**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DANIELLE FREITAS ALVIM DE CASTRO

**QUALIDADE DE VIDA DE GESTANTES ASSISTIDAS
PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SÃO PAULO
2010**

DANIELLE FREITAS ALVIM DE CASTRO

**QUALIDADE DE VIDA DE GESTANTES ASSISTIDAS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Área de concentração:
Saúde Coletiva

Orientadora:
Prof^a. Dr^a Lislaine Aparecida Fracoli

SÃO PAULO

2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS
DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Castro, Danielle Freitas Alvim de

Qualidade de Vida de Gestantes Assistidas pela Estratégia
Saúde da Família. / Danielle Freitas Alvim de Castro. – São Paulo,
2010.

184 pgs.

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

Orientadora: Profª. Drª. Lislaine Aparecida Fracolli

1. Qualidade de Vida 2. Promoção da Saúde 3.
Estratégia Saúde da Família 4. WHOQOL 5. Cuidado
pré-natal 6. Gravidez

Nome: Danielle Freitas Alvim de Castro

Título: Qualidade de Vida de Gestantes Assistidas pela Estratégia Saúde da Família

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

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu querido Pai celeste, pois sem Ele sei que nada
teria acontecido.

Aos meus pais, os maiores amores da minha vida a
quem dedico todas as minhas vitórias.

Ao meu irmão por toda sua paciência e amor.

Aos meus padrinhos, que sempre estiveram de braços
estendidos para me apoiar.

Aos tios e primos por fazerem parte da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo Seu imenso amor pela minha vida.

Aos meus pais, que desde sempre investem com toda graça e sabedoria na minha vida.

À orientadora e amiga, Prof^a Dr^a Lislaine Aparecida Fracolli, pela competência e respeito com que conduziu este processo, do alvorecer da idéia até a sua síntese.

Às Prof^a. Dr^a. Maria Cecília Focesi Pelicione, Prof^a. Dr^a. Sayuri Maeda e a Dr^a. Karine Azevedo São Leão, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Aos meus companheiros de mestrado, queridos, que acompanharam a minha trajetória desde o início.

Às professoras e aos companheiros do grupo de Pesquisa Modelos Tecno-Assistenciais e a Promoção da Saúde.

À Prof^a. Dr^a. Anna Maria Chiesa por sua valiosa contribuição.

À enfermeira Luciana Patriota, por todo apoio e aberturas de portas em todo o processo do mestrado.

A todas as equipes (Margarida, Hortência, Vitória-Régia e Tulipa) e funcionários da UBS Jd. das Orquídeas.

A todos os agentes comunitários que com muita dedicação me acompanharam em todas as visitas domiciliares durante a coleta de dados.

À CAPES pela concessão da bolsa de mestrado.

Às queridas Miriam Ortega, Elivani Angi e Fernanda Marçal por todo apoio, dedicação, oração e investimento na minha vida.

À Igreja Cristã da Família de Vila Mariana, por fazer parte da minha história.

“Como é feliz o homem que acha a sabedoria, o homem que obtém entendimento, pois a sabedoria é mais proveitosa do que a prata e rende mais do que o ouro. É mais preciosa do que rubis; nada do que você possa desejar se compara a ela. Na mão direita, a sabedoria lhe garante a vida longa; na mão esquerda, riquezas e honra. Os caminhos da sabedoria são caminhos agradáveis, e todas as suas veredas são paz. A sabedoria é árvore que dá vida a quem a abraça; quem a ela se apegar será abençoado.”

(Provérbios de Salomão 3:13-18 NVI)

“Tudo o que for verdadeiro, tudo o que for nobre, tudo o que for correto, tudo o que for puro, tudo o que for amável, tudo o que for de boa fama, se houver algo de excelente ou digno de louvor, pensem nessas coisas.”

(Filipenses 4:8 NVI)

Castro, D.F.A. Qualidade de Vida de Gestantes Assistidas pela Estratégia Saúde da Família [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família responde a uma nova concepção da saúde, não mais centrada na assistência à doença, mas, sobretudo, voltada para a promoção da Qualidade de Vida. O período gestacional é composto por inúmeras mudanças não só físicas como psicológicas. Sendo a assistência pré-natal uma ação de promoção da saúde realizada na ESF, esta deveria cumprir com o princípio de melhoria da Qualidade de Vida das gestantes assistidas por ele. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a Qualidade de Vida de gestantes, analisando as potencialidades do instrumento WHOQOL-bref com o intuito de contribuir para a promoção da saúde da mulher na ESF. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com um desenho de estudo de caso, onde a avaliação da Qualidade de Vida se deu através do inquérito WHOQOL-bref. Foram avaliadas 73% das gestantes adscritas de 4 equipes. 43% da gestantes estavam no 2º trimestre e 40% no 3º trimestre. 86% iniciaram o pré-natal no 1º trimestre. 86% das gestantes faziam o pré-natal exclusivamente no SUS e 14% complementavam com o setor privado. O escore de Qualidade de Vida geral foi 75; o de Qualidade de Vida física foi 57,65; o de Qualidade de Vida psicológica foi 68,75; e o de Qualidade de Vida de Relações Sociais foi 77,98; e o Qualidade de Vida de Meio Ambiente foi 59,75. A Estratégia Saúde da Família deve se aprimorar na assistência pré-natal não só no lado físico da gestação, mas também no psicológico, ampliando o olhar para a inserção social dessa gestante, os potenciais de fortalecimento e desgaste da mesma, além do apoio familiar no período gestacional. O WHOQOL-bref poderia ser empregado como tecnologia de monitoramento de clínica ampliada na assistência pré-natal.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de Vida; Promoção da Saúde; WHOQOL; Gravidez; Cuidado Pré-Natal.

Castro, D.F.A. Quality of Life of Pregnant Women Assisted by the Family Health Strategy [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

ABSTRACT

The Family Health Strategy responds to a new conception of health, not more focused on assistance to the disease, but mainly focused on promoting Quality of Life. Gestation is composed of many changes not only physical but also psychological. The prenatal care is a health promotion action held in the FHS, therefore it should comply with the principle of improving the Quality of Life of pregnant women attended by him. The aim of this study was to evaluate the Quality of Life of pregnant women, examining the potential of the WHOQOL-bref instrument in order to contribute to the promotion of women's health in the FHS. This is a qualitative research with a study case design, where the assessment of Quality of Life was through the WHOQOL-bref instrument. It was evaluated 73% of the women ascribed to four teams of the FHS. 43% of pregnant women were in the second quarter and 40% in the third quarter. 86% began prenatal care in the first quarter. 86% of women used prenatal care exclusively in the FHS and 14% supplemented with the private sector. The score of the overall Quality of Life was 75; of the physical Quality of Life was 57.65; of the psychological Quality of Life was 68.75; the Social Relations Quality of Life was 77.98, and the Environmental Quality of Life was 59.75. The Family Health Strategy should improve prenatal care in not only the physical side of pregnancy, but also in the psychological, widening his eyes to the social inclusion of the pregnant women, the potential for strengthening and wear of them, and the family support in gestational period. The WHOQOL-bref instrument could be used as a monitoring technology in expanded clinic in the prenatal care.

KEYWORDS: Quality of Life; Health Promotion; WHOQOL; Pregnancy; Prenatal Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Metas do milênio	32
Figura 2 -	Qualidade de Vida como resultado da organização social	50
Figura 3 -	Hierarquia de necessidades	52
Figura 4 -	zonas de São Bernaro do Campo	54
Figura 5 -	Equipes	65
Figura 6 -	Idade	66
Figura 7 -	Escolaridade	66
Figura 8 -	Estado civil	67
Figura 9 -	Profissão	67
Figura 10 -	Renda	68
Figura 11 -	Cor da pele	68
Figura 12 -	Religião	69
Figura 13 -	Naturalidade	69
Figura 14 -	Moradia	70
Figura 15 -	Equipe versus Escolaridade	71
Figura 16 -	Equipe versus Cor da pele	72
Figura 17 -	Equipe versus Renda	72
Figura 18 -	Trimestre gestacional	73
Figura 19 -	Início do Pré-natal	74
Figura 20 -	Consultas versus Trimestre gestacional	75
Figura 21 -	Tipo de Pré-natal	75
Figura 22 -	IMC Gestacional	76

Figura 23 -	Nº de Filhos	78
Figura 24 -	Nº Parto versus Parto cesariana	79
Figura 25 -	Nº Parto versus Parto fórceps	79
Figura 26 -	Comorbidades	80
Figura 27 -	Cirurgias anteriores	80
Figura 28 -	Sensação de dor	80
Figura 29 -	Frequência da dor	80
Figura 30 -	Localização da dor	81
Figura 31 -	Náusea e vômitos	81
Figura 32 -	Frequência de Náusea e vômitos	81
Figura 33 -	Atividade Física	82
Figura 34 -	Início do Pré-natal versus Escolaridade	82
Figura 35 -	Início do pré-natal versus Renda	83
Figura 36 -	Escore de Qualidade de Vida	86
Figura 37 -	Qualidade de Vida Geral	99
Figura 38 -	Domínio Físico	102
Figura 39 -	Domínio Psicológico	105
Figura 40 -	Domínio Meio Ambiente	108
Figura 41 -	Domínio Relações Sociais	110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Aspectos de Qualidade de Vida mencionados pelas pessoas entrevistadas	42
Tabela 2 -	Domínios e Facetas do WHOQOL-bref	48
Tabela 3 -	Equipamentos de Saúde do município de São Bernardo do Campo	56
Tabela 4 -	Avaliação do estado nutricional da gestante segundo o IMC	76
Tabela 5 -	Estatística de Confiabilidade	84
Tabela 6 -	Estatística Descritiva WHOQOL-Bref	84
Tabela 7 -	Estatística de Confiabilidade – equipe Margarida	87
Tabela 8 -	Estatística Descritiva WHOQOL-Bref – equipe Margarida	87
Tabela 9 -	Estatística de Confiabilidade – equipe Vitória Régia	90
Tabela 10 -	Estatística Descritiva WHOQOL-Bref – equipe Vitória Régia	90
Tabela 11 -	Estatística de Confiabilidade – equipe Tulipa	92
Tabela 12 -	Estatística Descritiva WHOQOL-Bref - equipe Tulipa	92
Tabela 13 -	Estatística de Confiabilidade – equipe Hortência	95
Tabela 14 -	Estatística de Confiabilidade – equipe Hortência	95
Tabela 15 -	Estatística de Confiabilidade – Qualidade de Vida Geral	97
Tabela 16 -	Estatística Descritiva Domínio Qualidade de Vida Geral	98
Tabela 17 -	Estatística Descritiva – Qualidade de Vida Geral –	98

questões

Tabela 18 - Estatística de Confiabilidade – domínio Físico	99
Tabela 19 - Estatística Descritiva Domínio Físico	100
Tabela 20 - Estatística Descritiva – Domínio Físico - questões	101
Tabela 21 - Estatística de Confiabilidade – domínio Psicológico	102
Tabela 22 - Estatística Descritiva Domínio Psicológico	103
Tabela 23 - Estatística Descritiva – Domínio Psicológico – questões	104
Tabela 24 - Estatística de Confiabilidade – domínio Meio Ambiente	105
Tabela 25 - Estatística Descritiva Domínio Meio Ambiente	106
Tabela 26 - Estatística Descritiva – Domínio Meio Ambiente – questões	107
Tabela 27 - Estatística de Confiabilidade – domínio Relações Sociais	109
Tabela 28 - Estatística Descritiva Domínio Relações Sociais	109
Tabela 29 - Estatística Descritiva – Domínio Relações Sociais – questões	110
Tabela 30 - Qualidade de vida versus Idade	111
Tabela 31 - Qualidade de Vida versus Escolaridade	112
Tabela 32 - Qualidade de Vida versus Cor da Pele	113
Tabela 33 - Qualidade de Vida versus Profissão	114
Tabela 34 - Qualidade de Vida versus Renda	115
Tabela 35 - Qualidade de Vida versus Religião	116
Tabela 36 - Qualidade de Vida versus Naturalidade	117

Tabela 37 -	Qualidade de Vida versus Moradia	118
Tabela 38 -	Qualidade de Vida versus Cômodos	119
Tabela 39 -	Qualidade de Vida versus IMC	120
Tabela 40 -	Correlação entre Qualidade de Vida e IMC	121
Tabela 41 -	Qualidade de Vida versus Trimestre Gestacional	121
Tabela 42 -	Qualidade de Vida versus Nº de Filhos	122
Tabela 43 -	Qualidade de Vida versus Comorbidades	123
Tabela 44 -	Qualidade de Vida versus Gestação Planejada	124
Tabela 45 -	Qualidade de Vida versus Sensação de Dor	124
Tabela 46 -	Qualidade de Vida versus Frequência da Dor	125
Tabela 47 -	Qualidade de Vida versus Náusea e Vômitos	126
Tabela 48 -	Qualidade de Vida versus Frequência de Náusea e Vômitos	126
Tabela 49 -	Qualidade de vida versus Início do Pré-Natal	127
Tabela 50 -	Qualidade de Vida versus Consultas de Pré-Natal	128
Tabela 51 -	Qualidade de Vida versus Tipo de Pré-Natal	130
Tabela 52 -	Qualidade de Vida versus Atividade Física	130
Tabela 53 -	Potencialidade e Vulnerabilidade nas Facetas do WHOQOL-bref	131

LISTA DE SIGLAS

Caixas de Aposentadorias e Pensões	CAPs
Institutos de Aposentadorias e Pensões	IAPs
Instituto Nacional de Previdência Social	INPS
Instituto Nacional de Assistência Médica	INAMPS
Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária	CONASP
Sistema Único de Saúde	SUS
Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde	SUDS
Programa de Saúde da Família	PSF
Programa de Agentes Comunitários de Saúde	PACS
Agente Comunitário de Saúde	ACS
Estratégia Saúde da Família	ESF
Programa de Saúde Materno Infantil	PSMI
Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher	PAISM
Norma Operacional de Assistência à Saúde	NOAS
Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento	PHPN
Organização das Nações Unidas	ONU
Organização Não Governamental	ONG
World Health Organization Quality of Life	WHOQOL
Organização Mundial da Saúde	OMS

Unidade Básica de Saúde	UBS
Escolas Municipais de Educação Básica	EMEB
Escolas Estaduais do Primário, Secundário, Ginásio	EEPSG
Unidade de Saúde da Família	USF
São Bernardo do Campo	SBC
Sistema de Informação de Saúde	SIS
Comitê de Ética em Pesquisa	CEP
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo	EEUSP
Statistical Package for the Social Sciences	SPSS
Índice de Massa Corporal	IMC
Sistema de Informação de Atenção Básica	SIAB
Sistema Estadual de Análise de Dados	SEADE
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	IBGE
Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional	SISVAN

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	19
1.1. A QUALIDADE DE VIDA E ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL:O QUE SE TEM A DIZER SOBRE ISSO	19
1.2. A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA	21
1.3. A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA COMO ESTRATÉGIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	32
2. OBJETIVOS	38
2.1. OBJETIVO GERAL.....	38
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	38
3. REFERENCIAL TEÓRICO	39
3.1. A QUALIDADE DE VIDA E SEUS MUITOS SIGNIFICADOS.....	39
3.2. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	45
3.3. WHOQOL E SEUS USOS	46
3.4. QUALIDADE DE VIDA E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL.....	49
4. MATERIAL E MÉTODO	53
4.1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	53
4.2. CENÁRIO DE ESTUDO.....	54
4.1.2. A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA UBS JACKSON WATARU KOMATI.....	58
4.3. SUJEITO DE ESTUDO	59
4.4. INSTRUMENTO DE COLETA	60
4.5. PROCEDIMENTOS PARA COLETAS DE DADOS	60
4.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS-LEGAIS.....	61
4.7. ANÁLISE DE DADOS	61
4.8. VARIÁVEIS.....	62

5. RESULTADOS	64
5.1. CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES	64
5.1.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA.....	65
5.1.2. CARACTERIZAÇÃO GESTACIONAL.....	73
5.2. QUALIDADE DE VIDA GERAL NO PERÍODO GESTACIONAL.....	83
5.2.2. DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL-BREF	83
5.2.2. QUALIDADE DE VIDA DESCRITIVA POR EQUIPE	87
5.2.2.1. EQUIPE MARGARIDA.....	87
5.2.2.2. EQUIPE VITÓRIA RÉGIA	89
5.2.2.3. EQUIPE TULIPA	92
5.2.2.4. EQUIPE HORTÊNCIA	95
5.2.3. DOMÍNIO QUALIDADE DE VIDA GERAL	97
5.2.4. DOMÍNIO FÍSICO	99
5.2.5. DOMÍNIO PSICOLÓGICO	102
5.2.6. DOMÍNIO MEIO AMBIENTE	105
5.2.7. DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS	109
5.3. QUALIDADE DE VIDA VERSUS CARACTERÍSTICAS SÓCIO- DEMOGRÁFICAS.....	111
5.4.QUALIDADE DE VIDA VERSUS CARACTERÍSTICAS GESTACIONAIS.....	120
5.5. FACETAS DO WHOQOL-BREF	131
6. DISCUSSÃO.....	132
6.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA.....	132
6.2. CARACTERIZAÇÃO GESTACIONAL.....	136
6.3. QUALIDADE DE VIDA NO PERÍODO GESTACIONAL.....	144
6.3.1. WHOQOL-BREF: DESCRITIVO	144

6.3.2. WHOQOL-BREF: DOMÍNIOS.....	148
6.4. CRUZAMENTOS DOS DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA COM DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E GESTACIONAIS.....	151
6.5. FACETAS DO WHOQOL-BREF	152
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	154
7.1. LIMITAÇÕES DA PESQUISA	160
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	162
9. APÊNDICES	174
10. ANEXOS.....	179

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. QUALIDADE DE VIDA E A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: O QUE SE TEM A DIZER SOBRE ISSO?

O ciclo-gravídico se constitui em um processo natural/fisiológico que a mulher pode passar ao longo da vida. A gravidez é um acontecimento natural apesar de muitas vezes ser encarada como doença (SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004).

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

O ciclo gravídico é marcado por profundas mudanças psicológicas e emocionais, as quais deveriam ser focadas também pelos profissionais de saúde que a assistem nesse período. Como exemplos de mudanças existem o fato da mulher se sentir extremamente poderosa apesar de toda a fragilidade, a mulher regride durante a gestação, exibindo muitas vezes comportamento infantil, a gestante fica hipersônica, o que facilita a introversão, o qual é um importante elemento para o desenvolvimento da maternagem, mas nem a sociedade nem os profissionais de saúde respeitam esse momento, levando a mulher a uma labilidade de humor (BORTOLETTI et al, 2006).

O período gravídico muitas vezes é marcado pela sacralização da mulher grávida, o que pode por muitas vezes dessexualizá-la, levá-la a perda de sua identidade, gerando muitas vezes angústia por parte da mulher

grávida. No período gravídico é de fundamental importância a compreensão do profissional de saúde a cerca das alterações vividas pela mulher e/ou pelo casal e como ela ou eles se adaptam às alterações (BORTOLETTI et al, 2006).

A escuta ativa é um dos elementos mais simples e importantes que uma profissional de saúde pode fazer para gerar o bem estar, e consequentemente a melhora da Qualidade de Vida gestacional da mulher (BORTOLETTI et al, 2006).

Em países desenvolvidos o foco da atenção pré-natal se expandiu do seu objetivo tradicional de prevenção, detecção e manejo de problemas e fatores que podem afetar adversamente a saúde da mãe e/ou do conceito. Hoje em dia já incluem um olhar na Qualidade de Vida materna, pois um dos objetivos são o apoio e encorajamento do ajustamento psicossocial saudável na gestação além de um olhar para os aspectos sociológicos e as influências que a gestação pode acarretar na família (SYMOM, 2003).

A Qualidade de Vida é um espelho que reflete os resultados dos serviços de saúde prestados ao cliente, de acordo com a reabilitação, recuperação e promoção no processo saúde-doença, no caso as gestantes (CIANCIARULLO et al, 1998 apud VIDO; SCANAVINI, 2007) .

Assim a avaliação da Qualidade de Vida das gestantes pode nos mostrar qual as dimensões da vida delas estão sendo negligenciadas e quais estão sendo mais enfocados durante a assistência pré-natal. Isso permitirá refletir sobre novas ações que poderão ser incorporadas a assistência pré-natal com vistas a se melhorar não só a assistência pré-natal mas se construir a promoção da saúde da mulher mais especificamente no ciclo gravídico-puerperal

1.2. A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA

Para introduzir as políticas de assistência pré-natal será iniciado um breve histórico das Políticas de Saúde existentes no Brasil.

No período Colonial não existia um sistema de saúde formal, as ações eram focalizadas, a maioria da população fazia uso da medicina de “folk” (medicina tradicional), e os senhores do café tinham acesso a médicos trazidos de Portugal (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

No período da Primeira República ou República Velha (1889-1930), com a grande imigração (italiana, espanhola e portuguesa) e a falta de políticas sociais e de saúde, ocorreu uma grande epidemia de febre amarela e peste bulbônica. Mediante a este cenário, o Estado organizou serviços de saúde pública e campanhas sanitárias. Oswaldo Cruz foi convidado para o combate da epidemia de febre amarela. No governo de Rodrigues Alves as ações de saúde tiveram como vertente a chamada “higienização”. A questão sanitária passou a ser tomada como política na figura de Oswaldo Cruz. A saúde pública passou a ser tomada como questão social devido a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública que visava a extensão dos serviços de saneamento urbano e rural, higiene industrial e materno-infantil (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; PAIM, 2003).

As condições de vida e de trabalho insatisfatórias fizeram com que trabalhadores mais articulados politicamente lutassem pela organização das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; PAIM, 2003).

A organização dos serviços de saúde nesta época era dicotomizada entre saúde pública e previdência social, sendo as ações de prevenção e controle de doenças na população de um lado e a medicina individual de outro (PAIM, 2003).

Durante a “Era Vargas” (1930-1964) a saúde pública passa a ser institucionalizada na esfera federal pelo Ministério da Educação e Saúde. A medicina previdenciária e a saúde ocupacional vinculavam-se ao Ministério do Trabalho (PAIM, 2003).

Em 1956 o Ministério da Saúde é criado, cabendo-lhe somente 1/3 do orçamento total do antigo Ministério da Educação e Saúde. As ações do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde estaduais e municipais concentravam-se na execução de campanhas sanitárias e de programas especiais (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; PAIM, 2003).

Para os trabalhadores com carteira assinada foi organizado os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), o qual permitia o acesso dos trabalhadores e suas famílias à assistência médico-hospitalar (PAIM, 2003).

Durante o período da Ditadura Militar (1964-1984) as políticas de saúde privilegiavam o setor privado. As IAPs foram unificadas, sendo criado assim o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (PAIM, 2003).

Em 1975 o governo apresentou a proposta de criação do Sistema Nacional de Saúde, o qual teve oposição dos empresários da saúde, levando o governo a concentrar sua política em programas verticais como: Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil; Campanha da Meningite; Programa Nacional de Imunização; Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento; Programa Especial de Controle de Esquistossomose; Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PAIM, 2003).

Em 1977, no Governo Geisel, foi implantado o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Sanitária e o Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS) (PAIM, 2003).

No início dos anos 80 é formulado o PREV-SAÚDE, programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o qual teve como objetivo a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, saneamento e habitação. Devido ao seu caráter progressista o PREV-SAÚDE foi rejeitado.

Posteriormente foi implantado o Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), com o objetivo de reorientar as propostas do PREV-SAÚDE. O plano proposto pelo conselho tinha como princípios a priorização das ações primárias com ênfase na assistência ambulatorial, a integração das instituições nos níveis federal, estadual e municipal, a partir de um sistema regionalizado e hierarquizado. O plano do conselho deu início ao processo de mudanças na medicina privada e mercantil. O governo instituiu o Plano de Ações Integradas de Saúde (AIS) como estratégia governamental que contemplava interesses municipais e estaduais (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

A Reforma Sanitária vinha sendo engendrada desde a década de 70 a partir das críticas e estudos referentes ao sistema de assistência médico-hospitalar. A Reforma Sanitária era um movimento social que envolvia estudantes, profissionais de saúde, sindicatos e associações de moradores (PAIM, 2003).

No período da “Nova República” (1985-1988) a Reforma Sanitária impulsionou com que o Ministério da Saúde convocasse em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual teve por tema o Direito à Saúde, Sistema de Saúde e Financiamento. A VIII Conferência representou um pacto político ao propor a criação do Sistema Único de Saúde; um conceito ampliado de saúde; reconhecimento da saúde como dever do estado e direito de todos; participação popular; e constituição e ampliação do orçamento social (PAIM, 2003).

A Reforma Sanitária foi assumida como uma proposta abrangente de mudança social e um processo de transformação sanitária. Enquanto se processava a implantação da Reforma Sanitária, o INAMPS garantia a expansão das AIS para 2000 municípios. Enquanto o arcabouço jurídico do SUS era composto no processo constituinte, as AIS foram transformadas nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). O SUDS foi entendido como uma “ponte” enquanto o SUS não era implantado (PAIM, 2003).

O SUS passa a ser uma nova reformulação política e organizacional para o reordenamento de serviço e ações de saúde estabelecidos pela Constituição de 1988 (BRASIL,1990).

Como princípios doutrinários o SUS possui:

- Universalidade;
- Equidade;
- Integralidade.

Como princípios organizativos O SUS possui:

- Regionalização e hierarquização;
- Resolubilidade;
- Descentralização;
- Participação dos cidadãos;
- Complementaridade do setor privado.

(BRASIL, 1990)

A decisão política de reorganizar a rede de assistência à saúde mediante uma política que apontasse para a universalização do acesso da população brasileira à atenção básica e consolidasse o recente processo de descentralização, inaugurando com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), foi o norte inspirador da implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) nos mais diversos municípios brasileiros (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008).

O PSF nasce em 1994, após a análise das experiências de práticas em saúde com agentes comunitários, o chamado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que já estavam se desenvolvendo em diversas regiões do país de forma isolada e focalizada – como no estado do Ceará (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008).

Em 2007 o PSF passa a ser considerado uma estratégia e não mais um programa, pois ele não é simplesmente um programa dentro da atenção básica, mas sim o que orienta toda a organização da atenção e o mesmo carrega em si vários programas de saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) responde a uma nova concepção da saúde, não mais centrada na assistência à doença, mas, sobretudo, voltada para a promoção da Qualidade de Vida e para a intervenção nos fatores que colocam a vida em risco, pois ela é uma estratégia de reorientação da atenção básica e do modelo assistencial brasileiro, viabilizando os princípios doutrinários e organizativos do SUS, além de seus objetivos serem a promoção, proteção e recuperação da saúde. A ESF representa uma ferramenta para reverter à forma atual de assistência à saúde (BRASIL, 1997).

Para Andrade, Barreto e Bezerra (2008) a decisão governamental de se implementar a ESF transcendeu as limitações temporais e a amplitude limitada inerentes à definição de um programa setorial de saúde. Na verdade, a ESF não foi implantada somente para organizar a atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde uma vez que houve um redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS.

A ESF é considerada um modelo de Atenção Primária à Saúde focada na unidade familiar e construída operacionalmente na esfera comunitária. Para isso a Saúde da Família é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A opção pelo termo “saúde da família”, ou seja, a saúde

centralizada na família viabilizou o fortalecimento da idéia de saúde operada como Qualidade de Vida e do conceito abrangente de saúde garantido na Constituição Federal de 1988. A idéia de não centralizar a estratégia estruturante do SUS em um único profissional de saúde, possibilitou também o fortalecimento da idéia de Equipe Multidisciplinar. Nesta equipe, naturalmente, integraram-se os milhares de agentes de saúde já em atuação em todo o país na época, com expressivos resultados na melhoria de indicadores de saúde na população beneficiada pelo programa, assim como os enfermeiros (CUFINO, 2000 apud ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008).

A saúde da mulher, em especial no período gravídico, também passou por inúmeras mudanças no decorrer das transformações políticas no cenário da saúde brasileira. No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2009).

