, 2005.	43
Tabela 6. Distribuição das gestantes quanto ao número de queixas apresentadas. São Paulo, 2005.	44
Tabela 7. Distribuição das queixas, segundo o tipo de queixa apresentado. São Paulo, 2005.	45
Tabela 8. Coeficiente de confiabilidade Alfa de Cronbach de cada domínio do MOS-SF36 para a amostra. São Paulo, 2005.	46
Tabela 9. Quartil superior, mediana, quartil inferior, escores médios e desvio padrão dos domínios do MOS-SF36. São Paulo, 2005.	47
Tabela 10. Distribuição das gestantes, segundo o item Saúde Comparada do MOS-SF36. São Paulo, 2005.	48

Tabela 11. Coeficientes de correlação de Spearman entre idade gestacional e os domínios do MOS-SF36. São Paulo, 2005. 49

Tabela 12. Comparação entre os escores médios dos domínios do MOS-SF36 e o número de queixas referidas pelas gestantes. São Paulo, 2005. 50

Tabela 13. Comparação entre os grupos de renda per capita, segundo os escores médios e desvio padrão dos domínios do MOS-SF36. São Paulo, 2005. 51

Tabela 14. Comparação entre os grupos sobre percepção da suficiência da renda segundo os escores médios e desvio padrão dos domínios do MOS-SF36. São Paulo, 2005. 52

Quadro. Resultados dos escores médios dos diferentes domínios do MOS-SF36 de trabalhos publicados sobre qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes. 63

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é uma fase na vida da mulher que determina profundas transformações biológicas, psíquicas, inter-relacionais e socioculturais. Por consenso é um período de crise que exigirá, por parte da gestante e de sua rede social, ajustamentos para enfrentar as mudanças desencadeadas pela gestação. Por sua capacidade modificadora, a gravidez pode trazer uma melhora ou piora na forma como a mulher percebe sua qualidade de vida, especialmente, a relacionada à sua saúde.

Cada mulher é um ser único, com idealizações e significados pessoais do que é estar grávida e do que é ser mãe, pautada em sua formação e contexto sociocultural e familiar. Sente também dúvidas, medos e fantasias advindas das fortes transformações pelas quais está passando.

Nessa hora, o profissional de saúde que dará a assistência pré-natal, surge como um ponto de apoio, de acolhida à gestante e sua rede familiar, buscando entendê-la em sua vivência social, porque o contexto de cada gestação é determinante para seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança desde as primeiras horas, após o nascimento. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano ⁽¹⁾.

A assistência pré-natal compreende todas as medidas que o obstetra introduz e ou recomenda (diagnósticas, preventivas e curativas), durante a gestação (dietéticas e outras), visando à estruturação hígida do conceito e a manutenção e/ou melhora das condições de saúde psíquica e física da grávida ⁽²⁾.

A assistência pré-natal também deve incluir o âmbito sociocultural, pois ao proporcionar na assistência, além do controle biológico, continente ou chão seguro à mulher e sua família, é um fator de coesão social, pois viabiliza o cuidado de enfermagem humanizado e integral que se pode tornar um eficiente fator de redução da morbimortalidade materna e perinatal. Assim, transforma a realidade em qualidade ⁽³⁾.

A proposta consiste em criar modelos de atendimento no pré-natal voltados não somente ao biológico, mas também ao psicossocial, valorizando a

subjetividade, a individualidade e permitindo a adequação da assistência ao contexto sociocultural e histórico da gestante ⁽⁴⁾.

Portanto, ao entender e assistir a mulher grávida nessa dimensão global, é importante ressaltar também a qualidade de vida relatada por ela. A Iniciativa Internacional para a Maternidade Segura, a Década da Mulher pela Organização das Nações Unidas e o Movimento de Sobrevivência Infantil iniciaram um debate de âmbito mundial para promover uma maior integração dos programas de planejamento familiar com programas mais amplos de saúde da mulher, assim como a melhoria de sua qualidade de vida ⁽⁵⁾.

Logo, a maternidade segura seria promover uma boa saúde e não apenas evitar a morte, incluindo a qualidade de vida da mulher durante e após o período reprodutivo ⁽⁶⁾.

1.1 QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

A expressão Qualidade de vida foi usada pela primeira vez no vocabulário mundial após a Segunda Guerra Mundial para ressaltar que uma boa vida dependia de vários fatores, como: ter emprego, moradia, meio ambiente, artes visuais e saúde, e não apenas se cercar de riqueza material.

Ainda hoje, é complexo identificar os fatores que contribuem para a qualidade de vida, visto que valorações individuais diferentes levam a definições distintas. A despeito disso, o uso de instrumentos de qualidade de vida mostra um aumento na pressão para demonstrar os efeitos que um tratamento ou doença causa na vida de um paciente para que se tenha uma visão holística da pessoa além da doença e possa incorporar a percepção do paciente na avaliação de intervenções ⁽⁷⁾.

Qualidade de vida é uma noção humana, que se aproxima do grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e na própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de síntese cultural de tudo que uma

sociedade interpreta como padrão de conforto e bem-estar, sendo uma construção social com a marca da relatividade cultural ⁽⁸⁾.

É um termo relativamente familiar na sociedade hodierna, porém de difícil consenso quanto a uma definição única, tendo em vista ser sujeito a múltiplas interpretações por depender de valores pessoais e culturais e ser composto de várias dimensões. Entre os estudiosos isto não impede um entendimento entre os estudiosos a respeito das características gerais da qualidade de vida que seriam a subjetividade, a multidimensionalidade e a bipolaridade ⁽⁹⁾.

Para se ter qualidade de vida, é imprescindível que as necessidades básicas do ser humano tenham sido atendidas e sua interação com o meio ambiente seja dirigida para seu desenvolvimento pleno ⁽¹⁰⁾.

O grupo de estudos sobre qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde ⁽⁹⁾ conceitua qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A relação entre qualidade de vida e saúde remonta desde o nascimento da medicina social. No âmbito da saúde, quando vista no sentido ampliado, apóia-se na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante. Quando percebida de forma mais focalizada, a qualidade de vida em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade ⁽⁸⁾.

Ao se ressaltar a importância da qualidade de vida para a política de promoção à saúde, pode-se citar um trabalho randomizado ⁽¹¹⁾ realizado na Dinamarca com 6.127 pessoas, relacionando estilo de vida, qualidade de vida e saúde. O resultado encontrado foi uma forte correlação entre saúde e qualidade de vida mais do que saúde com estilo de vida. O estudo concluiu que um esforço concentrado em melhorar a qualidade de vida teria um efeito maior sobre a prevenção de doenças que uma abordagem focada, apenas, em melhorar um estilo de vida caracterizado como não saudável.

Em estudo realizado nos Estados Unidos da América sobre comportamentos que poderiam predizer a qualidade de vida relacionada à saúde entre adolescentes de pequenas cidades e seus efeitos sobre o uso dos serviços

de saúde, concluiu que existe uma tendência de maior uso dos serviços de saúde entre aquelas jovens que têm escores mais baixos na percepção da qualidade de vida relacionada à saúde ⁽¹²⁾.

Na área de saúde, a qualidade de vida é tema de pesquisa imprescindível, visto que seus resultados contribuem para aprovar e definir tratamentos e avaliar custo/benefício do cuidado prestado ⁽¹³⁾.

Para alguns estudiosos do assunto, a questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e mobiliza-se para conquistar, consciente ou inconscientemente. E também ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao denominado setor saúde ⁽⁸⁾.

A expressão qualidade de vida relacionada à saúde surgiu no meio médico. Na sua versão inglesa “*health related quality of life (HRQL)*”, foi definida como valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções ⁽¹⁴⁾.

As avaliações de qualidade de vida relacionada à saúde medem modificações na saúde física, funcional, mental e social, a fim de avaliar os custos humanos e financeiros e os benefícios de novos programas e intervenções. As expectativas com relação à saúde e à habilidade para enfrentar as limitações e incapacidades podem afetar a percepção de saúde e a satisfação do indivíduo com sua vida, podendo duas pessoas com o mesmo estado de saúde ter percepções de qualidade de vida muito diferentes ⁽¹⁵⁾.

Na literatura médica, o termo qualidade de vida pode não ter um significado único ou distinto, especialmente quando relacionado à saúde. Muitos pesquisadores parecem substituí-lo por outras expressões como “estado de saúde” ou “estado funcional”, na intencionalidade de descrever a saúde do paciente ⁽¹⁶⁾.

A qualidade de vida em sentido amplo e também relacionada à saúde deve ser medida para que se possa tomar decisões em termos de tratamentos e intervenções, assim como para avaliar resultados de políticas e programas

voltados à melhoria da população. Entende-se que a importância de se estudar a população em geral, não doente, desenvolveu-se de um desejo de poder comparar unidades culturais diferentes, estabelecer padrões normativos da população e programas para melhorar a qualidade de vida em geral ⁽¹⁷⁾.

Estudos sobre avaliação da qualidade de vida e do estado de saúde aumentaram consideravelmente nas últimas duas décadas. Instrumentos de medida estão sendo desenvolvidos e utilizados não apenas na América do Norte e Europa, mas também na Ásia e em outras partes do mundo, cujo propósito fundamental é avaliar a qualidade de vida, freqüentemente relacionada à saúde, de indivíduos ou grupos. Os instrumentos são usados, tanto no campo da prática clínica como na pesquisa, sempre buscando a aplicação dos resultados de pesquisa à real prática administrativa ou clínica ⁽¹⁸⁾.

Os instrumentos de medida de qualidade de vida podem ser genéricos e específicos. Os genéricos são de base populacional, mais apropriados a estudos epidemiológicos, no planejamento e avaliação de políticas e programas de saúde ⁽⁸⁾. Dividem-se nos que se destinam a medir a qualidade de vida geral em uma população e nos que medem a qualidade de vida relacionada à saúde, abordando perfis de saúde, que proporcionam uma avaliação ampla de aspectos da qualidade de vida relacionados à função, disfunção, dor, desconforto físico e emocional.

Os instrumentos genéricos de qualidade de vida relacionada à saúde também podem ser utilizados para estudar indivíduos de grupos específicos, como portadores de doenças crônicas. Permitem comparar a qualidade de vida de indivíduos sadios com doentes ou de portadores da mesma doença, vivendo em diferentes contextos sociais e culturais, como desvantagem não são sensíveis na detecção de aspectos particulares e específicos da qualidade de vida decorrentes de uma determinada patologia.

Os específicos detectam particularidades da qualidade de vida subsequente a determinadas doenças ou agravos à saúde, podendo ser também direcionados a grupos etários ou a dimensões específicas. Apresentam como desvantagem o fato de serem mais limitados e focalizados do que os instrumentos genéricos e a impossibilidade de estabelecer comparações entre

grupos de indivíduos em diferentes condições, bem como de validar as propriedades psicométricas ⁽¹³⁾.

Os diferentes tipos de instrumentos apresentam variados propósitos, enfoques e conteúdo. Para se optar ⁽¹⁹⁾ por um determinado instrumento, deve-se verificar sua proposta de utilização e que seus componentes sejam claros e adequados à população em estudo. Devem ser de fácil aplicação e compreensão, em formato simples e com tempo de administração apropriado, além de ser verificado se há uma especificidade do instrumento ao grupo a ser avaliado. Em geral, de forma implícita ou explícita, toda medida repousa nas teorias que guiam a seleção de procedimentos de mensuração ⁽⁸⁾.

1.2 GRAVIDEZ E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Ao se considerar o conceito de assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal precisa focalizar também os aspectos relativos à qualidade de vida, em geral, e relacionada à saúde e não apenas atentar aos parâmetros físicos do cuidar.

A gravidez não é doença, mas acontece em um corpo de mulher inserida em um contexto social, no qual a maternidade é vista como uma obrigação feminina. Além de fatores econômicos, a condição de subalternidade das mulheres interfere no processo saúde e doença e configura um padrão de adoecimento e morte específicos ⁽¹⁾.

Para implementar as atividades de normatização do controle de pré-natal dirigido às gestantes, é necessário dispor de um instrumento que permita identificá-las no contexto amplo de suas vidas e mapear os riscos a que cada uma delas está exposta. Isso permitirá a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez ⁽¹⁾.

A avaliação de risco não é tarefa fácil ⁽¹⁾. Mas é este um dos objetivos do pré-natal, determinar qual mulher, numa população primariamente saudável, terá mais probabilidade de ter problemas ou resultados perinatais indesejados e, então, fornecer serviços e tratamentos para prevenir ou tratar estes problemas ⁽²⁰⁾.

As características individuais e as condições sociodemográficas da mulher gestante são fatores de risco que podem interferir no desenvolvimento de uma gestação saudável e devem ser rastreados no pré-natal, dentre outros fatores, como os biológicos, obstétricos atuais e anteriores e patologias clínicas ^(1,2).

Como forma de ajudar o rastreamento dos fatores de risco individuais e socioeconômicos torna-se importante conhecer a percepção da mulher gestante sobre sua qualidade de vida, especificamente, a relacionada à saúde, pois as alterações imprimidas pela gravidez acarretam possíveis mudanças, tanto às percepções de saúde como às de qualidade de vida. Isto será uma fonte de informação necessária que permitirá ampliar a compreensão de seus sentimentos, necessidades e problemas. Dessa forma, poderá oferecer subsídios para uma abordagem multidimensional, não fragmentada na atenção à sua saúde no cuidado pré-natal. O apoio social e psicológico à mulher gestante deve fazer parte de toda a assistência pré-natal ⁽²¹⁾.

