UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ROSALINDA ASENJO LÓPEZ BERTI

# PERCEPÇÃO DA GESTANTE SOBRE SUA QUALIDADE DE VIDA

SÃO PAULO
2013

**ROSALINDA ASENJO LÓPEZ BERTI**

# PERCEPÇÃO DA GESTANTE SOBRE SUA QUALIDADE DE VIDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Profª. Drª. Lislaine Aparecida Fracolli

**SÃO PAULO**

**2013**

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

Assinatura: _____

Data:___/____/___

**Catalogação na Publicação (CIP)**
**Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"**
**Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Berti, Rosalinda Asenjo López

Percepção da gestante sobre sua qualidade de vida / Rosalinda Asenjo López de Berti . - São Paulo, 2013.
168 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orient.: Profª. Drª. Lislaine Aparecida Fracolli
Área de concentração: Cuidado em saúde

1. Qualidade de vida 2.Enfermagem 3. Gravidez 4.Cuidado pré- natal I. Título.

Nome: Rosalinda Asenjo López Berti

Título: PERCEPÇÃO DA GESTANTE SOBRE SUA QUALIDADE DE VIDA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em saúde

Aprovado em: ____/____/2013

**Banca Examinadora**

Prof. Dr._____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura: _____

Prof. Dr._____ Instituição:_____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr._____ Instituição:_____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

# AGRADECIMENTOS

À meu pai Baldomero (in memoriam) por ter sempre apoiado meu processo educativo, a minha mãe Esperanza por ser uma mulher que sempre me incentivou a prosseguir nos meus sonhos, a minha irmã Elisabeth que sempre teve uma palavra de ânimo nos meus momentos de angustia.

Ao Victor meu querido marido e companheiro de vida e os meus filhos Rafael, Raquel e Ariel e Viviane pela compreensão e carinho ao longo da elaboração deste trabalho.

À minha querida orientadora Professora Lislaine Fracolli, que me recebeu com muito carinho e acreditou nos meus sonhos e não desistiu de mim fazendo parte da minha história.

À professora Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli e a professora Luiza Akiko Komura Hoga, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Ao grupo de pesquisa Modelos Técnico Assistenciais com os quais aprendi muito e serviu para meu desenvolvimento como pesquisadora.

À Escola Técnica de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia que me liberou para poder realizar o mestrado.

Aos funcionários da Secretaria Municipal de São Paulo e das Unidades Básicas de Saúde, que me receberam com bastante carinho e atenção para poder realizar esta pesquisa.

Mas acima de tudo, agradecer a Deus pelo seu imenso amor por mim, que permitiu um desejo do meu coração que estava guardado por muitos anos: fazer o mestrado

# A LAVADEIRA

*Essa mulher*
*Tosca. Sentada. Alheada...*
*Braços cansados*
*Descansando nos joelhos...*
*Olhar parado, vago, perdida no*
*seu mundo.*
*De trouxas e espuma de sabão*
*- é a lavadeira.*

*Mãos rudes, deformadas.*
*Roupa molhada.*
*Dedos curtos.*
*Unhas enrugadas.*
*Córneas.*
*Unheiros doloridos*
*Passaram, marcaram.*
*No anular um círculo metálico*
*Barato, memorial.*

*Seu olhar distante,*
*Parado no tempo.*
*À sua volta*
*-uma espumarada de sabão.*

*Inda o dia vem de longe*
*Na casa de Deus Nosso Senhor,*
*O primeiro varal de roupa*
*festeja o sol que vai subindo*
*Vestindo o quaradouro*
*de cores multicores.*

*A lavadeira*
*Essa mulher*
*Tem quarentanos de lavadeira*
*Doze filhos*
*Crescidos e crescendo.*

*Viúva, naturalmente.*
*Tranquila, exata, corajosa.*

*Temente dos castigos do céu.*
*Enrodilhada no seu mundo pobre.*

*Madrugadeira.*
*Salva a aurora.*
*Espera pelo sol.*
*Abre os portais do dia*
*Entre trouxas e barrelas.*