Na década de 70 surge o PSMI – Programa de Saúde Materno Infantil do Ministério da Saúde. A saúde da mulher nesse programa restringia-se ao ciclo gravídico-puerperal, a mulher era valorizada socialmente somente como reprodutora, sendo o objetivo final desse programa a saúde e o bem-estar do conceito (COSTA, 1999). O enfoque central dos programas de saúde materno-infantil sempre estavam em intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem sadios o bastante para participarem da sociedade (CANESQUI, 1987 apud OSIS, 1998; OSIS, 1994 apud OSIS, 1998).

Apesar das limitações desse programa, ele foi o pioneiro a inaugurar a presença do planejamento familiar nas atividades dos programas materno-infantil (COSTA, 1999).

No meio de um cenário político onde os movimentos sociais eram crescentes, as mulheres reclamaram por uma assistência integral que as contemplassem não apenas durante o período reprodutivo. As mulheres socialmente organizadas cobraram do Estado a garantia ao acesso a informações e ao conhecimento do corpo, às formas seguras de práticas de anticoncepção e de tratamento de infertilidade (OSIS, 1993; COSTA, 1999).

Em 1983 o então presidente General João Batista Figueiredo, preocupado com o crescimento populacional, instalou uma Comissão Parlamentar de Inquérito para estudar o problema. O Ministro da Saúde Valdir Arcoverde foi chamado para depor na comissão, e foi aí que determinou a criação de um atendimento à mulher. Nesse processo político é que o Ministério da Saúde incorporou as reivindicações da sociedade civil e reelaborou sua política, surgindo assim, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, tendo o planejamento familiar como premissa de acordo com a solicitação do Presidente (OSIS, 1993; COSTA, 1999).

Para o PAISM a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento da assistência pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção. O conceito de assistência reconhece o cuidado médico e de toda a equipe de saúde com alto valor às práticas educativas, entendidas como estratégia para a capacidade crítica e a autonomia das mulheres (OSIS, 1998).

Para que o programa fosse efetivado era necessário viabilizar a rede básica de serviços pela integração, regionalização e hierarquização dos

serviços de saúde. Além disso, estabelecia-se que todas as atividades previstas no PAISM deveriam ser adotadas em conjunto nos estados e municípios. Entretanto, uma vez que algumas ações, por exemplo, as relativas ao pré-natal já se achavam incorporadas ao atendimento da rede de saúde, o início da implementação poderia se dar pelo investimento na melhoria dessas ações (OSIS, 1998).

Como diretriz filosófica e política o PAISM incorporou os princípios norteadores da reforma sanitária, a idéia de descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, bem como de participação social. Além disso, propôs que os profissionais de saúde e as mulheres se relacionassem mais horizontalmente, levando a uma apropriação, autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida pelas mulheres (BRASIL, 2009).

Em 2001 para enfrentar o problema da implementação do SUS o Ministério da Saúde lança a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), a qual amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios (BRASIL, 2009).

Em relação à saúde da mulher a NOAS estabelece a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino (COELHO, 2003 apud BRASIL, 2009).

Em 2003 teve início a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, sendo o mesmo lançado em maio de 2004, construída a partir da proposição do SUS e respeitando as características da nova política de saúde (BRASIL, 2009).

A não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos constituem o pano de fundo da má assistência, devido a isso em 2000 o Ministério da Saúde lança o Programa

de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o qual é baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto. Este busca:

- Reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal;
- Melhorar o acesso, da cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, a assistência ao parto, puerpério e neonatal;
- Ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde (assistência à gestação de alto risco; Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes)

(SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004)

No PHPN é preconizado que a gestante realize no mínimo 6 consultas, sendo pelo menos 1 no primeiro trimestre, 2 no segundo trimestre e 3 no terceiro trimestre (BRASIL, 2000).

A ESF passa incorporar o PAISM e PHPN em suas ações de saúde da mulher. O cuidado da mulher no período gestacional e puerperal não é mais focalizado na figura do ginecologista, mas sim compartilhada pelo médico e enfermeiro de família. Na ESF a gestante passa a ser integrante da área de abrangência que uma determinada equipe de saúde da família são responsáveis.

A ESF é fundamental para a assistência pré-natal, pois a captação da gestante para o serviço e acompanhamento pré-natal se dá por busca ativa, em especial pelos Agentes Comunitários de Saúde. São eles que fazem visita domiciliar e que vão atrás dessa gestante quando, por exemplo, ela falta a uma consulta pré-natal.

Contudo na ESF a assistência pré-natal compõe um conjunto de medidas preventivas e curativas que tem por objetivo proporcionar à gestante e sua família condições de bem-estar físico, psíquico e social, além de acompanhamento materno-fetal (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

Na realidade da assistência no serviço público brasileiro, e no serviço privado também, a gestante por muitas vezes somente recebe uma atenção voltada para o físico e para o acompanhamento materno-fetal, ou seja, crescimento uterino, batimento cardíaco fetal, pressão arterial, ganho de peso, nutrição dentre outros. Parece inexistir a aplicação na prática do conceito mais ampliado de saúde, de uma visão de assistência à saúde que invada o campo da Qualidade de Vida, que olhe para a saúde da gestante como algo que ocorre na intersecção com fatos e fenômenos sociais e psíquicos.

Segundo Puccini et al (2003) a assistência pré-natal compreende um conjunto de atividades que visa à promoção da saúde da mulher grávida e do feto, bem como a identificação de riscos, para ambos, visando à assistência adequada e oportuna. Sua ausência e/ou deficiência aumenta a morbimortalidade materna e neonatal.

É de responsabilidade do profissional de saúde que acompanha essa gestação, seja ele a/o enfermeira/o ou a/o médica/o, reconhecer os principais riscos biológicos, psicológicos e sociais dessa gestante (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

Coutinho (2003) refere que para o Ministério da Saúde a assistência pré-natal é enfatizada como um período de mudanças físicas e emocionais, determinando que o principal objetivo do acompanhamento pré-natal seja o acolhimento à mulher, o oferecimento de respostas e de apoio aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias, fantasias ou, simplesmente, à curiosidade de saber sobre o que acontece com o seu corpo.

Coutinho (2003) refere ainda que o mais importante para a equipe e, em particular, para o enfermeiro que presta cuidado às gestantes no pré-natal, é conhecer o que está acontecendo com elas e saber que, por trás de

toda pergunta, aparentemente ingênua, feita por uma gestante, poderão existir importantes demandas emocionais latentes. Infere-se, portanto, que o estabelecimento de uma escuta ativa, aliada a uma prática de comunicação/informação adequada junto às gestantes, parece contribuir sobremaneira para que essas mulheres ganhem autonomia, passando a participar da promoção de sua saúde e da saúde do conceito. Assim ampliar a anamnese da consulta com instrumentais e questões próprias da Qualidade de Vida pode ser uma estratégia interessante para se identificar outras necessidades.

A gestação e o parto são determinantes importantes da saúde da mulher. A gestação pode ser o único contato que a mulher realiza com o sistema de saúde, devido a isso se trata de uma valiosa oportunidade para intervenções direcionadas à promoção da saúde da mulher como um todo. Por exemplo, o acolhimento dessa mulher é primordial, pois se ela não se sentir segura e não criar uma relação de confiança com o profissional de saúde poderá não voltar à unidade de saúde após o nascimento do filho. Da mesma maneira é importante que o profissional conheça de maneira integral essa mulher, sabendo quem é a rede de apoio dela, incentivando a presença dos familiares entre outras coisas (NEUMANN et al. 2003).

Uma assistência pré-natal de qualidade é uma questão de suma importância para a sociedade mundial e está entre as 8 metas do milênio. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio nasceram das grandes conferências internacionais dos anos 90, sobre população, meio ambiente, gênero, direitos humanos, desenvolvimento social. A 5ª meta do milênio constitui em reduzir a mortalidade materna; acesso universal à saúde reprodutiva; promover no SUS cobertura universal para ações de saúde sexual e reprodutiva; e deter o crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero, invertendo a tendência atual (ONU, 2000).

Figura 1: metas do milênio

1.3. A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA COMO ESTRATÉGIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A saúde é resultante de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. Dentro desse conceito surge a noção de Promoção da Saúde, a qual vem sendo um válido e alternativo paradigma aos grandes problemas do sistema de saúde e saúde, não só no Brasil, mas em todos os países.

Como documento resultante da primeira conferência de Promoção da Saúde em 1986, realizada na cidade de Ottawa no Canadá, temos a Carta de Ottawa, a qual conceitua a Promoção da Saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua Qualidade de Vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 1996).

A saúde, dentro desta perspectiva, é vista de maneira positiva, pois enfatiza o desenvolvimento social, econômico e pessoal, além de ser vista como uma importante dimensão da Qualidade de Vida. Os homens e

mulheres passam a ser protagonistas no controle dos fatores determinantes de sua saúde, mas a responsabilidade é compartilhada entre o governo, o setor saúde, os setores sociais e econômicos, as organizações voluntárias e as ONGs, autoridades locais, a indústria e a mídia (BRASIL, 1996).

No Brasil foi criado em 2005 o Pacto pela Vida na perspectiva de superar as dificuldades de consolidação do SUS, além de qualificar os avanços organizativos obtidos com o processo de descentralização, reafirmando os princípios do ideário da Reforma Sanitária Brasileira, os quais são: Universalidade, Equidade, Integralidade e Participação Social. O Pacto é dividido em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (BRASIL, 1990, 2006).

A dimensão do Pacto pela Vida traz como uma de suas prioridades a Promoção da Saúde e para isto foi criado a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Promoção da Saúde possui como objetivo central a promoção da Qualidade de Vida e a redução da vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, os quais dependem dos modos de viver, das condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais dos sujeitos e coletividade (BRASIL, 2006).

Desde a Reforma Sanitária, a atenção à saúde brasileira tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas, não só de Promoção da Saúde, como de Proteção e Recuperação da Saúde. Para que isto ocorra um grande esforço tem sido realizado para a construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria de Qualidade de Vida dos sujeitos e do coletivo.

Para isto, o gestor federal do SUS é desafiado a propor uma política transversal, intersetorial e integrada, a qual dialoga com o setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privado, os setores não-governamentais e a sociedade, de forma a compor redes de compromisso e co-responsabilização pela Qualidade de Vida da população, na qual todos sejam participantes no cuidado com a saúde (BRASIL, 2006).

A Promoção da Saúde é uma estratégia de produção em saúde, pois pensa e opera articulada a políticas e tecnologias no SUS, contribuindo na construção de ações que possibilitam a resposta às necessidades sociais em saúde. No âmbito do SUS, a Promoção da Saúde é focada nos aspectos que determinam o processo saúde-doença, como exemplos no Brasil o subemprego e desemprego, a falta de saneamento básico, fome, qualidade do ar e da água, dificuldade de acesso à educação, urbanização desordenada e habitação ausente ou inadequada; além de intervir em saúde de forma ampla (BRASIL, 2006).

A saúde como produção social de múltipla e complexa determinação necessita da atuação de todos os sujeitos envolvidos na sua produção, sejam eles os usuários, os trabalhadores da saúde ou das esferas governamentais, todos devem participar da análise e formulação de ações que visem à melhoria da Qualidade de Vida (BRASIL, 2006).

Nesse mesmo olhar da Promoção da Saúde, as unidades de saúde ao tomarem como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes, deveriam favorecer a ampliação de escolhas saudáveis por parte da coletividade e dos sujeitos, não só onde vivem, mas também onde trabalham. Nessa linha de ação, a Promoção da Saúde estreita os laços com a Vigilância em Saúde (BRASIL, 2006).

Mendes (1993) defende que, a prática da Vigilância a Saúde é uma forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social de saúde. Nesta perspectiva a saúde é resultado de um processo de produção social que expressa a Qualidade de Vida de uma população, entendendo Qualidade de Vida como uma condição de existência dos seres humanos no seu viver cotidiano, seja individual ou coletivamente. Em última análise, essa forma de viver, pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais. Assim, a construção de um sistema de Vigilância da Saúde, orientada por um modelo de análise de situações de risco em substituição ao modelo de risco individual, utiliza o território como espaço de referência e destaca a importância de se considerar a heterogeneidade da população quanto às suas necessidades e acesso aos serviços de saúde.

Para atuar na perspectiva da Vigilância da Saúde é imprescindível a utilização de indicadores (sociais e de saúde), que articulados ajudam a medir problemas e avaliar resultados da intervenção em saúde. Estes indicadores utilizados de forma pactuada se constituem num caminho adequado para o envolvimento de diferentes atores sociais na construção de projetos intersetoriais capazes de influenciar a formulação de políticas públicas que melhor respondam as demandas sociais de saúde. A atuação na perspectiva de Vigilância em Saúde vem acontecendo no Brasil principalmente a partir da adoção da Estratégia Saúde da Família como base para reorganização da Atenção Básica no SUS (FRACOLLI, 2007).

A melhoria da Qualidade de Vida deve ser o objetivo final da Estratégia Saúde da Família. Podemos ver essa declaração sendo reafirmada em um dos eixos da 13ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em dezembro de 2007 que teve por tema “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”, onde a Saúde da Família é colocada como estratégia prioritária para a garantia do Pacto pela Vida (BRASIL, 2008).

A Qualidade de Vida neste âmbito pode ser vista como um indicador de saúde, pois quando ela passa a ser um objetivo a ser atingido por programas de saúde, em especial pela Estratégia de Saúde da Família, seus resultados precisam passar a ser mensurados e compreendidos para que possam ocorrer melhorias nos modos de produção e reprodução dos sujeitos e coletivos em que o programa de saúde ou mesma a ESF é responsável.

Neste sentido a avaliação da Qualidade de Vida passa a ser de fundamental importância, pois ela passa a significar as ações de Promoção da Saúde na localidade e nos sujeitos. Avaliação em saúde pode modificar uma dada situação, pois diagnostica uma realidade a fim de nela intervir. A avaliação é uma responsabilidade dos profissionais e instituições de saúde, pois possibilita monitorar a capacidade dos serviços em responder às necessidades em saúde e acompanhar as intervenções realizadas. Como

disse Takeda e Talbot (2006) o não avaliar poderia ser comparado a pilotar um avião sem indicadores das condições de vôo e do motor, ou seja, é voar sem o auxílio de uma bússola, altímetro, velocímetro, indicadores de nível de combustível, óleo e temperatura da água.

É nesse escopo que a presente pesquisa é justificada. Como é referido na Política Nacional de Promoção da Saúde (2006),

o desafio persiste de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias mais amplas que foram definidas em Ottawa e que estejam mais associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, a saber: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade.

Essa pesquisa também é justificada pelo fato de serem poucos os estudos e pesquisas que avaliam a Qualidade de Vida como sendo um objeto e resultado esperado da Promoção da Saúde. Em especial no período gravídico, no qual a presente pesquisa se baseia, além de não ser foco dos profissionais que atuam nessa etapa, não encontramos na literatura estudos e pesquisas que avaliam a Qualidade de Vida geral de uma gestante.

Pretende-se com essa pesquisa introduzir a discussão da Qualidade de Vida na agenda dos profissionais de saúde, tendo por objetivo avaliar a Qualidade de Vida de gestantes assistidas no pré-natal da ESF através da utilização do instrumento WHOQOL-bref com a finalidade de analisar as contribuições desse instrumento para a sistematização de ações de saúde que colaborem para o aprimoramento da interface Promoção da Saúde e Qualidade de Vida das pessoas.

No processo de organização da ESF, o WHOQOL poderia ser usado como tecnologia para o monitoramento dos indicadores de saúde, para o uso em avaliações de ações de promoção da saúde além de um instrumento em uma abordagem de clínica ampliada. Além disso, o WHOQOL enquanto

um instrumento de avaliação da Qualidade de Vida pode também funcionar como um indicador de “situações de risco” uma vez que a análise das suas dimensões pode apontar qual o âmbito da vida das gestantes está mais “comprometido”.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a Qualidade de Vida de gestantes, analisando as potencialidades do instrumento WHOQOL-bref com o intuito de contribuir para a promoção da saúde da mulher na ESF.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar os domínios (que compõe o WHOQOL-bref) que se mostram mais frequentes durante o período do ciclo-gravídico.
2. Identificar as facetas (que compõe o WHOQOL-bref) que se mostram mais frequentes durante o período do ciclo-gravídico.
3. Classificar as gestantes com base nas características sócio-demográficas.
4. Correlacionar características sócio-demográficas e de saúde das gestantes com os domínios e as facetas.

REFERENCIAL TEÓRICO

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. A QUALIDADE DE VIDA E SEUS MUITOS SIGNIFICADOS

A conceituação do termo Qualidade de Vida vem desde a filosofia na antiguidade. Segundo a visão aristotélica Qualidade de Vida referia-se aos sentimentos relacionado a felicidade, realização e plenitude (BAYLEY, 1988apud BELASCO; SESSO, 2006; PAINTER, 1994 apud BELASCO; SESSO, 2006).

Pigou publicou em 1930 em seu livro sobre economia e bem-estar que a Qualidade de Vida é relacionada ao suporte governamental oferecido às classes menos favorecidas (SEIDL; ZANNON, 2004).

A análise bibliográfica mostra que o termo Qualidade de Vida surgiu pela primeira vez na literatura médica em meados da década de 30 (AWAD; VORUGANTI, 2000).

Sabe-se que em meados dos anos 70 Campbell (1971) apud Awad e Voruganti (2000) já demonstrava a dificuldade de explicar o conceito de Qualidade de Vida. Para ele Qualidade de Vida era uma vaga etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é.

A Qualidade de Vida é considerada por muitos autores como um conceito polissêmico, pois é utilizado na linguagem cotidiana e no contexto de pesquisa científica (AWAD, VORUGANTI, 2000; BOWLING, BRAZIER, 1995). Além disso, na área da saúde a Qualidade de Vida é separada em duas vertentes: conceito mais genérico e Qualidade de Vida relacionada à saúde. A primeira se apresenta com aceção mais ampla, e a segunda mais diretamente associada às enfermidades ou intervenções na área da saúde.

Segundo Minayo, Hartz, e Buss (2000), Qualidade de Vida é uma noção eminentemente humana que abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades. Awad e Voruganti (2000) ainda acrescentam que esses significados são formados de acordo com o momento da história e da cultura em que estão inseridos. Sendo assim, a Qualidade de Vida é expressa no sujeito de acordo com os padrões da época histórica, a acessibilidade do sujeito e a satisfação de suas necessidades.

Qualidade de vida é um conceito polissêmico utilizado diversas vertentes, por exemplo, na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas; além de ser usado no contexto de pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e outras especialidades na área da saúde (AWAD; VORUGANTI, 2000; BOWLING; BRAZIER, 1995).

Para Pinto et al (1999) a Qualidade de Vida está correlacionada com a cidadania, ou seja, com os direitos civis, políticos e sociais do sujeito. Além disso, para eles

viver com qualidade de vida é fazer valer os direitos sociais, amparados por lei, conforme o artigo 6º da Constituição de 1988, sendo direitos sociais: a educação, o transporte, a habitação, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância.

Para Seidl e Zannon (2004), a noção de Qualidade de Vida que envolve diferentes dimensões configura-se a partir dos anos 80, acompanhada de estudos empíricos para melhor compreensão do fenômeno. Uma análise da literatura da última década evidencia a tendência de usar definições focalizadas e combinadas para a Qualidade de Vida, pois são estas que podem contribuir para o avanço do conceito em bases científicas.

É impossível falar sobre Qualidade de Vida e não lembrar dos dois aspectos que a cercam: subjetividade e multidimensionalidade. Subjetividade porque o conceito de Qualidade de Vida é permeado pela percepção do indivíduo sobre seu contexto de vida, o qual não podemos passar despercebido no momento da avaliação. Multidimensionalidade porque o conceito é composto por diferentes dimensões. Esses dois aspectos foram consolidados a partir do início da década de 90, quando estudiosos da área entraram em um consenso sobre o tema (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000). Por isso para alguns estudiosos a avaliação da Qualidade de Vida deve ser feita pelo próprio indivíduo, e não por um profissional como de costume (PINTO et al, 1999; RIBEIRO, 2001; ROGERSON, 1995; ROMANO, 1993).

A partir do momento em que o processo saúde-doença passou a ser considerado segundo seus determinantes e condicionantes, ou seja, aspectos econômicos, socioculturais, experiência pessoal, estilos de vida, dentre outras, a melhoria na Qualidade de Vida passou a ser considerada importante tanto nos campos da promoção da saúde e prevenção de doenças, além de avaliação das práticas assistenciais e políticas públicas (BURCKHARDT, 1989).

No campo conceitual da Saúde Coletiva, informações sobre Qualidade de Vida também têm sido incluídas como indicadores para avaliação de eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para agravos diversos e comparação de controle de problemas de saúde (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

A Qualidade de Vida pode ser utilizada também como indicador nos julgamentos clínicos para avaliação do impacto físico e psicossocial que enfermidades, disfunções e incapacidades podem acarretar para pessoas acometidas. Nesse aspecto a avaliação da Qualidade de Vida serve para compreensão das condutas terapêuticas utilizadas pela equipe de saúde (FAYERS, 2000).

A Qualidade de Vida é marcada por uma concepção holística do ser humana, onde a subjetividade é envolvida por todos os componentes essenciais da condição humana, podendo ser físicos, psicológicos, sociais, culturais ou espirituais.

O aspecto subjetivo da Qualidade de Vida faz com que a definição se torne cada vez mais difícil, pois depende da satisfação individual, satisfação das necessidades, habilidade para exercer funções, realização de planos e gerenciamento da própria vida.

Um estudo realizado por Martins, França e Kimura (1996), demonstrou os significados atribuídos à qualidade de vida através da opinião de entrevistados como mostra a tabela abaixo:

Tabela 1: aspectos de qualidade de vida mencionados pelas pessoas entrevistadas

ASPECTOS	Nº	%
Bem-estar material	77	40,9
Bem-estar físico	45	23,9
Bem-estar emocional	21	11,2
Lazer/recreação	12	6,4
Relacionamento familiar/social	11	5,8
Desenvolvimento pessoal (profissional)	9	4,8
Higiene pessoal e ambiental	5	2,7
Bem estar espiritual	3	1,6
Outros (segurança, sorte, independência)	5	2,7
Total	188	100

Fonte: MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. - Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. Rev. Latino-Am. Enfermagem v.4 n.3 – 1996

Cerca de 40% da população pesquisada relacionou a qualidade de vida com bem-estar material, ou seja, num aspecto mais objetivo do conceito. Este dado está certamente relacionado ao nível sócio-econômico

dos entrevistados, dos quais 82,3% possuíam rendimentos familiares de até 3 salários mínimos.

Outro aspecto que foi observado nesse estudo é que 23,9% referiu que ter qualidade de vida boa é “ter saúde”, a qual frequentemente está associado com ausência de doença crônica ou de seus sintomas.

Segundo estudos realizados por Campbell e Flanagan apud BURCKHARDT et al, para os americanos em geral, qualidade de vida pode ser dimensionado em 5 domínios: bem-estar físico e material; relações com outras pessoas; participação em atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento e realização pessoal; recreação.

O termo Qualidade de Vida tem sido adotado de várias maneiras, tanto no mundo social, quanto na política, em questões comerciais, ambientais, saúde, literatura e cotidiano das pessoas. Apesar de contemporâneo, o termo é usual e carregado de significados e expectativas, porém cercado de indefinições (RIBEIRO, 2001).

Para Ribeiro (2001) a menção de que Qualidade de Vida abrange uma ampla variação, desde as questões macro sociais até o mundo particular dos sujeitos, constitui-se num dos vários aspectos da referida indefinição. Muitos termos são usados como sinônimos de Qualidade de Vida tais como bem estar, condições de vida, satisfação de vida ou de necessidades. Mac Call apud Meeberg (1993), é, por exemplo, um autor que reflete o amplo espectro pelo qual veiculam as definições do termo; considera Qualidade de Vida tanto para os indivíduos como para a sociedade como um todo.

Para Pinto et al (1999) a Qualidade de Vida está correlacionada com a cidadania – direitos civis, políticos e sociais. Para eles é um desafio falar em qualidade de vida no Brasil, por ser este um país que ainda não conseguiu superar problemas elementares como a desigualdade na distribuição da renda. Além disso, para eles “viver com qualidade de vida é

fazer valer os direitos sociais, amparados por lei, conforme o artigo 6º da Constituição de 1988, sendo direitos sociais: a educação, o transporte, a habitação, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância”.

Nordenfelt (1994) ao discutir a introdução do conceito de Qualidade de Vida na área de saúde, afirma que com a modificação do perfil epidemiológico da sociedade moderna, ou seja, redução da prevalência das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas, a preocupação dos profissionais da área, não podem mais se voltar somente ao tratamento das doenças, já que para muitas delas a cura ainda não é possível, devendo, pois, voltar-se à melhoria da Qualidade de Vida de indivíduos. Neste contexto, o conceito de Qualidade de Vida em saúde se impõe para a prática da Estratégia Saúde da Família, pois, por estar inscrito na Atenção Básica essa estratégia vai lidar com indivíduos e populações impactadas por agravos ou condições de sofrimentos crônicos.

Litvoc, Kimura e Santos (2004) elaboraram uma pesquisa similar, onde aplicaram o instrumento Ferrans e Powers para a avaliação da Qualidade de Vida de uma área com ESF e uma área sem a ESF. Nessa pesquisa puderam constatar que a diferença entre as áreas era devida a ESF, ou seja, a área que possuía a Estratégia apresentava uma melhor Qualidade de Vida.

Para resumir, a Qualidade de Vida apesar de ser polissêmica e de difícil conceituação fica claro que é um conceito dialético, sendo em parte objetivo e em parte subjetivo. Dentro principalmente da noção subjetiva, a Qualidade de Vida depende do contexto histórico e cultural do sujeito. Ela pode ser geral ou relacionada a uma dada enfermidade do sujeito. Ela é a expressão no sujeito e na coletividade dos meios de produção e reprodução social.

3.1.1. Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida

Os instrumentos utilizados par a avaliação da Qualidade de vida podem ser basicamente divididos em:

- Instrumentos genéricos;
- Instrumentos específicos.

Para a avaliação do conceito mais genérico temos como exemplo os instrumentos criados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) – *World Health Organization Of Life Assesment* (WHOQOL-100 e WHOQOL – bref), que elaborou um estudo multicêntrico que teve por objetivo principal elaborar um instrumento que avaliasse a Qualidade de Vida em uma perspectiva internacional e transcultural. Além do *Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey* e o *Sickness Impact Profile* (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; SEIDL; ZANNON, 2004; SCHUTTINGA, 1995).

Para avaliação do conceito de Qualidade de Vida relacionada à saúde há controvérsia quanto ao uso de medidas específicas, pois alguns autores ressaltam a restrição aos sintomas e às disfunções, as quais contribuem pouco para uma visão mais abrangente dos aspectos subjetivos associados à Qualidade de Vida (WHOQOL GROUP, 1994). Por exemplo, temos o *EORTC-QLQ 30*, para pacientes com neoplasias e o *Medical Outcomes Study – HIV* para pessoas com HIV/AIDS (WU et al, 1997).

Segundo Feyers (2000), como os instrumentos (genéricos ou específicos) fornecem informações diferentes, eles podem ser empregados concomitantemente. Os genéricos abordam o perfil de saúde e refletem o impacto de uma doença sobre o indivíduo. Podem ser usados para estudar indivíduos da população geral ou de grupos específicos, como portadores de doenças crônicas. Assim, 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 de uma determinada doença.

Já os instrumentos específicos têm como vantagem detectar particularidades da Qualidade de Vida em determinadas situações. Eles avaliam de maneira específica, determinados aspectos da Qualidade de Vida como funções físicas, sexual, sono, fadiga, etc. têm como desvantagem a dificuldade de compreensão do fenômeno e dificuldade de validar as características psicométricas do instrumento (FEYERS, 2000).