Na Suécia, em Estocolmo, um estudo realizado com uma amostra de 200 gestantes, demonstrou que as maiores preocupações das mulheres durante a gravidez são por ordem de importância: a saúde do bebê, o parto e a possibilidade de abortar, seguidas das relacionadas à sua própria saúde e assuntos financeiros como trabalho e dinheiro. Isto mostra que as alterações percebidas na saúde e na vida em geral de mulheres gestantes devem ser também observadas no decurso do pré-natal ⁽²²⁾.

Poucos estudos vêm se dedicando a avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde na gestante quer seja no Brasil como no exterior.

A necessidade de se estudar quais seriam as modificações percebidas pela gestante normal em sua qualidade de vida relacionada à saúde, surge por não haver, ainda hoje, dados que mostrem os padrões de modificação esperados na qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes, ou que neguem a existência dessas alterações em relação ao período pré-gravídico. Faltam também dados normativos da gravidez de baixo risco em qualidade de vida relacionada à saúde para estabelecer comparações com grupos de gestantes de alto risco. Não existem subsídios para a criação de instrumentos e políticas de saúde específicas às grávidas, voltadas à melhoria de sua qualidade de vida.

Embora a gravidez seja um evento comum na vida reprodutiva da mulher, pouca atenção tem sido dada às modificações normais percebidas nos domínios físico e psicológico de seu estado de saúde. A importância de se conhecer tais aspectos seria: a própria mulher definir suas expectativas sobre o que espera da gravidez, prover dados para políticas públicas relacionadas à saúde e funções femininas. Por fim, uma melhor caracterização dessas mudanças permitiria a definição de fatores de risco para grandes ou persistentes declínios no estado funcional da mulher grávida, discriminando, assim, mulheres de risco que seriam alvo de uma intervenção para promover a saúde e o bem-estar ⁽²³⁾.

Normalmente, a gravidez é relacionada como um evento não patológico, portanto, ao se usar um instrumento geral de qualidade de vida relacionado à saúde, tenta-se encontrar e atender ao que é claramente importante às gestantes e familiares que serão indicadores de qualidade do cuidado. Na gravidez e puerpério normal, há falta de informações precisas sobre qualidade de vida e dados psicossociais. Alguns estudos abordaram qualidade de vida na gravidez relacionada a processos patológicos, como com HIV, mas pouco se conhece sobre os efeitos da gravidez normal sobre a qualidade de vida, saúde, em geral, ou estado de sintomas psicológicos ⁽²⁴⁾.

Em estudo realizado sobre a percepção de bem-estar e estado funcional durante o termo final em gravidez de baixo risco entre mulheres pertencentes a minorias multiétnicas de baixa renda e a relação existente entre o estado funcional com a depressão e suporte social, usando os instrumentos *Medical Outcomes Study Short-Form 36* (MOS-SF36), Inventário de Depressão de Beck, segunda edição (BDI-II) e *Norbeck Social Support Questionnaire* (NSSQ), concluiu que elevados níveis de sintomas depressivos estão relacionados com baixos níveis de percepções de funções relacionados à saúde e bem-estar, mas que não existe relação entre estado funcional e suporte social ⁽²⁵⁾.

Declarou-se também que não é conhecido se pronunciada queda em múltiplas dimensões do estado de saúde funcional e bem-estar percebido podem afetar indiretamente a descendência. Para muitas mulheres as alterações substanciais no estado funcional podem potencialmente atingir a forma de utilização dos serviços de saúde de modo importante, como na aderência às

recomendações do tratamento e nas consultas marcadas por mães e seus filhos⁽²⁵⁾.

Foram também observados o aumento de sintomas depressivos e a queda em múltiplas dimensões do estado funcional na amostra do estudo e isto sugere que mulheres de minorias raciais de baixa renda podem experimentar níveis de estresse maiores durante a gravidez do que outras mulheres⁽²⁵⁾.

Além disso, Mckee et al.⁽²⁵⁾ ressaltam haver evidências de que quanto maiores os escores na qualidade de vida relacionada à saúde melhor e mais precoce será o ajustamento da mulher ao papel materno.

Em trabalho sobre a qualidade de vida relacionada à saúde e habilidade física entre gestantes com e sem dor nas costas no termo da gravidez, Olsson, Nilsson-Wikmar⁽²⁶⁾ concluíram que, a despeito de terem ou não dores nas costas, as mulheres grávidas avaliadas apresentavam baixa qualidade de vida quando compararam os seus dados com outros publicados de mulheres saudáveis.

No entanto, Drescher et al.⁽²⁷⁾ ao avaliarem a qualidade de vida percebida por gestantes adolescentes, concluíram que, aparentemente, havia pouca modificação na qualidade de vida percebida pelas gestantes do estudo.

Já Bergant et al.⁽²⁸⁾, ao analisarem os fatores psicossociais e obstétricos que poderiam estar associados à depressão puerperal precoce (quinto dia pós-natal) em uma amostra de 1.250 puérperas concluíram que fatores, como: o peso do cuidado com o recém-nascido, elevados traços de ansiedade, baixa satisfação com a vida, baixa classe social e baixo peso do recém-nascido pareciam ser de predominante relevância à depressão puerperal precoce.

Em estudo de coorte em uma amostra de 125 mulheres gestantes saudáveis, utilizando o questionário *Medical Outcomes Study Short-Form 36* (MOS-SF36) para avaliar as mudanças percebidas na qualidade de vida relacionada à saúde e outro para avaliar quaisquer complicações na gravidez do grupo, concluiu que o estado funcional durante a gestação muda apenas na dimensão física de saúde e os fatores sociodemográficos parecem ter apenas uma limitada influência no estado funcional relacionado à saúde durante a gravidez⁽²⁹⁾.

Estudo longitudinal realizado com 253 mulheres sobre estado da saúde geral e de sintomas psicossociais na gravidez e puerpério mostrou que a gravidez

normal associa-se a níveis decrescentes de função física, social e de vitalidade, em uma população com idade média de 28 anos e nove meses ⁽²⁴⁾.

Ao trabalhar com uma amostra multiétnica de 1.809 mulheres gestantes, Haas et al. ⁽²³⁾, em um estudo longitudinal, que abrangeu desde o início da gestação (antes da 20ª semana) até 8 a 12 semanas pós-parto, com participação total superior nas quatro entrevistas de 80% da amostra, tiveram como resultados que os escores da capacidade física eram altos antes da gravidez e que declinavam substancialmente no curso da gestação e melhoravam no pós-parto. A vitalidade também caía, mas não recuperava seus escores de base anteriores à gravidez nos três primeiros meses de puerpério. A prevalência dos sintomas depressivos elevou-se na gravidez e declinou no pós-parto. Mulheres com insuficiência de recursos monetários para comida ou moradia, bem como falta de exercícios físicos antes, durante e após a gestação associaram-se a escores mais baixos de saúde em geral e apresentaram mais sintomas depressivos. Os autores concluem que seu trabalho enfatiza a importância da compreensão sobre a saúde da mulher no período gestacional, independente de associação com os resultados do recém-nascido.

No trabalho de revisão sobre qualidade de vida de mães no pré e pós-natal, Symon ⁽³⁰⁾ ressalta que a compreensão mais abrangente do que é saúde e a queda nas taxas de morte materna e perinatal nos países desenvolvidos despertaram a importância para a avaliação dos resultados perinatais baseados, também, na satisfação das mulheres com o atendimento prestado pelos serviços de saúde.

Conforme o autor citado, não basta entender, hoje, como resultados perinatais as favoráveis taxas decrescentes de mortalidade perinatal e materna. É necessário, também, avaliar em termos de qualidade de vida se os objetivos foram alcançados. E conclui que, apesar de ser importante avaliar a qualidade de vida, este termo ainda é usado de forma inconsistente na literatura consultada, que existem poucos instrumentos desenvolvidos especificamente para unidade de cuidado materno e a melhora ou piora na qualidade de vida das mães é com frequência inferida por certas condições clínicas ⁽³⁰⁾.

As várias mudanças relacionadas à saúde física e emocional, como os desconfortos causados pelas náuseas e vômitos do início da gestação, as dores

lombares, a diminuição da capacidade física no final da gravidez podem acarretar modificações na forma como a gestante percebe sua qualidade de vida relacionada à saúde. No entanto, não existem instrumentos específicos para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde durante a gravidez ⁽³⁰⁾.

Se um dos objetivos que se espera na assistência à mulher grávida é o bem-estar materno e do conceito, surge, então, a questão como a gestação, período de grandes transformações, afeta ou interfere na qualidade de vida relacionada à saúde percebida pela mulher? Especialmente, por aquelas que provêm de uma camada socioeconômica menos favorecida?

Justifica-se esta questão tendo em vista a experiência pessoal no atendimento a mulheres gestantes de baixo risco em um serviço de pré-natal de uma maternidade filantrópica. Nesse serviço, observa-se que as gestantes manifestam, freqüentemente, condições biopsíquicas, socioeconômicas e familiares desfavoráveis que, às vezes, são agravadas pelas alterações normais imprimidas pela gestação. Do mesmo modo, essas condições desfavoráveis, muitas vezes, também, podem interferir no curso do processo gravídico.

Por sua vez, também é válido o questionamento: como a mulher gestante percebe sua qualidade de vida relacionada à saúde diante dessas condições desfavoráveis?

Como a gestação causa uma alteração na qualidade de vida da mulher no que se relaciona mais à saúde, o *“MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM SHORT FORM HEALTH SURVEY (MOS-SF36)”*, tem sido o instrumento de escolha em vários trabalhos internacionais sobre qualidade de vida da gestante (23, 24, 25, 26, 27, 28). É um instrumento genérico de qualidade de vida relacionado à saúde, multidimensional, subjetivo que avalia tanto os aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade) como os positivos (bem-estar). Demonstra propriedades de medidas bem estabelecidas, como reprodutibilidade, validade e suscetibilidade a mudanças ⁽³¹⁾, e é de aplicação fácil e rápida.

Este estudo pautou-se na convicção de que estabelecer como a mulher percebe sua qualidade de vida relacionada à saúde na gestação, poderá auxiliar os profissionais de saúde no delineamento adequado da conduta a ser seguida no pré-natal, a fim de atender as necessidades da gestante de forma individualizada, calcada em sua realidade socioeconômica e cultural. Além disso, poderá oferecer

subsídios para a formulação de políticas públicas voltadas à melhoria da qualidade de vida das mulheres grávidas de baixa renda.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Analisar a qualidade de vida relacionada à saúde, percebida por mulheres grávidas de baixo nível socioeconômico.

Objetivos Específicos

- Descrever a qualidade de vida relacionada à saúde de um grupo de mulheres grávidas assistidas em um serviço de pré-natal;
- Identificar a influência da idade gestacional, do número de queixas, da renda per capita e da percepção da suficiência da renda na qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres grávidas.

CASUÍSTICA E MÉTODO

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Este trabalho é um estudo descritivo do tipo transversal sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de um grupo de mulheres grávidas de baixo nível socioeconômico.

3.2 Local de Estudo

O serviço de pré-natal pertencente a uma maternidade filantrópica localizada na zona sudeste do Município de São Paulo, constituiu-se no campo de estudo. O atendimento da clientela da maternidade é feito exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No serviço de pré-natal, são atendidas gestantes de baixo risco que procuram o serviço por demanda espontânea e as que são acolhidas socialmente na Instituição. A consulta de pré-natal é realizada de modo exclusivo pela enfermeira obstetra.

3.3 População e Amostra

A população foi composta por mulheres gestantes de baixo risco, atendidas no serviço de Pré-natal da maternidade, campo de estudo, no ano de 2005.

Para a amostra, foram incluídas gestantes com idade de 18 anos ou mais na data da coleta de dados que sabiam ler e escrever, tendo em vista a opção de aplicar um instrumento de qualidade de vida de forma auto-administrada, o questionário MOS-SF36.

Gestantes portadoras de co-morbidades, tais como: cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, hipertensão arterial, epilepsia, doenças infecciosas, doenças auto-imunes e ginecopatias foram excluídas da amostra, bem como as acolhidas no alojamento social da instituição.

A amostra foi de conveniência e constituiu-se de gestantes atendidas no período estabelecido para a coleta de dados, de setembro a dezembro de 2005.

O tamanho amostral foi estabelecido com base no cálculo do número de variáveis do estudo (23 variáveis) vezes o número de indivíduos necessários para cada variável (mínimo de sete e máximo de dez indivíduos por variável), dando como resultado uma amostra mínima de 161 gestantes e máxima de 230 ⁽³²⁾. A amostra final do estudo foi de 202 grávidas que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa e que completaram todos os dados demográficos e obstétricos.

3.4 Variáveis do Estudo

As variáveis foram investigadas como se seguem:

A. Dados demográficos:

- Idade em anos completos
- Etnia: caucasiana, negróide ou ameríndia por critério de autodenominação
- Distrito de procedência ou município lindeiro
- Situação conjugal: com parceiro fixo ou sem parceiro
- Ocupação e tipo de trabalho remunerado: atividade do lar, trabalho remunerado, estudante, sem atividade laboriosa e tipo de trabalho remunerado.
- Anos de estudo: número de anos de estudo completos descontados os repetidos.
- Tipo de moradia (barraco, cortiço, casa, apartamento) e condições de moradia: própria, alugada, emprestada, mora com outra pessoa (com os pais, sogros, parentes, amigos)
- Renda familiar, número de pessoas residentes na mesma habitação e o arrimo familiar
- Grau de atendimento das necessidades básicas pela renda familiar segundo a percepção da gestante (suficiência da renda) em uma escala tipo Likert par indo do mais que suficiente, suficiente, pouco suficiente até o insuficiente.