*Sonha calada.*
*Enquanto a filharada cresce*
*Trabalham suas mãos pesadas.*

*Seu mundo se resume*
*Na vasca, no gramado.*
*No arame e prendedores.*
*Na tina d'água.*
*De noite - o ferro de engomar.*
*Vai lavando. Vai levando.*
*Levantando doze filhos*
*Crescendo devagar,*
*Enrodilhada no seu mundo pobre,*
*Dentro de uma espumarada*
*branca de sabão.*

*Cora Coralina*

Berti RAL. Percepção da gestante sobre sua qualidade de vida. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

# RESUMO

**Introdução**: A avaliação da Qualidade de vida durante a gravidez vem assumindo importância nos últimos anos, como estratégia de mudanças no atendimento à gestante, buscando conhecer os fatores que implicam nessa qualidade. Fatores como história de vida pregressa, o contexto socioeconômico e emocional, as características próprias da evolução da gravidez, bem como a assistência à saúde recebida pela gestante influenciam em sua qualidade de vida. **Objetivo:** Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a qualidade de vida em gestantes de baixo risco. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo com uma abordagem quantitativa do tipo exploratório. A amostra constou de 73 gestantes matriculadas em duas UBS do município de SP. A coleta de dados foi realizada por meio do instrumento WHOQOL-100 e um formulário sócio demográfico. As gestantes desta pesquisa possuem as seguintes características sócio-demográficas: idade média de 27,5 anos; 49(67%) das gestantes possuem parceiro fixo, renda familiar média de dois a quatro salários mínimos, uma média de 10,2 anos de estudo. As características obstétricas foram: média gestacional 23,4 semanas, 45,2% apresentaram náuseas e vômitos, 45,1% dor lombar, a gravidez não foi planejada por 64,4% das gestantes. A avaliação da qualidade de vida por Domínios em ordem crescente foi: “Aspectos Espirituais” (21,9), “Físico” (49,8), “Meio ambiente” (58,1), “Psicológico” (68,1), “Nível de Independência” (68,4) e “Relações sociais” (70,5). As facetas que mais impactaram na

avaliação da QV por Domínios foram. Domínio Físico: faceta “dor e desconforto” (43,1), “faceta” energia e fadiga “(50,0), faceta” sono e repouso” ( 56,3). Domínio psicológico: faceta “imagem corporal” (62,8), faceta “sentimentos negativos” (63,0),faceta “pensar aprender, memória e concentração” (68,5),faceta “sentimentos positivos” (71,4), faceta “autoestima” (74,7). Domínio Nível de Independência: faceta “atividades cotidianas”(60,7), faceta “mobilidade” (63,4),faceta “capacidade de trabalho”(68,8), faceta “dependência de medicação ou tratamentos”(81,0). Domínio Relações sociais: faceta “suporte social” (67,8), faceta atividade sexual” (69,4),faceta “relações pessoais”(74,3). Domínio meio ambiente: faceta “recursos financeiros”(47,6), faceta “segurança física e proteção”(50,7), faceta “ambiente físico”(56), faceta “recreação e lazer”(57,2), faceta “transporte”(59,4),faceta “cuidados de saúde”(63,5), faceta “ambiente do lar”(64,1),faceta “novas informações e habilidades” (66,1). Domínio aspectos espirituais:faceta “espiritualidade/religião/crenças pessoais”(21,9). Foram encontradas correlações estatisticamente significantes entre o Domínio Psicológico e a Qualidade de Vida Geral 0,70. As facetas que influenciaram de forma negativa na qualidade de vida das gestantes foram as facetas “recursos financeiros”, “segurança física”, “dor e desconforto”, “energia e fadiga”. **Conclusão:** Concluímos que, conhecer a percepção de qualidade de vida das gestantes pode contribuir para a implantação de programas e planejamento de estratégias de atendimento à gestante.