Para autores como Lindstrom apud Kuczynski, Assumpção (1999), um modelo ideal de avaliação de Qualidade de Vida contempla quatro esferas de vida de aplicação universal: a esfera global (sociedade e macro ambiente), a esfera externa (condições sócio-econômicas), a esfera interpessoal (estrutura e função de apoio) e a esfera pessoas (condições físicas, mentais e espirituais).

3.2. WHOQOL E SEUS USOS

A OMS criou o grupo WHOQOL devida a ausência de instrumentos que avaliassem a Qualidade de Vida em uma perspectiva internacional, com a finalidade de desenvolver instrumentos que fosse úteis transculturalmente. (FLECK, 2000)

O primeiro passo do grupo WHOQOL foi à definição de um conceito para a Qualidade de Vida por não haver um consenso em sua conceituação. Para isto reuniram especialistas de vários países para definirem Qualidade de Vida. A definição que chegaram foi a de: “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele

vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1995 apud FLECK, 2000).

O conceito do grupo WHOQOL traz em sua definição a dimensão subjetiva que reflete da perspectiva do respondente o contexto cultural, social e ambiental.

A essência do instrumento WHOQOL é o enfoque transcultural, sendo ele para isto construído com a colaboração de vários centros internacionais com culturas diversas. Foram inclusos países com diferentes níveis de industrialização, disponibilidade de serviços de saúde, importância da família e religião dominante.

O instrumento WHOQOL – 100, primeiro a ser construído, consiste em 100 questões referentes a 6 domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade. Os domínios são dividido em 24 facetas, sendo cada faceta composta por 4 questões. O instrumento ainda é composto por uma 25ª faceta composta por questões de Qualidade de Vida geral.

As respostas do instrumento são dadas em uma escala do tipo Likert em quatro tipos de escala: intensidade, capacidade, frequência e avaliação.

O instrumento WHOQOL-100 pode ser muito extenso em certas aplicações. A necessidade de um instrumento mais curto e que demandasse menos tempo para a aplicação fez com que o grupo WHOQOL desenvolvesse uma versão abreviada do instrumento. O WHOQOL-bref, versão abreviada, consta de 26 questões, sendo 2 gerais e 24 que representam cada faceta do instrumento original. O WHOQOL-bref possui somente 4 dos 6 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

A tabela a seguir descreve os 4 domínios do instrumento abreviado e a facetas que compõem cada domínio.

Tabela 2: domínios e facetas do WHOQOL-bref

Domínio Físico	1. Dor e desconforto
	2. Energia e fadiga
	3. Sono e repouso
	10. Atividades de vida cotidiana
	11. Dependência de medicação ou de tratamentos
	12. Capacidade de trabalho
Domínio Psicológico	4. Sentimentos positivos
	5. Pensar, aprender, memória e concentração
	6. Auto-estima
	7. Imagem corporal e aparência
	8. Sentimentos negativos
	24. Espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais
Domínio Relações Sociais	13. Relações pessoais
	14. Suporte (apoio) social
	15. Atividade sexual
Domínio Meio Ambiente	16. Segurança física e proteção
	17. Ambiente no lar
	18. Recursos financeiros
	19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	20. Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades
	21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
	22. Ambientes físico: poluição/ruído/trânsito/clima
	23. Transporte

O WHOQOL, tanto em sua versão original como em sua versão abreviada tem sido usada em diferentes enfoques, por exemplo, para avaliar:

- Alcoolismo;
- Pacientes deprimidos;

- Pacientes ansiosos;
- Pacientes bipolares;
- Esquizofrenia;
- HIV/AIDS;
- Cardiopatia;
- Insuficiência renal crônica;
- Idosos;
- Cuidadores;
- Outros.

3.3. QUALIDADE DE VIDA E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL

O olhar desta pesquisa está voltado para as gestantes que vivem em uma sociedade concreta, devido a isto partiremos de um referencial teórico que busca compreender o processo de desenvolvimento social.

Os meios de produção (formas de trabalho) e reprodução (relações sociais) dos grupos sociais, bem como suas condições de vida, raça, gênero, cultura e momento histórico geram potenciais de desgastes e fortalecimento diferenciados, tendo como resultado uma Qualidade de Vida diferenciada nos sujeitos e coletivo, a qual estabelece diferentes perfis de Saúde e Doença.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Fonte: FONSECA, R.M.G.S. Aula de Epidemiologia Social. Adaptado por CASTRO, F.A.C..

Figura 2: Qualidade de Vida como resultado da organização social

A Qualidade de Vida aqui é entendida não somente pelo seu lado objetivo, mas principalmente pelo seu lado subjetivo, onde é o indivíduo que expressa de acordo com suas vivências e experiências como tem sido sua Qualidade de Vida, ou seja, é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, dentro de um contexto cultural e um sistema de valores, onde vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1994).

Hunt (1997) apud Fleck et al (2008) lista alguns modelos teóricos que estão subjacentes ao conceito de Qualidade de Vida:

- Resposta emocional às circunstâncias;
- Impacto da doença nos domínios emocional, ocupacional e familiar;
- Bem-estar pessoal;
- Habilidade de uma pessoa em realizar suas necessidades;
- Modelo cognitivo individual.

De acordo com Hunt (1997) apud Fleck et al (2008) somente os dois últimos modelos são modelos consistentes. Para McKenna e Whalley (1998) apud Fleck et al (2008) existem duas abordagens para se medir a Qualidade de Vida:

- Funcionalista;
- Baseada nas necessidades.

A partir dos modelos levantados por Hunt apud Fleck et al (2008) e as abordagens levantadas por McKenna e Whalley (1998) apud Fleck et al (2008), Fleck et al (2008) agrupou os modelos teóricos em dois grandes grupos:

- Modelo da Satisfação;
- Modelo Funcionalista.

No Modelo da Satisfação a Qualidade de Vida está diretamente relacionada à satisfação com os vários domínios da vida definidos como importantes pelo próprio sujeito, ou seja, é uma experiência subjetiva e está associada ao nível de expectativa. Dessa forma o sujeito pode estar satisfeito com níveis diferentes de aquisições. Fleck et al (2008) aponta que um sujeito pode atingir um bom nível de Qualidade de Vida buscando um aumento de suas realizações ou uma diminuição de suas expectativas. Sendo que a estrutura da personalidade e a cultura que o sujeito vivencia são determinantes importantes no aumento das realizações ou na diminuição das expectativas.

O Modelo Teórico da Satisfação trabalha com a contribuição da teoria de motivação humana de Maslow que hierarquiza as necessidades do ser humano que precisam ser preenchidas para que o sujeito alcance a satisfação/bem estar (figura 3) (MASLOW, 1970). Além dessa contribuição, esse modelo teórico trabalha com a abordagem cognitiva individual, a qual considera a Qualidade de Vida como sendo uma percepção idiossincrática, ou seja, só pode ser medida individualmente. (Fleck, et al 2008)

Figura 3: Hierarquia de necessidades

O Modelo Teórico Funcionalista considera que para se ter uma Qualidade de Vida boa, o sujeito precisa “funcionar” bem, ou seja, o papel social e todas as funções que o sujeito valoriza, precisam ser desempenhadas de forma satisfatória. Nessa perspectiva a saúde é considerada o maior valor da existência e a doença se torna um fator problemático na medida em que interfere no desempenho dos papéis sociais. (Fleck, et al 2008)

Para a presente pesquisa usaremos o Modelo Teórico da Satisfação. Pois além de trabalharmos com a Qualidade de Vida como resultante de um contexto social concreto, trabalhamos a Qualidade de Vida a partir da perspectiva e percepção individual da mesma.

METODOLOGIA

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva com desenho de estudo de caso e abordagem qualitativa e tratamento quantitativo dos resultados (PEREIRA, 1999). A abordagem qualitativa se dá pelo fato da análise e discussão dos dados se darem de maneira qualitativa, pois este estudo é uma investigação de um grupo delimitado e focalizado, sob a ótica dos atores, no caso as gestantes (MINAYO, 2008). As respostas são transformadas numericamente para fins de análise, mas cada número representa uma variável nominal (PEREIRA, 1999). Outra razão seria o fato das respostas das questões desta pesquisa não serem respostas quantificáveis, mas dependentes do significado que os atores atribuem. (GREENHALG, 2008; GREEN; BRITAN, 1998 apud GREENHALG, 2008)

As perguntas que permearam esta pesquisa foram:

- Como é a avaliação de Qualidade de Vida das gestantes assistidas na ESF?
- Quais as dimensões da Qualidade de Vida são melhor ou pior avaliadas pelas gestantes?
- As dimensões da Qualidade de Vida são contempladas na assistência pré-natal? Todas? Algumas? Quais?

4.2. CENÁRIO-DE-ESTUDO

A presente pesquisa foi realizada no município de São Bernardo do Campo, localizado na região sudeste da região metropolitana da cidade de São Paulo. A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril a junho de 2010.

Inicialmente São Bernardo do Campo era um distrito do município de Santo André. Somente no ano de 1944 é que ocorre a emancipação política administrativa de São Bernardo do Campo (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2010).

São Bernardo do Campo possui um território com 406 Km² de extensão, o que representa 49% da extensão da região do grande ABC, com uma população de 828.985 pessoas, sendo 94,2 homens para cada 100 mulheres. 22% da população têm menos de 15 anos e cerca de 10% mais de 60 anos (FUNDAÇÃO SEADE, 2010).

São Bernardo possui também 98,45% de grau de urbanização, sendo que 29,2% do território é de zona urbana e 52,2% de zona rural. 75,82 Km² da área total é coberta pela Represa Bilings (FUNDAÇÃO SEADE, 2009; SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2007).

O município possui 48 bairros, sendo 38 pertencentes à zona urbana e 10 pertencentes à zona rural.

Figura 4: zonas de São Bernaro do Campo

O município situa-se na porção sul da Bacia Sedimentar de São Paulo, no chamado Planalto Paulista. A hidrografia pertence às bacias do Tiête e dos rios contribuintes da Baixada Santista (Rios Perequê, Pedras, Marcolino, Kágado, Passareúva, Cubatão de Cima e outros) (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2007).

A taxa de natalidade de São Bernardo do Campo é 14,17 por mil habitantes. A taxa de fecundidade geral (mulheres entre 15 e 49 anos) 48,01 por mil mulheres. A Taxa de mortalidade infantil é de 13,94 por mil nascidos vivos. No município há 5,67% de mães adolescentes (com menos de 18 anos). 81,91% das gestantes tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal (FUNDAÇÃO SEADE, 2008).

O Índice de Responsabilidade Social (IPRS) de 2006 classificou o município de São Bernardo em grupo 1 (municípios com nível elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais). A renda per capita é de 3,34 salários mínimos (FUNDAÇÃO SEADE 2006, 2000).

O município tem mantido cobertura de consultas de pré-natal acima da meta pactuada, porém o alto índice de prematuridade requer ações de intervenção em afecções maternas que possam contribuir para a diminuição do nascimento de prematuros (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2010).

A existência de serviço de referência para partos de risco e alto risco eleva o número de cesáreas (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2010).

Os equipamentos de saúde disponíveis no município estão descritos na tabela 2.

Tabela 3: Equipamentos de Saúde do município de São Bernardo do Campo

Especificação	Unidades
Hospital	2
CAISM (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher)	1
Pronto Socorro Geral	6
Pronto Socorro Psiquiátrico	1
UBS	32
UBS de 24h	3
Clínica Municipal de Especialidades Médicas	2
CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) Infanto-Juvenil	1
CAPS Adulto	1
Ambulatório de Especialidades Odontológicas	1
Ambulatório de Saúde Mental – Infantil	1
Ambulatório de Saúde Mental – Adulto	1
Ambulatório de Ortopedia	1
Ambulatório de Neurologia	1
Ambulatório de Nefrologia	1
Ambulatório de Fisioterapia	1
Ambulatório de Lipodistrofia	1
Ambulatório Integrado de Pneumologia e Imunologia	1
Ambulatório de Práticas Integrativas e Complementares – Homeopatia e Acupuntura	1
Veterinária e Controle de Zoonoses	1
Serviço de Raio X	6
Centro de Referência de Saúde do Trabalhador e Acidente de Trabalho	1
Vigilância Epidemiológica	1
Vigilância Sanitária	1
Laboratório de Patologia Clínica	1
Serviço de Verificação de Óbitos	1
Banco de Leite Humano	1
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU	1

Fonte: Serviço de Banco de Dados - Secretaria de Saúde – PMSBC, 2008

A UBS escolhida para realização da pesquisa situa-se no bairro do Jd. das Orquídeas, zona urbana de SBC. O bairro localiza-se na região do grande Alvarenga e é cercado pela Represa Billings. No final dos anos 60 essa região foi povoada por imigrantes em busca de um local para morar e trabalhar. Na época o município de SBC concentrava empresas multinacionais metalúrgicas, sendo os primeiros moradores do bairro trabalhadores dessas empresas.

O bairro Jd. das Orquídeas foi instituído oficialmente no ano de 1978. Em 1982 foi fundada a Sociedade Amigos do Bairro e com essa iniciativa os moradores conseguiram ótimas conquistas, por exemplo: água encanada, luz elétrica, correio, coleta de lixo, Unidade básica de saúde, creche, iluminação pública, transporte coletivos, calçadas ecológicas, escolas Municipais (EMEB) e escolas Estaduais (EEPSG).

A UBS do Jd. das Orquídeas foi implantada no ano de 1992. Iniciou suas atividades com Ginecologista, Clínico Geral e Pediatria, sendo acrescentado posteriormente o atendimento de psicologia e odontologia.

Em 1998 foi implantado o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). No ano de 2000 foi implantada a Estratégia Saúde da Família. Em 2003 a Unidade passou a ser denominada de Jackson Wataru Komati, em homenagem a um ex-comerciante da região. Em 2008 a USF foi escolhida para ser uma unidade escola por ter alcançado com êxito as metas propostas.

A unidade possui 4 equipes de saúde da família (Margarida, Vitória-Régia, Tulipa e Hortência) com um total de 16.384 pessoas cadastradas em cerca de 4.169 famílias. A equipe Margarida possuía em 2008 1347 famílias cadastradas em um total de 4238 pessoas. A equipe Vitória Régia possuía em 2008 1032 famílias cadastradas em um total de 3951 pessoas. A equipe Tulipa em 2008 possuía 990 famílias cadastradas em um total de 3671 pessoas. A equipe Hortência em 2008 possuía cerca de 1000 famílias cadastradas em um total de 4524 pessoas.

As pessoas que moram no Jd. das Orquídeas são de classe social média - baixa, tendo uma porcentagem de 50% de crianças e jovens sendo que aproximadamente, 20% dessas crianças são de famílias de baixa renda. A maioria das pessoas residentes no bairro possui uma renda de aproximadamente 2 salários mínimos, sendo na maioria pessoas de classe baixa, que vivem do aluguel. Cerca de 50% possuem uma melhor condição e possuem casa própria, ou casa de aluguel e automóvel.

O transporte público é realizado por 5 linhas de ônibus:

- linha 11: até o Paço municipal
- linha 14: até o bairro de Rudge Ramos (SBC)
- linha 409: para Santo André
- linha 314: para o Terminal Rodoviário do Tiête (São Paulo)
- linha 431: que vai até o terminal de Sacomã (São Paulo)

4.2.1. Assistência pré-natal na UBS Jackson Wataru Komati

A assistência pré-natal nessa UBS pode ser considerada tradicional. No município não há nenhum protocolo formal como há na cidade de São Paulo, o programa mãe paulistana (SÃO PAULO, 2006). Informalmente as enfermeiras da rede básica elaboraram um protocolo para o uso delas, no qual constava a rotina das consultas de pré-natal, os exames que devem ser colhidos, as prescrições entre outras coisas. Esse protocolo foi elaborado antes do Manual Técnico de Parto e Puerpério ser editado pelo Ministério da Saúde.

O formulário do SIS pré-natal, uma ficha de anamnese com os antecedentes ginecológicos e obstétricos, além da solicitação dos exames são realizados na primeira consulta. Nas consultas subseqüentes são

avaliadas a altura uterina, o peso, o foco fetal, a pressão arterial, além das queixas maternas e a realização de algumas orientações de acordo com as queixas. As consultas são alternadas entre o médico e o enfermeiro da equipe, e se iniciam assim que o prognóstico dá positivo.

Na UBS há um grupo de gestantes que ocorre no primeiro, segundo e terceiro trimestre gestacional. No primeiro trimestre é a dentista da unidade que conduz, nesse encontro é abordado principalmente a parte de higiene bucal e sua importância devido à sensibilidade que ocorre na gengiva durante o período gravídico. O segundo encontro é conduzido pela enfermeira, a qual realiza orientações a respeito das mudanças no corpo, sexualidade e mudanças hormonais. O terceiro encontro é conduzido por uma médica, esse encontro é focado nos sinais de trabalho de parto e no que levar para a maternidade.

4.3. SUJEITOS DE ESTUDO

Os sujeitos desta pesquisa foram gestantes cadastradas na UBS que realizavam o pré-natal entre abril e junho de 2010. Ao todo foram entrevistadas 42 gestantes de um total de 72 gestantes. Do total de gestantes (72), 20% estavam cadastradas, mas não realizavam pré-natal na UBS. Assim, as 42 gestantes entrevistadas corresponderam a 73% das gestantes assistidas pela ESF na UBS jd. das Orquídeas..

Algumas gestantes ficaram de fora da entrevista, pois não se encontraram na casa no momento da visita domiciliar. As visitas foram repetidas com o intuito de encontrar as gestantes. Algumas gestantes trabalhavam e não foi possível encontrá-las. 4 gestantes foram coletadas antes da consulta de pré-natal.

Ao fazermos as visitas domiciliares 3 gestantes cadastradas já haviam dado a luz.

4.4. INSTRUMENTO DE COLETA

Para a coleta de dados foi utilizado o instrumento de Qualidade de Vida da OMS WHOQOL-bref (anexo 1) além de um questionário para a caracterização sócio- demográfica e gestacional (apêndice 1) dos sujeitos da pesquisa.

4.5. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A pesquisadora agendou uma reunião com cada equipe da ESF responsável pelas áreas, cenário de estudo, e apresentou o cronograma segundo o qual pretendia realizar a coleta de dados. Juntamente com os agentes comunitários de saúde (ACS) a pesquisadora realizou visitas domiciliares e entregou o instrumento para as gestantes cadastradas. Nos casos em que a gestante não entendeu alguma questão, a pesquisadora auxiliou explicando a questão.

No mês de abril devido a uma solicitação da UBS Jd. das Orquídeas, a coleta de dados foi interrompida por 3 semanas.

4.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS-LEGAIS

O presente projeto passou por avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP – EEUSP com processo número: 869/2009 – CEP – EEUSP. Após aprovação iniciou-se a coleta de dados em campo onde através do termo de consentimento os sujeitos receberam todas as orientações, tiraram suas dúvidas e por livre e espontânea vontade, participaram da pesquisa, sem que isso acarretasse nenhum tipo de prejuízo ao mesmo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 2) foi feito em 2 vias e possuiu linguagem acessível, abordando justificativa, objetivos e procedimentos, riscos possíveis e benefícios esperados, garantia de esclarecimentos antes e durante a pesquisa, forma de acompanhamento e assistência, liberdade para recusar participação ou retirar consentimento em qualquer fase da pesquisa sem prejuízo ou constrangimento, garantia de sigilo que assegure privacidade dos sujeitos, confidencialidade dos dados, nome do pesquisador responsável e contato.

4.7. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados através do registro da frequência simples das informações obtidas e do cruzamento de dados que pareceram importantes para o objetivo do estudo, com o auxílio do software ***Statistical Package for the Social Sciences*** - SPSS.

Os resultados sócio-demográficos e gestacionais foram codificados (apêndice 3) e analisados com o SPSS.

A consistência interna do instrumento foi avaliada através do α de *Cronbach*. Foram realizados também o teste *t* para os valores com normalidade e os testes de *Mann-Whitney* (nos casos de 2 dados) e o teste de *Kruskal-Wallis* (nos casos de mais de 2 dados) para valores sem normalidade. Estes testes foram aplicados para a análise de diferenças estatísticas. Além desses foi aplicado o teste de correlação de *Pearson*, nos valores paramétricos, e o de *Spearman* nos valores não paramétricos.

O resultado dos escores de Qualidade de Vida Geral e dos domínios são dados através das fórmulas da sintaxe:

- compute dom Físico = $(\text{dom1} - 4) * (100/16)$.
- compute dom Psicológico = $(\text{dom2} - 4) * (100/16)$.
- compute dom Relações Sociais = $(\text{dom3} - 4) * (100/16)$.
- compute dom Meio Ambiente = $(\text{dom4} - 4) * (100/16)$.
- compute QOLGERAL = $\text{ABS}((((q1 + q2) / 2) * 4) - 4) * 6.25$.

4.8. VARIÁVEIS

As variáveis dependentes são aquelas que medem o fenômeno que se quer explicar, no caso desta pesquisa foram os escores dos domínios de Qualidade de Vida. (PEREIRA, 1999)

As variáveis independentes são aquelas usadas para explicar a variável dependente ou o fenômeno a ser estudado (PEREIRA, 1999), no caso desta pesquisa são:

- Idade;
- Raça;
- Escolaridade;
- Renda;
- Moradia;
- Cômodos;
- Naturalidade;
- Religião;
- Idade gestacional;
- IMC;
- N° de filhos;
- Partos anteriores;
- Dor;
- Ânsia e vômitos;
- Tipo de pré-natal;
- N° de consultas de pré-natal;
- Atividade física.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

Nos cruzamentos de dados foram avaliados o valor de p , valores menores que 0,005 significam que há diferença estatística na média. Para obtenção do valor de p foi realizado o teste t para os resultados com normalidade, os resultados sem normalidade foram realizados os testes de Mann-Whitney, quando havia somente 2 resultados, e o Kruskal-Wallis, quando haviam mais de 2 resultados.

Também foi avaliada a confiabilidade do instrumento WHOQOL-bref através do teste de α de Cronbach, valores acima de 0,70 significam uma boa confiabilidade. A intenção desta pesquisa não é generalizar os dados, pois trata-se de um estudo de caso. Devido a isso valores abaixo de 0,70 não são um problema para esta pesquisa, pois o mais importante é a validade dos dados que foram respondidos pelas próprias gestantes.

5.1. CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES

Segundo a Fundação Seade no ano de 2003 no Estado de São Paulo eram cerca de 19.762.498 mulheres, no município de São Bernardo esse valor para o mesmo ano era de 380.723 mulheres.

Segundo o SIAB em abril-maio desse ano eram ao todo 3.215.073 famílias acompanhadas pela ESF no Estado de São Paulo. No município de São Bernardo do Campo eram 29.928 famílias, e na UBS do Jd. das Orquídeas eram cerca de 4.169 famílias acompanhadas.

Em relação ao número de gestantes, no estado de São Paulo em abril-maio desse ano haviam 62.363 gestantes cadastradas, em São

Bernardo 614, e na UBS Jd. das Orquídeas 72 gestantes, cerca de 12% do município de São Bernardo.

Das gestantes cadastradas nem todas são acompanhadas pela ESF, no estado de São Paulo em abril-maio desse ano eram 60.892 acompanhadas, no município de São Bernardo 538 e na UBS Jd. das Orquídeas eram 58 gestantes acompanhadas.

No estado de São Paulo em abril-maio desse ano foram cadastradas 11.497 gestantes menores de 20 anos, no município de São Bernardo foram cadastradas 95 e na UBS Jd. das Orquídeas 5 gestantes.

5.1.1. Caracterização sócio-demográfica

A UBS do Jd. Das Orquídeas possui 4 equipes de Saúde da Família. A maioria das gestantes estudadas pertenciam a equipe Margarida e a equipe Vitória Régia, 33% (14) e 31% (13) respectivamente. Na equipe Tulipa foram entrevistadas 22% (9) e na equipe Hortência 14% (6) gestantes.

Figura 5: Equipes

Figura 6: Idade

Como pode ser visto no gráfico 2, as gestantes estudadas possuíam em sua maioria (38%, 16 gestantes) de 26 a 30 anos, seguido das gestantes (24%, 10) entre 21 a 25 anos. 5 (12%) gestantes ainda são adolescentes (OMS,1975).

Em relação à escolaridade das gestantes, 19, ou seja, quase metade das gestantes estudadas possui escolaridade acima do segundo grau completo, 40,5% (17) possuem o segundo grau completo. 33,3% (14) possuem o primeiro grau incompleto. Assim, o grupo de gestantes estudadas se polariza quanto a escolaridade.

Figura 7: Escolaridade

Como mostra o gráfico 5 abaixo, cerca de 80% (34) das gestantes avaliadas possuem um companheiro estando em uma relação conjugal estável, seja esta legalizada ou não como no caso da união consensual.

Figura 8: Estado civil

As gestantes em sua maioria (cerca de 65%, 28) não trabalham, sendo que 33,3% (14) dessas não trabalham por estarem desempregadas. E 5% (4) da gestantes são estudantes.

Figura 9: Profissão

Em relação à renda familiar, 28,6% (12) possuem renda de até 1 salário mínimos (R\$ 510,00). 53% (22) possuem renda de 1 a 3 salários

mínimos. Somente 2 gestantes possuem renda superior a 5 salários mínimos (> R\$ 2550,00)¹.

Figura 10: Renda

Em relação à cor da pele, 61,9% (26) das gestantes são pardas, 9,5% (4) são negras e 28,6% (12) são brancas.

Figura 11: Cor da pele

Somente 2 gestantes não possuem uma religião. Enquanto que 22 (52,4%) são católicas e 18 (42,9%) são evangélicas.

¹ Valor do salário mínimo no mês de abril de 2010 = R\$ 510,00

Figura 12: Religião

57,10% são naturais de São Bernardo. Nessa pesquisa não foi detalhada as outras cidades de nascimento, pois elas eram muito variadas, sendo algumas gestantes naturais do nordeste.

Figura 13: Naturalidade

Em relação à moradia, 48% (20) das gestantes moram em casa alugada, 31% (13) moram em casa própria e 21% (9) moram em casa cedida. Das gestantes com casa própria, 1 mora em uma casa de 1 cômodo, 7 moram em casa com 3 cômodos, 4 com 4 cômodos e 1 mora em uma casa de 5 ou mais cômodos. Das gestantes moradoras em casa alugada, 1 mora em uma casa de 1 cômodo, 8 moram em casa de 2 cômodos, 6 moram em casa de 3 cômodos, 3 moram em casa de 4 cômodos e 2 moram em

casa de 5 ou mais cômodos. Já as gestantes que moram em casa cedida, 1 mora em uma casa de 2 cômodos, 4 moram em casa de 3 cômodos, 2 moram em casa de 4 cômodos e 2 moram em casa de 5 ou mais cômodos.

Figura 14: Moradia

A equipe Margarida possui 4 gestantes com o 1º incompleto, 1 com o 1º completo, 2 com 2º incompleto, 6 com o 2º completo, e 1 com o 3º completo. A equipe Vitória Régia possui 5 gestantes com o 1º incompleto, 1 com o 1º completo, 4 com o 2º incompleto, e 3 com o 2º completo. A equipe Tulipa possui 2 gestantes com o 1º incompleto e 7 com o 2º completo. A equipe Hortência possui 3 gestantes com o 1º incompleto, 1 com o 1º completo, 1 com o 2º completo, e 1 com o 3º incompleto.

Figura 15: Equipe versus Escolaridade

Em relação a cor da pele das gestantes, a equipe Margarida possui 2 gestantes brancas, 2 negras e 10 pardas. A equipe Vitória Régia possui 5 gestantes brancas, 1 negra e 7 pardas. A equipe Tulipa possui 4 gestantes brancas e 5 pardas. E a equipe Hortência possui 1 branca, 1 negra e 4 pardas. Valor de p 0,803, ou seja, não há diferença estatística entre as cores de pele.

Figura 16: Equipe versus Cor da pele

A equipe Margarida é a equipe que possui mais gestantes (10) com renda de até 2 salários mínimos. A equipe Vitória Régia é a única com gestantes com renda familiar superior a 5 salários mínimos.