B. Dados Obstétricos:

- Gestação: número de gestações incluindo a atual
- Paridade: número de partos anteriores

- Número e idade de filhos vivos, bem como número dos filhos que residem com a grávida, ou seja, os filhos dependentes
- Idade gestacional: em semanas completas
- Queixas nesta gravidez: náuseas; vômitos; dor ao urinar; dores nas costas; dor em baixo ventre; outras.
- Número de consultas de pré-natal realizadas no serviço

C. Domínios da Qualidade de vida relacionada à saúde “MOS –SF36”

- Capacidade funcional
- Aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

3.6 Instrumento de Coleta de Dados

Dois instrumentos foram usados para a coleta de dados da pesquisa. O **primeiro** consistiu de um formulário composto de duas partes: a primeira parte destinou-se à obtenção dos dados demográficos e a segunda à coleta dos dados obstétricos da gestante elaborados com base nas variáveis de interesse para o estudo (Anexo 1).

A classificação do tipo de trabalho, uma variável demográfica, foi feita conforme o modelo de Fonseca ⁽³³⁾ que engloba cinco níveis de ocupação, sendo que quanto maior o número da classificação, maior será a qualificação profissional. No nível 1, estão os cargos de ocupação manual não especializada; no nível 2, são os cargos de ocupação manual especializada; no nível 3, cargos de supervisão e outras ocupações não manuais; no nível 4, cargos de gerência e técnico de nível médio e no nível 5, profissionais liberais e cargos de alta administração.

O **segundo instrumento** foi o questionário de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde “*MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM SHORT*”

FORM HEALTH SURVEY (MOS-SF-36)”, traduzido e validado por Ciconelli ⁽³¹⁾ (Anexo 2).

Este questionário é multidimensional, composto por 36 itens divididos em 11 questões, abrangendo oito domínios:

1. capacidade funcional (10 itens) – extensão em que a saúde interfere com uma variedade de atividades na vida diária;
2. aspectos físicos (4 itens) – problemas com o trabalho ou outras atividades diárias como resultado da saúde física;
3. dor (2 itens) – Extensão da dor corporal nas últimas quatro semanas;
4. estado geral de saúde (5 itens) – avaliação pessoal da saúde em geral;
5. vitalidade (4 itens) – percepção do grau de fadiga ou energia;
6. aspectos sociais (2 itens) – extensão na qual a saúde interfere nas atividades sociais normais;
7. aspectos emocionais (3 itens) – problemas com o trabalho ou outras atividades como resultado de alterações emocionais;
8. saúde mental (5 itens) - Humor normal ou afetado, bem-estar psicológico nas últimas quatro semanas.

Existe mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás. O instrumento avalia, tanto os aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade) como os positivos (bem-estar) e demonstra propriedades de medidas bem estabelecidas, como reprodutibilidade, validade e suscetibilidade a mudanças ^(25, 31).

3.7 Operacionalização da coleta de dados

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (anexo 3) e autorização da instituição para a coleta dos dados (anexo 4), deu-se início às entrevistas com as gestantes selecionadas segundo os critérios de inclusão e exclusão e que voluntariamente concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (anexo 5).

O caráter voluntário da participação foi esclarecido e o sigilo das informações que viessem de qualquer forma a identificar as participantes, assim

como a possibilidade de desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo no atendimento prestado pelo serviço.

Os dados foram coletados pela pesquisadora e por duas assistentes treinadas previamente nos instrumentos utilizados para a coleta dos dados, mediante entrevista e questionário auto-aplicado, no período de setembro a dezembro de 2005, no dia da consulta de pré-natal das gestantes, em uma das salas de atendimento disponível no Ambulatório de Pré-natal. A aplicação dos instrumentos deu-se enquanto as gestantes aguardavam a consulta ou após a consulta, se houvesse disponibilidade de tempo por parte delas.

As entrevistas para obtenção dos dados demográficos e obstétricos duraram entre 5 a 10 minutos e o tempo de preenchimento do questionário MOS-SF36 pelas gestantes não excedeu a 25 minutos.

As entrevistas foram conduzidas conforme descrito a seguir: inicialmente, foram dadas as informações quanto à pesquisa (tema, objetivos, modo de aplicação do instrumento e destino dos dados). Depois se solicitava a leitura do TCLE deixando espaço para esclarecimento de dúvidas e assinatura. Daí procedia-se à entrevista dos dados sociodemográficos e obstétricos e orientava-se o preenchimento do questionário MOS-SF36, enfatizando a situação de saúde relacionada à gravidez.

Após as instruções iniciais sobre o modo de responder, só havia a intervenção da pesquisadora ou assistentes em caso de dúvida da gestante quanto ao preenchimento. No caso de dúvida quanto às questões, apenas a questão era relida pausadamente, evitando o uso de sinônimos. Os dados foram coletados de cada gestante em um só encontro.

3.8 Teste Piloto

Os instrumentos para a coleta dos dados foram submetidos a um teste piloto com uma amostra de 12 gestantes do local de estudo. A forma de aplicação dos instrumentos foi padronizada, o primeiro mediante entrevista e o segundo (MOS-SF36), auto-administrado. As questões do instrumento de coleta dos dados sociodemográficos e obstétricos demonstraram ser de fácil entendimento por parte da amostra. O MOS-SF36 também se mostrou, de forma geral, sem

dificuldades de compreensão do vocabulário e da estrutura de formulação para seu preenchimento, mesmo por parte de gestantes com baixo nível de escolaridade.

3.9 Tratamento e Análise dos Dados

Os dados foram previamente codificados e organizados em banco de dados após digitação dupla e comparação dos valores, utilizando-se o programa Excel Microsoft 2000. O tratamento e a análise dos dados foram feitos pelo programa estatístico SPSS 11.0 para windows (*Statistical Package for the Social Sciences*).

As variáveis do estudo foram avaliadas em suas freqüências absolutas e relativas (porcentagem) e analisadas por meio de estatística descritiva com o cálculo das medidas de tendência central - média, mediana e desvio-padrão, quartis, conforme sua natureza, se quantitativa ou categórica.

As variáveis contínuas foram analisadas por média, desvio-padrão, mediana e quartil.

A variável Idade Gestacional correlacionou-se aos domínios do MOS-SF36 pelo coeficiente de correlação não-paramétrico de Spearman.

As variáveis Queixas, Renda Per Capita e Percepção da Suficiência da Renda foram comparadas com os domínios do MOS-SF36 pelo teste de Kruskal-Wallis, com pós-teste de Muller-Dunn.

O nível de significância adotado no estudo foi fixado em 5%.

Para a avaliação dos resultados do questionário MOS-SF36, o escore final de cada domínio foi transformado em uma escala de 0 a 100 (*Raw Scale*), onde zero corresponde a um pior estado de saúde e 100 a um melhor, sendo analisada cada dimensão ou domínio em separado, conforme será explicitado a seguir. Não existe um único valor que resuma toda a avaliação, para que, em uma média de valores, evite-se o erro de não se identificar os verdadeiros problemas relacionados à saúde do respondente ou mesmo de subestimá-los ⁽³¹⁾.

Pontuação do Questionário SF-36

Questão	Pontuação
01	1⇒ 5,0 2⇒ 4,4 3⇒3,4 4⇒ 2,0 5⇒1,0
02	Soma Normal
03	Soma Normal
04	Soma Normal
05	Soma Normal
06	1⇒ 5 2⇒ 4 3⇒3 4⇒ 2 5⇒1
07	1⇒ 6,0 2⇒ 5,4 3⇒4,2 4⇒ 3,1 5⇒2,2 6⇒1,0
08	Se 8⇒ 1 e 7⇒ 1 =====>6 Se 8⇒ 1 e 7⇒ 2 a 6 =====>5 Se 8⇒ 2 e 7⇒ 2 a 6 =====>4 Se 8⇒ 3 e 7⇒ 2 a 6 =====>3 Se 8⇒ 4 e 7⇒ 2 a 6 =====>2 Se 8⇒ 5 e 7⇒ 2 a 6 =====>1 <u>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</u> 1⇒ 6,0 2⇒ 4,75 3⇒ 3,5 4⇒2,25 5⇒ 1,0
09	a,d,e,h=valores contrários (1=6, 2=5, 3=3, 4=3, 5=2, 6=1) Vitalidade= a+e+g+i Saúde Mental= b+c+d+f+h
10	Soma Normal
11	a, c= valores normais b,d= valores contrários (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)

Cálculo do *Raw Scale* (0 a 100)

	Questão	Limites	Score Range
Capacidade Funcional	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10,30	20
Aspectos Físicos	4 (a+b+c+d)	4,8	4
Dor	7+8	2,12	10
Estado Geral de Saúde	1+11	5,25	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	4,24	20
Aspectos Sociais	6+10	2,10	8
Aspecto Emocional	5 (a+b+c)	3,6	3
Saúde Mental	9 (b+c+d+f+h)	5,30	25

Raw Scale:

Ex. Item = $\frac{[\text{valor obtido} - \text{valor mais baixo}]}{\text{Variação}} \times 100$

Variação

Ex: Capacidade Funcional = 21

Ex: $\frac{21-10}{20} \times 100 = 55$

Valor mais baixo = 10

20

Variação = 20

Obs. A questão n.º 2 não entra no cálculo dos domínios ⁽³¹⁾.

Os itens não respondidos corresponderam a 0,72% (53) do total de itens respondidos e foram excluídos da avaliação dos domínios a que os itens pertenciam.

Em sua aplicação na amostra do estudo, a confiabilidade do MOS SF-36 foi testada pela análise da consistência interna dos itens de cada domínio, utilizando-se o coeficiente Alfa de Cronbach. A confiabilidade é definida como o grau de precisão ou de coerência com que o instrumento mede o atributo que se propõe a medir. O coeficiente Alfa mede a intercorrelação dos itens e proporciona uma estimativa do erro da medida. Varia de zero a um, e quanto mais próximo de um, maior a confiabilidade da medida, para uma determinada amostra de estudo ⁽³⁴⁾.

Considerando que o MOS-SF36 é um instrumento genérico de qualidade de vida relacionada à saúde, para o presente estudo, o limite para aceitação de consistência interna foi 0,5.

3.10 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo tendo sido aprovado no Processo nº 469/2005/CEP-EEUSP (Anexo 3). Todas as gestantes concordaram voluntariamente em participar do estudo, assinando para tanto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 5). A coleta de dados só foi realizada, após a autorização da instituição campo da pesquisa (Anexo 4).

RESULTADOS

4 RESULTADOS

Neste capítulo, inicialmente, são apresentados os dados de caracterização sociodemográfica e a percepção subjetiva da renda familiar para suprir as necessidades básicas da gestante, bem como os dados obstétricos da amostra, em tabelas, que mostram a análise descritiva dos dados.

Os resultados obtidos da aplicação do MOS-SF36 também são apresentados em tabelas que traduzem a análise descritiva e inferencial realizada nos dados, pelo software SPSS 11.0 para windows (*Statistical Package for the Social Sciences*).

4.1 Distribuição da amostra segundo características sociodemográficas

Nesta pesquisa, foram incluídas 202 mulheres que atenderam aos requisitos de seleção da amostra. Na Tabela 1, apresenta-se a caracterização da amostra, segundo as variáveis sociodemográficas. As variáveis socioeconômicas e o atendimento das necessidades básicas pela renda familiar, segundo a percepção subjetiva das gestantes que são mostradas nas tabelas seguintes.

Tabela 1. Distribuição das gestantes, segundo as variáveis sociodemográficas. São Paulo, 2005.

Variáveis	n	%
Idade		
18-20	36	17,8
21-25	87	43,0
26-30	49	24,3
31-35	25	12,4
≥ 36	5	2,5
Média DP	24,97 ± 5,05	
Etnia*		
Caucasiano	104	51,5
Negróide	85	42,1
Ameríndio	13	6,4
Anos de Estudo		
1 - 4	15	7,4
5 - 8	68	33,7
9 – 11	109	53,9
≥ 12	10	5,0
Média DP	8,88 ± 2,56	
Mediana	10	
Situação Conjugal		
Sem parceiro fixo	21	10,4
Com parceiro fixo	181	89,6
Distrito de Procedência		
Cidade Ademar	36	17,8
Jardim Ângela	20	9,9
Capão Redondo	11	5,4
Saúde	11	5,4
Outros	110	54,6
Municípios lindeiros	14	6,9
Ocupação		
Atividades do lar	106	52,5
Trabalho Remunerado	79	39,1
Estudante	8	4,0
Sem atividade laboral	9	4,5
Tipo de Trabalho**		
Manual não especializado	52	65,8
Manual especializado	12	15,2
Cargos não manuais/Técnico	15	19,0
Tipo de Moradia		
Barraco	6	3,0
Cortiço	18	8,9
Casa	149	73,8
Apartamento	29	14,4
Condições de Propriedade da Moradia		
	n	%
Própria	59	29,2
Alugada	74	36,6
Emprestada	26	12,9
Mora com parentes/amigos	43	21,3

* Estabelecida por critério de autodenominação.

** Valores baseados no n=79 (gestantes com trabalho remunerado).

Os dados da Tabela 1 mostram que as gestantes eram predominantemente jovens, pois 60,8% tinham até 25 anos completos. A idade máxima encontrada foi de 41 anos, com mediana de 24 anos.

Em relação à etnia, estabelecida por critério de autodenominação, a maioria declarou-se caucasiana, perfazendo 51,5% da amostra, seguida de negróide com 42,1% e ameríndia com 6,4%.

Quanto aos anos de estudo, a média foi de $8,88 \pm 2,56$ anos, sendo a mediana de dez anos. O mínimo encontrado foi de dois anos e o máximo 14 anos. Na amostra, não foram observados gestantes com nível superior completo, embora 5,0% estivessem freqüentando algum curso superior. A maioria da amostra (53,9%) ficou entre 9 a 11 anos de estudo, o que corresponde no sistema de ensino atual ao nível médio.