**Descritores**: Qualidade de vida. Enfermagem. Gravidez. Cuidado pré- natal.

Berti RAL. Perception of pregnant women about their quality of life. [Dissertation]. São Paulo. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

## ABSTRACT

**Introduction:** The assessment of quality of life during pregnancy has been assuming great importance in recent years for shifting the strategy on pregnant women care and helping to understand the influence certain factors exert over the quality of life during this period. Factors such as previous life history, the desire or not for pregnancy, the emotional and socioeconomic context, the characteristics of the evolution of pregnancy, and the health care received by pregnant women influence their quality of life. **Objective:** This study aimed to evaluate the quality of life in low-risk women. **Method:** This is a descriptive study with a quantitative approach exploratory. The sample consisted of 73 pregnant women enrolled in two UBS in the municipality of São Paulo. Data collection was performed using the WHOQOL-100, and a socio-demographic form. The women in this study have the following socio-demographic characteristics: mean age 27.5 years, 49 (67%) of the women have a steady partner, average household income of two to four minimum wages, an average of 10.2 years of education . The obstetric characteristics were: mean 23.4 weeks gestation, 45.2% had nausea and vomiting, 45.1% back pain and pregnancy was not planned by 64.4% of pregnant women. The evaluation of quality of life domains in increasing order was: "Spiritual Aspects" (21.9), "Physical" (49.8), "Environment" (58.1), "Psychological" (68.1), "Level of Independence" (68.4) and "social relations" (70.5). Facets largest impact on QoL assessment by Domains were. Physical Domain:

facet "pain and discomfort" (43.1), facet "energy and fatigue" (50.0), facet "sleep and rest" (56.3). Psychological domain: facet "body image" (62.8), facet "negative feelings" (63.0), facet "thinking learning, memory and concentration" (68.5), facet "positive feelings" (71.4), facet "self-esteem" (74.7). Level of Independence Domain: facet "everyday activities" (60.7), facet "mobility" (63.4), facet "ability to work" (68.8), Facet “dependence on medication or treatments "(81.0). Domain Social relations: facet "social support" (67.8), facet sexual activity "(69.4), facet “personal relationships "(74.3). Environment domain: facet "funding" (47.6), Facet 'physical safety and security "(50.7), facet" physical environment "(56), facet “recreation and leisure "(57.2), facet "transport" (59.4), facet "health care" (63.5), facet “home environment" (64.1), facet "new information and skills" (66.1). Domain spiritual aspects: Facet “spirituality / religion / personal beliefs "(21.9). Statistically significant correlations were found between the Psychological Domain and Overall Quality of Life 0.70. Facets that influence negatively the quality of life of the pregnant women were facets "financial", "physical security", "pain and discomfort", "energy and fatigue." **Conclusion:** We conclude that, of the perception of quality of life of pregnant women can contribute to the implementation of programs and planning strategies for care of pregnant women.

**Keywords**: Quality of life. Nursing. Pregnancy.  Prenatal care .

# LISTA DE ILUSTRAÇÕES


Figura 1 – Dimensões de saúde e Bem estar..... 54

Quadro 1 - Domínios e facetas do WHOQOL-100..... 61

Mapa 1 - Coordenadorias Regionais de Saúde da secretaria Municipal de saúde de São Paulo, 2012..... 72

Mapa 2 - Supervisão Técnica de saúde Lapa/Pinheiros de São Paulo, 2012..... 75

Quadro 2 - Alpha de Cronbach por domínios..... 80

Quadro 3 - Alpha de Cronbach por facetas..... 81

Quadro 4 - Resultados descritivos da Qualidade de vida Geral..... 91

Quadro 5 - Media estatística descritiva do domínio Físico..... 93

Quadro 6 - Média estatística descritiva do Domínio Meio Psicológico..... 94

Quadro 7 - Média estatística descritiva do Domínio Nível de Independência..... 96

Quadro 8 - Média estatística descritiva do Domínio Relações Sociais..... 98

Quadro 9 - Média estatística descritiva do Domínio meio Ambiente..... 99

Quadro 10 - Média estatística descritiva do Domínio Aspectos espirituais/religião/Crenças pessoais. 100

Quadro 11 - Coeficientes de Correlação de Pearson..... 102

# LISTA DE GRÁFICOS


Gráfico 1 – Distribuição das gestantes entrevistadas por trimestre gestacional..... 85