Figura 17: Equipe versus Renda

5.1.2. Caracterização gestacional

Das 42 gestantes assistidas pela ESF do Jd. das Orquídeas e estudadas por essa pesquisa, 17% (7) está no primeiro trimestre gestacional, 43% (18) no segundo trimestre gestacional e 40% (17) no terceiro trimestre gestacional.

Figura 18: Trimestre gestacional

Em relação ao início do pré-natal, 86% (36) das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, e 14% (6) iniciaram no segundo trimestre.

Figura 19: Início do Pré-natal

Em relação às quantidades de consultas realizadas pelas gestantes, as que estão no 1º trimestre 4 (57,14%) realizaram 1 consulta, 2 (28,57%) realizaram 2 consultas e 1 (14,29%) realizou 1 consulta. As que estão no 2º trimestre, 1 (5,56%) ainda não realizou consulta, mas na data da avaliação a consulta já estava marcada; 2 (11,11%) realizaram 1 consulta; 2 (11,11%) realizaram 2 consultas; 7 (38,89%) realizaram 3 consultas; 2 (11,11%) realizaram 4 consultas; 1 (5,56%) realizou 5 consultas; 2 (11,11%) realizaram 6 consultas e 1 (5,56%) realizou 7 ou + consultas. Das gestantes no 3º trimestre, 2 (11,76%) realizaram 2 consultas; 1 (5,88%) realizou 3 consultas; 2 (11,76%) realizaram 4 consultas; 2 (11,76%) realizaram 5 consultas; 3 (17,65%) realizaram 6 consultas e 7 (41,18%) realizaram 7 ou + consultas.

Figura 20: Consultas versus Trimestre gestacional

86% das gestantes são assistidas no pré-natal somente pelo SUS e 14% são assistidas também pelo sistema suplementar de saúde (convênios).

Figura 21: Tipo de Pré-natal

Em relação ao aspecto nutricional da gestante 31% delas estão abaixo do peso adequado para a idade gestacional, 26% estão adequadas, 26% estão sobrepeso, e 17% estão obesas em relação à idade gestacional.

Pode-se dizer que cerca de 43% da amostra está fora dos parâmetros para peso. O cálculo do IMC foi realizado utilizando a fórmula $\text{peso}/\text{altura}^2$ e o mesmo foi comparado com a tabela 3 abaixo que adequa o IMC à idade gestacional.

Figura 22: IMC Gestacional

TABELA 4: avaliação do estado nutricional da gestante segundo o IMC

Semana Gestacional	Baixo peso IMC <=	Adequado IMC entre	Sobrepeso IMC entre	Obesidade IMC >=
6	19,9	20,0 24,9	25,0 30,0	30,1
8	20,1	20,1 25,0	25,1 30,1	30,2
10	20,2	20,3 25,2	25,3 30,2	30,3
11	20,3	20,4 25,3	25,4 30,3	30,4
12	20,4	20,5 25,4	25,5 30,3	30,4
13	20,6	20,7 25,6	25,7 30,4	30,5
14	20,7	20,8 25,7	25,8 30,5	30,6
15	20,8	20,9 25,8	25,9 30,6	30,7
16	21,0	21,1 25,9	26,0 30,7	30,8
17	21,1	21,2 26,0	26,1 30,8	30,9

18	21,2	21,3	26,1	26,2	30,9	31,0
19	21,4	21,5	26,2	26,3	30,9	31,0
20	21,5	21,6	26,3	26,4	31,0	31,1
21	21,7	21,8	26,4	26,5	31,1	31,2
22	21,8	21,9	26,6	26,7	31,2	31,3
23	22,0	22,1	26,8	26,9	31,3	31,4
24	22,2	22,3	26,9	27,0	31,5	31,6
25	22,4	22,5	27,0	27,1	31,6	31,7
26	22,6	22,7	27,2	27,3	31,7	31,8
27	22,7	22,8	27,3	27,4	31,8	31,9
28	22,9	23,0	27,5	27,6	31,9	32,0
29	23,1	23,2	27,6	27,7	32,0	32,1
30	23,3	23,4	27,8	27,9	32,1	32,2
31	23,4	23,5	27,9	28,0	32,2	32,3
32	23,6	23,7	28,0	28,1	32,3	32,4
33	23,8	23,9	28,1	28,2	32,4	32,5
34	23,9	24,0	28,3	28,4	32,5	32,6
35	24,1	24,2	28,4	28,5	32,6	32,7
36	24,2	24,3	28,5	28,6	32,7	32,8
37	24,4	24,5	28,7	28,8	32,8	32,9
38	24,5	24,6	28,8	28,9	32,9	33,0
39	24,7	24,8	28,9	29,0	33,0	33,1
40	24,9	25,0	29,1	29,2	33,1	33,2
41	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3

42	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3
----	------	------	------	------	------	------

Fonte: Atalah *et al*, 1997.

A tabela 3 acima faz um cálculo do IMC se adequando a semana de idade gestacional.

A maioria das gestantes avaliadas (38%, 16) possuem somente 1 filho. (31%, 13) nenhum e 24% (10) possuem 2 filhos.

Figura 23: Nº de Filhos

Em relação aos partos anteriores das gestantes, 50% (22) tiveram parto normal, 26% (11) tiveram parto cesariano e 5% (2) tiveram parto fórceps. Das que não tiveram nenhum parto normal, 72,73% (16) tiveram 1 parto cesariana; das que tiveram 1 parto normal, 27,27% (2) tiveram 1 parto cesariana. Das 2 gestantes que tiveram parto fórceps, nenhuma delas passou por outro tipo de parto.

Figura 24: Nº Parto versus Parto cesariana

Figura 25: Nº Parto versus Parto fórceps

Em relação comorbidades, somente 10% (4) das gestantes referem ter. 21% (9) referem já terem passado por algum tipo de cirurgia, enquadrando aqui também as que passaram pelo parto cesariana.

Figura 26: Comorbidades

Figura 27: Cirurgias anteriores

45% (19) referem algum tipo de sensação de dor sendo que 28% (12) referem que essa sensação é diária, e a maioria (21%, 9) referem sentirem dor em baixo ventre e dor lombar.

Figura 28: Sensação de dor

Figura 29: Frequência da dor

Figura 30: Localização da dor

71% (30) das gestantes estudadas referem sentirem náusea e vômito sendo que 45% (19) dessas gestantes sentem ou sentiram diariamente em especial no início da gestação.

Figura 31: Náusea e vômitos

Figura 32: Frequência de Náusea e vômitos

Somente 7% (3) das gestantes praticam alguma atividade física, dentre as atividades encontram-se a caminhada e subir e descer escadas.

Figura 33: Atividade Física

Em relação ao início do pré-natal, as que iniciaram no primeiro trimestre, 12 gestantes somente tinham o 1º incompleto; 3 o 1º completo; 4 o 2º completo; 1 o 3º incompleto e 1 o 3º completo. Já as que iniciaram no segundo trimestre, 2 somente tinham o 1º incompleto; 2 o 2º incompleto e 2 o 2º completo.

Figura 34: Início do Pré-natal versus Escolaridade

As gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 8 possuem renda família até 1 salário mínimo; 13 até 2 salários mínimos; 7 até 3 salários mínimos; 6 até 5 salários mínimos e 2 mais que 5 salários mínimos. Das que iniciaram o pré-natal no segundo trimestre, 4 possuem renda familiar de até 1 salário mínimo e 2 até 3 salários mínimos.

Figura 35: Início do pré-natal versus Renda

5.2. QUALIDADE DE VIDA GERAL NO PERÍODO GESTACIONAL

5.2.1. Descrição do instrumento de Qualidade de Vida – WHOQOL-bref

As seguintes tabelas apresentam uma descrição do instrumento geral com todas as perguntas, mostrando a média das respostas de cada questão

e os valores de α Cronbach. A questão 6 foi a que obteve maior média, e a questão 26 foi a que obteve maior valor de α de Cronbach.

Tabela 5: Estatística de Confiabilidade

α de Cronbach	α de Cronbach baseado em itens estandarizados	Nº de itens
,748	,771	26

Tabela 6: Estatística Descritiva WHOQOL-Bref

	Média	d.p.	N	α de Cronbach*
1 - Como você avaliaria sua qualidade de vida?	3,9286	,63985	42	,735
2 - Quão satisfeito você está com sua saúde?	4,0714	,74549	42	,738
3 - Em que medida você acha que a sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	3,62	,93580	42	,757
4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	3,90	1,20587	42	,765
5 - O quanto você aproveita a vida?	3,9524	,73093	42	,740
6 - Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	4,2857	,70834	42	,750
7 - O quanto você consegue se concentrar?	3,6905	,74860	42	,723
8 - Quão seguro (a) você sente em sua vida diária?	3,6190	,73093	42	,742

9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	3,4048	,85709	42	,747
10 - Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	3,5714	,88739	42	,735
11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?	4,2857	,70834	42	,739
12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	2,9048	1,05483	42	,729
13 - Quão disponíveis estão para você as informações que precisa no seu dia-a-dia?	3,4286	,91446	42	,721
14 - Em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer?	2,9286	1,15596	42	,733
15 - Quão bem você é capaz de se locomover?	4,0952	,95788	42	,750
16 - Quão satisfeito (a) você está com seu sono?	3,7381	,98920	42	,742
17 - Quão satisfeito (a) você está com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	3,6667	,72134	42	,735
18 - Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	3,5952	,96423	42	,733
19 - Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	4,1190	,73923	42	,733
20 - Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	4,2143	,78198	42	,742
21 - Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	4,0476	,76357	42	,745
22 - Quão satisfeito (a) você está com	4,0952	,84995	42	,740

o apoio que você recebe de seus amigos?

23 - Quanto satisfeito (a) você está com as condições do local onde você mora? 3,7143 ,74197 42 ,728

24 - Quanto satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? 3,8571 ,75131 42 ,739

25 - Quanto satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte? 3,2619 ,85709 42 ,725

26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? 3,83 1,14587 42 ,770

* se item for deletado

O gráfico seguinte mostra o escore dos domínios de Qualidade de Vida. O domínio de Relações Sociais foi o que obteve maior escore (77,98), e o domínio Físico foi o que obteve menor escore (57,65).

Figura 36: Escores de Qualidade de Vida

5.2.2. Qualidade de vida descritiva por equipe

As seguintes tabelas descrevem as 26 questões do WHOQOL-bref por equipe.

5.2.2.1. Equipe margarida

Em relação a equipe Margarida, a questão 6 foi a que obteve maior média, e a questão 26 foi a que obteve maior valor de α de Cronbach.

Tabela 7: Estatística de Confiabilidade

α de Cronbach	α de Cronbach baseado em itens estandarizados	Nº de itens
,656	,760	26

Tabela 8: Estatística Descritiva WHOQOL-Bref

	Média	d.p.	N	α de Cronbach*
1 - Como você avaliaria sua qualidade de vida?	3,9286	,47463	14	,634
2 - Quão satisfeito você está com sua saúde?	3,8571	1,02711	14	,624
3 - Em que medida você acha que a sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	3,57	,93761	14	,665
4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida	3,86	1,23146	14	,684

diária?

5 - O quanto você aproveita a vida?	4,0714	,61573	14	,617
-------------------------------------	--------	--------	----	------

6 - Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	4,5000	,51887	14	,634
---	--------	--------	----	------

7 - O quanto você consegue se concentrar?	3,7143	,72627	14	,604
---	--------	--------	----	------

8 - Quão seguro (a) você sente em sua vida diária?	3,5000	,65044	14	,644
--	--------	--------	----	------

9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	3,2143	,97496	14	,656
--	--------	--------	----	------

10 - Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	3,5714	,75593	14	,644
--	--------	--------	----	------

11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?	4,4286	,51355	14	,622
--	--------	--------	----	------

12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	2,7857	,97496	14	,636
--	--------	--------	----	------

13 - Quão disponíveis estão para você as informações que precisa no seu dia-a-dia?	3,0000	,87706	14	,597
--	--------	--------	----	------

14 - Em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer?	2,2857	1,13873	14	,652
--	--------	---------	----	------

15 - Quão bem você é capaz de se locomover?	4,0714	1,20667	14	,673
---	--------	---------	----	------

16 - Quão satisfeito (a) você está com seu sono?	3,8571	1,09945	14	,664
--	--------	---------	----	------

17 - Quão satisfeito (a) você está com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	3,8571	,53452	14	,636
--	--------	--------	----	------

18 - Quão satisfeito (a) você está com	4,0000	,55470	14	,619
--	--------	--------	----	------

sua capacidade para o trabalho?

19 - Quanto satisfeito (a) você está consigo mesmo?	4,2143	,57893	14	,660
--	--------	--------	----	------

20 - Quanto satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	4,5000	,65044	14	,642
---	--------	--------	----	------

21 - Quanto satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	4,3571	,49725	14	,657
--	--------	--------	----	------

22 - Quanto satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	4,2143	,80178	14	,633
---	--------	--------	----	------

23 - Quanto satisfeito (a) você está com as condições do local onde você mora?	3,6429	,74495	14	,672
---	--------	--------	----	------

24 - Quanto satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	4,0000	,67937	14	,665
---	--------	--------	----	------

25 - Quanto satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	3,0714	,61573	14	,643
---	--------	--------	----	------

26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	3,86	1,35062	14	,719
---	------	---------	----	------

* se item for deletado

5.2.2.2. Equipe vitória régia

Na equipe Vitória Régia, a questão 6 obteve maior média e a questão 18 obteve maior valor de α de Cronbach.

Tabela 9: Estatística de Confiabilidade – equipe Vitória Régia

α de Cronbach	α de Cronbach baseado em itens estandarizados	Nº de itens
,754	,772	26

Tabela 10: Estatística Descritiva WHOQOL-Bref – equipe Vitória Régia

	Média	d.p.	N	α de Cronbach*
1 - Como você avaliaria sua qualidade de vida?	3,6923	,94733	13	,733
2 - Quão satisfeito você está com sua saúde?	4,0000	,57735	13	,738
3 - Em que medida você acha que a sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	3,69	1,10940	13	,752
4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	3,77	1,42325	13	,739
5 - O quanto você aproveita a vida?	4,0000	,91287	13	,744
6 - Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	4,3846	,65044	13	,764
7 - O quanto você consegue se concentrar?	3,6154	,96077	13	,734
8 - Quão seguro (a) você sente em sua vida diária?	3,6154	,86972	13	,750
9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	3,6154	,86972	13	,752
10- Você tem energia suficiente para	3,6154	,76795	13	,729

seu dia-a-dia?

11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?	4,0769	,86232	13	,775
---	--------	--------	----	------

12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	2,5385	1,05003	13	,739
---	--------	---------	----	------

13 - Quão disponíveis estão para você as informações que precisa no seu dia-a-dia?	3,5385	,77625	13	,729
---	--------	--------	----	------

14 - Em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer?	3,0000	1,22474	13	,723
---	--------	---------	----	------

15 - Quão bem você é capaz de se locomover?	4,2308	,72501	13	,749
--	--------	--------	----	------

16 - Quão satisfeito (a) você está com seu sono?	3,5385	1,12660	13	,752
---	--------	---------	----	------

17 - Quão satisfeito (a) você está com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	3,3846	,86972	13	,752
---	--------	--------	----	------

18 - Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	3,1538	1,06819	13	,767
---	--------	---------	----	------

19 - Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	4,0000	,81650	13	,743
--	--------	--------	----	------

20- Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	4,1538	,55470	13	,741
--	--------	--------	----	------

21 - Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	3,4615	,96742	13	,762
--	--------	--------	----	------

22 - Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	4,3077	,94733	13	,760
---	--------	--------	----	------

23 - Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde você	3,5385	,77625	13	,730
---	--------	--------	----	------

mora?				
24 - Quanto satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	3,6923	,63043	13	,761
25 - Quanto satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	3,0769	,64051	13	,736
26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	3,46	1,33012	13	,755

* se item for deletado

5.2.2.3. Equipe tulipa

Na equipe Tulipa, a questão 11 obteve maior média e a questão 4 obteve maior valor de α de Cronbach.

Tabela 11: Estatística de Confiabilidade – equipe Tulipa

α de Cronbach	α de Cronbach baseado em itens estandarizados	Nº de itens
,843	,859	26

Tabela 12: Estatística Descritiva WHOQOL-Bref - equipe Tulipa

	Média	d.p.	N	α de Cronbach*
1 - Como você avaliaria sua qualidade de vida?	4,2222	,44096	9	,843
2 - Quanto satisfeito você está com sua saúde?	4,4444	,52705	9	,847

3 - Em que medida você acha que a sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	3,78	,97183	9	,852
4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	4,11	1,05409	9	,865
5 - O quanto você aproveita a vida?	3,8889	,60093	9	,842
6 - Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	4,3333	,70711	9	,841
7 - O quanto você consegue se concentrar?	3,7778	,66667	9	,825
8 - Quão seguro (a) você sente em sua vida diária?	3,6667	,70711	9	,843
9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	3,6667	,50000	9	,847
10 - Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	3,7778	,83333	9	,845
11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?	4,5556	,52705	9	,833
12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	3,6667	,86603	9	,820
13 - Quão disponíveis estão para você as informações que precisa no seu dia-a-dia?	4,1111	,92796	9	,839
14 - Em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer?	3,7778	,83333	9	,830
15 - Quão bem você é capaz de se locomover?	4,1111	1,05409	9	,840
16 - Quão satisfeito (a) você está com seu sono?	4,0000	,50000	9	,836

17 - Quanto satisfeito (a) você está com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	3,8889	,60093	9	,839
18 - Quanto satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	3,4444	1,13039	9	,823
19 - Quanto satisfeito (a) você está consigo mesmo?	4,3333	,50000	9	,829
20 - Quanto satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	3,7778	1,20185	9	,844
21 - Quanto satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	4,2222	,44096	9	,829
22 - Quanto satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	3,7778	,97183	9	,826
23 - Quanto satisfeito (a) você está com as condições do local onde você mora?	4,1111	,60093	9	,823
24 - Quanto satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	3,8889	,78174	9	,831
25 - Quanto satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	3,5556	1,23603	9	,816
26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	4,44	,52705	9	,843

* se item for deletado

5.2.2.4. Equipe hortência

Na equipe Hortência, a questão 4 obteve média maior, e a questão 18 obteve valor de α de Cronbach maior.

Tabela 13: Estatística de Confiabilidade – equipe Hortência

α de Cronbach	α de Cronbach baseado em itens estandarizados	Nº de itens
,786	,784	26

Tabela 14: Estatística Descritiva WHOQOL-Bref – equipe Hortência

	Média	d.p.	N	α de Cronbach*
1 - Como você avaliaria sua qualidade de vida?	4,0000	,0000	6	,785
2 - Quão satisfeito você está com sua saúde?	4,1667	,51640	6	,789
3 - Em que medida você acha que a sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	3,3333	,5160	6	,809
4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	3,67	,81650	6	,828
5 - O quanto você aproveita a vida?	3,5000	,83666	6	,801
6 - Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	3,6667	,51640	6	,805
7 - O quanto você consegue se concentrar?	3,6667	,51640	6	,776

8 - Quão seguro (a) você sente em sua vida diária?	3,83	,753	6	,770
9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	3,0000	,89443	6	,774
10 - Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	3,17	1,472	6	,785
11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?	4,000	,894	6	,752
12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	2,83	1,169	6	,801
13 - Quão disponíveis estão para você as informações que precisa no seu dia-a-dia?	3,17	,753	6	,751
14 - Em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer?	3,00	,632	6	,783
15 - Quão bem você é capaz de se locomover?	3,83	,753	6	,803
16 - Quão satisfeito (a) você está com seu sono?	3,50	1,049	6	,773
17 - Quão satisfeito (a) você está com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	3,50	,837	6	,738
18 - Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	3,83	,983	6	,758
19 - Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	3,83	1,169	6	,772
20 - Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	4,33	,516	6	,783
21 - Quão satisfeito (a) você está com	4,33	,516	6	,768

sua vida sexual?

22 - Quanto satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? 3,83 ,408 6 ,753

23 - Quanto satisfeito (a) você está com as condições do local onde você mora? 3,67 ,816 6 ,733

24 - Quanto satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? 3,83 1,169 6 ,769

25 - Quanto satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte? 3,67 1,033 6 ,791

26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? 3,67 ,5160 6 ,755

* se item for deletado

5.2.3. Domínio Qualidade de Vida geral

Tabela 15: Estatística de Confiabilidade – Qualidade de Vida Geral

α de Cronbach	α de Cronbach baseado em itens estandarizados	Nº de itens
,351	,355	2

O questão 1 obteve maior média. Não há valor de α de Cronbach se o item for deletado, pois são necessários no mínimo 2 itens para ser realizado o cálculo do α de Cronbach, o Domínio de Qualidade de Vida Geral só possui 2 itens.

Tabela 16: Estatística Descritiva Domínio Qualidade de Vida Geral

	Escore Médio	Desvio Padrão	N	α de Cronbach*
1 - Como você avaliaria sua qualidade de vida?	4,07	,640	42	
2 - Quão satisfeito você está com sua saúde?	3,93	,745	42	

* se item for deletado

33 gestantes (78,6%) avaliaram sua Qualidade de Vida como Boa. E 27 gestantes (64,3%) estão satisfeitos com sua saúde.

Tabela 17: Estatística Descritiva – Qualidade de Vida Geral - questões

Questões	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa	Total
	N	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%	%
Q1 “Como você avaliaria sua Qualidade de vida?”	1 2,6%	0 0,0%	4 9,5%	33 78,6%	4 9,5%	42 100%
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
	N	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%	%
Q2 “Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?”	1 2,4%	0 0,0%	4 9,5%	27 64,3%	10 23,8%	42 100%

O gráfico abaixo represente a distribuição das porcentagens do domínio Qualidade de Vida Geral pelas gestantes participantes da pesquisa. 52,40% das gestantes obtiveram 75 de escore de Qualidade de Vida Geral.

Figura 37: Qualidade de Vida Geral

5.2.4. Domínio físico

Tabela 18: Estatística de Confiabilidade – domínio Físico

α de Cronbach	α de Cronbach baseado em itens estandarizados	Nº de itens
,311	,351	7

Em relação ao domínio Físico, a questão 15 obteve média maior e α de Cronbach maior.

Tabela 19: Estatística Descritiva Domínio Físico

	Média	Desvio Padrão	N	α de Cronbach*
3 - Em que medida você acha que a sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	3,62	,93580	42	,312
4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	3,90	1,20587	42	,338
10 - Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	3,57	,88739	42	,294
15 - Quão bem você é capaz de se locomover?	4,10	,95788	42	,296
16 - Quão satisfeito (a) você está com seu sono?	3,74	,98920	42	,257
17 - Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?"	3,67	,72134	42	,157
18 - Você está satisfeito (a) com a sua capacidade de trabalho?	3,60	,96423	42	,288

* se item for deletado

17 gestantes (40,5%) referiram que a dor física as impede “mais ou menos” para fazerem o que precisam. 18 gestantes (42,9%) referiram que precisam de nenhum tratamento médico para levarem suas vidas diárias. 20 gestantes (47,6%) referiram que possuem média energia suficiente para o dia-a-dia. 17 gestantes (40,5%) referiram que são muito boas em sua capacidade para se locomoverem. 19 gestantes (45,2%) referiram estar satisfeitas com a qualidade do sono. 52,4% das gestantes (22) estavam satisfeitas com sua capacidade para o trabalho.

Tabela 20: Estatística Descritiva – Domínio Físico - questões

Questões	Extremamente	Bastante	Maiores ou Menos	Muito Pouco	Nada	Total
	N	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%	%
Q3 “Em que medida você acha que a sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?”	0 0,0%	4 9,5%	17 40,5%	12 28,6%	9 21,4%	42 100%
Q4 “O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?”	1 2,4%	7 16,7%	5 11,9%	11 26,2%	18 42,9%	42 100%
	Nada N	Muito pouco N	Médio N	Muito N	Completamente N	Total N
	%	%	%	%	%	%
Q10 “Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?”	1 2,4%	1 2,4%	20 47,6%	13 31,0%	7 16,7%	42 100%
	Muito Ruim N	Ruim N	Nem ruim nem boa N	Boa N	Muito Boa N	Total N
	%	%	%	%	%	%
Q15 “Quão bem você é capaz de se locomover?”	1 2,4%	1 2,4%	8 19,0%	15 35,7%	17 40,5%	42 100%
	Muito insatisfeito N	Insatisfeito N	Nem satisfeito nem insatisfeito N	Satisfeito N	Muito satisfeito N	Total N
	%	%	%	%	%	%
Q16 “Quão satisfeito (a) você está com seu sono?”	1 2,4%	4 9,5%	9 21,4%	19 45,2%	9 21,4%	42 100%
Q17 “Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?”	0 0,0%	4 9,5%	8 19,0%	28 66,7%	2 4,8%	42 100%
Q18 “Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de trabalho?”	2 4,8%	3 7,1%	10 23,8%	22 52,4%	5 11,9%	42 100%

O gráfico abaixo representa a distribuição das porcentagens do domínio Físico pelas gestantes participantes da pesquisa. Cerca de 24% das gestantes obtiveram escore de 60,71 no domínio Físico.

Figura 38: Domínio Físico

5.2.5. Domínio psicológico

Tabela 21: Estatística de Confiabilidade – domínio Psicológico

α de Cronbach	α de Cronbach baseado em itens estandarizados	Nº de itens
,309	,398	6

A média da questão 6 e 11 foram as maiores, e o α de Cronbach da questão 26 foi o maior.

Tabela 22: Estatística Descritiva Domínio Psicológico

	Média	Desvio Padrão	N	α de Cronbach*
5 - O quanto você aproveita a vida?	3,95	,73093	42	,128
6 - Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	4,29	,70834	42	,272
7 - O quanto você consegue se concentrar?	3,69	,74860	42	,229
11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?	4,29	,70834	42	,190
19 - Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	4,12	,73923	42	,245
26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	3,83	1,14587	42	,526

* se item for deletado

61,9% (26) gestantes referem que aproveitam bastante a vida. 50% (22) das gestantes referem que a vida tem bastante sentido. 61,9 (26) gestantes referem que conseguem se concentrar bastante. 42,9% (18) gestantes referem que conseguem aceitar a aparência física completamente e extremamente. 52,4% (22) gestantes referem estarem satisfeitas consigo mesmas. 47,6% (20) gestantes referem que somente algumas vezes possuem sentimentos negativos.

Tabela 23: Estatística Descritiva – Domínio Psicológico - questões

Questões	Nada	Muito Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	Total
	N	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%	%
Q5 “O quanto você aproveita a vida?”	0 0,0%	2 4,8%	6 14,3%	26 61,9%	8 19,0%	42 100%
Q6 “Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?”	0 0,0%	1 2,4%	3 7,1%	21 50,0%	17 40,5%	42 100%
Q7 “O quanto você consegue se concentrar?”	1 2,4%	1 2,4%	11 26,2%	26 61,9%	3 7,1%	42 100%
	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente	Total
	N	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%	%
Q11 “Você é capaz de aceitar sua aparência física?”	0 0,0%	0 0,0%	6 14,3%	18 42,9%	18 42,9%	42 100%
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
	N	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%	%
Q19 “Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?”	0 0,0%	1 2,4%	6 14,3%	22 52,4%	13 31,0%	42 100%
	Nunca N	Algumas vezes N	Freqüentemente N	Muito Freqüentemente N	Sempre %	N Total N
	%	%	%	%		%
Q26 “Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade.	12 28,6%	20 47,6%	4 9,5%	3 7,1%	3 7,1%	42 100%

depressão?'

O gráfico abaixo representa a distribuição das porcentagens do domínio Psicológico pelas gestantes participantes da pesquisa. 21,43% das gestantes obtiveram 58,33 de escore no domínio Psicológico.