A situação conjugal predominante foi com parceiro fixo, com 89,6% da amostra, englobando casadas ou em união estável, sendo 10,4% sem parceiro fixo.

No que se refere ao distrito ou município de procedência da gestante, verificou-se uma grande variedade apontada pela amostra, sendo ao todo 46 distritos, além dos municípios limítrofes a São Paulo. Os distritos mais freqüentes: Cidade Ademar (17,8%), Jardim Ângela (9,9%), Capão Redondo e Saúde, respectivamente com 5,4%. Os municípios limítrofes, como: Osasco, Diadema, Barueri, Guarulhos, Santo André, Suzano, dentre outros, representaram 6,9%. O maior contingente (54,6%) dos distritos ficou classificado como outros, pois não obtiveram isoladamente uma porcentagem igual ou maior que 5,0%. Como exemplos são citados: Campo Belo, Campo Limpo, Cursino, Grajaú, Ipiranga, Jabaquara, Jardim São Luís, Pedreira, Pirituba, Sacomã e Vila Mariana. A maior parte da procedência foi de distritos de baixa renda.

Quanto à ocupação, 52,5% da amostra exerciam atividades domésticas e 39,1% tinham um trabalho remunerado. Apenas 4,0% eram estudantes, tendo em vista a faixa etária predominante de adultos jovens e 4,5% não exerciam nenhuma atividade laboral no lar ou fora deste.

Das setenta e nove (39,1%) gestantes que exerciam uma atividade remunerada, 65,8% tinham trabalho classificado como manual não especializado, ou seja, caracterizado por atividades que não exigiam experiência prévia, como:

babá, empregada doméstica, ajudante geral de restaurante, recepcionista, cozinheira, diarista, entre outros. Já 15,2% executavam atividades classificadas como manual especializado, que exige capacitação técnica, tais como: agente comunitário, auxiliar de produção, assistente de cabeleireiro, manicure, metalúrgica, atendente de restaurante, arrematadeira, artesã, entre outras. Outras 19,0% tinham trabalhos caracterizados como não manuais que exigem conhecimentos técnicos, de problemas sociais e de organização, como técnico de enfermagem, terapeuta de dependente químico, auxiliar de contabilidade, auxiliar de farmácia e outros ou técnicos em que são necessários espírito de observação, capacidade de abstração, concentração e direção, sendo exemplos encarregada fiscal e estagiária de contabilidade.

O tipo de moradia mais comum para a amostra foi casa de alvenaria, representando 73,8%. Em 14,4% dos casos, morava-se em apartamento, 8,9% em cortiços e 3,0% em barracos.

Das gestantes pesquisadas, 36,6% moravam em casa alugada, outras 29,2% em casa própria, 21,3% com parentes (na casa dos pais, sogros, avós, entre outras) ou amigos e 12,9% com a família em casa cedida ou emprestada por parentes. Como era esperado as gestantes apresentaram baixo percentual de casa própria o que implica gastos maiores para uma faixa de renda familiar baixa.

Tabela 2. Distribuição das gestantes, segundo a renda familiar, co-habitantes, renda per capita e salário mínimo. São Paulo, 2005.

Variáveis	Quartil superior	Mediana	Quartil inferior	Média DP
Renda familiar	R\$1.200,00	R\$875,00	R\$600,00	R\$984,25 ± R\$652,26
Número de co-habitantes	4	3	2	3,46 ± 1,39
Renda per capita	R\$400,00	R\$266,67	R\$150,00	R\$312,80 ± R\$205,60
Salário mínimo*	4	3	2	3,34 ± 2,23

* Salário Mínimo vigente na época da coleta dos dados setembro a dezembro de 2005 = R\$ 300,00.

Os dados da Tabela 2 mostram que a renda familiar média foi de R\$984,25 $\pm$ R\$652,26, mostrando a grande variabilidade da amostra nesta questão. A mediana foi de R\$875,00.

Quanto ao número de co-habitantes, ou seja, moradores de um mesmo domicílio, o valor máximo foi de oito moradores e o mínimo de um, sendo a média de 3,46 $\pm$ 1,39 co-habitantes. A separação por quartis clarifica que 50% da amostra tinham no máximo até três moradores por domicílio.

A renda per capita média calculada baseada nos dados precedentes foi de R\$312,80 $\pm$ R\$205,60.

Na amostra estudada, o salário mínimo apresentou uma média de 3,34 $\pm$ 2,23 salários, e aproximadamente, 50% estavam na faixa de renda familiar de zero a três salários mínimos. A Tabela 2 caracteriza bem pelos dados listados que a amostra pesquisada era de baixa renda.

Tabela 3. Distribuição das gestantes, segundo o arrimo familiar. São Paulo, 2005.

Arrimo familiar	n	%
Gestante	44	21,8
Outros	158	78,2
Total	202	100

Na Tabela 3, os dados quanto ao arrimo familiar demonstram que 78,2% das famílias tinham como provedor principal outra pessoa que não a gestante (esposo e/ou companheiro, parentes, amigos) e em 21,8% a própria gestante era o esteio familiar.

Tabela 4. Distribuição das gestantes, segundo a percepção do grau de atendimento das necessidades básicas pela renda familiar. São Paulo, 2005.

Percepção da Suficiência da Renda	n	%
Insuficiente	35	17,4
Pouco suficiente	100	49,8
Suficiente	59	29,4
Mais que suficiente	7	3,5
Total	201*	100

* Uma gestante não respondeu a questão.

Pela Tabela 4, pode-se depreender que a maioria das gestantes percebia como inadequado o atendimento das necessidades básicas pela renda familiar auferida, pois somadas a opção de pouco suficiente com insuficiente, têm-se 67,2% da amostra. Para 29,4% das gestantes, a renda foi percebida como suficiente e só para 3,5% como mais que suficiente.

4.2 Distribuição da amostra, segundo as características obstétricas

A caracterização das gestantes quanto às variáveis obstétricas está apresentada nas Tabelas, a seguir.

Tabela 5. Distribuição das gestantes, segundo as variáveis obstétricas. São Paulo, 2005.

Variáveis obstétricas	Quartil superior	Mediana	Quartil inferior	Média DP
Gestações	3	2	1	2,09 ± 1,21
Paridade	1	1	0	0,79 ± 0,93
Filhos vivos	1	1	0	0,77 ± 0,92*
Filhos dependentes**	2	1	1	1,43 ± 0,71
Idade filhos*	7	5	3	5,13 ± 3,54
Idade gestacional	33	26	17	24,97 ± 9,11
Consultas no pré-natal	5	3	1	3,47 ± 2,43

* n=105 – gestantes com filhos vivos.

** n= 91 – gestantes com filhos vivos e dependentes.

Observa-se pelos dados da Tabela 5 que a média de gestações foi de 2,09 ± 1,21 gestações. Das mulheres da amostra, 75 eram primigestas (37,1%). O número máximo de gestações foi oito, e 50% da amostra tinham no máximo duas gestações. O quartil superior ficou em três gestações.

Quanto à paridade, a média encontrada foi de 0,79 ± 0,93 partos. A paridade máxima foi de quatro partos. A mediana bem como o quartil superior ficaram em um parto.

Com relação ao número de filhos vivos, o máximo foi quatro e o mínimo zero. A média ficou em 0,77 ± 0,92 filhos. A mediana bem como o quartil superior permaneceram em um filho.

O número máximo encontrado para filhos dependentes foi de quatro e o mínimo de um, sendo a média de 1,43 ± 0,71 filhos. A mediana e o quartil inferior ficaram em um e o quartil superior em dois filhos dependentes. A amostra aqui foi de 91 gestantes com filhos dependentes. Eram considerados filhos dependentes, os que estavam sob a vigilância pessoal da mãe.

A idade dos filhos variou de 1 a 22 anos, sendo a média 5,13 ± 3,54 anos. O quartil superior ficou em sete, a mediana em cinco e o inferior em três anos.

A idade gestacional teve como média $24,97 \pm 9,11$ semanas, variando de 6 a 40 semanas. O quartil superior permaneceu em 33 semanas, a mediana em 26 e o quartil inferior em 17 semanas.

Quanto ao número de consultas pré-natal, a média foi de $3,47 \pm 2,43$ consultas. No mínimo, houve uma consulta e no máximo 12. O quartil superior ficou em cinco, a mediana em três e o quartil inferior em uma consulta.

Tabela 6. Distribuição das gestantes quanto ao número de queixas apresentadas. São Paulo, 2005.

Queixas	n	%
Sem queixas	30	14,9
Uma queixa	68	33,7
Duas queixas	54	26,7
Três ou mais queixas	50	24,7
Total	202	100

Pelos dados da Tabela 6, nota-se que 85,1% das gestantes tinham alguma queixa, e 51,4% da amostra referiram duas ou mais queixas. Somente 14,9% não apresentaram queixas na gravidez.

Tabela 7. Distribuição das queixas, segundo o tipo de queixa apresentada. São Paulo, 2005.

Tipo de Queixa	n	%
Dor em baixo ventre	70	20,9
Náuseas e vômitos	68	20,3
Lombalgia	62	18,5
Pirose	31	9,2
Dor em membros inferiores	22	6,6
Cefaléia	19	5,7
Outras	63	18,8
Total	335	100

Pela Tabela 7, observa-se que os tipos de queixa mais referidos pelas gestantes foram: dor em baixo ventre (20,9%), náuseas e vômitos (20,3%), lombalgia (18,5%), pirose (9,2%), dor em membros inferiores (6,6%) e cefaléia (5,7%). Outros tipos de queixas relatadas foram: cansaço físico, algia dentária, dispnéia, vertigem, insônia, etc, mas como a porcentagem foi inferior a 5% isoladamente, foram classificados em outras, dando um total de 18,8%.

4.3 Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde

4.3.1 Avaliação da confiabilidade do MOS-SF36 para a amostra do estudo

A confiabilidade do MOS-SF36 para a amostra estudada foi avaliada pela consistência interna de cada domínio, utilizando-se o coeficiente Alfa de Cronbach.

Os resultados da avaliação da consistência interna do MOS-SF36 para a amostra estão descritos na Tabela 8.

Tabela 8. Coeficiente de confiabilidade Alfa de Cronbach de cada domínio do MOS-SF36 para a amostra. São Paulo, 2005.

Domínios do MOS-SF36	n*	Coeficiente de confiabilidade Alfa de Cronbach
Capacidade Funcional	190	0,81
Aspectos Físicos	194	0,68
Dor	202	0,75
Estado Geral de Saúde	201	0,65
Vitalidade	199	0,69
Aspectos Sociais	201	0,41
Aspectos Emocionais	199	0,57
Saúde Mental	200	0,81

* coeficientes calculados baseados nos dados válidos na subescala analisada, ou seja, número de questões respondidas que faziam parte dos domínios.

A Tabela 8 mostra que o coeficiente Alfa de Cronbach variou de 0,81 nos domínios Capacidade Funcional e Saúde Mental até 0,41 no Aspecto Social. A alguns autores, para escalas psicométricas, são aceitáveis apenas os coeficientes acima de 0,70 ⁽¹³⁾. Já outros colocam como ponto de corte 0,50 ⁽³⁵⁾. Os domínios de Capacidade Funcional (0,81), Saúde Mental (0,81) e Dor (0,75) apresentaram coeficientes acima de 0,70. Já os domínios de Vitalidade (0,69), Aspectos Físicos (0,68), Estado Geral de Saúde (0,65) e Aspectos Emocionais (0,57) mostraram-se consistentes, tendo como valor de base o coeficiente de 0,50. Apenas o domínio Aspectos Sociais apresentou-se como inconsistente com coeficiente abaixo do recomendado de 0,41.

4.3.2 Distribuição da amostra, segundo os domínios do MOS-SF36

Os escores médios, desvios-padrão e respectivos quartis dos domínios do MOS-SF36 para a amostra de gestantes estão descritos na Tabela 9.

Na Tabela 10 são apresentadas as frequências e porcentagens do item Saúde Comparada que não faz parte dos domínios do MOS-SF36.

Tabela 9. Quartil superior, mediana, quartil inferior, escores médios e desvio padrão dos domínios do MOS-SF36. São Paulo, 2005.

Domínios	Quartil superior	Mediana	Quartil inferior	Média DP
Capacidade Funcional	75,00	65,00	55,00	64,63 ± 19,61
Aspectos Físicos	75,00	50,00	25,00	44,97 ± 35,08
Dor	72,00	62,00	42,00	57,31 ± 19,18
Estado Geral de Saúde	87,00	76,00	62,00	73,12 ± 17,69
Vitalidade	70,00	55,00	40,00	52,82 ± 19,25
Aspectos Sociais	87,50	62,50	50,00	68,03 ± 23,19
Aspectos Emocionais	66,67	33,33	33,33	47,11 ± 36,57
Saúde Mental	80,00	68,00	48,00	63,88 ± 20,66

Verifica-se pela Tabela 9 que o domínio Estado Geral de Saúde apresentou o maior escore médio, seguido pelos domínios Aspectos Sociais, Capacidade Funcional e Saúde Mental. O domínio com menor escore médio foi Aspectos Físicos com $44,97 \pm 35,08$, seguido pelo domínio Aspectos Emocionais. É importante ressaltar que ambos obtiveram escores médios abaixo de 50 pontos no MOS-SF36. Os domínios de Vitalidade e Dor apresentaram escores médios próximos aos 50 pontos, mas ainda acima deste com respectivamente 52,82 e 57,31.

Tabela 10. Distribuição das gestantes, segundo o item Saúde Comparada do MOS-SF36. São Paulo, 2005.