Gráfico 2 – Distribuição das gestantes entrevistadas segundo o pré-natal..... 86

Gráfico 3 – Distribuição das gestantes entrevistadas segundo sintomas mais freqüentes durante a gravidez..... 86

Gráfico 4 – Distribuição das gestantes entrevistadas segundo a gravidez planejada..... 87

Gráfico 5 – Valores médios das facetas do Domínio Físico segundo as gestantes..... 92

Gráfico 6 – Valores médios das facetas do domínio Psicológico segundo as gestantes..... 94

Gráfico 7 – Valores médios das facetas do Domínio Nível de Independência segundo as gestantes..... 95

Gráfico 8 – Valores médios do Domínio Relações Sociais segundo as gestantes..... 97

Gráfico 9 – Valores médios das facetas do Domínio Meio Ambiente segundo as gestantes..... 99

Gráfico 10 - Médias por domínios do WHOQOL-100..... 101

# LISTA DE TABELAS


Tabela 1 – Distribuição das gestantes entrevistadas segundo a faixa etária..... 87

Tabela 2 – Distribuição das gestantes entrevistadas segundo a Escolaridade..... 88

Tabela 3 – Distribuição das gestantes entrevistadas por Estado Civil..... 88

Tabela 4 – Distribuição das gestantes entrevistadas segundo as condições de Moradia..... 89

Tabela 5 – Distribuição das gestantes entrevistadas segundo a Raça..... 89

Tabela 6 – Distribuição das gestantes entrevistadas segundo a Naturalidade..... 89

Tabela 7 – Distribuição das gestantes entrevistadas segundo a Renda Familiar..... 90

Tabela 8– Distribuição das gestantes entrevistadas segundo a Religião..... 90

# LISTA DE SIGLAS

| | |
|---|---|
| APS | Atenção Primária de Saúde |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| HRQol | Health related Qol of life |
| MS | Ministério da Saúde |
| NVPQOL | Health-Related Quality of life for nausea and vomiting during pregnancy |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde |
| PS | Promoção da Saúde |
| PAISM | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| PHPN | Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento |
| PNAISM | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher |
| QGV | Qualidade de Vida Geral |
| QV | Qualidade de vida |
| SF-36 | Short Form Health Survey |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| WHOQOL | World Health Organization Quality of Life Assentment |
| WHOQOL-bref | World Health Organization Quality Of Life – bref |
| WHOQOL-100 | World health Organization Quality of Life-100 |
| WHOQOL-SRPB | World health Organization Quality of Life-Spirituality, Religion and Personal Beliefs |

## SUMÁRIO


| | | |
|---|---|---|
| | **APRESENTAÇÃO**..... | 23 |
| 1 | **CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO**..... | 29 |
| 1.1 | A GRAVIDEZ E A ATENÇÃO A GESTANTE: BREVE HISTÓRICO..... | 29 |
| 1.2 | ATENÇÃO PRIMÁRIA: POSSIBILIDADES E LIMITES..... | 35 |
| 1.3 | FATORES PSICOSSOCIAIS E DEMOGRÁFICOS QUE AFETAM A GRAVIDEZ..... | 40 |
| **2** | **CAPÍTULO 2 - OBJETIVOS**..... | 47 |
| 2.1 | OBJETIVO GERAL..... | 47 |
| 2.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 47 |
| **3** | **CAPÍTULO 3 - REFERENCIAL TEÓRICO**..... | 51 |
| 3.1 | QUALIDADE DE VIDA: CONCEITOS | 51 |
| 3.2 | INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM GESTANTES..... | 55 |
| 3.3 | ESCOLHA DO INSTRUMENTO WHOQOL-100..... | 59 |
| 3.4 | POLÍTICAS DE SAÚDE PARA MULHERES..... | 62 |
| **4** | **CAPÍTULO 4 - MÉTODO**..... | 71 |
| 4.1 | TIPO DE ESTUDO..... | 71 |
| 4.2 | CENÁRIO DE ESTUDO..... | 72 |
| 4.3 | SUJEITOS DA PESQUISA..... | 76 |
| 4.3.1 | Critério de inclusão..... | 76 |