Figura 39: Domínio Psicológico

5.2.6. Domínio meio ambiente

Tabela 24: Estatística de Confiabilidade – domínio Meio Ambiente

α de Cronbach	α de Cronbach baseado em ítems estandarizados	Nº de itens
,716	,712	8

No domínio Meio Ambiente, a questão 24 foi a que obteve maior média, e a questão 9 obteve maior valor de α de Cronbach.

Tabela 25: Estatística Descritiva Domínio Meio Ambiente

	Média	Desvio Padrão	N	α de Cronbach*
8 - Quão seguro (a) você sente em sua vida diária?	3,62	,731	42	,702
9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	3,40	,857	42	,730
12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	2,90	1,055	42	,655
13 - Quão disponíveis estão para você as informações que precisa no seu dia-a-dia?	3,43	,914	42	,622
14 - Em que medida você tem oportunidades de lazer?	2,93	1,156	42	,690
23 - Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde você mora?	3,71	,742	42	,702
24 - Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	3,86	,751	42	,713
25 - Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	3,26	,857	42	,666

* se item for deletado

23 gestantes (54,8%) se sentem bastante seguras na sua vida diária. 17 (40,5%) referem que o ambiente físico é “mais ou menos” e bastante saudável. 20 gestantes (47,6%) referem possuírem média quantidade de

dinheiro para satisfazerem suas necessidades. 18 (42,9%) acreditam que as informações estão “médio” disponíveis em seu dia-a-dia. 14 gestantes (33,3%) referem que possuem “mais ou menos” oportunidades de lazer. 22 gestantes (52,4%) estão satisfeitas com as condições dos locais que moram. 21 gestantes (50%) estão satisfeitas com o acesso aos serviços de saúde. 21 das gestantes (50%) não estão satisfeitas nem insatisfeitas com o meio de transporte.

Tabela 26: Estatística Descritiva – Domínio Meio Ambiente - questões

Questões	Nada	Muito Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	Total
	N	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%	%
Q8 “Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?”	0 0,0%	3 7,1%	13 31,0%	23 54,8%	3 7,1%	42 100%
Q9 “Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?”	1 2,4%	4 9,5%	17 40,5%	17 40,5%	3 7,1%	42 100%
	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente	Total
	N	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%	%
Q12 “Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?”	4 9,5%	9 21,4%	20 47,6%	5 11,9%	4 9,5%	42 100%
Q13 “Quão disponíveis estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?”	1 2,4%	4 9,5%	18 42,9%	14 33,3%	5 11,9%	42 100%
Q14 “Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?”	6 14,3%	8 19,0%	14 33,3%	11 26,2%	3 7,1%	42 100%
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
	N	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%	%

Q23 "Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde você mora?"	0 0,0%	2 4,8%	13 31,0%	22 52,4%	5 11,9%	42 100%
Q24 "Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?"	0 0,0%	1 2,4%	12 28,6%	21 50,0%	8 19,0%	42 100%
Q25 "Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte?"	1 2,4%	5 11,9%	21 50,0%	12 28,6%	3 7,1%	42 100%

O gráfico abaixo represente a distribuição das porcentagens do domínio Meio Ambiente pelas gestantes participantes da pesquisa. 14,29% das gestantes obteve escore de 56,25 no domínio do Meio Ambiente.

Figura 40: Domínio Meio Ambiente

5.2.7. Domínio relações sociais

Tabela 27: Estatística de Confiabilidade – domínio Relações Sociais

α de Cronbach	α de Cronbach baseado em itens estandarizados	Nº de itens
,576	,575	3

Em relação ao domínio de Relações Sociais, a questão 20 foi a que obteve maior média, e a questão 21 a que obteve maior valor de α de Cronbach.

Tabela 28: Estatística Descritiva Domínio Relações Sociais

	Escore Médio	Desvio Padrão	N	α de Cronbach*
20 - Quanto satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	4,21	,782	42	,127
21 - Quanto satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	4,05	,764	42	,713
22 - Quanto satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	4,10	,850	42	,472

* se item for deletado

23 gestantes (54,8%) referem que estão satisfeitas com suas relações pessoais. 29 (69%) estão satisfeitas com sua vida sexual e 18 (42,8%) estão satisfeitas com o apoio que recebem de seus amigos.

Tabela 29: Estatística Descritiva – Domínio Relações Sociais - questões

Questões	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
	N	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%	%
Q20 “Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?”	1 2,4%	0 0,0%	3 7,1%	23 54,8%	15 35,7%	42 100%
Q21 “Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?”	1 2,4%	1 2,4%	2 4,8%	29 69,0%	9 21,4%	42 100%
Q22 “Quão satisfeito(a) você está com o apoio que recebe de seus amigos?”	0 0,0%	2 4,8%	7 16,7%	18 42,9%	15 35,7%	42 100%

O gráfico abaixo representa a distribuição das porcentagens do domínio Relações Sociais pelas gestantes participantes da pesquisa. 21,43% das gestantes obtiveram 83,33 de escore no domínio de Relações Sociais.

Figura 41: Domínio Relações Sociais

5.3. QUALIDADE DE VIDA VERSUS CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Em relação aos domínios de Qualidade de Vida e a idade das gestantes, o domínio de Qualidade de Vida Geral teve maior escore na faixa etária de 14 a 20 anos (81,25). Na faixa de 31 a 35 anos o escore mais alto foi o de Relações Sociais (85,71). Na faixa de 36 ou + anos o maior escore foi também o domínio de Relações Sociais (80,55). Os dados apontam que a Qualidade de vida Geral é maior em gestantes abaixo de 30 anos, acima de 30 anos as relações sociais são “mais importantes”.

Tabela 30: Qualidade de vida versus Idade

Idade	Geral	Físico	Psicológico	Ambiente	Relações Sociais
14 a 20 anos: Média	81,2500	59,5238	72,9167	54,6875	77,7778
N	6	6	6	6	6
d.p.	6,8	15,09	10,45	8,088	14,59
21 a 25 anos: Média	77,5000	53,9286	71,6667	64,6875	73,3333
N	10	10	10	10	10
d.p.	7,90	13,72	12,54621	14,95	19,16
26 a 30 anos: Média	78,1250	60,7143	66,6667	61,1328	77,0833
N	16	16	16	16	16
d.p.	11,63	8,65	8,47	13,78635	11,97
31 a 35 anos: Média:	62,5000	55,6122	67,8571	58,4821	85,7143
	7	7	7	7	7
N					

d.p.	20,41	6,13	8,23	11,51	14,99
36 ou + anos: Média	66,6667	54,7619	63,8889	48,9583	80,5556
N	3	3	3	3	3
d.p.	14,43	5,45	2,40	6,50	12,72
p*	0,153**	0,537	0,476	0,326	0,562

*p< 0.005; **teste de Kruskal-Wallis

Ao se realizar o cruzamentos dos domínios de Qualidade de Vida do WHOQOL-bref com variável escolaridade, as gestantes em todos os graus de escolaridade, o escore maior foi o do domínio de Relações Sociais. Exceção foram as gestantes com o segundo grau completo que tiveram o escore de Qualidade de vida Geral maior (78,67).

Tabela 31: Qualidade de Vida versus Escolaridade

Escolaridade	Geral	Físico	Psicológico	Ambiente	Relações Sociais
1° incompleto: Média	72,3214	58,1633	68,1548	57,5893	73,8095
N	14	14	14	14	14
d.p.	17,11	13,72	8,74	13,52	16,29
1° completo: Média	75,000	58,3333	65,2778	54,1667	83,3333
N	3	3	3	3	3
d.p.	0,000	5,45	12,72	13,01	8,33
2° incompleto: Média:	77,0833	55,6122	67,8571	58,4821	77,7778
N	6	6	6	6	6
d.p.	14,61	12,11	8,19	11,00	13,60

2° completo: Média	78,6765	55,0420	69,8529	63,4191	77,7778
N	17	17	17	17	17
d.p.	7,34	8,66	10,97	13,10	14,76
3° incompleto: Média	75,0000	64,2857	69,8529	63,4191	78,9216
N	1	1	1	1	1
d.p.	-	-	-	-	-
3° completo: Média	37,500	57,1429	58,3333	50,0000	100,00
N	1	1	1	1	1
d.p.	-	-	-	-	-
p*	0,414**	0,765	0,827	0,470	0,576

*p< 0.005; **teste de Kruskal-Wallis

Em relação aos domínios de Qualidade de Vida e a cor da pele das gestantes, o domínio de Relações Sociais foi maior nas gestantes brancas e negras (84,72; 81,25, respectivamente). Já as gestantes pardas obtiveram escore de Qualidade de Vida Geral maior (74,51).

Tabela 32: Qualidade de Vida versus Cor da Pele

Cor da Pele	Geral	Físico	Psicológico	Ambiente	Relações Sociais
Branca: Média	77,0833	58,6310	69,0972	65,8854	84,7222
N	12	12	12	12	12
d.p.	11,71	12,22	9,64	14,37	13,68
Negra: Média	71,8750	60,7143	63,5417	50,000	81,2500
N	4	4	4	4	4

d.p.	15,72	2,91	7,11	13,50	14,23
Parda: Média:	74,5192	56,7308	69,3910	58,4135	74,3590
N	26	26	26	26	26
d.p.	14,35	10,70	9,99	11,24	14,51
p*	0,753**	0,739	0,532	0,069	0,115

*p< 0.005; **teste de Kruskal-Wallis

Em relação aos domínios de Qualidade de Vida e a profissão das gestantes, o domínio de Relações Sociais teve escore maior nas gestantes empregadas, donas de casa e estudantes (82,63; 75; 83,33; respectivamente). Já as gestantes desempregadas obtiveram escore mais alto no domínio de Qualidade de Vida Geral (79,46).

Tabela 33 – Qualidade de Vida versus Profissão

Profissão	Geral	Físico	Psicológico	Ambiente	Relações Sociais
Empregada: Média	75,0000	58,333	68,0556	58,0729	82,6389
N	12	12	12	12	12
d.p.	13,055	11,42	9,11	14,50	15,67
Desempregada: Média	79,4643	59,4388	68,4524	61,1607	76,1905
N	14	14	14	14	14
d.p.	6,21	8,12	10,16	13,29	12,16
Dona de casa: Média:	69,6429	55,3571	69,9405	61,6071	75,000
N	14	14	14	14	14
d.p.	18,15	12,89	10,73	11,52	16,98
Estudante: Média	81,2500	57,1429	66,6667	46,8750	83,3333

N	2	2	2	2	2
d.p.	8,83	5,05	0	8,83	0
p*	0,335**	0,788	0,948	0,464	0,537

*p< 0.005; **teste de Kruskal-Wallis

Em relação aos domínios de Qualidade de Vida e a renda das gestantes dessa pesquisa, o domínio de Relações Sociais também foi maior nas faixas de < 1 salário mínimo até 5 salários mínimos (71,52; 81,41; 82,40; 77,77; respectivamente). Somente as gestantes com renda superior a 5 salários mínimos obteve escore maior no domínio de Qualidade de Vida Geral (87,50).

Tabela 34: Qualidade de Vida versus Renda

Renda		Geral	Físico	Psicológico	Ambiente	Relações Sociais
<= 1 sm:	Média	68,7500	56,8452	65,6250	49,7396	71,5278
	N	12	12	12	12	12
	d.p.	13,58	11,64	7,76	10,18	16,46
1 a 2 sm:	Média	77,8846	56,3187	71,4744	62,7404	81,4103
	N	13	13	13	13	13
	d.p.	10,40	8,52	11,64	11,65	14,09
2 a 3 sm:	Média:	75,0000	59,9206	65,7407	61,4583	82,4074
	N	9	9	9	9	9
	d.p.	18,75	10,06	8,53	13,44	15,27
3 a 5 sm:	Média	77,0833	52,9762	70,1389	65,6250	77,7778
	N	6	6	6	6	6

d.p.	5,10	8,86	7,17	7,90	11,38
➤ 5 sm: Média	87,5000	75,0000	79,1667	75,0000	75,0000
N	2	2	2	2	2
d.p.	17,67	15,15	11,78	17,67	11,78
p*	0,189**	0,119	0,227	0,010	0,432

*p< 0.005; **teste de Kruskal-Wallis

Em relação aos domínios de Qualidade de Vida e a religião, o domínio de Relações Sociais também foi o domínio que obteve maior escore nas gestantes evangélicas e nas gestantes que não possuem religião (82,40; 79,16; respectivamente). As gestantes católicas obtiveram escore maior no domínio de Qualidade de Vida Geral (77,27).

Tabela 35: Qualidade de Vida versus Religião

Religião		Geral	Físico	Psicológico	Ambiente	Relações Sociais
Católica:	Média	77,2727	58,1169	68,7500	59,0909	74,2424
	N	22	22	22	22	22
	d.p.	11,97	10,63	10,50	12,79	14,52
evangélica:	Média	72,2222	57,1429	68,9815	61,8056	82,4074
	N	18	18	18	18	18
	d.p.	15,78	11,36	9,28	13,19	14,82
Não tem:	Média:	75,000	57,1429	66,6667	48,4375	79,1667
	N	2	2	2	2	2
	d.p.	0	5,05	0	11,04	5,89
Total:	Média	75,0000	57,6531	68,7500	59,7470	77,9762

N	42	42	42	42	42
d.p.	13,52	10,59	9,61	12,93	14,70
p*	0,611**	0,959	0,952	0,369	0,220

*p< 0.005; **teste de Kruskal-Wallis

Em relação aos domínios de Qualidade de Vida e a naturalidade das gestantes, as gestantes naturais de São Paulo e as de outras cidades, o domínio de Relações Sociais obteve maior escore (78,81; 80,83; respectivamente). As gestantes naturais das cidades de São Paulo e grande São Paulo, o escore de Qualidade de Vida geral obteve escore maior (76,56).

Tabela 36: Qualidade de Vida versus Naturalidade

Naturalidade	Geral	Físico	Psicológico	Ambiente	Relações Sociais
São Bernardo: Média	75,0000	59,6726	67,5347	59,3750	78,819
N	24	24	24	24	24
d.p.	13,29	9,90	9,51	14,39	15,92
São Paulo e : Média	76,5625	55,3571	69,2708	60,9375	71,8750
Grande São Paulo					
N	10	10	10	10	10
d.p.	18,11	13,88	11,85	14,61	12,45
Outros: Média	73,7500	54,6429	71,2500	59,6875	80,8333
N	10	10	10	10	10
d.p.	18,11	13,88	11,85	14,61	12,45
p*	0,986**	0,367	0,594	0,959	0,410

*p< 0.005; **teste de Kruskal-Wallis

Em relação aos domínios de Qualidade de Vida e a moradia das gestantes, as gestantes com moradia própria tiveram o escore de Qualidade de Vida maior (80,76). Já as gestantes que moram em casa alugada ou cedida tiveram escore de Relações Sociais maior (76,25; 83,33; respectivamente).

Tabela 37: Qualidade de Vida versus Moradia

Moradia	Geral	Físico	Psicológico	Ambiente	Relações Sociais
Própria: Média	80,7692	61,8132	70,5128	61,7788	76,9231
N	13	13	13	13	13
d.p.	9,70	13,93	10,95	15,52	14,88
alugada: Média	75,000	56,4286	68,5417	60,6250	76,2500
N	20	20	20	20	20
d.p.	12,82	8,79	9,79	11,75	15,35
Cedida: Média:	66,6667	54,3651	68,5417	54,8611	83,3333
N	9	9	9	9	9
d.p.	16,53	7,51	7,51	11,49	13,17
p*	0,090**	0,212	0,659	0,439	0,475

*p< 0.005; **teste de Kruskal-Wallis

Em relação aos domínios e a quantidade de cômodos das casas das gestantes, as gestantes com 1 e 2 cômodos na casa tiveram escore de Qualidade de Vida Geral maior (81,25; 76,38; respectivamente). Já as gestantes com 3, 4, 5 ou + cômodos tiveram escore maior no domínio de Relações Sociais (79,41; 79,62; 81,66; respectivamente).

Tabela 38 – Qualidade de Vida versus Cômodos

Cômodos	Geral	Físico	Psicológico	Ambiente	Relações Sociais
1 cômodo: Média	81,2500	64,2857	70,8333	43,7500	70,8333
N	2	2	2	2	2
d.p.	8,83	10,10	5,89	0	5,89
2 cômodos: Média	76,3889	53,9683	71,2983	60,4167	73,1481
N	9	9	9	9	9
d.p.	15,86	11,35	11,30	6,98	16,01
3 cômodos: Média	73,1667	58,8235	68,6275	55,8824	79,4118
N	17	17	17	17	17
d.p.	12,40	11,98	10,00	13,11	14,46
4 cômodos: Média:	79,1667	59,1270	68,51,85	68,4028	79,6296
N	9	9	9	9	9
d.p.	20,41	6,13	8,23	11,51	14,99
5 ou + : Média	67,5000	55,0000	64,1667	62,5000	81,6667
cômodos	5	5	5	5	5
N	22,70	4,79	6,31	17,39	19,00
d.p.					
p*	0,558**	0,653	0,778	0,055	0,748

*p< 0.005; **teste de Kruskal-Wallis

5.4. QUALIDADE DE VIDA VERSUS CARACTERÍSTICAS GESTACIONAIS

Em relação aos domínios de Qualidade de Vida e ao IMC gestacional, as gestantes com baixo peso obtiveram escores iguais nos domínios de Qualidade de Vida Geral e Relações Sociais (78,84). As gestantes com o peso adequado, com sobrepeso e as gestantes obesas obtiveram escore maior no domínio de Relações Sociais (78,78; 76,51; 77,38; respectivamente).

Tabela 39: Qualidade de Vida versus IMC

IMC	Geral	Físico	Psicológico	Ambiente	Relações Sociais
Baixo peso: Média	78,8462	65,3846	71,7949	58,8942	78,8462
N	13	13	13	13	13
d.p.	11,84	13,31	9,49	16,33	17,55
adequado: Média	75,0000	52,5974	68,5606	62,7841	76,5152
N	11	11	11	11	11
d.p.	13,69	7,15	10,09	14,48	15,28
sobrepeso: Média	75,0000	55,948	67,4242	59,0909	78,7879
N	11	11	11	711	11
d.p.	13,69	6,84	10,99	8,43	13,10
obesidades: Média:	67,8571	55,1020	65,4762	57,5893	77,3810
N	7	7	7	7	7
d.p.	15,90	7,39	6,68	10,80	13,36
p*	0,438**	0,010	0,522	0,840	0,980

*p< 0.005; **teste de Kruskal-Wallis

A tabela seguinte representa a correlação que há entre os domínios de Qualidade de Vida com o IMC. Quanto maior o IMC maior a Qualidade de Vida no domínio Físico.

Tabela 40: Correlação entre Qualidade de Vida e IMC

Correlação de Pearson	Qualidade de Vida Geral**	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Meio Ambiente	Domínio Relações Sociais
**Spearman					
IMC	-,229	-,345*	-,233	-,046	-,016

*Correlação significativa

Em relação aos domínios de Qualidade de Vida e o trimestre gestacional, as gestantes que estavam no primeiro trimestre obtiveram escores igual nos domínios de Qualidade de Vida Geral e Relações Sociais (75). As gestantes que estavam no segundo trimestre e as gestantes que estavam no terceiro trimestre gestacional obtiveram escore maior no domínio de Relações Sociais (77,45; 79,62; respectivamente).

Tabela 41: Qualidade de Vida versus Trimestre Gestacional

Trimestre Gestacional	Geral	Físico	Psicológico	Ambiente	Relações Sociais
1 trimestre: Média	75,0000	59,1837	66,6667	56,2500	75,0000
N	7	7	7	7	7
d.p.	20,41	13,34	10,48	15,52	14,21
2 trimestre: Média	77,0833	56,1508	68,4444	58,3333	79,6266
N	18	18	18	18	18
d.p.	11,54	7,01	8,80	12,26	14,06

3 trimestre: Média	72,7941	58,6134	68,8725	62,6838	77,4510
N	17	17	17	17	17
d.p.	12,68	12,81	10,53	12,71	15,80
p*	0,466**	0,733	0,816	0,459	0,774

*p< 0.005; **teste de Kruskal-Wallis

Em relação aos domínios de Qualidade de Vida e o número de filhos que as gestantes já possuem, o escore do domínio de Relações Sociais foi maior nas gestantes que não possuem filhos, nas que possuem 2 filhos, e nas que possuem 4 filhos ou + (82,69; 77,50; 66,66; respectivamente). As gestantes com 1 filho obtiveram escore maior no domínio de Qualidade de Vida Geral (79,68). As gestantes com 3 filhos obtiveram escore maior no domínio Psicológico (72,91).

Tabela 42: Qualidade de Vida versus N° de Filhos

N de filhos	Geral	Físico	Psicológico	Ambiente	Relações Sociais
0 filhos: Média	75,9615	58,5165	73,3974	57,6923	82,6923
N	13	13	13	13	13
d.p.	9,49	12,67	11,09	14,35	12,93
1 filho: Média	79,6875	56,9196	65,1042	63,4766	76,5625
N	16	16	16	16	16
d.p.	13,59	9,71	9,60	14,00	12,98
2 filhos: Média	72,5000	58,5714	68,3333	58,7500	77,5000
N	10	10	10	10	10
d.p.	11,48	9,25	6,27	8,81	19,66
3 filhos: Média:	56,1500	57,1429	72,9167	54,6875	66,6667

N	2	2	2	2	2
d.p.	26,51	20,20	2,94	15,46	11,78
4 ou + filhos: Média	50,0000	50,0000	62,5000	46,8750	66,6667
N	1	1	1	1	1
d.p.	0	0	0	0	0
p*	0,075**	0,950	0,187	0,575	0,532

*p< 0.005; **teste de Kruskal-Wallis

Em relação ao domínio de Qualidade de Vida e as comorbidades que as gestantes possuem, houve um predomínio do domínio Relações Sociais em ambas.

Tabela 43: Qualidade de Vida versus Comorbidades

Comorbidades	Geral	Físico	Psicológico	Ambiente	Relações Sociais
Sim: Média	68,7500	52,6786	64,5833	51,5625	79,1667
N	4	4	4	4	4
d.p.	12,50	9,39	11,02	13,85	14,43
Não: Média	75,6579	58,17676	69,1886	60,6086	77,8509
N	38	38	38	38	1038
d.p.	13,61	10,69	9,51	12,72	14,91
p*	0,213**	0,330	0,369	0,187	0,867

*p< 0.005; **teste de Mann-Whitney

Em relação ao planejamento da gestação, as gestantes que planejaram obtiveram escore maior em todos os domínios menos no domínio

Psicológico em relação às gestantes que não planejaram a gestação.

Tabela 44: Qualidade de Vida versus Gestação Planejada

Gestação Planejada	Geral	Físico	Psicológico	Ambiente	Relações Sociais
sim: Média	75,8333	58,5714	66,9444	61,6667	76,1111
N	15	15	15	15	15
d.p.	15,28	12,20	9,11	16,12	16,92
não: Média	74,5370	57,1429	69,7531	58,6806	79,0123
N	27	27	27	27	27
d.p.	12,72	9,80	9,91	10,97	13,55
p*	0,666	0,770	0,681	0,371	0,547

*p< 0.005; **teste de Mann-Whitney

Em relação aos domínios de Qualidade de Vida e a sensação de dor, tanto as gestantes que sentiam dor como as que não sentiam obtiveram escore maior no domínio de Relações Sociais (74,12; 81,15; respectivamente).

Tabela 45: Qualidade de Vida versus Sensação de Dor

Sensação de Dor	Geral	Físico	Psicológico	Ambiente	Relações Sociais
Sim: Média	70,3947	53,3835	66,2281	53,9474	74,1228
N	19	19	19	19	19
d.p.	13,95	9,18	7,71	10,56	13,85
Não: Média	78,8043	61,1801	70,8333	64,5380	81,1594

N	23	23	23	23	23
d.p.	12,17	10,56	10,66	12,94	14,91
p*	0,30**	0,016	0,124	0,007	0,124

*p< 0.005; **teste de Mann-Whitney

Em relação à frequência da dor, as gestantes que sentiam a dor diariamente obtiveram escore maior no domínio de Relações Sociais (75). As gestantes que sentiam dores esporadicamente obtiveram escore maior no domínio de Qualidade de Vida Geral (73,21).

Tabela 46: Qualidade de Vida versus Frequência da Dor

Frequência da Dor	Geral	Físico	Psicológico	Ambiente	Relações Sociais
Não tem: Média	78,8043	61,1801	70,8333	64,5380	81,1594
N	23	23	23	23	23
d.p.	12,17	10,56	10,66	12,94	14,91
diariamente: Média	68,7500	54,1667	66,3194	50,7813	75,0000
N	12	12	12	12	12
d.p.	12,50	9,96	8,60	10,41	13,76
esporádico: Média	73,2143	52,0408	66,0714	59,3750	72,6190
N	7	7	7	7	7
d.p.	16,81	8,21	6,55	9,02	14,99
p*	0,054**	0,051	0,310	0,008	0,293

*p< 0.005 **Kruskal-Wallis

Em relação à presença de náuseas e vômitos, as gestantes com episódios de náusea e vômito obtiveram escore de Relações Sociais maior (79,72). As gestantes que não passaram por isso obtiveram escore de Qualidade de Vida Geral maior (75).

Tabela 47: Qualidade de Vida versus Náusea e Vômitos

Náusea e vômitos	Geral	Físico	Psicológico	Ambiente	Relações Sociais
Sim: Média	75,0000	56,7857	67,9167	59,8958	79,7222
N	30	30	30	30	30
d.p.	14,30	10,33	9,54	12,79	15,88
Não: Média	75,0000	59,8214	70,8333	59,3750	73,6111
N	12	12	12	12	12
d.p.	11,91	11,40	9,89	13,84	10,56
p*	0.502**	0.314	0.145	0.853	0.353

*p< 0.005 **Mann-Whitney

Em relação aos domínios de Qualidade de Vida e a frequência dos episódios de náusea e vômito, as gestantes com episódios diários e as gestantes com episódios esporádicos obtiveram escore maior no domínio de Relações Sociais (78,07; 82,57; respectivamente).

Tabela 48: Qualidade de Vida versus Frequência de Náusea e Vômitos

Frequência de Náusea e Vômitos	Geral	Físico	Psicológico	Ambiente	Relações Sociais
Não tem: Média	75,0000	59,8214	70,8333	59,3750	73,6111
N	12	12	12	12	12

d.p.	11,91	11,40	9,89	13,84	10,56
Diariamente : Média	71,7105	54,8872	65,5702	58,8816	78,0702
Em especial no início da gestação					
N	19	19	19	19	19
d.p.	16,58	9,75	7,32	12,93	16,00
esporádico: Média	80,6818	60,0649	71,9697	61,6477	82,5758
N	11	11	11	11	11
d.p.	6,52	10,92	11,79	12,96	16,00
p*	0.264**	0.314	0.145	0.853	0.353

*p< 0.005 **Kruskal-Wallis

Em relação ao início do pré-natal, as gestantes que iniciaram no primeiro trimestre e as gestantes que iniciaram no segundo trimestre o escore maior foi no domínio de Relações Sociais (77,77; 79,16; respectivamente).

Tabela 49: Qualidade de vida versus Início do Pré-Natal

Início do Pré-Natal	Geral	Físico	Psicológico	Ambiente	Relações Sociais
1 trimestre: Média	75,0000	57,0437	68,5185	60,5035	77,7778
N	36	36	36	36	36
d.p.	14,33	9,63	9,41	13,04	14,77
2 trimestre: Média	75,0000	61,3095	70,1389	55,2083	79,1667
N	6	6	16	6	6
d.p.	7.90	15,87	11,61	12,28	15,59

p*	0,609**	0.368	0.707	0.360	0.833
-----------	---------	-------	-------	-------	-------

*p< 0.005 **Mann-Whitney

Em relação ao número de consultas realizadas no pré-natal, a gestantes que na época da coleta ainda não tinha realizado consulta obteve mesmo escore no domínio de Qualidade de Vida Geral, domínio de Relações Sociais e domínio Psicológico (75). As que realizaram 1 consulta, obtiveram maior escore no domínio de Qualidade de Vida Geral (87,50). As que fizeram 2 consultas obtiveram maior escore no domínio de Relações Sociais (80,55). As gestantes que realizaram 3 consultas também obtiveram maior escore no domínio de Relações Sociais (80,55), da mesma forma as que realizaram 5, 6 e 7 ou + consultas (80,55; 76,66; 81,25; respectivamente). As que realizaram 4 consultas obtiveram escore maior no domínio de Qualidade de Vida Geral (78,12).