Saúde Comparada	n	%
Muito melhor	28	13,9
Pouco melhor	43	21,3
Quase a mesma	98	48,5
Pouco pior	33	16,3
Total	202	100

Os dados apresentados na Tabela 10 mostram que as gestantes, quando compararam a saúde atual com a de um ano atrás, perceberam que a saúde havia permanecido igual ou melhorado para 83,7% delas. Apenas para 33 gestantes (16,3%), havia piorado um pouco. Nenhuma gestante percebeu uma piora acentuada na saúde quando comparada com a do ano anterior.

4.3.3 Influência da idade gestacional, do número de queixas, da renda per capita e da percepção da suficiência da renda na qualidade de vida relacionada à saúde

4.3.3.1 Correlação entre a variável idade gestacional e domínios do MOS-SF36

A variável idade gestacional foi correlacionada com os domínios do MOS-SF36 pelo coeficiente de correlação de Spearman, a fim de se verificar se essas variáveis estariam associadas ou não e em que extensão. As correlações estão apresentadas na Tabela 11 a seguir.

Tabela 11. Coeficientes de correlação de Spearman entre idade gestacional e os domínios do MOS-SF36. São Paulo, 2005.

Domínios	Idade Gestacional
Capacidade Funcional	- 0,296**
Aspectos Físicos	- 0,174*
Dor	- 0,170*
Estado Geral de Saúde	0,115
Vitalidade	0,011
Aspectos Sociais	0,006
Aspectos Emocionais	0,050
Saúde Mental	0,062

p*=0,05 p**=0,01

A idade gestacional apresentou uma fraca associação negativa com os domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos e Dor. Isto sugere que, quanto maior a idade gestacional, menores serão os escores desses domínios, o que seria esperado, pois com o avançar da gravidez as repercussões físicas da gestação seriam as que mais interfeririam nas atividades da vida diária da mulher. Os demais domínios não mostraram correlação significativa com a idade gestacional.

4.3.3.2 Comparação do número de queixas referido pelas gestantes com os domínios do MOS-SF36

A variável queixas foi subdividida quanto ao número das referidas pelas gestantes e comparadas com os domínios do MOS-SF36 pelo teste de Kruskal-Wallis, com pós-teste de Muller-Dunn. Os dados foram apresentados na Tabela 12.

Tabela 12. Comparação entre os escores médios dos domínios do MOS-SF36 e o número de queixas referidas pelas gestantes. São Paulo, 2005.

Domínios	Número de Queixas				p ⁽¹⁾
	0	1	2	≥ 3	
Capacidade Funcional	64,66	67,65	65,26	59,57	0,067
Aspectos Físicos	51,72	49,24	46,12	33,15	0,073
Dor	69,50*	61,79*	54,57**	46,88	< 0,001
Estado Geral de Saúde	76,47*	76,20*	75,64*	63,79	0,002
Vitalidade	59,33*	55,61*	53,28*	44,38	0,005
Aspectos Sociais	75,00*	70,64	66,81	60,68	0,032
Aspectos Emocionais	45,98	53,54	47,13	39,01	0,199
Saúde Mental	71,87*	67,21*	62,76	55,67	0,004

(1):nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis.

* diferença sig. do grupo ≥3 (teste de Dunn, p< 0,05).

** diferença sig. do grupo 0 (teste de Dunn, p< 0,05).

Pela Tabela 12, observa-se que, quanto maior o número de queixas referidas pelas gestantes, menores são os escores médios apresentados em todos os domínios do MOS-SF36, sugerindo que quanto mais queixas menor a qualidade de vida relacionada à saúde. Essas diferenças foram significativas nos domínios Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental. O grupo com três ou mais queixas apresentou diferença estatisticamente significativa com os demais grupos nos domínios Dor, Estado Geral de Saúde e Vitalidade. No domínio Saúde Mental, o grupo sem queixas (0) e com uma queixa (1) diferiram significativamente do grupo com três ou mais queixas (≥3). No domínio Aspectos Sociais, o grupo sem queixas (0) diferiu significativamente do grupo com três ou mais queixas (≥3). Depreende-se também que, no domínio Dor, o grupo de gestantes com duas queixas (2) também se mostrou diferente significativamente do grupo sem queixas (0).

4.3.3.3 Comparação da renda per capita com os domínios do MOS-SF36

As gestantes da amostra foram separadas em três grupos, segundo a renda per capita descrita em salários mínimos e comparada entre si quanto aos domínios do MOS-SF36. Nenhuma diferença entre os grupos de renda per capita teve significância estatística nos domínios do MOS-SF36.

Na Tabela 13 apresenta-se o resultado da comparação entre os grupos de gestantes segundo os domínios do MOS-SF36.

Tabela 13. Comparação entre os grupos de renda per capita, segundo os escores médios e desvio padrão dos domínios do MOS-SF36. São Paulo, 2005.

Domínios	Renda Per Capita			p ⁽¹⁾
	Até ½ sal.	½ até 1 sal.	1 até 3 sal.	
	Média DP	Média DP	Média DP	
Capacidade Funcional	63,15 ± 21,77	65,00 ± 18,80	65,23 ± 18,57	0,863
Aspectos Físicos	44,35 ± 33,70	48,19 ± 36,71	40,91 ± 34,43	0,529
Dor	56,73 ± 18,61	57,99 ± 17,86	55,90 ± 20,11	0,556
Estado Geral de Saúde	72,11 ± 15,70	72,51 ± 17,24	75,06 ± 19,89	0,343
Vitalidade	52,78 ± 19,51	52,21 ± 20,46	53,21 ± 17,92	0,910
Aspectos Sociais	67,06 ± 22,82	66,07 ± 25,10	69,40 ± 21,46	0,784
Aspectos Emocionais	44,62 ± 36,69	54,11 ± 37,09	42,29 ± 35,57	0,146
Saúde Mental	62,54 ± 20,92	63,26 ± 21,37	65,61 ± 20,06	0,618

(1): nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis.

Na Tabela 13, observa-se que, embora haja uma diferença nos escores médios entre os grupos de renda per capita de gestantes, nenhuma destas diferenças mostrou-se com significância estatística pelo teste de Kruskal-Wallis.

4.3.3.4 Comparação da percepção da suficiência da renda com os domínios do MOS-SF36

As gestantes da amostra foram separadas em três grupos, segundo a percepção da suficiência da renda, ou seja, o grau de atendimento das necessidades básicas familiares pela renda auferida, categorizada como: Insuficiente, Pouco suficiente e Suficiente, e comparada entre si quanto aos domínios do MOS-SF36. As diferenças entre os grupos foram consideradas significativas nos domínios Dor, Vitalidade, Aspectos Emocionais e Saúde Mental.

Na Tabela 14 apresenta-se o resultado da comparação entre os grupos de gestantes segundo os domínios do MOS-SF36.

Tabela 14. Comparação entre os grupos sobre percepção da suficiência da renda segundo os escores médios e desvio padrão dos domínios do MOS-SF36. São Paulo, 2005.

Domínios	Percepção da Suficiência da Renda			p ⁽¹⁾
	Insuficiente	Pouco suficiente	Suficiente	
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	
Capacidade Funcional	62,43 ±21,09	63,64 ±18,42	67,23 ±20,71	0,229
Aspectos Físicos	44,29 ±36,42	42,17 ±34,56	50,00 ±35,36	0,376
Dor	53,40 * ±22,54	55,93 ±17,84	62,03 ±18,31	0,038
Estado Geral de Saúde	75,23 ±17,30	70,86 ±19,18	75,55 ±15,33	0,275
Vitalidade	47,86 * ±20,08	51,35 ±19,15	57,65 ±18,34	0,028
Aspectos Sociais	61,43 ±24,88	67,13 ±22,73	72,54 ±22,60	0,052
Aspectos Emocionais	39,05 * ±37,47	42,76 * ±36,90	57,95 ±33,48	0,009
Saúde Mental	56,91 * ±21,85	61,68 * ±20,99	70,61 ±17,72	0,003

(1): nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis.

* diferença significativa do grupo suficiente (pós-teste de Dunn, p < 0,05).

Na Tabela 14, observa-se que, as diferenças entre os grupos de percepção da suficiência da renda foram significativas nos domínios de Dor ($p=0,038$), Vitalidade ($p=0,028$), Aspectos Emocionais ($p=0,009$) e Saúde Mental ($p=0,003$) pelo teste de Kruskal-Wallis. Verifica-se também que a diferença foi significativa entre as gestantes do grupo insuficiente para as do grupo suficiente nos domínios de Dor e Vitalidade, pelo teste de Dunn ($p<0,05$). Já para os grupos insuficiente e pouco suficiente, as diferenças para o grupo suficiente foram significantes estatisticamente nos domínios de Aspectos Emocionais e Saúde Mental, igualmente pelo teste de Dunn ($p<0,05$).

Isto sugere que as gestantes do grupo de percepção da suficiência da renda suficiente tinham escores médios superiores aos do grupo insuficiente nos domínios de Dor, Vitalidade, Aspectos Emocionais e Saúde Mental e escores médios superiores ao grupo de pouco suficiente nos domínios de Aspectos Emocionais e Saúde Mental. As diferenças entre os grupos insuficiente e pouco suficiente não foram estatisticamente significantes. Portanto, pode-se depreender que mulheres grávidas com percepção da suficiência da renda suficiente têm melhor qualidade de vida relacionada à saúde nos domínios de Dor, Vitalidade, Aspectos Emocionais e Saúde Mental do que gestantes no grupo insuficiente ou pouco suficiente.

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

O escopo central deste estudo foi verificar a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas de baixa renda, bem como identificar alguns fatores que influenciariam nesta qualidade de vida, utilizando para tanto um instrumento genérico de qualidade de vida relacionada à saúde, subjetivo e multidimensional, o MOS-SF36.

Na descrição do perfil sociodemográfico da amostra observou-se que a idade média das gestantes ficou em $24,97 \pm 5,05$ anos e 85,1% das gestantes tinham idade de 18 a 30 anos. Estas idades representam a melhor faixa etária para o ciclo reprodutivo, sobretudo para a primeira gestação. As mulheres com mais de 30 anos representaram 14,9% da amostra, sendo, geralmente, multíparas. Dados da população brasileira confirmam esses números, pois a proporção de mulheres com, pelo menos, um filho na faixa de 25 e 49 anos era de 82,8%. Esta informação é importante, também, porque como as mulheres têm a responsabilidade de cuidar dos filhos, sentem mais dificuldade de ingressar e permanecer no mercado de trabalho e/ou dar continuidade aos estudos ⁽³⁸⁾.

Há um consenso de que a idade ideal inicial da nubilidade seria entre 18 a 20 anos, mas não da final que pode variar de 28 a 35 anos ⁽²⁾. A idade média encontrada no estudo é compatível com vários outros estudos com gestantes sobre a temática qualidade de vida. Um dos primeiros estudos realizados nos Estados Unidos da América mostrou idade média de $23,6 \pm 5,4$ anos ⁽²⁹⁾. Outra pesquisa, trabalhando com gestantes divididas em grupo de estudo e controle encontrou média de idade de 26 anos e de 24 anos, respectivamente ⁽³⁶⁾.

A maioria das mulheres (51,5%) declarou-se de etnia caucasiana, seguida de negróide com 42,1% e ameríndia com 6,4%. Estes dados são compatíveis com a caracterização populacional do Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Censo Demográfico de 2000, onde 53,7% da população autoclassifica-se como brancos, já pretos e pardos perfazem 44,6%. Em relação às etnias indígena e amarela no Brasil, a proporção é de 0,9% de ameríndios ⁽³⁷⁾, mas nas gestantes estudadas esse valor foi superior. Pode-se entender esse aumento, tendo em vista que São Paulo apresenta um número

maior de pessoas da etnia amarela representada por imigrantes asiáticos e de origem indígena de países latino-americanos do que em todo o território brasileiro.

Quanto aos anos de estudo os dados mostram uma média de $8,88 \pm 2,56$ anos, sendo a mediana de dez anos de estudo. Embora 5,0% da amostra estivessem cursando alguma graduação, nenhuma gestante apresentou nível superior completo. Os dados demonstram um nível razoavelmente elevado de escolaridade para a amostra estudada considerada de baixa renda. É uma escolaridade compatível com a média de anos de estudo da mulher brasileira da área urbana (8,2 anos) ⁽³⁸⁾.

Em estudo realizado sobre qualidade de vida em dois grupos de gestantes atendidas na rede pública municipal da cidade de Campinas, 52,0% do grupo de pesquisa e 83,0% do grupo controle também apresentaram oito ou mais anos de estudos ⁽³⁶⁾.

Outra pesquisa, também realizada em Campinas, sobre a adequação da assistência do pré-natal em uma amostra de 248 mulheres gestantes de baixa renda mostrou que 40,7% tinham 11 ou mais anos de estudo ⁽³⁹⁾.

A escolaridade apresentada no presente estudo favoreceu a forma de aplicação do MOS-SF36 que foi auto-administrado.

A situação conjugal predominante foi a com parceiro fixo, com 89,6% da amostra, englobando casadas ou em união estável, só 10,4% das gestantes estavam sem parceiro fixo. A ausência de parceiro fixo é um fator de risco para a gestação mesmo quando a gravidez é desejada ^(1,2), portanto, a alta frequência de mulheres com parceiro na amostra colaboram para a evolução de uma gravidez saudável.

Vários estudos internacionais sobre qualidade de vida e gravidez mostram números compatíveis com os resultados obtidos, com variação de 94,0% em Hong Kong ⁽⁴⁰⁾; 93,5% no Canadá ⁽²⁴⁾; 87,5% ⁽²³⁾ até 80,0% ⁽²⁹⁾ ambos nos Estados Unidos da América, de gestantes vivendo com um companheiro seja pelo casamento ou por união estável.

Os distritos ou municípios de procedência das gestantes que compuseram a amostra foram bem variados, tendo representação de 46 dos 94 distritos de São Paulo, além de nove municípios limítrofes. Os de maiores porcentagens foram, na maioria, aqueles localizados na zona sul da cidade de São Paulo, como: Cidade

Ademar (17,8%), Jardim Ângela (9,9%), Capão Redondo e Saúde, respectivamente com 5,4%.

Embora isoladamente, os outros distritos não tivessem obtido uma porcentagem maior que 5%, juntos perfizeram 54,6%, onde a maioria era composta por bairros considerados de baixa renda, como Campo Limpo, Grajaú, Jardim São Luís, Parelheiros, Pedreira, Pirituba, Sacomã, São Miguel, Cidade Líder e Guaianases, dentre outros.

Os municípios lindeiros como: Osasco, Diadema, Barueri, Guarulhos, Santo André, Suzano, dentre outros, representaram 6,9%. Como o atendimento no serviço onde foi realizada a coleta dos dados não se limita a uma área geográfica, como as Unidades Básicas de Saúde, as gestantes vieram dos mais diversos locais, porém mais acentuadamente de lugares considerados como deficitários na prestação de serviços mínimos ao cidadão.

No que se refere à ocupação, a maioria (52,5%) exercia atividades domésticas e apenas 39,1% tinham um trabalho remunerado. Dados sobre mulheres e empregos na região metropolitana de São Paulo em 2005, mostram que a proporção de mulheres que participou do mercado de trabalho é de 55,5% nesse ano, sendo o maior patamar desde 1985 ⁽⁴¹⁾.

Portanto, a amostra apresenta uma proporção menor de mulheres inseridas no mercado de trabalho. Vale considerar que, a grande maioria das mulheres (89,6%) mencionou possuir parceiro fixo o que, de certa forma, constitui fonte de suporte financeiro durante o período da maternidade. Não obstante, 39,1% das mulheres exercessem atividade remunerada fora do lar, 21,8% delas eram o principal provedor do lar.

Em estudo nos Estados Unidos da América sobre qualidade de vida em gestantes, os dados mostraram uma proporção de 61% de gestantes empregadas ⁽²⁹⁾, porém sendo um país onde a inserção da mulher no mercado de trabalho deu-se há muito mais tempo que no Brasil, tais números são esperados. Em pesquisa nacional realizada em Campinas, com gestantes sobre exercícios físicos aquáticos e qualidade de vida, foram encontrados no grupo de estudo e no grupo controle, uma proporção de mulheres com trabalho remunerado de 45,0% e de 37,0%, respectivamente ⁽³⁶⁾.

A faixa etária predominante de mulheres jovens, portanto, no auge da vida produtiva, chama a atenção que 4,5% delas não exerciam nenhum tipo de atividade, sendo em geral jovens recém-saídas da adolescência que moravam com os pais. É preocupante também que apenas 4,0% das gestantes estudassem. Neste último caso, muitas vezes, é a responsabilidade com as atividades do lar mais as da maternidade, com a falta de suporte social que impõem a suspensão dos estudos. No entanto, sem a qualificação adequada, essas mulheres manterão o mesmo patamar de vida sem esperanças de alteração futura.

Os tipos de trabalho exercidos pelas 79 gestantes com atividades remuneradas refletem a baixa qualificação da mulher, sendo em sua maioria manual não especializado (65,8%), como: babá, empregada doméstica, ajudante geral de restaurante, recepcionista, cozinheira, diarista, entre outros. Já 15,2% das gestantes executavam atividades classificadas como: manual especializado como agente comunitário, auxiliar de produção, assistente de cabeleireiro, manicure, metalúrgica, atendente de restaurante, arrematadeira, artesã, entre outras.

Outras dezenove por cento (19,0%) tinham trabalhos caracterizados como não manuais, como: técnico de enfermagem, terapeuta de dependente químico, auxiliar de contabilidade, auxiliar de farmácia, e outros, ou classificados como técnicos, sendo exemplos: encarregada fiscal e estagiária de contabilidade. Segundo os mesmos dados sobre mulheres e empregos na região metropolitana de São Paulo em 2005, a maioria das mulheres acha-se ocupada no setor de serviços com 50,8% e no de serviços domésticos com 18,3% ⁽⁴¹⁾, o que é compatível com a amostra estudada.

O tipo de moradia mais comum à amostra foi a casa (73,8%), seguido de apartamento (14,4%), 18 (8,9%) moravam em cortiços e 6 (3,0%) em barracos. Para a maioria, as condições de moradia eram adequadas, mas, ainda persistia para algumas uma situação precária de moradia, o que impactava negativamente em suas condições gerais de vida.

Ao se analisarem esses dados com os de condições de propriedade da moradia onde apenas 29,2% detinham a propriedade do imóvel, 36,6% alugavam, 21,3% moravam com parentes ou amigos e 12,9% viviam em imóvel cedido por

outros, verifica-se que uma parcela grande dos rendimentos desta camada era absorvida com a questão de moradia, sem que algumas tivessem a perspectiva de compra da casa própria, refletindo uma mudança maior de endereço. Isto também contribui para uma vida insatisfatória.

As gestantes apresentaram uma renda familiar média de R\$984,25 e a renda per capita média foi de R\$312,80. A proporção da amostra que percebia até três salários mínimos era de 50%. A renda média familiar na região metropolitana de São Paulo no ano de 2005 foi de R\$1.761,00, sendo o rendimento médio das mulheres chefes de família com filhos de R\$1.231,00 ⁽⁴¹⁾. Portanto, a renda média da amostra ficou abaixo da renda média da população de São Paulo capital o que era esperado, tendo em vista que se estava trabalhando com uma amostra pertencente a uma camada socioeconômica desfavorecida. Ainda assim é uma média mais elevada que o padrão brasileiro para o domicílio, onde o homem é o chefe da família com filhos que é de R\$295,80 ⁽³⁸⁾.

A mediana de três co-habitantes por família mostra um padrão familiar nuclear, em geral, cônjuges e um filho, sendo a média de 3,46. Nas últimas décadas, o tamanho das famílias vem sofrendo reduções sistemáticas, como reflexo da queda da fecundidade.

Em 1980, as famílias brasileiras tinham 4,5 componentes em média. Em 1992, o tamanho médio passou para 3,7 pessoas e, em 2001, chegou a apenas 3,3 pessoas em média. Em termos regionais, a média mais elevada encontra-se nas Regiões Norte e Nordeste, ambas com média de 3,7 componentes por família, ao passo que no Sul e no Sudeste o tamanho médio é 3,2 pessoas ⁽³⁸⁾. A diminuição do tamanho familiar facilita uma melhor distribuição de renda entre seus integrantes.

Quanto ao arrimo familiar na amostra, 78,2% tinham como provedor principal outra pessoa que não a gestante (esposo e/ou companheiro, parentes, amigos), em 21,8%, a própria gestante era o esteio familiar. Este dado é importante, pois como principal provedora a gestante tem sobre si uma responsabilidade maior que pode afetar o bom desenvolvimento da gestação, como exemplo, gestantes que trabalham na área de serviços onde, às vezes, o ganho é dividido entre uma parte fixa e outra variável por vendas ou por produção, as limitações físicas impõem novo ritmo de trabalho, alterando os

porcentuais recebidos e atingindo diretamente a renda mensal familiar. Além disso, em geral, onde o lar é chefiado por mulheres, o rendimento mensal costuma ser menor.

Na percepção do grau de atendimento das necessidades básicas pela renda familiar, a maioria das gestantes percebia como inadequada, pois somadas a opção de pouco suficiente com insuficiente, têm-se 67,2% da amostra. Para 29,4% das gestantes, a renda foi percebida como suficiente e apenas para 3,5% como mais que suficiente.

Este é um dado subjetivo que esclarece como a gestante percebe suas exigências mínimas de satisfação das condições materiais e morais de vida, em largo sentido, o mínimo para se ter qualidade de vida. Aqui não se mede objetivamente o quanto a renda é capaz de suprir as necessidades básicas, mas, sim, como a gestante sente que suas exigências básicas estão sendo satisfeitas com a renda que possui.

A gestante parte para fazer esta avaliação dos valores reais de sua renda familiar, porém outros dados também são levados em conta sem uma relação direta e cristalina entre a renda efetivamente possuída e a percepção de satisfação das necessidades básicas familiares. Assim, com uma melhor percepção da condição de vida, maiores serão a aceitação e a adaptação a um momento de grande transformação que é a gravidez.

Em estudo realizado na Suécia sobre as preocupações da mulher durante a gravidez, em uma amostra de 200 gestantes, as três primeiras referiam-se à gestação como a possibilidade de problemas com a criança, dar à luz e abortamento, a seguir, problemas financeiros com 52,5% das indicações ⁽⁴²⁾. Na população brasileira, especialmente de baixa renda, as preocupações devem corresponder ou ser ainda maiores que as proporções obtidas no estudo original, sendo, portanto, válido deter-se sobre a percepção das gestantes quanto à satisfação de suas necessidades elementares.

Quanto às características obstétricas da amostra, 37,1% eram primigestas sendo a média de gestações de 2,09. As médias de partos e de filhos vivos encontradas foram de 0,79 e de 0,77, respectivamente, e 75,0% das gestantes tinham até um parto e um filho. Nas últimas décadas, houve uma queda acentuada na taxa de fecundidade brasileira sendo atualmente de 2,38. Porém,

tem caído mais, sobretudo, na região urbana e entre mulheres mais escolarizadas. A taxa na região metropolitana de São Paulo é de 1,93 filho por mulher em média, com grandes diferenças entre os distritos da capital ^(38,41).

A idade média dos filhos foi de 5,13 anos, sugerindo que o intervalo interpartal de dois anos foi mantido pela maioria das gestantes.

Com relação à quantidade de filhos dependentes, mostra um acréscimo na carga de trabalho doméstico da mulher, tendo em vista que a responsabilidade sobre os filhos recai mais sobre elas, 75,0% da amostra de 91 mães que estavam com os filhos tinham até duas crianças.

A idade gestacional teve como média 24,97 semanas, o quartil superior ficou em 33 semanas, a mediana em 26 e o quartil inferior em 17 semanas. Embora o corte do estudo tenha sido transversal, a amostra apresentou uma boa variabilidade na idade gestacional, estando presente gestantes do primeiro ao terceiro trimestre em praticamente igual número, como mostrou a separação por quartis.

O número de consultas de pré-natal esteve na dependência da idade gestacional, ou seja, gestantes que tiveram seus dados coletados no início da gestação, apresentavam menor número de consultas; gestantes no final da gravidez, maior número de consultas. Assim, a mínima foi uma consulta e a máxima 12 consultas com uma mediana de três na amostra. O quartil inferior foi de um e o superior de cinco.

A gravidez é um período de importantes modificações físicas e psíquicas, o que determina uma proporção alta de queixas ^(1,2). Apenas 14,9% não apresentaram queixas, porém 51,4% das gestantes referiram três ou mais. Das queixas apresentadas, 20,9% apresentaram dor em baixo ventre, que pode estar associada à infecção urinária, distensão vesical ou contrações uterinas; 20,3% náuseas e vômitos e lombalgia com 18,5% que com a pirose (9,2%) representaram quase 70% do total de queixas. Dor em membros inferiores e cefaléia também foram freqüentes com 6,6% e 5,7%. Queixas que isoladamente não apresentaram uma porcentagem igual ou superior a cinco foram classificadas como outras como, por exemplo, cansaço físico, algia dentária, dispnéia, vertigem, insônia, dentre outros.

Estudo brasileiro comparando os efeitos da acupuntura com o tratamento tradicional das queixas não obstétricas, apontou como as mais comuns: dor lombo-pélvica, transtornos emocionais leves ou moderados, cefaléia, refluxo gastroesofágico, dores músculoesqueléticas, insônia, náuseas e vômitos, distúrbios digestivos baixos e alergia respiratória ⁽⁴³⁾, o que corrobora com os resultados encontrados na amostra estudada.

Na gravidez, a queixa de náuseas e vômitos também foi considerada comum em estudo sueco ⁽⁴⁴⁾.

A prevalência de dores na coluna foi investigada em uma amostra de 203 mulheres grávidas em São José do Rio Preto, SP. Cerca de 80,0% das gestantes relataram dor na coluna vertebral em algum período da gravidez, e os locais mais referidos foram as regiões lombar e/ou sacroilíaca. A dor foi mais freqüente entre as mulheres mais jovens. A metade das grávidas apresentou sintomas de acometimento nervoso ⁽⁴⁵⁾.

Uma vez caracterizada a amostra, a seguir são analisados os dados relativos à qualidade de vida. A utilização do MOS-SF36 implicou a necessidade de avaliar a confiabilidade do instrumento para a amostra do estudo. A consistência interna foi medida pelo coeficiente alfa de Cronbach.

Os resultados obtidos mostraram níveis satisfatórios de consistência interna em praticamente todos os domínios com exceção de um.

Assim, os valores obtidos foram de 0,81 para os domínios Capacidade Funcional e Saúde Mental, 0,75 para Dor, 0,69 para Vitalidade, 0,68 para Aspectos Físicos, 0,65 para Estado Geral de Saúde e 0,57 para Aspectos Emocionais. O domínio Aspecto Social foi o que apresentou o menor coeficiente, 0,41, estando abaixo do mínimo esperado que seria de 0,50 ⁽³⁵⁾.

De forma geral, pode-se sugerir que o instrumento mostrou-se consistente para a amostra. A baixa consistência apresentada pelo domínio Aspecto Social pode ser atribuído ao baixo número de itens relacionados a este domínio (duas – item 6 e 10), pois quanto menor o número de questões, menor a consistência do domínio ou instrumento ⁽¹³⁾.