Tabela 50: Qualidade de Vida versus Consultas de Pré-Natal

Consultas de Pré-Natal	Geral	Físico	Psicológico	Ambiente	Relações Sociais
nenhuma: Média	75,0000	71,4286	75,0000	43,7500	75,0000
N	1	1	1	1	1
d.p.	0	0	0	0	0
1 consulta: Média	87,5000	58,9286	70,1389	59,3750	75,0000
N	6	6	6	6	6
d.p.	7.90	15,44	12,47	17,23	7,45
2 consultas: Média	68,7500	58,9286	6,2778	58,3333	80,5556
N	9	9	9	9	9
d.p.	15,02	6,38	5,51	5,14	18,16

3 consultas: Média:	72,2222	56,3492	66,6667	60,4167	80,5556
N	9	9	9	9	9
d.p.	15,02	6,38	5,51	15,14	18,16
4 consultas: Média	78,1250	62,5000	69,7917	57,8125	66,6667
N	4	4	4	4	4
d.p.	6,25	11,10	7,11	10,36	21,41
5 consultas: Média	79,1667	67,8571	69,4444	67,7083	80,5556
N	3	3	3	3	3
d.p.	7,21	6,18	14,63	20,80	17,34
6 consultas: Média	65,0000	52,1429	66,6667	61,2500	76,6667
N	5	5	5	5	5
d.p.	20,53	5,41	8,83	12,61	13,69
7 ou + consultas:Média	76,5625	52,6786	72,3958	59,3750	81,2500
N	8	8	8	8	8
d.p.	4,41	9,68	12,58	12,50	9,70
p*	0.169**	0.274	0.889	0.911	0.847

*p< 0.005 **Kruskal-Wallis

Em relação ao tipo de pré-natal, as gestantes que realizaram pré-natal somente no SUS e as que realizaram no SUS e no convênio obtiveram maior escore no domínio de Relações Sociais (77,54; 80,55; respectivamente).

Tabela 51: Qualidade de Vida versus Tipo de Pré-Natal

Tipo de PN	Geral	Físico	Psicológico	Ambiente	Relações Sociais
SUS: Média	75,0000	57,8373	68,8657	59,3750	77,5463
N	36	36	36	36	36
d.p.	14,33	11,28	9,68	13,21	15,66
SUS+convênio: Média	75,0000	56,5476	68,0556	61,9792	80,5556
N	6	6	6	6	6
d.p.	7,90	5,25	10,09	11,92	6,80
p*	0,609**	0,786	0,851	0,654	0,648

*p< 0.005 **Mann-Whitney

Em relação a prática de atividade física, as gestantes que praticavam alguma atividade física obtiveram maiores escores em todos os domínios em relação às que não praticavam.

Tabela 52: Qualidade de Vida versus Atividade Física

Atividade Física	Geral	Físico	Psicológico	Ambiente	Relações Sociais
Sim: Média	79,1667	64,2857	72,2222	80,1083	88,8889
N	3	3	3	3	3
d.p.	7,21	10,71	12,72	9,02	9,62
Não: Média	74,6795	57,1429	68,4829	58,1731	77,1368
N	39	39	39	39	39
d.p.	13,89	10,55	9,50	11,85	14,77
p*	0,669**	0,266	0,523	0,003	0,185

*p< 0.005 **Mann-Whitney

5.5. FACETAS DO WHOQOL-BREF

Os domínios do WHOQOL-bref são compostos por algumas facetas, cada uma das facetas é avaliada por uma questão. Ao olharmos as questões em cada domínio podemos observar as questões que são melhor ou pior avaliadas pelas participantes da pesquisa. Desta forma obtemos as facetas que são melhor ou pior avaliadas, representando assim a faceta de maior potencialidade e maior vulnerabilidade para as gestantes participantes desta pesquisa.

A tabela a seguir traz as facetas de maior potencialidade e maior vulnerabilidade em cada domínio.

Tabela 53 – Potencialidade e Vulnerabilidade nas Facetas do WHOQOL-bref

Domínios	Maior Potencialidade	Maior Vulnerabilidade
Físico	Mobilidade	Energia e fadiga
Psicológico	Sentimentos positivos Imagem corporal e Aparência	Pensar, aprender, memória e concentração
Meio Ambiente	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade de qualidade	Recursos financeiros
Relações Sociais	Relações pessoais	Atividade Sexual

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

Considerando a complexidade do fenômeno a ser avaliado, foram utilizados dois instrumentos, com diferentes abordagens, além de indicadores sócio-demográficos e de saúde do município de São Bernardo do Campo e indicadores estaduais. As médias destes indicadores foram comparados com às médias nacionais e internacionais. Acrescentar indicadores sócio-demográficos para a análise da Qualidade de Vida foi uma estratégia adotada para que a aproximação ao fenômeno fosse realizada sob uma perspectiva mais objetiva, ou seja, a Qualidade de Vida como um construto multidimensional, de natureza objetiva e subjetiva, determinado socialmente pelas condições de vida e trabalho dos indivíduos e relativizado pelo contexto histórico e cultural no qual se inserem.

O instrumento de medida de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL) utilizado, procura captar dados objetivos e subjetivos sobre Qualidade de Vida e das diversas dimensões da vida. O questionário utilizado para avaliar os indicadores sócio-demográficos e gestacionais procura captar indicadores que possam influenciar na Qualidade de Vida gestacional das usuárias da UBS.

6.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Como pode ser visto anteriormente, as gestantes pesquisadas eram em sua maioria (62%) pertencentes à faixa etária dos 21 aos 30 anos, sendo que 14% (6) são gestantes adolescentes. Em um trabalho realizado por Otsuka et al (2005) foram avaliadas o quantitativo de gestantes adolescentes cobertas pela ESF em São Bernardo do Campo, sendo que em 2002 eram

cerca de 15%. Segundo o IBGE em 2001, 82,8% das mulheres de 25 a 49 anos são mães, sendo que a proporção de mulheres com filhos aumenta com a idade. Em 2001, na faixa de 25 e 49 anos, 82,8% tinham, pelo menos, um filho. Essa informação é importante 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. Outro fenômeno importante é que no Brasil 7,3% das jovens de 15 a 17 anos têm, pelo menos, um filho. Os dados também revelam índices altos de gravidez na adolescência, uma vez que, entre as jovens de 15 a 17 anos, a proporção de mulheres com, pelo menos, um filho é de 7,3% no país (IBGE, 2002). Segundo Chemello, Tanaka, Buzzetti e Lorenzi (2001), a ocorrência de gestação durante a adolescência é um tema que tem merecido destaque em nível mundial, em particular nos países subdesenvolvidos, pois constitui um problema de grande relevância no campo da saúde pública, não somente pelo seu risco biológico, mas principalmente pelas suas repercussões psicossociais.

Pinto et al (2005) referem que a gestação na adolescência não é só um problema clínico que torna mais difícil o acompanhamento dessas gestantes pelos profissionais de saúde; é um problema social, porque interfere na vida da mulher, alterando suas perspectivas, e também as de sua família.

Em relação à escolaridade das gestantes, nos deparamos com a realidade das classes menos favorecidas do nosso país, pois 33,3% das gestantes da pesquisa não possuem o primeiro grau completo, em contrapartida menos de 5% das gestantes possuem o terceiro grau, seja ele completo ou não. Segundo a Fundação SEADE (2006) a região metropolitana de São Paulo possui escolaridade superior a 8 anos, o que corresponde ao ensino fundamental completo.

Em relação à renda familiar das gestantes desta pesquisa cerca de 60% possuem uma renda de até 2 salários-mínimos (até R\$1020,00). No estado de São Paulo menos de 50% das famílias possuía uma renda que

não ultrapassava 3 salários-mínimos no ano de 2006, sendo esse dado reproduzido na região metropolitana de São Paulo. É também na região metropolitana de São Paulo que a distribuição de renda familiar se mostra mais desigual (Fundação SEADE, 2006). Esta renda pode advir de programas sociais do governo, como o bolsa família, o que fragiliza mais essa Qualidade de Vida, pois a qualquer momento pode ser cortado.

Em relação ao estado civil das gestantes pesquisadas, cerca de 90% estão em algum tipo de relação estável, sendo ou casadas ou em união consensual. Isto pode representar um dado positivo, pois significa que não estão vivenciando o momento da gestação sozinhas. Ao dizer isto, não estou referindo que a gestantes solteiras que no caso desta pesquisa são 19% ou as divorciadas ou separadas (2,4%) estão em uma situação de maior vulnerabilidade, porque não temos maiores dados para caracterizar esse indicador. O único dado que temos nesta pesquisa é o cruzamento da Qualidade de Vida com o estado civil. As gestantes solteiras e as separadas/divorciadas foram as que atingiram as menores média de Qualidade de Vida.

Em relação à cor da pele das gestantes mais de 60% são pardas. Segundo a Síntese de Indicadores Sociais de 2002 do IBGE, negros e pardos recebem metade dos rendimentos de brancos em especial na região metropolitana de São Paulo.

Cerca de 80%, das gestantes não estão inseridas no mercado de trabalho, sendo que cerca de 40% se consideram desempregadas.

Somente 31% das gestantes moram em casa própria, 21% em casa cedida e 48% em casa alugada. Cerca de 75% moram em casas de até 3 cômodos.

Pinto, et al (2005) em seu estudo sobre o perfil social de gestantes de unidades de saúde da família em Teresópolis, constataram que 50% das gestantes viviam em casas com apenas um quarto, sendo as famílias

grandes com três, quatro ou mais membros. Nesses casos, como referem os autores:

é impossível não se pensar nas condições de higiene a que essas mães e essas crianças, muitas das vezes, são submetidas, numa fase tão frágil de suas vidas. Quanto maiores as famílias maiores os gastos, principalmente os gastos com uma boa alimentação, essencial durante toda a gestação. A renda familiar se torna então um fator determinante da qualidade de vida dessas gestantes, por isso ajudar nas despesas de casa é importante. Mais importante ainda é ter acesso aos benefícios a que toda gestante trabalhadora e registrada tem direito.

As gestantes aqui estudadas parecem ter condições de moradia um pouco melhor que as encontradas pelos autores acima.

Em relação a naturalidade, cerca de 60% das gestantes são naturais de São Bernardo, cerca de 20% são naturais de São Paulo ou Grande São Paulo e o restante das gestantes algumas são provenientes da Região Nordeste do Brasil.

Em relação à Religião, 52,4% são católicas e 42,9% evangélicas. Jesse, Schoneboom e Blanchard (2007) em um estudo sobre os efeitos da fé e da espiritualidade na gravidez referem que a gestação é um tempo de contemplação miraculosa e conectividade espiritual. Os autores também referem que quando a gestante é vista de maneira mais holística, os profissionais de saúde que a acompanham podem reconhecer melhor desarmonias, que aumentam o risco perinatal.

Nos últimos 20 anos houve um aumento de produção científica a respeito de espiritualidade. Um estudo realizado por Najman et al (1988) apud Jesse, Schoneboom e Blanchard (2007) descreve que testemunhas de Jeová, Mormons e Adventistas do Sétimo Dia apresentam menores riscos comportamentais durante a gestação tais como o uso de álcool, fumo, e drogas. Nesse estudo a gestação durou mais tempo e os RNs pesaram mais que nos casos de gestantes e RNs de gestantes católicas e protestantes. Estes dados estão diretamente relacionados aos hábitos culturais das religiões. (JESSE; SCHONEBOOM; BLANCHARD, 2007)

No estudo realizado por Jesse, Schoneboom e Blanchard (2007) as gestantes avaliadas referiram o significado da espiritualidade e fé para elas durante a gestação. Foi encontrado que para 27% das gestantes a espiritualidade ou fé significa suporte e guia para a vida. 25% referiram que a espiritualidade e a fé significam proteção, benção e recompensa. 18% referiram que espiritualidade e a fé significam comunicação com Deus. Para 11% força e confiança. Para 9% a espiritualidade invocava escolhas difíceis, pois eram gestantes que estavam passando por algum momento difícil e faziam uso da espiritualidade durante essas situações. E para 8% a espiritualidade significava um benefício positivo geral.

As gestantes aqui estudadas na sua maioria referiram ter uma religião o que como vimos nos estudos acima pode ter contribuído para a avaliação positiva de sua Qualidade de Vida.

6.2. CARACTERIZAÇÃO GESTACIONAL

Em relação ao trimestre que se encontram as gestantes desta pesquisa, 17% encontram-se no primeiro trimestre, 43% no segundo trimestre, e 40% no terceiro trimestre. Os trimestres foram divididos em:

- Primeiro trimestre: 1 a 14 semanas
- Segundo trimestre: 15 a 27 semanas
- Terceiro trimestre: 28 a 42 semanas

86% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, o que demonstra um ótimo indicador, pois o Ministério da Saúde preconiza que o pré-natal seja iniciado no primeiro trimestre, ou seja, que a gestante seja captada precocemente pelo SUS, realizando sua primeira consulta até 120

dias de gestação (BRASIL, 2006). Nesta pesquisa nenhuma gestantes com mais de 3 salários mínimos iniciou o pré-natal no segundo trimestre.

Em relação às consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes as que se encontram no primeiro trimestre 9,52% (4 gestantes) fizeram 1 consulta, 4,76% (2 gestantes) fizeram 2 consultas, 2,38% (1 gestante) fez 1 consulta. As gestantes que se encontram no segundo trimestre gestacional, 2,38% (1 gestante) ainda não fez nenhuma consulta, mas já tem sua primeira consulta agendada; 4,76% (2 gestantes) fizeram 2 consultas; 16,67% (7 gestantes) fizeram 3 consultas; 4,76% (2 gestantes) fizeram 4 consultas; 2,38% (1 gestante) realizou 5 consultas; 4,76% (2 gestantes) realizaram 6 consultas; 2,38% (1 gestante) realizou 7 ou mais consultas. As gestantes que se encontram no terceiro trimestre gestacional 4,76% (2 gestantes) realizaram 2 consultas; 2,38% (1 gestante) realizou 3 consultas; 4,76% (2 gestantes) realizaram 4 consultas; 4,76% (2 gestantes) realizaram 5 consultas; 7,14% (3 gestantes) realizaram 6 consultas; 16,67% (7 consultas) realizaram 7 ou mais consultas.

O Ministério da Saúde em seu Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério (2006) preconiza que sejam realizadas no mínimo 6 consultas de pré-natal sendo essas consultas preferencialmente:

- 1 consulta no primeiro trimestre;
- 2 consultas no segundo trimestre;
- 3 consultas no terceiro trimestre.

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005. Entretanto, esse indicador apresenta diferenças regionais significativas: em 2003, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e Nordeste, independentemente da escolaridade da mãe. (BRASIL, 2006)

Apesar da ampliação na cobertura, alguns dados demonstram comprometimento da qualidade dessa atenção, tais como a incidência de sífilis congênita, o fato de a hipertensão arterial ainda ser a causa mais freqüente de morte materna no Brasil, e o fato de que somente pequena parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) conseguem realizar o elenco mínimo das ações preconizadas (BRASIL, 2006).

86% das gestantes são assistidas no pré-natal somente pelo SUS e 14% são assistidas também pelo sistema suplementar de saúde. A maioria das gestantes que complementam a assistência pré-natal com o convênio possui esse direito principalmente por serem dependentes de seus maridos. Algumas gestantes referem que não querem deixar a UBS por medo de perderem o vínculo e outras porque gostam da atenção recebida no pré-natal na UBS.

Ao comparar os dados de número de consulta, trimestre gestacional e o tipo de pré-natal (SUS ou SUS + convênio), nos deparamos com o fato de que as gestantes que realizam o pré-natal também no sistema suplementar de saúde passaram por menos consultas do que as gestantes que realizam o pré-natal somente pelo SUS. Esse dado nos faz questionar o fato de que se a mulher tem a condição de usufruir o sistema suplementar de saúde, porque então o SUS deveria pagar pelas consultas realizadas para essa gestante?

Em relação ao aspecto nutricional da gestante 31% delas estão abaixo do peso adequado para a idade gestacional, 26% estão adequadas, 26% estão sobrepeso, e 17% estão obesas em relação à idade gestacional. Segundo Amador, Juárez, Guízar e Linares (2008) a obesidade impacta adversamente os resultados gestacionais, aumentando as taxas de hipertensão, diabetes mellitus, e infecções, afetando negativamente a Qualidade de Vida dessas gestantes. Nesse estudo as gestantes obesas eram mais velhas e possuíam escolaridade mais baixa, além das complicações maternas (hipertensão gestacional, intolerância a glicose,

partos cesarianos, hospitalizações ante partos) serem mais altas nesse grupo. A Qualidade de Vida foi separada em componente físico e componente mental, e nos dois escores a Qualidade de Vida foi menor do que nas gestantes não obesas.

Durante a última década, a prevalência de mulheres obesas cresceu rapidamente tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, inclusive durante a gravidez, que passou a ser considerada um fator de risco para a obesidade. Atualmente existem evidências de que o estado nutricional no período periconcepcional e durante a gravidez, bem como o estado nutricional da criança nos primeiros anos de vida são fatores que influenciam significativamente a saúde de um indivíduo durante toda a vida (AMADOR et al, 2008).

Durante a gestação o aumento do aporte de energia materna é necessário para satisfazer as necessidades da mãe e do feto. Caso contrário, pode ocorrer um estado de competição biológica, comprometendo o bem-estar de ambos. Assim, as recomendações nutricionais durante o pré-natal devem ser direcionadas para dois focos: o consumo energético pelo organismo e o ganho de peso durante a gestação, de modo que uma adequada ingestão energética se traduza num ganho ponderal gestacional satisfatório. O ganho de peso durante a gestação expressa tanto o crescimento fetal quanto a expansão de tecidos maternos (placenta, tecido adiposo, útero e mamas), o aumento de líquido extracelular e do volume sangüíneo e a formação de líquido amniótico (AMADOR et al, 2008).

Existe um consenso de que o inadequado ganho de peso durante a gestação tem implicações imediatas e a longo prazo para a saúde do binômio mãe-feto, de modo que, tradicionalmente, o baixo peso materno tem sido considerado como fator de risco para as complicações e resultados adversos ocorridos na gestação, especialmente o baixo peso ao nascer (AMADOR et al, 2008).

Segundo o SISVAN de 2010 no estado de São Paulo 18% das gestantes estão abaixo do peso adequado, 40% no peso adequado, 24,2%

estão sobrepeso e 18% estão obesas. Já para a cidade de São Bernardo do Campo no ano de 2009, 16,1% das gestantes estão abaixo do peso adequado, 34,8% estão com o peso adequado, 29,5% estão sobrepeso e 19,6% estão obesas, totalizando 112 gestantes. Se separarmos esse dado por cor da pele verificamos que nos caso das gestantes brancas (48 gestantes) 16,7% estão abaixo do peso, 31,3% estão com o peso adequado, 31,3% estão sobrepeso e 20% estão obesas. No caso das gestantes negras (13 gestantes) 15,4% estão abaixo do peso, 30,8% estão com o peso adequado, 23,1% estão sobrepeso e 30,8% estão obesas. No caso das gestantes pardas (41 gestantes) 19,5% estão abaixo do peso, 34,1% estão com o peso adequado, 29,3% estão sobrepeso e 17,1% estão obesas.

Aos separarmos esse dado da pesquisa do SISVAN nas gestantes desta pesquisa verificamos que as gestantes brancas (12 gestantes) 7,14% estão abaixo do peso, 7,14% estão com o peso adequado, 7,14% estão sobrepeso e 7,14% estão obesas. Em relação às gestantes negras (4 gestantes) 4,76% estão abaixo do peso, e 4,76% estão sobrepeso. Em relação as gestantes pardas (26 gestantes) 19,05% estão abaixo do peso (dado semelhante ao do município), 19,05% estão com o peso adequado, 14,29% estão sobrepeso e 9,52% estão obesas.

Um estudo realizado com gestantes em Pernambuco constatou que o ganho de peso semanal excessivo era diretamente proporcional ao estado nutricional inicial, ou seja, quanto maior o IMC no início da gestação, maior a tendência de ganho de peso semanal excessivo (ANDRETO et al, 2006).

Em relação ao número de filhos, 1 (2,38%) gestante adolescente já possui 1 filho. Das gestantes entre 21 a 25 anos, 4 (9,52%) possuem 1 filho e 2 (4,76%) possuem 2 filhos. Das gestantes de 26 a 30 anos 7 (16,67%) possuem 1 filho, 5 (11,9%) possuem 2 filhos e 1 (2,38%) possui 3 filhos. As gestantes entre 31 a 35 anos, 3 (7,14%) possuem 1 filho, 3 (7,14%) possuem 2 filhos e 1 (2,38%) possui 3 filhos. Por último, entre as gestantes com 36 ou mais anos, 1 (2,38%) possui 1 filho e 1 (2,38%) 4 ou mais filhos. Em 1970 a mulher brasileira tinha, em média, 5,8 filhos. Trinta anos depois,

esta média era de 2,3 filhos. A taxa de fecundidade da região sudeste era de 2,2 filhos por mulher em 2000. A média de idade da fecundidade da mulher brasileira diminuiu acentuadamente de 1980 para 2000 em todas as regiões. Os dados do Censo 2000 indicam uma elevação da contribuição da fecundidade das mulheres mais jovens na fecundidade total, isto é, considerado o total de filhos de todas as mulheres em idade fértil, aumentou o percentual de filhos das jovens entre 15 e 19 anos nesse total (IBGE, 2002).

Em relação ao tipo de parto, das gestantes que já pariram anteriormente, 46,21% já tiveram partos normais, 30,3% tiveram partos cesáreos e 23,48% tiveram partos fórceps. Não sabemos o motivo pelo qual essas gestantes passaram pelo parto cesáreo e pelo parto fórceps. Sabemos que o Brasil é o segundo no ranking mundial de parto cesáreo, perdendo somente para o Chile e que a OMS preconiza que a taxa de cesárea gire em torno de 15%. No Brasil as taxas de cesáreas cresceram de 15,6% em 1970 para 31% em 1980, e de 31,6% em 1986 para 36,4% em 1996. No ano 2000 essa taxa aumentou para 37%. Essa taxa é desigual comparando os serviços públicos e os particulares. Girando em torno de 80% nos serviços particulares. (MORAES; GOLDENBERG, 2001; MARTINS-COSTA; RAMOS, 2005; BRASIL, 2006)

Em relação à ocorrência de aborto 21% (9) das gestantes já vivenciaram. Não sabemos o motivo dos abortos, e nem se foi espontâneo ou provocado. Não é intenção desta pesquisa a avaliação do motivo e intenção do mesmo. A frequência estimada de abortos gira entre 0,3 e 0,8% de todas as gestações. Foi observado o risco de nova perda gestacional de 11,5% após um aborto, 29,4% após dois e 36,4% após três. Em cerca de 50 a 60% dos casos de aborto habitual encontra-se uma ou mais anomalias que podem estar relacionadas ao aborto de repetição. A taxa de aborto provocado por 1000 mulheres em idade fértil varia amplamente entre 4/1000 em países como a Holanda e mais de 60 ou 80/1000 em países do Leste Europeu. O Brasil encontra-se entre estes extremos, com taxa 10 vezes superior à da Holanda, mas inferior à observada nos ex-países socialistas da

Europa Oriental. É fato que, apesar das proibições legais e religiosas, o aborto continua existindo e constitui causa de 10 a 15% dos óbitos maternos no Brasil (STIRRAT, 1990 apud FAÚNDES et al 2004; HENSHAW; SINGH; HAAS, 1999 apud FAÚNDES et al 2004; SINGH, 1994 apud FAÚNDES et al 2004; WHO, 1998 apud FAÚNDES et al 2004).

Em relação às comorbidades e cirurgias anteriores somente 4 e 9 gestantes, respectivamente, referem ter. Esses dados são importante avaliar, pois são critérios que poderiam aumentar o grau de risco das gestantes, influenciando assim diretamente a Qualidade de Vida (Brasil, 2006).

Em relação às 45% (19) das gestantes que referem dor na gestação, 28% referem ter essa dor diariamente e 17% esporadicamente. 21% referem sentir a dor em baixo ventre, 5% lombar, 5% baixo ventre e lombar e 14% em outros lugares. Padua et al (2002) apud Pintangui e Ferreira (2005) verificaram que 69% das pacientes relatavam algum tipo de dor ou desconforto na região lombar. A lombalgia gestacional pode ser causada pelo aumento da lordose, a frouxidão ligamentar, a insuficiência pélvica e a compressão das raízes nervosas pelo útero. Sendo responsável por todos esses efeitos a ação dos hormônios gestacionais (FERREIRA; NAKANO, 1999 apud Pintangui; Ferreira, 2005). 8 em cada 10 mulheres poderão apresentar dores na área da coluna vertebral e da pelve. Este fenômeno pode resultar em maior número de dias de afastamento do trabalhos, podendo influenciar de modo negativo a qualidade do sono, disposição física, desempenho no trabalho, vida social, atividades domésticas e lazer (MARTINS; SILVA, 2005).

Em relação a náusea e vômito, 72% das gestantes que sentiam, 45,24% referiram que ocorria diariamente em especial no início da gestação e 26,19% referiram que os episódios eram esporádicos. Arsenault et al (2002) apud Lacasse e Bérard (2008) referem que a maioria das gestantes (50 a 90%) vivenciam episódios de náusea e vômitos em especial no primeiro trimestre. Sendo que 0,5 a 3% das gestantes vivenciam uma forma

mais severa, a hiperêmese gravídica, necessitam até de internação. Episódios de náusea e vômito, independente da frequência, impacta significativamente na vida familiar, na habilidade de realizar as atividades diárias, sociais e aumenta o nível de estresse. Além de impactar negativamente na Qualidade de Vida materna (LACASSE; BÉRARD, 2008).

Em relação à prática da atividade física durante a gestação somente 7% das gestantes pesquisadas praticam. Katz (1999) apud Gamba (2004) refere que o exercício durante a gravidez aumenta a disposição, a auto-estima, melhora a função cardíaca, reduz a ansiedade e a depressão. Gamba (2004) em sua pesquisa sobre a fisioterapia gestacional obteve bons resultados. No grupo onde foi aplicado o exercício físico no aspecto físico houve uma melhora nas algias de coluna, nas dificuldades respiratórias, constipação, fadiga, dificuldade de deambulação, edema e parestesias. A autora refere que a Qualidade de Vida física do grupo de gestantes que participaram nas atividades físicas aumentou em relação ao grupo que não participou.

Borg-Stein, Dugan e Dugan (2005) apud Lima e Oliveira (2010) referem que praticamente todas as gestantes experimentam algum desconforto musculoesquelético. Garshasbi, Faghih e Zadeh (2005) apud Lima e Oliveira (2010) demonstraram em sua pesquisa que um programa de exercícios executado três vezes por semana durante a segunda metade da gravidez parece colaborar na redução da intensidade das dores lombares, aumentando também a flexibilidade da coluna. Os estudos também mostram que a manutenção da prática regular de exercícios físicos ou esporte apresenta fatores protetores sobre a saúde mental e emocional da mulher durante e depois da gravidez (STERNFELD et al, 1995 apud LIMA; OLIVEIRA. 2010).

6.3. QUALIDADE DE VIDA NO PERÍODO GESTACIONAL

6.3.1. WHOQOL-bref: descritivo

Considerando que Qualidade de Vida é um constructo objetivo e subjetivo, e que por isso depende muito da ótica pessoal, a grande maioria considera sua Qualidade de Vida boa (78,57%, 33 gestantes). 64,29% (27) das gestantes estavam satisfeitas com sua saúde.