Cabe ressaltar que valores altos de consistência não eram esperados para a amostra, por ser o MOS-SF36 um instrumento genérico de qualidade de vida relacionada à saúde. O instrumento é mais utilizado para sujeitos portadores de

doenças crônicas, embora a maioria dos estudos em qualidade de vida com gestantes tenha se utilizado dele. Isto reflete a necessidade de construção de um instrumento de qualidade de vida população específica, ou seja, para gestantes, a fim de se detectar todas as mudanças que ocorrem na qualidade de vida da mulher na gravidez.

A comparação dos achados dos coeficientes alfa na literatura consultada não foi possível, visto que os estudos não apresentam os dados do teste de consistência interna. De forma geral, os autores consideram que, comprovadas suas propriedades psicométricas em estudos anteriores de validação, o instrumento está em condições de ser aplicado, embora esses estudos tivessem sido feito com outros tipos de população que não o de gestantes ^(23,24,25, 27, 29). Mas, simplesmente, assumir que por ser validado para uma determinada população o instrumento é válido para ser aplicado em qualquer amostra, é uma afirmação no mínimo temerária já que outros instrumentos validados quando utilizados para gestantes não mantiveram suas propriedades psicométricas ⁽⁴⁰⁾.

Ao serem avaliados os escores médios e quartis dos diferentes domínios do MOS-SF36, observou-se que o domínio Estado Geral de Saúde, com 73,12, foi o que apresentou a maior média, seguido pelos domínios Aspectos Sociais com 68,03, Capacidade Funcional com 64,63 e Saúde Mental com 63,88. Os domínios de Vitalidade e Dor obtiveram, respectivamente, 52,82 e 57,31. Já os domínios Aspectos Físicos com 44,97 e Aspectos Emocionais com 47,11 foram os escores médios mais baixos da amostra.

Os achados foram comparados com os resultados obtidos em outros estudos que estão apresentados no Quadro a seguir.

Quadro. Resultados dos escores médios dos diferentes domínios do MOS-SF 36 de trabalhos publicados sobre qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes.

Autor (ano) amostra	País	Escore Médios dos Domínios do MOS SF36							
		Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Estado Geral de Saúde	Vitalidade	Dor	Aspectos Sociais	Aspectos Emocionais	Saúde Mental
Hueston, Kasik-Miller (1998) 125 gestantes	Estados Unidos da América			70,0	45,0		75,0	81,0	77,0
Otchet et al. (1999) 393 gestantes	Canadá	56,7	45,0	74,5	47,2	58,6	74,0	79,7	74,3
McKee et al. (2001) 114 gestantes multiétnica	Estados Unidos da América	62,9	49,8	77,2	47,2	51,8	70,5	72,1	70,3
Drescher et al. (2003) 42 gestantes adolescentes	Estados Unidos da América	43,2	45,0	48,8	48,9	47,5	46,5	43,2	42,8

Os estudos relacionados no Quadro mostram resultados com algumas variações nos diferentes domínios. Chama a atenção, os dados do estudo de Drescher et al. ⁽²⁷⁾ com escores médios abaixo de 50 em todos os domínios, o que denota uma qualidade de vida mais desfavorável.

Comparando os dados dos trabalhos apresentados no Quadro, os escores médios do presente estudo são muito próximos ao da literatura, como os dos domínios Aspectos Físicos, Estado Geral de Saúde e Dor. Já os domínios Capacidade Funcional e Vitalidade, as médias obtidas foram ligeiramente maiores. Por sua vez, no Aspecto Social e Saúde Mental, as médias foram ligeiramente inferiores.

No domínio Aspecto Emocional a média do presente estudo esteve mais próxima do resultado mínimo encontrado na literatura. Este dado é importante, pois demonstra que as atividades diárias estavam prejudicadas para as gestantes da amostra pelas alterações emocionais, provavelmente, causadas pela gravidez.

Quando comparada à saúde de um ano atrás, a saúde atual para as gestantes tinha permanecido igual ou melhorado muito ou pouco em 83,7% da amostra. Apenas para 33 gestantes (16,3%), a saúde havia piorado um pouco. Nenhuma gestante assinalou que a saúde estava muito pior quando comparada com a do ano anterior. Os resultados mostram que, apesar de provocar profundas mudanças físicas e psíquicas na mulher, a gravidez não altera de modo significativo a forma como a mulher auto-avalia sua saúde atual quando a compara com a de um ano atrás.

Este item de auto-avaliação da transição em saúde (cinco níveis de transição do muito melhor que há um ano ao muito pior que há um ano) que não é utilizada no escore dos domínios, tem se mostrado útil ao estimar a mudança média no estado de saúde anterior à administração do instrumento.

No *Medical Outcomes Study* (pesquisa original que resultou no questionário de qualidade de vida relacionada à saúde, o MOS-SF36), as mudanças no estado de saúde medidas um ano depois do início do seguimento da pesquisa corresponderam substancialmente na média a auto-avaliação da transição em saúde após um ano. Usando de 0 a 100 (*Raw scale*) como critério, nesse estudo os que avaliaram a saúde como muito melhor apresentaram uma média de 13,2 pontos a mais que na escala preenchida no ano anterior. Aqueles

que marcaram um pouco melhor, tiveram uma média de 5,8 pontos a mais que no ano anterior. Para os que marcaram que a saúde permaneceu quase a mesma, a média de pontos foi de 1,6 a mais. Já os que marcaram um pouco pior, a média de pontos declinou em 10,8 e os que marcaram muito pior, decresceu em média 34,4 pontos. Estes resultados encorajam o uso e a interpretação do item do MOS-SF36 em nível de grupo, mas no nível individual a confiabilidade desse item ainda não foi devidamente estudada, devendo ser usado com precaução ⁽⁴⁶⁾.

A correlação dos domínios do MOS-SF36 com a idade gestacional mostrou uma associação negativa fraca com apenas três domínios: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos e Dor, sugerindo que quanto maior a idade gestacional menores serão os escores desses três domínios. Isto é compatível com os achados da literatura, onde em estudo longitudinal com uma amostra de 125 gestantes nos Estados Unidos da América ⁽²⁹⁾, também, esses três domínios foram os que apresentaram declínios significantes conforme a gestação progredia.

Já em outra pesquisa no Canadá, com uma amostra de 393 gestantes além dos três domínios supracitados, foi encontrada diferença em outros domínios (vitalidade e aspectos sociais) isto quando foram comparados os resultados das gestantes com dados da população em geral ⁽²⁴⁾. Estes resultados confirmam o que seria esperado, pois o avançar da gravidez traz repercussões físicas que têm potencial para afetar as tarefas do dia-a-dia da mulher.

A comparação entre o número de queixas referidas e domínios do MOS-SF36 mostrou de forma geral um declínio nos escores médios de todos os domínios, conforme o número de queixas aumentava. Esses dados eram esperados, pois à medida que a gestante tem mais queixas, com certeza sua qualidade de vida relacionada à saúde apresentará escores mais baixos. Isto sugere que quanto maior o número de queixas mais comprometida está a qualidade de vida relacionada à saúde da mulher grávida. Estas diferenças foram significativas para os grupos com três ou mais queixas em relação aos outros grupos de gestantes nos domínios de Dor, Estado Geral de Saúde e Vitalidade.

No domínio Dor, também o grupo de gestantes com duas queixas diferiu significativamente do grupo sem queixas. Já o grupo com três ou mais queixas apresentou diferença significativa dos grupos sem queixas e com uma queixa no

domínio Saúde Mental. No domínio Aspectos Sociais, o grupo de três ou mais queixas diferiu estatisticamente do grupo sem queixas.

É importante ressaltar a presença do domínio Dor apresentando uma diferença significativa entre mais de um grupo de queixas. Revela-se, portanto, como um aspecto importante da qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres gestantes desta amostra.

Sintomas físicos são relativamente comuns na gestação e predominantemente associados com as mudanças fisiológicas que ocorrem na gravidez, porém a presença de grande número de queixas somáticas, consideradas “normais”, pode ser mais que uma resposta normal à gestação, podendo estar associada a distúrbios psicológicos ⁽⁴⁰⁾.

O fato de não haver diferença significativa entre os grupos de renda per capita na amostra estudada quanto aos domínios do MOS-SF36 apresenta oposição a resultado de outro estudo que mostrou associação entre falta de dinheiro para comida ou moradia e baixos níveis de saúde percebida nos períodos pré-gestacional, gravídico e pós-parto em uma amostra multiétnica de 1.809 mulheres nos Estados Unidos da América ⁽²³⁾.

Na comparação entre os grupos de percepção da suficiência da renda para o atendimento das necessidades básicas e os domínios do MOS-SF36, foram observadas diferenças significantes nos domínios Dor ($p=0,038$), Vitalidade ($p=0,028$), Aspectos Emocionais ($p=0,009$) e Saúde Mental ($p=0,003$).

Pelos dados pode-se supor que a mulher gestante que percebe sua renda familiar como para atender as necessidades básicas, apresenta escores mais altos nos domínios de Dor, Vitalidade, Aspectos Emocionais e Saúde Mental, denotando melhor qualidade de vida relacionada à saúde.

O domínio de dor avalia a extensão da dor corporal e o quanto ela interferiu nas atividades diárias das últimas quatro semanas. A vitalidade mede a percepção do grau de fadiga ou energia. Os Aspectos Emocionais avaliam o quanto problemas emocionais interferiram na execução do trabalho ou de atividades do cotidiano como: quantidade de trabalho realizado, tempo dedicado às atividades e o cuidado com que a tarefa é feita. A Saúde Mental mede o bem-estar psicológico nas últimas quatro semanas, quanto do tempo se sente nervoso, deprimido, desanimado, calmo e feliz.

CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

1. As características sociodemográficas da amostra foram:

- A média de idade foi 24,97 anos, 60,8% entre 18 a 25 anos.
- A maioria declarou-se da raça branca (51,5%), seguida pela raça negra (42,1%).
- A média de anos de estudo foi de 8,88 anos.
- A situação conjugal predominante foi com parceiro fixo.
- Os distritos de procedência mais freqüentes foram Cidade Ademar, Jardim Ângela, Capão Redondo e Saúde.
- As gestantes que tinham atividades domésticas representavam 52,5% da amostra e 39,1% exerciam atividade remunerada.
- As ocupações mais freqüentes foram as manuais não especializadas como babá, cozinheira, recepcionista e empregada doméstica.
- A moradia mais comum foi casa de alvenaria, seguida de apartamento.
- Das gestantes, 36,6% moravam em casas alugadas e 29,2% em casa própria.
- A renda familiar média foi de R\$984,25 e a per capita R\$312,80. A mediana foi de três salários mínimos para a amostra.
- O número de co-habitantes médio foi de $3,46 \pm 1,39$.
- Em 78,2% das famílias o arrimo não era a gestante.
- Para 67,2% das gestantes o atendimento das necessidades básicas pela renda familiar foi percebida como pouco suficiente ou insuficiente.

2. As características obstétricas da amostra foram:

- A média de gestações foi de 2,09, e 37,1% eram primigestas.
- A paridade média foi de $0,79 \pm 0,93$ partos.
- Das gestantes, 105 (51,98%) tinham filhos, sendo a média $0,77 \pm 0,92$ filhos.
- Noventa e uma gestantes tinham filhos dependentes, sendo a média $1,43 \pm 0,71$ filhos.
- A idade média dos filhos foi 5,13 anos.
- A idade gestacional variou de 6 a 40 semanas tendo média de 24,97 semanas.

- O número de consultas pré-natal teve como média 3,47 consultas.
- Apresentaram queixas 85,1% das gestantes, e 51,4% da amostra referiu duas ou mais queixas.
- Os tipos de queixas mais relatados foram dor em baixo ventre, náuseas e vômitos, lombalgia, pirose, dor em membros inferiores e cefaléia.

3. Distribuição da amostra, segundo os domínios do MOS-SF36:

- Todos os domínios apresentaram boa consistência interna com exceção do domínio Aspectos Sociais.
- Os maiores escores médios foram nos domínios Estado Geral de Saúde e Aspectos Sociais e os menores foram Aspectos Físicos e Aspectos Emocionais.
- No item Saúde Comparada, a saúde tinha permanecido igual ou melhorado em relação há um ano para 83,7% da amostra.

4. Influência da idade gestacional, do número de queixas, da renda per capita e da percepção da suficiência da renda na qualidade de vida relacionada à saúde:

- A idade gestacional apresentou uma fraca associação inversa estatisticamente significativa com os domínios de Capacidade Funcional, Aspectos Físicos e Dor.
- As gestantes sem queixas ou com até duas queixas diferiram significativamente daquelas que apresentaram três ou mais queixas nos domínios Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade. Ter duas queixas também diferiu significativamente do grupo sem queixas no domínio Dor. Não ter queixas também diferiu significativamente de ter três ou mais queixas nos domínios Aspectos Sociais e Saúde Mental.
- Os grupos de renda per capita não mostraram diferenças significantes quanto aos domínios do MOS-SF36.
- Os grupos de percepção da suficiência da renda para o atendimento das necessidades básicas mostraram diferenças significantes nos domínios Dor ($p=0,038$), Vitalidade ($p=0,028$), Aspectos Emocionais ($p=0,009$) e Saúde Mental ($p=0,003$).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou a oportunidade de descrever a qualidade de vida relacionada à saúde percebida de mulheres grávidas bem como entender a influência que certos fatores exercem sobre a qualidade de vida dessas mulheres. Isto foi importante na medida em que contribui para o debate de voltar o olhar da assistência pré-natal às condições individuais e culturais que torna cada gravidez única, ou seja, humanizar o atendimento, dando espaço para a mulher ser ouvida e atendida naquilo que lhe é mais importante.

Os escores encontrados do MOS-SF36 na amostra foram compatíveis com a literatura internacional, contribuindo para uma avaliação inicial da qualidade de vida.

A idade gestacional mostrou uma associação inversa fraca com os domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos e Dor.

As gestantes diferiram entre si quanto ao número de queixas referidas nos escores dos domínios Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental do MOS-SF36.

Quanto à percepção da suficiência da renda para o atendimento das necessidades básicas, as gestantes diferiram entre si nos domínios Dor, Vitalidade, Aspectos Emocionais e Saúde Mental.

As limitações do estudo - ser transversal, amostra não probabilística, instrumento com baixa confiabilidade em alguns domínios - podem não ter permitido o conhecimento sobre tudo que interfere na qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres grávidas pertencentes a uma camada socioeconômica desfavorecida. Também impedem uma extrapolação para outras populações, devendo os resultados ser utilizado com cautela em outras situações que não a da amostra.

Os resultados deste estudo são uma importante fonte de informação sobre a real condição das gestantes atendidas em um serviço de pré-natal filantrópico e proporcionam subsídios para formulação de novas políticas e estratégias de atendimento a essas gestantes.

Esses resultados trazem também novas indagações sobre como avaliar adequadamente qualidade de vida em mulheres grávidas, ampliando e aprofundando a compreensão da relação existente entre qualidade de vida e gravidez.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual técnico: Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF); 2005.
- (2) Neme B. Obstetrícia básica. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2000.
- (3) Bonadio IC, Tsunehiro MA. A experiência vivenciada por mulheres grávidas no contexto de um serviço de pré-natal. In: Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 81-9.
- (4) Merighi MAB, Gualda DMR. Anatomia de uma conciliação: a enfermeira obstetra e as tendências de assistência à mulher no processo de nascimento. Diagn Tratamento 2002; 7(2):6-10.
- (5) Galvão L, Diaz J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1999.
- (6) Koblinsky M, Timyan J, Gay, J. The health of women: a global perspective. [s.l.]: West View Press; 1992. p. 35.
- (7) Holmes S. Assessing the quality of life – reality or impossible dream? A discussion paper. International J. Nurs Stud 2005;42(4):493-501.
- (8) Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc Saúde Coletiva 2000; 5(1):7-18.

- (9) The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10):1403-9.
- (10) Oliveira SC. Conceitos e Generalizações sobre Qualidade de Vida. *Rev Cent Ci Saúde* 2002; 15(1):1-7.
- (11) Ventegodt S, Merrick J. Lifestyle, quality of life and health. *Sci World J* 2003; 3:811-25.
- (12) Gerhardt CA, Britto MT, Mills L, Biro FM, Rosenthal SL. Stability and predictors of health-related quality of life of inner-city girls. *J Dev Behav Pediatr* 2003; 24 (3):189-94.
- (13) Fayers PM, Machin D. Quality of life. assessment, analysis and interpretation. Chichester: John Wiley; 2000.
- (14) Giachello AL. Health outcomes research in Hispanics/Latinos. *J Med Syst* 1996; 21(5):235-54.
- (15) Testa MA, Simonson DC. Assesment of quality of life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334(13):835-40.
- (16) Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA* 1994; 272(8):619-26.
- (17) Evans DR. Enhancing quality of life in the population at large. *Soc Indic Res* 1994; 33:47-88.
- (18) Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Quality of life measurements. Will we ever be satisfied? *J Clin Epidemiol* 2000; 53(1):19-23.

- (19) Cárdenas AMC. Qualidade de vida de mulheres de uma comunidade de baixa renda: estudo comparativo entre mulheres com trabalho doméstico e trabalho remunerado [tese]. São Paulo (SP): Programa Interunidades, Escola de Enfermagem / Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.

- (20) Jackson DJ, Lang IM, Ganiats TG. Epidemiological issues in perinatal outcomes research. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1999; 13(4):392-404.

- (21) Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

- (22) Ohman SG, Grunewald C, Waldenström U. Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scand J Caring Sci* 2003; 17(2):148–52.

- (23) Haas JS, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Stewart A L, Dean ML, Brawarsky P, Escobar GJ. Changes in the health status of women during and after pregnancy. *J Gen Intern Med* 2005; 20(1):45-51.

- (24) Otchet F, Carey MS, Adam L. General health and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: what is normal. *Obstet Gynecol* 1999; 94(6):935-41.

- (25) Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol* 2001; 97(6):988-93.

- (26) Olsson C, Nilsson-Wikmar L. Health-related quality of life and physical ability among pregnant women with and without back pain in late pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83(4):351-7.

- (27) Drescher KM, Monga M, Williams P, Promecene-Cook P, Schneider K. Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188(5):1231-3.

- (28) Bergant AM, Heim K, Ulmer H, Illmensee K. Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychisocial factors. *J Psychosom Res* 1999; 46(4):391-4.

- (29) Hueston WJ, Kasik-Miller S. Changes in functional health status during normal pregnancy. *J Fam Pract* 1998; 47(3):209-12.

- (30) Symon A. A Review of mothers' prenatal e postnatal quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* [serial online] 2003; 1(38). Disponível em: <http://www.hqol.com/content/1/1/38> (15 set. 2004).

- (31) Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-item short-form Health Survey (SF-36)" [tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 1997.

- (32) Armitage P. *Statistical methods medical research*. 3ª ed. Oxford: Blackwell Science; 1994. p.78-90.

- (33) Fonseca TG. Modelo para uma criação de ocupações. *Rev Brasileira de Est Pedag* 1967; 48(107):274-311.

- (34) Pereira JC. *Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais*. São Paulo: EDUSP; 1999.

- (35) Bowling A. *Measuring health, a review of quality of life measurement scales*. Philadelphia: Open University Press; 1997.

- (36) Vallim ALBA. Exercícios físicos aquáticos, qualidade de vida e experiência de pré-natal em gestantes atendidas em serviço público de saúde [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.
- (37) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2000 [online]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> (04 maio 2006).
- (38) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais 2002 [online]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> (04 maio 2006).
- (39) Almeida SDM, Barros MBA. Eqüidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. Rev Panam Salud Publica 2005;17(1):15–25.
- (40) Jomeen J, Martin CR. The factor structure of the SF-36 in early pregnancy. J Psychosom Res 2005;59(3):131-8.
- (41) Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). O mercado de trabalho feminino na região metropolitana de São Paulo em 2005. Mulher & Trabalho [boletim online]. 2006 (16). Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/mulher/index.php> (06 maio 2006).
- (42) Öhman SG, Grunewald C, Waldenström U. Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. Scand J Caring Sci 2003; 17(1): 148–52.
- (43) Silva JBG. Benefícios da acupuntura nas principais queixas não obstétricas da gravidez: um estudo prospectivo, controlado, quasi-randomizado [tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2005.
- (44) Källén B, Lundberg G, Aberg A. Relationship between vitamin use, smoking, and nausea and vomiting of pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 2003; 82(10):916-20.

- (45) Martins RF, Silva JLP. Prevalência de Dores nas costas na gestação. Rev Assoc Med Bras 2005; 51(3):144-7.
- (46) Ware JE Jr, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. J Clin Epidemiol 1998; 51(11):903–12.

ANEXOS

ANEXO 1**TÍTULO DO PROJETO: Qualidade de vida de mulheres grávidas com baixo nível socioeconômico**

Data: _____

Nº do formulário: _____

A – Dados demográficos:

1. Idade (anos completos): _____ anos
2. Etnia: caucasiano ( ) negróide ( ) ameríndio ( )
3. Bairro de procedência ou município lindeiro: _____
4. Situação conjugal: com parceiro fixo ( ) sem parceiro fixo ( )
5. Ocupação: atividades do lar ( ) trabalho remunerado ( ) tipo: _____
estudante ( ) sem atividade laboriosa ( )
6. Anos de estudo (última série cursada): _____
7. Tipo de moradia: barraco ( ) cortiço ( ) casa ( ) apartamento ( )
8. Condição de moradia: Própria ( ) Alugada ( ) Empréstada ( ) Mora em casa de outra pessoa (com os pais, sogros, parentes, amigos) ( )
9. Quantas pessoas vivem na mesma casa: _____
10. Renda familiar: _____
11. Arrimo familiar: gestante ( ) outros ( )
12. Para suprir suas necessidades básicas como comer, vestir, transporte, educação e saúde, a renda familiar é:
a. mais que suficiente ( ) b. suficiente ( ) c. pouco suficiente ( ) d. insuficiente ( )

B – Dados Obstétricos:

13. Gesta: _____ 14. Para: _____ 15. Número de filhos vivos: _____
16. Idade dos filhos vivos: _____ 17. Número de filhos que vivem com a gestante _____
18. Idade gestacional (em semanas completas): _____
19. Tem queixas relacionadas à gravidez como: ( ) náuseas; ( ) vômitos;
( ) dor ao urinar; ( ) dores nas costas; ( ) dor em baixo ventre; ( ) outros –
especifique _____
20. Número de consultas de pré-natal no serviço: _____

ANEXO 2

VERSÃO EM PORTUQUÊS DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA SF - 36 PESQUISA EM SAÚDE

Instruções: Esta 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 a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

Excelente.....	1
Muito boa.....	2
Boa.....	3
Ruim.....	4
Muito ruim.....	5

2. **Comparada há um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral, **agora?** (circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano atrás.....	1
Um pouco melhor agora do que há um ano atrás.....	2
Quase a mesma de um ano atrás.....	3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....	4
Muito pior agora do que há um ano atrás.....	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 essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

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

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

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu 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 em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (ex. necessitou de um esforço extra?)	1	2

5. **Durante as últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade diária regular, **como consequência de algum problema emocional (como sentir-se** (circule um número em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu 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?

(circule uma)

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

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

(circule uma)

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

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

(circule uma)

De maneira nenhuma.....	1
Um pouco.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Extremamente.....	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 da maneira como você se sente. Em relação às **últimas 4 semanas**.

(circule um número para cada linha)

	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 sentido 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 animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

(circule uma)

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

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

(circule um número em cada linha)

	Definitiva- mente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva- mente 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 3

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone.: 3066-7548 - Fax.: 280-8213
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 31 de agosto de 2005.

Ilm.ª Sr.ª

Martise de Oliveira Pimentel Lima

Ref.: Processo nº 469/2005/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES GRÁVIDAS COM BAIXO NÍVEL SOCIOECONÔMICO", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como "Dulce M.R. Gualda".

Prof.ª Dr.ª Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 4

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: 3066 7602 - Fax: 3066 7615
São Paulo - SP - Brasil

São Paulo, 01 de setembro de 2005

Il.^{ma} Sr.^a Ir. Lydia Serrachioli Gomes
DD. Presidente Executiva do Amparo Maternal
São Paulo, SP

Senhora Presidente,

Encaminho à Vossa Senhoria o Projeto de pesquisa "Qualidade de vida de mulheres grávidas com baixo nível socioeconômico" da enfermeira Marlise de Oliveira Pimentel Lima, aluna de pós-graduação desta Escola, sob minha orientação, para solicitar autorização para a coleta de dados junto às mulheres grávidas atendidas no Ambulatório de Pré-Natal dessa conceituada Instituição. Esta pesquisa tem como objetivo geral verificar a qualidade de vida de mulheres grávidas e sua possível relação com algumas variáveis sociodemográficas e faz parte do Projeto "Cuidando e Aprendendo com Gestantes" desenvolvido no Ambulatório de Pré-Natal.

Informo que o Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a participação das mulheres será assegurada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Agradecendo a atenção e colaboração, coloco-me à disposição para os esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

Maria Alice Tsunechiro
Prof.^a Dr.^a Maria Alice Tsunechiro
Orientadora

AMPARO MATERNAL
[Assinatura]
EMILIO FERRANDA
Diretor
OK
12/09/05

ANEXO 5

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: 3066 7602 - Fax: 3066 7615
São Paulo – SP - Brasil

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa que a enfermeira Marlise de Oliveira Pimentel Lima, aluna do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da USP, está fazendo sobre a qualidade de vida de mulheres grávidas. A pesquisa pretende conhecer as condições de vida de mulheres grávidas e como elas percebem a sua qualidade de vida durante a gravidez.

Esta pesquisa está sendo realizada com a orientação da Professora Maria Alice Tsunehiro, da Escola de Enfermagem da USP.

Eu autorizo a pesquisadora a utilizar as informações que eu disser na entrevista para a realização da pesquisa e depois publicar em revistas e livros científicos ou apresentados em congressos e encontros dos profissionais da saúde.

Fui informada e esclarecida que será mantido segredo sobre a identificação do meu nome na pesquisa e de qualquer dado que possa de alguma forma me identificar. Também fui esclarecida que minha participação será voluntária.

Estou ciente de que serão feitas algumas perguntas sobre diferentes aspectos da minha vida como idade, escolaridade, moradia, entre outras e que terei de preencher pessoalmente um questionário com perguntas sobre vários itens de minha saúde física e mental.

Tenho garantido que posso desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem sofrer prejuízo ou dano no atendimento na maternidade pela minha decisão, bem como esclarecer qualquer dúvida que tenha no decorrer do trabalho.

Qualquer esclarecimento poderei obter pelos telefones:

(0xx11) 55120028 Marlise de Oliveira Pimentel Lima

(0xx11) 3066-7602 Maria Alice Tsunehiro

(0xx11) 30667548 Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP

Este documento possui duas vias, uma via permanecerá em meu poder e a outra arquivada com a pesquisadora deste estudo, Marlise de Oliveira Pimentel Lima.

São Paulo, de de 2005

Assinatura da entrevistada

Assinatura da pesquisadora