17 (40,57%) gestantes referiram que a dor física as impediam “mais ou menos” de fazerem o que precisam. Neste dado não podemos descartar o fato de estarmos lidando com gestantes, as quais fisiologicamente passam por inúmeras mudanças, das quais, devido à ação hormonal, geram algias.

A maioria (43%) referiu que não necessitavam de um tratamento médico para levar sua vida diária, das que disseram que precisavam extremamente (22%) não especificaram o motivo.

O aproveitamento da vida é um conceito construído em um âmbito cultural, por conta disso 61,9% (26) das gestantes disseram que aproveitavam bastante a vida.

50% (21) das gestantes acham que sua vida possui bastante sentido. A literatura nos mostra que a maternidade é considerada muitas vezes o principal sentido na vida (JESSE; SCHONEBOOM; BLANCHARD, 2007).

A grande maioria das gestantes (61,9%, 26) referiu que conseguiam concentrar-se bastante e, somente 1 (2,38%) disse que não conseguia se concentrar.

54,76% (23) das gestantes consideram-se bastante seguras no seu dia-a-dia, representando também nesse dado as crenças da população tendo como crença tanto a religião quanto a relação que possui com o meio ambiente.

A maioria das gestantes (40,48%, 17) considera seu ambiente mais ou menos saudável e bastante saudável. Nessa questão muitos não levam em conta o nível de poluição e barulho que uma cidade metropolitana como São Bernardo do Campo nos expõem.

Com relação à energia vital, 47,62% (20) acreditam que possuem quantidade mediana de energia suficiente para o seu dia-a-dia enquanto que 1 (2,38%) acredita que possui nada de energia.

A maioria (36, 86%) aceita muito e completamente sua aparência física. Este dado é interessante, pois a literatura mostra que a imagem corporal é negativamente impactada devido às mudanças físicas em pouco tempo (KAMYSHEVA et al, 2007; PAULS et al, 2008). Esse dado nos mostra que talvez as gestantes da presente pesquisa não se preocupam tanto com a mudança física, talvez por pensar que seja por um período passageiro. Maçola, Vale e Carmona (2010) referem que apesar da literatura apontar que o grau de autoestima da gestante é um dos fatores importantes para vinculação ao filho, o acompanhamento pré-natal oferece oportunidade de investigação deste aspecto, com conseqüente proposição de intervenções.

Poucas gestantes da amostra deste estudo referem possuir muito ou completamente o dinheiro necessário para satisfazer suas necessidades (5, 11,9% e 4, 9,52%, respectivamente) enquanto que quase 50% referem que possuem média quantidade de dinheiro necessário para satisfazer as necessidades. Isso condiz com a realidade das pessoas que moram na periferia, de acordo com o padrão social em que estão inseridas no nosso país.

Apesar de vivermos numa era em que as pessoas possuem fácil acesso a comunicação, 42,86% (18) consideram média a disponibilidade das informações, condizendo com o contexto da população

Quanto à oportunidade de atividades de lazer, 26,19% (11) das gestantes responderam que têm muita oportunidade, 33,33% (14) têm média oportunidade, 19,05% (8) têm muito pouca oportunidade, 14,29% (6) têm

nada de oportunidade e, somente 7,14% (3) têm plena oportunidade de atividade de lazer. Este dado demonstra que apesar da população estudada morar na periferia da região metropolitana de São Paulo, elas possuem oportunidades de atividades de lazer. Lembrando que lazer também é um dado subjetivo. Não sabe-se aqui o que essas gestantes consideram como lazer, pois na região não existe praças nem parques.

Quanto à capacidade de locomoção, 40,48% (17) dos entrevistados consideram sua capacidade como muito boa, 35,71% (15) boa, 19,05% (8) nem ruim e nem boa, 2,38% (1) consideram como ruim e, 2,38% (1) como muito ruim. Esta pergunta causou dúvidas de interpretação entre os entrevistados que não entendiam o significado de locomoção. Na pesquisa, entende-se como locomoção a capacidade de deslocar-se no espaço.

Quanto ao grau de satisfação com sono, 45,24% (19) das gestantes estão satisfeitas, 9 (21,43%) estão muito satisfeitas e 9 (21,43%) satisfação mediana, 4 (9,52%) insatisfeitas e 1 (2,38%) está muito insatisfeita. Apesar de a maioria estar satisfeita com o sono, a qualidade do sono é muitas vezes atrapalhada durante a gravidez (KAMYSHEVA et al, 2009).

Quanto ao grau de satisfação para o desempenho das atividades do dia-a-dia, 66,67% (28) das entrevistadas sentem-se satisfeitas com sua capacidade, 19,05% (8) nem satisfeitas e nem insatisfeitas, e 4,76% (2) muito satisfeitas. Esse dado foi muito positivo, pois somente 9,52% (4) das entrevistadas não estão satisfeitas com sua capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia, demonstrando e validando o dado de a grande maioria considerar sua qualidade de vida como boa.

Assim como o grau de satisfação para desempenhar as atividades do dia-a-dia, a maioria das gestantes está satisfeita com sua capacidade para o trabalho (52,38%), e somente 7,14% (3) sentem-se insatisfeitas e 4,76% (2) muito insatisfeitas. Consideramos nesse dado a capacidade para o trabalho doméstico também.

Quanto ao grau de satisfação consigo 52,38% (22) das gestantes sentem-se satisfeitas, dado compatível com o grau de satisfação quanto à capacidade para o trabalho e quanto à capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia.

Assim como o grau de satisfação com o trabalho e consigo mesmo, a maioria das entrevistadas refere estar satisfeita com suas relações pessoais (66%) e, somente 4% referem-se insatisfeitas e 3% muito insatisfeitas.

Em relação a satisfação com as relações pessoais 35,71% (15) estão muito satisfeita, 55% (23) estão satisfeita, 7,14% (3) estão com a satisfação mediana, e 2,38% (1) estão muito insatisfeitas. Esse dado corrobora com o escore do domínio de Relações Sociais.

Com relação à vida sexual, 69,05% (29) das gestantes disseram estar satisfeitos quanto à sua vida sexual, 21,43% (9) disseram estar muito satisfeitas, 4,76% (2) disseram estar com satisfação mediana e, somente 2,38% (1) disseram estar insatisfeitas e 2,38% (1) muito insatisfeitas. Durante a gestação, devido à ação hormonal, a libido da mulher pode estar alterada, muitas vezes aumentando o desejo sexual ou mesmo diminuindo (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

Em relação ao apoio que recebe dos amigos, as gestantes referem que 42,86% (18) e 35,71% (15) estão satisfeitas e muito satisfeitas. Corroborando também com o escore de domínio Psicológico.

Com relação ao grau de satisfação com o local onde moram, 52,38% (22) das gestantes referem estar satisfeitas com as condições do local onde moram, 11,9% (5) disse estar muito satisfeitas, 30,95% (13) estão nem satisfeitas nem insatisfeitas, 4,76% (2) insatisfeitas.

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, 50% das gestantes disseram estar satisfeitas, 19,05% (8) muito satisfeitos, 28,57% (12) nem satisfeitos nem insatisfeitos, 2,38% (1) insatisfeitos. Este dado demonstra que a ESF na região houve uma melhoria no acesso aos serviços de saúde

uma vez que a grande maioria das entrevistadas referiu estar satisfeitas com o acesso ao mesmo.

A maioria das entrevistadas (50%, 21) referiu estar nem satisfeitas e nem insatisfeitas com o meio de transporte que utilizam, no entanto houve uma quantidade significativa de pessoas que estão satisfeitas (11,9%, 5), este dado demonstra que há certa deficiência em relação ao meio de transporte na região pesquisada.

Outro dado relevante é quanto à frequência de sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade ou depressão, cerca de 50% (20) das entrevistadas referiu ter esses sentimentos algumas vezes, 28,57% (12) referem que nunca possuem sentimentos negativos. Esse dado demonstra a importância da saúde mental na ESF, em especial se tratando de gestantes, onde 50% delas possuem níveis elevados de sintomas depressivos (ORR et al, 2007).

6.3.2. WHOQOL-bref: domínios

Não foram encontrados na literatura trabalhos semelhantes a este, no qual foi avaliado a Qualidade de Vida Geral de uma gestante usando o instrumento da OMS WHOQOL. Foram encontrados 1 trabalho sobre revisão da Qualidade de Vida materna pré e pós natal (SYMOM, 2003), 1 estudo exploratório para avaliar a aceitabilidade de um instrumento de Qualidade de Vida pré-natal (SYMOM; DOBB, 2008) e uma dissertação de mestrado que avaliou a Qualidade de Vida de gestantes com o instrumento Ferrans e Powers adaptado (VIDO, 2006)

Os escores de Qualidade de Vida são uma escala positiva, ou seja, quanto maior o escore maior a Qualidade de Vida. Não existem pontos de corte que determinem um escore abaixo ou acima, por isso para este estudo

dividimos o escore total (100) por 5. A resposta do WHOQOL é dada em uma escala de Likert com 5 itens, desta forma os escores entre 81 a 100 classificariam uma Qualidade de Vida Muito Boa. Escores entre 61 a 80 classificariam uma Qualidade de Vida Boa. Escores entre 41 a 60 classificariam uma Qualidade de Vida Nem Ruim Nem Boa. Escores entre 21 a 40 classificariam uma Qualidade de Vida Ruim. E para finalizar, escores, entre 0 a 20 classificariam uma Qualidade de Vida Muito Ruim.

Apesar de ser um instrumento validado, foi realizado o teste de confiabilidade, α de Cronbach. Muitos autores consideram como boa consistência interna valores acima de 0,70. Bowling (1991) apud Amêndola (2007), cientista social, em seu livro sobre escalas de medida de Qualidade de Vida, considera 0,50 como sendo um bom ponto de corte para uma boa consistência interna.

Nesta pesquisa, as 26 questões obtiveram α Cronbach maiores que 0,70. Já quando separado por domínios, a Qualidade de Vida Geral teve 0,351 de α de Cronbach. O domínio Físico 0,414. O domínio Psicológico teve 0,247. O domínio Meio Ambiente teve 0,693. E o domínio de Relações Sociais teve 0,588. Não podemos esquecer que esta pesquisa possui uma amostra pequena (42 sujeitos), além de lidarmos com gestantes de 4 equipes distintas e com uma população abrangente com perfil sócio-demográfico variado. Torres *et al* (2003) encontraram uma significativa diversidade dentro das periferias, onde diferentes grupos estão sujeitos a condições de vida muito diferentes. Moreno *et al*. (2006) afirmaram a inexistência de estudos voltados para a avaliação das propriedades psicométricas do WHOQOL-bref quando aplicado exclusivamente em populações em seu ambiente laboral, destacando lacunas existentes no mesmo quanto a clareza das perguntas e/ou das instruções, possíveis resistências em responder a determinadas questões, adequação e suficiência das opções de resposta. Não só no ambiente laboral, também percebemos a carência de estudos aplicados em comunidades com baixo poder aquisitivo, pois sendo o WHOQOL (tanto o 100, quanto a versão abreviada) um instrumento auto-explicativo, onde a pessoa responde sozinha, temos a dúvida de quanto o verdadeiro sentido das perguntas é

absorvido pelo leitor. Devido a isso foi acrescentado uma pergunta no final da aplicação do WHOQOL-bref, para averiguar a quantidade de questões precisaram de explicação. 14 das gestantes precisaram de ajuda, sendo que 10 precisaram em somente 1, 2 precisaram de ajuda em 2 questões e 2 precisaram em 3 questões.

Vido (2006) em sua pesquisa de mestrado concluiu que as gestantes de sua pesquisa possuíam uma Qualidade de Vida relativamente boa e que os trimestres gestacionais podem ter influência na percepção da Qualidade de Vida.

Não existem trabalhos semelhantes que possamos comparar os resultados. Tratando-se de um instrumento que avalia a Qualidade de Vida subjetiva, ainda que influenciada por questões culturais e por recursos pessoais, verifica-se que as avaliações subjetivas podem ser favoráveis, a despeito das condições objetivas desfavoráveis. Apesar de não termos estudos semelhantes no fato de ser uma avaliação da Qualidade de Vida geral de uma gestante, essa gestante vive em uma comunidade assistida pela Estratégia Saúde da Família. Na literatura encontramos alguns trabalhos que trabalham especificamente com uma determinada população assistida pela Estratégia Saúde da Família, e esses trabalhos serão citados aqui.

Kluthcovsky et al (2007), realizaram uma pesquisa onde avaliaram a Qualidade de Vida geral de agentes comunitários de saúde do interior do Paraná. A avaliação da Qualidade de Vida Geral e seus domínios indicaram escores bons, pois todos os escores foram medianos.

Amendola (2007) realizaram uma pesquisa onde avaliaram a Qualidade de Vida Geral de cuidadores de pacientes dependentes usuários da Estratégia Saúde da Família no bairro de Cidade Ademar, zona sul da cidade de São Paulo. Dentro de sua amostra de 66 cuidadores, os domínios Físico e Relações Sociais apresentaram os maiores escores (66,72 e 60,86; respectivamente). Assim como a presente pesquisa, o domínio de Relações Sociais foi maior.

Miranzi et al (2008) avaliaram a Qualidade de Vida de indivíduos com Diabetes Mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de Saúde da Família. Como resultados obtiveram que os escores médios mais altos foram os dos domínios de Relações Sociais e o Físico (71,38 e 56,42; respectivamente).

Floriano e Dalgalarondo (2007) em sua pesquisa sobre saúde mental, Qualidade de Vida e religião de idosos, observaram que os idosos que não recebem aposentadoria e que fizeram uso de benzodiazepínicos no último ano apresentaram um pior escore de Qualidade de Vida. A religião revelou-se uma dimensão importante associada à Qualidade de Vida em todos os domínios da WHOQOL-bref, sendo que os idosos membros de igrejas evangélicas apresentaram piores escores. Além disso, idosos com menor escolaridade e renda tendem a ter pior Qualidade de Vida.

6.4. CRUZAMENTOS DOS DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA COM DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E GESTACIONAIS

Em relação às variáveis sócio-demográficas só houve diferença estatística entre o domínio Meio Ambiente e a renda das gestantes e a quantidade de cômodos na casa. É de se esperar esse dado, pois questões referente a renda e moradia fazem parte do domínio Meio Ambiente.

Em relação às variáveis gestacionais, somente o IMC foi possível fazer correlação, pois era única variável na codificação dos resultados que era puramente quantitativa. É de se esperar que quanto maior o IMC menor a Qualidade de vida Física, mas nesta pesquisa foi justamente o contrário, quanto maior o IMC maior a Qualidade de Vida Física. O que seria um dado questionável.

Em relação às variáveis gestacionais, o domínio Físico na variável IMC foi estatisticamente significativo, tendo influência no domínio Físico.

Em relação ao trimestre gestacional, número de filhos, comorbidades, planejamento da gestação, presença de náusea e vômito, frequência de náusea e vômito, início de pré-natal, número de consultas e tipo de pré-natal não houve diferença estatística entre as médias dos resultados.

Em relação à sensação de dor houve diferença estatística no domínio Físico, sendo a Qualidade de Vida Física maior quando a gestante não possui dor.

Em relação à frequência da dor houve diferença estatística nos domínios Físico e Meio Ambiente. O estranho é que a Qualidade de Vida Física é menor quando a dor é esporádica em relação a dor ser diária. Apesar disto, a Qualidade de Vida Meio Ambiente é maior quando a dor é esporádica.

Houve diferença estatística no domínio Meio Ambiente e a prática de atividade física, as gestantes que praticam alguma atividade física possuem a Qualidade de Vida no domínio Meio Ambiente maior.

Como citado anteriormente, não existem trabalhos semelhantes na literatura no qual possamos comparar esses dados.

6.5. FACETAS DO WHOQOL-BREF

As gestantes desta pesquisa mostraram maior potencialidade nas facetas: Mobilidade; Imagem Corporal e Aparência; Cuidados de Saúde e Sociais; e Relações Pessoais.

As facetas que se mostraram mais fragilizadas foram: energia e fadiga; pensar, aprender, memória e concentração; recursos financeiros; e atividade Sexual.

A assistência pré-natal pode atuar de maneira positiva nessas facetas, sendo melhorando as fragilizadas ou mesmo mantendo e melhorando as de maior potencialidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa não tem a intenção de generalizar os dados obtidos, mas sim avaliar o fenômeno da Qualidade de Vida na gestação de maneira focalizada. Pois esta pesquisa é uma das poucas que realiza esta aproximação no Brasil.

Esta pesquisa avaliou a Qualidade de Vida de 42 gestantes assistidas pela ESF de uma UBS no município de São Bernardo do Campo, UBS Jd. das Orquídeas. Essas gestantes pertenciam as 4 equipes de SF da UBS e eram assistidas no pré-natal nesta unidade.

A assistência pré-natal nessa UBS pode ser considerada tradicional. As consultas são alternadas entre as enfermeiras e os médicos. Na primeira consulta é preenchido o formulário do SIS pré-natal e uma ficha de anamnese com os antecedentes ginecológicos e obstétricos, além da solicitação dos exames. Nas consultas subseqüentes são avaliadas a altura uterina, o peso, o foco fetal, a pressão arterial, além das queixas maternas e a realização de algumas orientações de acordo com as queixas. Na UBS há um grupo de gestantes que ocorre no primeiro, segundo e terceiro trimestre gestacional. No primeiro trimestre é a dentista da unidade que conduz, nesse encontro é abordado principalmente a parte de higiene bucal e sua importância devido à sensibilidade que ocorre na gengiva durante o período gravídico. O segundo encontro é conduzido pela enfermeira, a qual realiza orientações a respeito das mudanças no corpo, sexualidade e mudanças hormonais. O terceiro encontro é conduzido por uma médica, esse encontro é focado nos sinais de trabalho de parto e no que levar para a maternidade.

Pode-se observar que embora localizado no interior da ESF a assistência pré-natal ainda tem um enfoque bastante biologicista. A discussão sobre a Qualidade de Vida das gestantes (no que toca as diversas dimensões que compõe a Qualidade de Vida) não é foco da assistência pré-natal. A promoção da Saúde ainda é compreendida como vinculada a

prevenção ou intervenção precoce nas doenças. O que mostra a predominância do paradigma biomédico na organização desse programa de assistência.

As equipes Margarida e Vitória Régia eram as equipes com maior quantidade de gestantes, fenômeno reconhecido pelos funcionários da UBS Jd. das Orquídeas. Apesar do número de gestantes oscilar sempre durante o ano, os funcionários da UBS referem que em especial na equipe Margarida o número de gestantes é sempre maior que nas outras equipes devido ao fato de na área de abrangência desta equipe estar situada a favela do Jd. dos Bandeirantes. Não é minha intenção com esta informação inferir que gestantes de baixa renda possuem mais filhos, mas somente levantar o fato observado na UBS jd. das Orquídeas.

As gestantes desta pesquisa são mulheres pardas na maioria, religiosas, em uma união estável, com baixa escolaridade, baixa renda e dependentes de seus companheiros. São mulheres donas de casa ou desempregadas. São também mulheres que na maioria vivem em casa alugada com 2 ou 3 cômodos.

São gestantes na maioria entre 21 a 30 anos, sendo 5 gestantes ainda adolescentes (12%). O número de gestantes adolescentes dessa UBS é menor que o número gestantes adolescentes cobertas pela ESF em São Bernardo do Campo (Otsuka et al, 2005). Essa incidência é maior do que no Brasil, pois no compêndio estatístico desse ano da OMS a taxa de gestação na adolescência é de 56 a cada 1000 adolescentes, já no Canadá esse valor é de 14 a cada 1000 adolescentes. Essa informação nos leva a pensar em como tem sido as propostas de planejamento familiar dessa unidade, ainda mais se tratando de uma unidade com a ESF. Uma abordagem de promoção da saúde seria a unidade realizar busca ativa das adolescentes que vivem na área de cobertura da ESF para discutir com elas sobre os cuidados a serem tomados quando iniciarem a prática sexual. E talvez construir uma forma de receber aquelas adolescentes que já iniciaram a prática sexual e gostariam de falar sobre isso.

São gestantes no segundo e no terceiro trimestre gestacional na maioria, que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e estão seguindo o calendário de consultas de pré-natal de maneira satisfatória. Uma grande parcela está abaixo do peso adequado para a Idade Gestacional, e uma mesma quantidade está com o peso adequado e sobrepeso. Quanto maior o IMC dessas gestantes maior a Qualidade de Vida no domínio Físico. Esse dado nos mostra a importância do aspecto nutricional ser acompanhado de perto na assistência pré-natal. É importante que os médicos e enfermeiros lancem mão de estratégias de promoção da saúde como grupos de caminhada, ou no próprio grupo de gestantes o aspecto nutricional ser abordado com mais profundidade, deixando as gestantes falarem a respeito de suas rotinas alimentares, e em conjunto com os profissionais (médico e enfermeiro) elaborar mudanças alimentares de acordo com as possibilidades de cada uma.

Nesta pesquisa, as gestantes na maioria estão esperando o primeiro filho ou já possuem 1 filho. Metade já vivenciou o parto normal e somente 4 referem algum problema de saúde, os quais não as descaracterizam como gestantes de baixo risco. Cerca de metade referem dor, sendo na maioria diariamente e em baixo ventre. A maioria refere náuseas e vômitos em especial no início da gestação, o que é um fenômeno normal devido à ação hormonal. E a maioria não pratica atividade física.

Como discorrido no início desta dissertação, a Qualidade de Vida depende do contexto histórico e cultural do sujeito além de seus valores e projetos de vida. A Qualidade de Vida é uma expressão dos meios de produção e reprodução social do sujeito e coletivo, ou seja, é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, dentro de um contexto cultural e um sistema de valores, onde vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

A Promoção da Saúde em sua essência deve segundo a carta de Ottawa capacitar a comunidade para atuar na melhoria da sua Qualidade de Vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo

(OMS, 1998). É dentro desta perspectiva que olhamos os valores obtidos de Qualidade de Vida nesta pesquisa e avaliamos como o pré-natal, uma ação de Promoção da Saúde dentro da ESF, pode influenciar de maneira positiva para melhorar ou mesmo manter os valores de Qualidade de Vida dessas gestantes, e de outras gestantes que serão assistidas nessa unidade.

Os valores de Qualidade de Vida foram de medianos a bom em todos os domínios. Sendo o domínio Físico e Meio Ambiente avaliados como medianos. Nesses domínios constam questões que avaliam dor física, tratamento de saúde, energia vital, capacidade de locomoção, sono, capacidade para o trabalho e tarefas diárias (Físico); além de segurança, saúde do ambiente físico, dinheiro, informações, lazer, condições do local que moram, acesso aos serviços de saúde e meio de transporte (Meio Ambiente).

Quando pensamos no perfil das gestantes desta pesquisa os resultados dos domínios Físico e Meio Ambiente são de se esperar, pois a gestação naturalmente muda o corpo da mulher, gerando dores e desconfortos, o sono fica atrapalhado, a disposição para trabalho e tarefas diárias certamente não continua a mesma de quando não estavam grávidas. Além de como citado anteriormente, tratamos de gestantes de baixa renda que moram em sua maioria em casas alugadas com poucos cômodos.

Pode ser ousado pensar em uma assistência de pré-natal que atue assim, mas ao olhar para os resultados dos domínios Físico e Ambiental, o pré-natal poderia ser mais presente, por exemplo, no incentivo das gestantes em participar de algum grupo de atividade física. A participação em um grupo de atividade física não seria inviável se pensarmos que a maioria das gestantes não trabalha. Em se tratando de uma unidade escola, a própria universidade poderia ser mais presente na atuação de projetos assim. Não é da governabilidade da UBS atuar na renda e na casa dessas gestantes, mas poderiam ser promovidas oficinas que ensinassem essas gestantes, como outros usuários da unidade, algum artesanato ou algo semelhante que os usuários pudessem vender e assim auxiliariam na renda familiar. É

interessante discutir com essas gestantes o espaço do domicílio que será destinado ao bebê uma vez que este precisará de um berço ou algo do tipo. É importante discutir que o ambiente doméstico precisará ser repensado com o objetivo de se evitar acidentes domésticos caso o quarto e a cozinha sejam um único cômodo.

Em relação aos outros domínios, Geral, Relações Sociais e Psicológico, todos foram avaliados como bom. O domínio Relações Sociais foi o melhor avaliado, o que significa que as relações pessoais, sejam elas com os amigos, parentes e conhecidos, são uma dimensão importante para essas gestantes. São também gestantes satisfeitas com a vida sexual e com o apoio que recebem.

A assistência pré-natal deve incentivar e fortalecer as redes de apoio das gestantes seja através do incentivo da participação da família no pré-natal com vistas principalmente a pensar na rede de apoio que esta mulher irá precisar para conseguir amamentar o bebê que irá nascer, cuidar dos outros filhos e da casa, como nas orientações acerca da atividade sexual, quando não houver contra indicações. Aproveitar essa rede social satisfatória para envolver o pai no cuidado da casa e dos filhos durante o puerpério.

É preciso que o profissional (enfermeiro ou médico) tenha uma escuta ativa para ouvir as queixas das gestantes, mesmo que não sejam diretamente relacionadas à gestação, mas de alguma maneira envolve sua Qualidade de Vida Psicológica. Talvez atuar assim não seja possível no tempo proposto para a consulta de pré-natal, mas poderia ser realizado, por exemplo, no próprio grupo de gestantes onde o tempo é maior.

Ao olharmos para as facetas melhor e pior avaliadas pelas gestantes em cada domínio, vemos que no domínio físico as gestantes estão mais vulneráveis em sua capacidade para o trabalho. Não sabemos ao certo o que motivou as gestantes a avaliarem pior essa faceta, mas não podemos nos esquecer que a maioria das gestantes desta pesquisa não trabalham, e que muitas consideraram o trabalho de casa para responder essa faceta.

Além disso, são gestantes que na maioria estão no segundo ou terceiro trimestre, e a própria gestação dificulta a capacidade para o trabalho. O trabalho de casa além de rotineiro é complexo pois as mulheres precisam lavar e passar roupas, cozinhar, limpar a casa e cuidar dos outros filhos. Estas tarefas são diárias e o peso do corpo e o cansaço típico da gravidez (além da sonolência impede que a mulher consiga avaliar isso de forma positiva. De novo deve-se pensar no fortalecimento das redes sociais de ajuda.

No domínio Psicológico a faceta mais vulnerável seria a de concentração, no domínio Meio Ambiente a de recursos financeiros, e no domínio de Relações Sociais a faceta de atividade sexual. É difícil pensar em como a assistência pré-natal poderia atuar para melhorar a capacidade para o trabalho e a concentração dessas gestantes. No caso da renda e da atividade sexual alguns exemplos já foram citados acima, por exemplo, poderiam ser feitos grupos de oficina que ensinasse algo que essas gestantes poderiam vender e assim complementar a renda familiar; e a atividade sexual poderia ser incentivada nas consultas, além das queixas nessa área serem escutadas.

Em relação às potencialidades, mobilidade (Físico), sentimentos positivos (Psicológico), cuidados de saúde (Meio Ambiente) e relações pessoais (Relações Sociais), todas deveriam ser incentivadas e fortalecidas na assistência pré-natal. Os dados mostram que o cuidado a saúde oferecido pela UBS nessas potencialidades geralmente não são observadas pelos profissionais que realizam o pré-natal. A rotina e o tempo levam muitas vezes o profissional a focalizar somente no básico, e a Qualidade de Vida das gestantes não é valorizada, algo que em países desenvolvido já acontece.

Acredito que o WHOQOL-bref seria um bom instrumento de monitoramento na assistência pré-natal e de fácil aplicação na consulta de pré-natal. Por exemplo, o WHOQOL-bref poderia ser aplicado na primeira

consulta, enquanto o profissional de saúde preenche os formulários do SIS pré-natal, a gestante pode preencher o WHOQOL-bref.

O WHOQOL-100 poderia caracterizar melhor a Qualidade de Vida das gestantes, mas seria um instrumento inviável para aplicação em uma consulta. Neste caso a gestante poderia levar o instrumento e preencher na sua casa, e o ACS buscaria em outro dia o instrumento. O instrumento também poderia ser preenchido no próprio grupo de gestantes.

Nos casos em que a avaliação da Qualidade de Vida através do WHOQOL-bref estiver fragilizada em algum domínio ou faceta, uma idéia seria aplicar somente as questões referentes ao domínio ou faceta do WHOQOL-100. Desta maneira poderia se ter uma visão ampliada e melhorada da situação.

7.1. LIMITAÇÕES DA PESQUISA

O desenvolvimento desta pesquisa foi projetado para trabalhar com um numero maior de gestantes, contudo alguns percalços foram enfrentados pelo pesquisador. Tais percalços necessitaram que o pesquisador identificasse outro campo para realização desta pesquisa. Isso acarretou em atrasos na coleta.

Originalmente pretendia-se coletar os dados em uma UBS escola da Universidade de São Paulo (USP), onde anteriormente o pesquisador já tinha uma aproximação e já conhecia a área de abrangência. Devido alguns problemas de ordem política e burocrática, a coleta de dados foi impedida.

Através de uma enfermeira pertencente ao grupo de pesquisa Modelos Tecno-Assistencias e a Promoção da Saúde foi que a pesquisadora se aproximou da UBS Jd. das Orquídeas.

Outro limitante da pesquisa foi a coleta de dados em si, pois no meio, a coleta precisou ser interrompida devido a uma solicitação da própria unidade.

A coleta através de visitas domiciliares também foi em si um limitante, pois foi necessário rodar a área de abrangência inteira em busca das gestantes. Nem sempre as gestantes se encontravam na residência, o que gerou a necessidade de uma segunda visita.

Ao olharmos para o instrumento WHOQOL-bref, cada uma das 24 facetas são avaliadas por somente 1 questão, o que acredito mascara o resultado da faceta melhor e pior avaliadas. No instrumento WHOQOL-100 cada uma das 24 facetas são avaliadas por 4 questões, dessa forma a faceta teria mais subsídios, podendo assim ser melhor avaliada.

Apesar dos limitantes citados, nenhum deles impossibilitou que a pesquisa se cumprisse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 8.1. AMADOR, N. et al. **Quality of life in obese pregnant women: a longitudinal study.** *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2008: 203 e1-5.
- 8.2. AMENDOLA F. **Qualidade de vida de cuidadores familiares de pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos em domicílio pelo Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo.** 2007. Dissertação (Mestrado e, Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- 8.3. ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. **Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família.** In: CAMPOS, G.W.S. et al (Org). *Tratado de saúde Coletiva.* Ed HUCITEC, 2 ed, 2008.
- 8.4. ANDRETO, L.M., et al. **Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(11):2401-2409, nov, 2006.
- 8.5. ATALAH, E.S. et al. **Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas.** *Rev. Med. Chile*, v125, n. 12, p. 1429-1436, 1997.
- 8.6. AWAD, G. VORUGANTI, L.N.P. **Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life.** *Schizophr. Bull* 2000; 26:557-64.
- 8.7. BERTOLOZZI, M.R., GRECO, R.M. **As Políticas De Saúde no Brasil: Reconstrução Histórica e Perspectivas Atuais.** *Rev.Esc.Enf. USP*, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

- 8.8. BORTOLETTI, F.F. et al. **Qualidade de Vida no Ciclo Gravídico-
puerperal**. In: Guia Qualidade de Vida. DINIZ, D.P. (Org);
SCHOR, N. (Org). Barueri, Sp: Manole, 2006.
- 8.9. BOWLING, A.; BRAZIER, J. **Quality of life in social science and
medicine introduction**. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, p.337-8, 1995
- 8.10. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.
**Relatório Final da 13 Conferência Nacional de Saúde: Saúde e
Qualidade de Vida: políticas de estado e desenvolvimento**.
Brasília, 2008.
- 8.11. BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: **Carta de
Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de
Bogotá**. Brasília, 1996.
- 8.12. _____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma
estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília,
1997.
- 8.13. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica
de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerério: atenção qualificada e
humanizada – manual técnico**. Brasília, 2006.
- 8.14. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política
Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e
Diretrizes**. Brasília, 1ed. 2 reimpressão, 2009.
- 8.15. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.
Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política
de Alimentação e Nutrição. SISVAN. Disponível em:
http://nutricao.saude.gov.br/sisvan/relatorios_publicos/rel_consolidado_acompanhamento.php

- 8.16. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)**. Brasília; 2000.
- 8.17. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2006.
- 8.18. _____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990.
- 8.19. _____. Ministério da Saúde. **Sistemas de informação da atenção básica-SIAB**. 2. ed. Brasília: MS; 2000.
- 8.20. BURCKHARDT, C.S. et al. **Quality of life of adults with chronic illness: a psychometric study**. *Rev. Nurs. Health*, New York, v. 12, n. 6, p. 347-54, 1989.
- 8.21. BUSS, P. M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.163-177, 2000.
- 8.22. BYDLOWSK, C. R. et al. **Promoção da saúde, porque sim e porque ainda não!** *Rev. Saúde Soc.* v.13 n.1, São Paulo, Jan./Apr. 2004.
- 8.23. CHEMELLO, C.S.; et al. **Estudo da incidência de gravidez entre adolescentes no município de São Marcos RS**. *Revista Científica da AMECS*, vol. 10, n.1, 1º Semestre, 2001.
- 8.24. CORREA, S. **PAISM: uma história sem fim**. *Rev. Bras. Estudos Pop.*, Campinas, v.10, n.1/2, 1993.
- 8.25. COSTA, A.M. **O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher: anotações para um debate**. Anais ABEP, 1986. Disponível em:
<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1986/T86V02A24.pdf>

- 8.26. COUTINHO, T. et al. **Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., v. 25, n. 10, 2003.**
- 8.27. DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. **Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. Rev. Latino-Am. Enfermagem v.11 n.4, 2003.**
- 8.28. FAUNDES, A. et al. **Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, Mar. 2004 .**
- 8.29. FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. **Atenção primária e promoção da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 8.30. FAYERS, P. M. D. **Quality of life: Assessment, analysis and interpretation.** Chichester: John Wiley; 2000.
- 8.31. FLECK, M. P. A. et al. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". Rev Saúde Pública, v.34, n.2, p.178-83, 2000.**
- 8.32. FLECK, M. P. A. et al. **Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL - 100). Rev. Saúde Pública, v.33, n.2, p.198-205, 1999.**
- 8.33. FLECK, M. P. A. et al. **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev. Bras. Psiquiatr. v.21 n.1 São Paulo Jan./Mar. 1999.**
- 8.34. FLECK, M. P. A. **O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100):**

- características e perspectivas. Ciênc Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p.33-8, 2000.
- 8.35. FLECK, M.P.A. **Problemas conceituais em qualidade de vida**. In: FLECK, M.P.A. (Org). A avaliação de Qualidade de Vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- 8.36. FLORIANO, P.J.; DALGALARRONDO, P. **Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. J. Bras. Psiquiatr.**, v. 56, n.3, p. 162-170, 2007.
- 8.37. FRACOLLI, L.A. **O monitoramento das condições de vida e de saúde: uma abordagem a partir da percepção dos moradores do território**. 2007. Tese (Livre docência em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- 8.38. FUNDAÇÃO SEADE. Secretaria de Economia e Planejamento. **Perfil Municipal de São Bernardo do Campo**. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>
- 8.39. GAMBA, Y.S.S. **Análise quantitativa dos benefícios da fisioterapia pré-natal na qualidade de vida de gestantes sedentárias. Reabilitar**, 2004, 6(23) 36-44.
- 8.40. GREENHALGH, T. **Como ler artigos científicos: fundamentos da medicina baseada em evidências**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- 8.41. HEIDMANN, I.T.S.B. et al. **Promoção à Saúde: trajetória histórica de suas concepções. Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2006 Abr-Jun, v.15, n.2, p.352-8.
- 8.42. IBGE. Censo Demográfico 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html>

- 8.43. _____. Departamento de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais 2002. Rio de Janeiro : IBGE, 2003.
- 8.44. JESSES, E.; SCHONEBOOM, C.; BLANCHARD, A. **The Effect of Faith or Spirituality in Pregnancy**. J. Holist. Nurs., v.25, n.151, 2007.
- 8.45. KAMYSHEVA, E. et al. **Examination of a multi-factorial model of body-related experiences during pregnancy: The relationships among physical symptoms, sleep quality, depression, self-esteem, and negative body attitudes**. **Body Image**, v.5, p.152–163, 2008.
- 8.46. KAMYSHEVA, E.; et al. **Frequency, Severity, and Effect on Life of Physical Symptoms Experienced During Pregnancy**. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 54, n. 1, January/February 2009.
- 8.47. KLUTHCOVSKY, A.C.G.C. at al. **Avaliação da qualidade de vida geral de agente comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida**. **Rev. Psiquitr.**, RS, v.29, n.2, p. 176-183, 2007.
- 8.48. KUCZYNSKI, E.; ASSUMPÇÃO, F. B. **Definições atuais sobre o conceito de qualidade devida na infância e adolescência**. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v.35, n.3, março de 1999.
- 8.49. LACASSE, A.; BÉRARD, A. **Validation of the nausea and vomiting of pregnancy specific health related quality of life questionnaire**. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 6, n.32, 2008.
- 8.50. LACASSE, A. et al. **Nausea and vomiting of pregnancy: what about quality of life?** **International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, p.1484-1493, 2008

- 8.51. LAURELL, A.C. **A saúde-doença como processo social**. In: NUNES; E.D.(Org). Textos Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, p153-58, 1983.
- 8.52. LAURELL, A.C; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec; 1989
- 8.53. LIMA, F.R., OLIVEIRA, N. **Gravidez e Exercício**. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 45, n. 3, p. 188-90, mai./jun., 2005.
- 8.54. LITVOC, J., KIMURA, M., SANTOS, V.L.C.G. **Programa Saúde da Família e qualidade de vida: resultados da aplicação de um instrumento estruturado**. Relatório de pesquisa. 2004.
- 8.55. MAÇOLA, L. VALE, I.N., CARMONA, E.V. **Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg**. **Rev. Esc. Enferm., USP**, v.44, n3, p. 570-7, 2010.
- 8.56. MARTINS-COSTA, S.; RAMOS, J.G.L. **A questão das cesarianas**. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, Oct. 2005.
- 8.57. MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. **Qualidade de vida de pessoas com doença crônica**. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.4 n.3, 1996.
- 8.58. MARTINS, R.F.; SILVA, J.L.P. **Prevalência de dores nas costas na Gestação**. **Rev Assoc Med Bras** 2005; 51(3): 144-7. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online], v.27, n.10, p. 571-574, 2005.
- 8.59. MASLOW, A. H. **A Theory os Human Motivation**. In: MASLOW, A. H.(Ed.). **Motivation and Personality**. 3 ed. Harper and Row Publisher, Inc. 1970.
- 8.60. MEEBERG, G. A. **Quality of life: a concept analysis**. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v.18, p. 32-38,1993.

- 8.61. MENDES, E.V. **A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário.** In: MENDES, E.V. A Vigilância à Saúde no distrito Sanitário. Brasília, Organização Panamericana de Saúde, p. 7-19, 1993.
- 8.62. MILLER, L.L. **Depressive Symptoms and Maternal Health Status during Pregnancy.** Journal of Women Health, v. 17, n.3, 2008.
- 8.63. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
- 8.64. MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. **Qualidade de vida e saúde:** um debate necessário. Ciência & Saúde Coletiva v. 5, n.1, p.7-18, 2000.
- 8.65. MIRANZI, S.SC. et al. **Qualidade de Vida de indivíduos com Diabetes Mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de Saúde da Família.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.17, n.4, p.672-9, 2008.
- 8.66. MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia Fundamental.** 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- 8.67. MORAES, M.S.; GOLDENBERG, P. **Cesáreas:** um perfil epidêmico. Cad. Saúde Pública [online], v.17, n.3, p. 509-519, 2001.
- 8.68. MORENO, A. B. et al. **Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde no Estudo Pró-Saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.12, p.2585-2597, dez. 2006.
- 8.69. NEUMANN, N.A. et al. **Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma .** Rev. Bras. Epidemiol. V. 6, n. 4, 2003.

- 8.70. NORDENFELT, L. **Concepts and measurement of quality of life in health care**. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1994.
- 8.71. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração do Milênio**. Nova Iorque, 2000.
- 8.72. ORR, S.T. et al. **Depressive Symptoms and Indicators on Maternal Health Status during Pregnancy**. *Journal of Women Health*, v. 16, n.4, 2007.
- 8.73. OSIS, M.J.M.D. **Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1) p.25-32, 1998.
- 8.74. OTSUKA, F. et al. **O Programa de Saúde da Família e a gravidez na adolescência em São Bernardo do Campo**. *Arq. méd. ABC*, v. 30, n.2, p.90-93, 2005.
- 8.75. PAIM, J. S. **Políticas de saúde no Brasil**. In: ROUQUAYROL, M.Z.(Org); ALMEIDA FILHO, N (Org). *Epidemiologia & Saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, p. 587-603, 2003.
- 8.76. PAULS, R.N.; OCCHINO, J.A.; DRYFHOUT, V. **Effects of Pregnancy on Female Sexual Function and Body Image: A Prospective Study**. *J. Sex. Med.*, v.5, p.1915–1922, 2008.
- 8.77. PAULS, R.N. et al. **Effects of pregnancy on pelvic floor dysfunction and body image; a prospective study**. *Int. Urogynecol. J.*, v.19, p.1495–1501, 2008.
- 8.78. PEREIRA, J.C.R. **Análise de dados Qualitativos: Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.
- 8.79. PINTO, R. M. P. et al. **A alcance da qualidade de vida: realidade ou intencionalidade?** *Col. de Enf. FEN/UFMT*, v.1, n.1, jan./jun., 1999.

- 8.80. PINTO, L.F. et al. **Perfil social das gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis. Ciência & Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p.205-213, 2005.
- 8.81. PITANGUI, A.C.R.; FERREIRA, C.H.J. **Lombalgia Gestacional. Femina**, v. 33, n10, p.789-792, 2005.
- 8.82. PUCCINI, R. F. et al. **Eqüidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.35-45, jan-fev, 2003.
- 8.83. RIBEIRO, E. M. **Qualidade de vida na estratégia de Saúde da Família: Refletindo sobre os significados. Fam. Saúde Desenv.** Curitiba, v3, n2, p109-115, jul/dez, 2001.
- 8.84. ROGERSON, R. J. **Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. Soc. Sci. Med.**, v.41, p.1373-82, 1995.
- 8.85. ROMANO, B. W. **Qualidade de vida: teoria e prática. Rev. Soc. Cardiol.** Estado de São Paulo, São Paulo, v.3, n.6, p. 6-9, nov./dez., 1993.
- 8.86. SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. **Programa Saúde da Família no Brasil: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. Saúde Soc.** São Paulo, v.10 n.1 Jan./July 2001.
- 8.87. SÃO BERNARDO DO CAMPO. Prefeitura Municipal. 2010.
- 8.88. _____. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo: 2010-2013.** 2010.
- 8.89. _____. Prefeitura Municipal. **Serviço de Banco de Dados,** Secretaria de Saúde, PMSBC, 2008.

- 8.90. _____. Prefeitura Municipal. Seção de Pesquisa e Banco de Dados, SP, PMSBC. Seção de Cartografia, SP, PMSBC. **Compêndio Estatístico – Vegetação**, 2007.
- 8.91. _____. Prefeitura Municipal. Seção de Pesquisa e Banco de Dados, SP, PMSBC. Seção de Cartografia, SP, PMSBC. **Compêndio Estatístico – Saúde**, 2008.
- 8.92. SÃO PAULO. Decreto nº 51.434, de 28 de dezembro de 2006. Dispõe sobre a reorganização da Coordenadoria de Serviços de Saúde, da Secretaria da Saúde. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, 29 dez. 2006. p. 4-6.
- 8.93. SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L. de C. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. *Cad. Saúde Pública*, v.20 n.2, 2004.
- 8.94. SERRUYA, S.J., CECATTI, J.G., LAGO, T.G. **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.5,;p.1281-1289, set-out, 2004.
- 8.95. SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. **Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo**. *Cad. Saúde Pública*, v.17, n.1, Rio de Janeiro Jan./Feb. 2001.
- 8.96. SCHUTTINGA, J. A. **Quality of life from a federal regulatory perspective**. In: DIMSDALE, J. E. (Ed); Baum, A.(Ed) *Quality of life in behavioral medicine research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995. p. 31-42.
- 8.97. SUCUPIRA, A.C. **Marco Conceitual da Promoção da Saúde no PSF. SANARE**. Ano IV, n1, Jan/Mar, 2003.
- 8.98. SYMON, A. **A review of mothers' prenatal and postnatal quality of life**. *Health and Quality of Life Outcomes*, v.1, n.38,2003 .

- 8.99. SYMON, AG.; DOBB, B.R. **An exploratory study to asses the acceptability of na antenatal quality-of-life instrument (the Mother-generated Index).** *J. Midw.*, v.28, p.442-450, 2008.
- 8.100. TAKEDA, S.; TALBOT, Y. **Avaliar, uma responsabilidade.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v.11, n.3, p.564-576, 2006.
- 8.101. TREVISAN, M.R. et al. **Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul.** *Rev. Bras. Ginecol. Obetet.* v.24, n 5, 2002.
- 8.102. VIDO, M.B. **Qualidade de Vida na Gravidez.** 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de Guarulhos, Guarulhos, São Paulo.
- 8.103. VIDO, M.B.; SCANAVINI, R.M. **Qualidade de Vida e a saúde da mulher.** In: FERNANDES, R.A.Q. (Org); NARCHI, N.Z.(Org) *Enfermagem e saúde da mulher.* Barueri, SP: Manole,2007.
- 8.104. WESTPHAL, M.F. **O Programa de Saúde da Família: um compromisso com a Qualidade de Vida.** *SANARE.* Ano IV, n1, Jan/Mar, 2003.
- 8.105. World Health Organization (WHO). *Constitution of the World Health Organization. Basic Documents.* WHO. Geneve, 1946.
- 8.106. WHOQOL GROUP. **The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment:** position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*, v.41, p.1403-1409, 1995.
- 8.107. World Health Organization. *Health-related Millennium Development Goals.* Geneve: WHO.2010.
- 8.108. WU, A. W. et al. **Applications of the medical Outcomes study health-related quality of life measures in HIV/AIDS.** *Qual. Life Res.*, v. 6, p.531-54, 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

NOME: IDADE:
ENDEREÇO: EQUIPE:
ESCOLARIDADE: ESTADO CIVIL: COR DA PELE:
PROFISSÃO: CARGA DE TRABALHO/DIA:
BENEFÍCIOS: () SIM () NÃO QUAIS:
RENDA FAMILIAR: RELIGIÃO: NATURALIDADE:
MORADIA: () PRÓPRIA () ALUGADA () CEDIDA COMÔDOS NA CASA:

DADOS GESTACIONAIS

IDADE: PESO: ALTURA: IDADE GESTACIONAL (MESES/SEMANAS):
DUM: DPP: Nº DE FILHOS:
PARTOS ANTERIORES: ABORTO: () SIM () NÃO
COMORBIDADES:
CIRURGIAS ANTERIORES: INTERNAÇÕES:
GRAVIDEZ FOI PLANEJADA: () SIM () NÃO ACEITA A GRAVIDEZ: () SIM () NÃO
SENTE DOR NA GRAVIDEZ: () SIM () NÃO
TIPO DE DOR E FREQUÊNCIA:
SENTE NAUSEAS/VÔMITOS: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA:
INÍCIO DO PRÉ-NATAL: () 1 TRIMESTRE () 2 TRIMESTRE () 3 TRIMESTRE
Nº DE CONSULTAS ATÉ O MOMENTO: PRÉ-NATAL: () SUS () SUS E CONVÊNIO
PRÁTICA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA: () SIM () NÃO QUAL?

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr(a)

Eu, Danielle Freitas Alvim de Castro, aluna de mestrado da Escola de Enfermagem da USP, sob orientação da professora doutora Lislaine Aparecida Fracoli, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **Qualidade de Vida de Gestantes atendidas no PSF**. Solicito por meio deste termo, o qual será elaborado em 2 (duas) vias ficando uma para o participante outra delas com o pesquisador, a sua autorização e colaboração para participar do estudo, respondendo a um questionário. Sua participação é livre e espontânea, me responsabilizo por manter seus dados pessoais em sigilo, mas os resultados gerais serão publicados.

Você poderá recusar ou desistir a qualquer momento durante a entrevista, sem risco de qualquer prejuízo ou penalização.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP – EEUSP.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de ética em Pesquisas da escola de Enfermagem da USP - Rua Dr. Enéias de Carvalho Aguiar, 419 – 2º andar – Telefone: 3061-7548 - edipesq@usp.br.

No final da pesquisa apresentarei os resultados para os participantes.

Autorização

Eu,

_____,
depois das orientações recebidas, dou meu consentimento para participar do estudo, realizado por Danielle Freitas Alvim de Castro, aluna de mestrado da Escola de Enfermagem da USP.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: ____/____/____

Qualquer dúvida entrar em contato com:

Danielle Castro: (11) 94991228 ou 36812348 ou email: dani_facastro@hotmail.com

Profa. Dra. Lislaine Fracoli: (11) 3061-7652 ou email: lislaine@usp.br

Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP: (11) 3061-7548

APÊNDICE 3

CÓDIGOS – PARTE INICIAL DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO MESTRADO

1 – EQUIPE:

- 1 = MARGARIDA
- 2 = VITÓRIA RÉGIA
- 3 = TULIPA
- 4 = HORTÊNCIA

2 – IDADE:

- 1 = 15 A 20 ANOS²
- 2 = 21 A 25 ANOS
- 3 = 26 A 30 ANOS
- 4 = 31 A 35 ANOS
- 5 = 36 OU +

3 – ESCOLARIDADE:

- 1 = 1° INCOMPLETO
- 2 = 1° COMPLETO
- 3 = 2° INCOMPLETO
- 4 = 2° COMPLETO
- 5 = 3° INCOMPLETO
- 6 = 3° COMPLETO

4 - ESTADO CIVIL:

- 1 = CASADA
- 2 = SOLTEIRA
- 3 = UNIÃO CONSENSUAL
- 4 = DIVORCIADA

5 – COR DA PELE:

- 1 = BRANCA

- 2 = NEGRA

- 3 = PARDA

6 - PROFISSÃO:

- 1 = EMPREGADA
- 2 = DESEMPREGADA
- 3 = DONA DE CASA
- 4 = ESTUDANTE

7 – RENDA³:

- 1 = ≤ 1 SM (≤ R\$510,00)
- 2 = 1 – 2 SM (R\$ 510,00 – 1020,00)
- 3 = 2 – 3 SM (R\$ 1020,00 – 1530,00)
- 4 = 3 – 5 SM (R\$ 1530,00 - 2550,00)
- 5 = .> 5 SM (R\$ 2550,00)

8 – RELIGIÃO:

- 1 = CATÓLICA
- 2 = EVANGÉLICA
- 3 = NÃO TEM

9 – NATURALIDADE:

- 1 = SÃO BERNARDO
- 2 = SÃO PAULO E GRANDE SÃO PAULO
- 3 = OUTROS

10 – MORADIA:

- 1 = PRÓPRIA

² REFERÊNCIA DE ADOLESCÊNCIA PARA A OMS
– 10 – 20 ANOS

³ VALOR DO SALÁRIO MÍNIMO NO MÊS DE
ABRIL DE 2010 = R\$ 510,00

- 2 = ALUGADA
- 3 = CEDIDA

11 – CÔMODOS:

- 1 = 1
- 2 = 2
- 3 = 3
- 4 = 4
- 5 = 5

12 – IMC:

- 1 = BAIXO PESO
- 2 = ADEQUADO
- 3 = SOBREPESO
- 4 = OBESIDADE

13 – TRIMESTRE GESTACIONAL:

- 1 = PRIMEIRO (1º - 13ºs)
- 2 = SEGUNDO (14º - 27ºs)
- 3 = TERCEIRO (28ºs ao fim)

14 – N° DE FILHOS:

- 1 = 0
- 2 = 1
- 3 = 2
- 4 = 3
- 5 = 4 OU +

15 – PARTO NORMAL:

- 1 = 0
- 2 = 1
- 3 = 2
- 4 = 3 OU +

16 – PARTO FÓRCIPES:

- 1 = 0
- 2 = 1

- 3 = 2
- 4 = 3 OU +

17 – PARTO CESÁREO:

- 1 = 0
- 2 = 1
- 3 = 2
- 4 = 3 OU +

18 – ABORTOS:

- 1 = SIM
- 2 = NÃO

19 – COMORBIDADES:

- 1 = SIM
- 2 = NÃO

20 – CIRURGIAS ANTERIORES:

- 1 = SIM
- 2 = NÃO

21 – INTERNAÇÕES:

- 1 = SIM
- 2 = NÃO

22 – GESTAÇÃO PLANEJADA?:

- 1 = SIM
- 2 = NÃO

23 – ACEITAÇÃO DA GRAVIDEZ:

- 1 = SIM
- 2 = NÃO

24 – SENSAÇÃO DE DOR NA GRAVIDEZ:

- 1 = SIM
- 2 = NÃO

25 – LOCALIZAÇÃO DA DOR:

- 1 = NÃO TEM

- 2 = BAIXO VENTRE
- 3 = LOMBAR
- 4 = BAIXO E LOMBAR
- 5 = OUTROS

26 – FREQUENCIA DA DOR:

- 1 = NÃO TEM
- 2 = DIARIAMENTE
- 3 = ESPORÁDICO

27 – NÁUSEAS E VÔMITOS:

- 1 = SIM
- 2 = NÃO

28 – FREQUENCIA DAS NÁUSEAS E VÔMITOS:

- 1 = NÃO TEM
- 2 = DIARIAMENTE NO INÍCIO
- 3 = ESPORÁDICO

29 – INÍCIO DO PRÉ-NATAL:

- 1 = 1° TRIMESTRE
- 2 = 2° TRIMESTRE
- 3 = 3° TRIMESTRE

30 – N° DE CONSULTAS:

- 1 = 0
- 2 = 1
- 3 = 2
- 4 = 3
- 5 = 4
- 6 = 5
- 7 = 6
- 8 = 7 ou +

31 – TIPO DE PRÉ-NATAL:

- 1 = SUS

- 2 = SUS + CONVÊNIO

32 – ATIVIDADE FÍSICA:

- 1 = SIM
- 2 = NÃO

33 – AJUDA PARA RESPONDER O WHOQOL:

- 1 = 0
- 2 = 1
- 3 = 2
- 4 = 3
- 5 = 4 OU +

ANEXOS

ANEXO 1

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

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

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

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

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 2

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 30 de novembro de 2009.

Ilm.^a Sr.^a

Danielle Freitas Alvim de Castro

Ref.: Processo nº 869/2009/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Qualidade de Vida de Gestantes atendidas pelo PSF**”, 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,

Prof.^a Dr.^a Neide de Souza Praça
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 3

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

Departamento de Atenção Primária à Saúde – PACS/PSF

Rua Joaquim Nabuco, nº 380 – Centro – SBC – Telefone / FAX: 4128-7700 ramal: 2102 - pacspfsbc@gmail.com

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Assunto: Autorização para aplicação de questionário

Autorizamos a realização da coleta de dados relacionados à pesquisa de mestrado **Qualidade de Vida** de gestantes atendidas pelo Programa de Saúde da Família, sob responsabilidade da En^{ra} Danielle Freitas Alvim Castro.
Anexo cópia de questionário.

São Bernardo do Campo, 26 de Agosto de 2009.

TERESA EIKO ANDO SAITO

Coordenadora Municipal do PACS/PSF

ISABEL CRISTINA P. FUENTES

Chefe da Divisão de
Unidades Básicas de Saúde

/eva.