4.3.2 Critério de exclusão..... 77

4.3.3 Tamanho da amostra..... 77

4.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS..... 77

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS..... 78

4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS..... 79

4.7 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS.... 79

4.8 VARIÁVEIS..... 82

**5 CAPÍTULO 5 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**..... 85

5.1 CARACTERÍSTICAS GESTACIONAIS DA AMOSTRA..... 85

5.2 CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS DAS GESTANTES..... 87

5.3 QUALIDADE DE VIDA GERAL NO PERÍODO GESTACIONAL..... 90

5.4 CARACTERÍSTICAS POR DOMÍNIOS..... 91

5.4.1 Domínio I Físico..... 92

5.4.2 Domínio II Psicológico..... 93

5.4.3 Domínio III Nível de Independência..... 95

5.4.4 Domínio IV Relações Sociais..... 96

5.4.5 Domínio V Meio Ambiente..... 98

5.4.6 Domínio VI Aspectos Espirituais (religião/crenças pessoais)..... 100

5.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA ENTRE DOMÍNIOS DO WHOQOL-100..... 101

5.6 CORRELAÇÂO DE PEARSON ENTRE DOMÍNIOS DO WHOQOL-100..... 101

**6 CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**..... 107

6.1 PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DAS GESTANTES..... 107

6.2 CARACTERÍZAÇÃO GESTACIONAL..... 110

6.3 QUALIDADE DE VIDA DAS GESTANTES SEGUNDO O WHOQOL-100..... 112

**7 CONSIDERAÇÕES FINAIS** 121

**8 REFERÊNCIAS** 127

**9 APÊNDICES** 145

**10 ANEXOS** 151

# APRESENTAÇÃO

# APRESENTAÇÃO

Formada em enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 1981 tive minha trajetória profissional iniciada nesse mesmo ano, como enfermeira gerente no Hospital Santa Genoveva, da rede privada em Uberlândia-MG. Dois anos depois ingressei no quadro de funcionários da Universidade Federal de Uberlândia para trabalhar no Hospital Universitário gerenciando a Unidade de Neonatologia, aprimorando assim minhas habilidades gerenciais e assistenciais como enfermeira.

Trabalhei concomitantemente na Prefeitura Municipal de Uberlândia em Unidades Básicas de Saúde durante quatro anos, vivenciando as mudanças propostas pelo Sistema Único da Saúde na implantação da Vigilância em Saúde, que redefinia as práticas sanitárias fundamentadas no princípio da integralidade, a qual adequava as ações e serviços aos problemas, necessidades e demandas da população.

Com o foco na saúde da gestante, em relação às dificuldades que as mães enfrentavam durante o período gestacional, busquei aprimorar o grupo de gestantes na qualidade de vida, promovendo o Projeto Saúde Integral para Gestantes. Este projeto envolveu a equipe de enfermagem, a comunidade, ONGs e o comércio da cidade, montando uma oficina de costura com as próprias mães e promovendo uma autonomia na produção do enxoval para seu bebê, buscando a valorização da autoestima das gestantes.

Ao ingressar em 1997, no quadro de docentes da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, ministrei as disciplinas de Saúde da Mulher e Saúde Coletiva.

No ano 2000 participei do processo de estruturação e desenvolvimento da implantação do novo curso superior de enfermagem, na Universidade Federal de Uberlândia, no qual também fiz parte como docente durante dois anos. Depois de consolidado o curso, retornei para a Escola Técnica de Saúde (ESTES).

Na ESTES, como docente e supervisora de estágio dos alunos em Unidades Básicas de Saúde, observei a baixa adesão das gestantes ao controle de pré-natal como também um déficit de orientações à gestante, quanto ao objetivo do pré-natal de proporcionar boas condições de saúde e detectar de forma precoce complicações ou óbitos que por ventura possam aparecer neste período.

Em 2006, participei do curso de especialização em Saúde Coletiva e Saúde da Família, onde tive a oportunidade de descobrir um novo olhar consoante às formas do cuidar, comprometidas com a mobilização social e a transformação de uma realidade social.

A necessidade de aprimorar os conhecimentos na área e o interesse pela pesquisa levou-me a participar, em 2010, do Grupo de Pesquisa Modelos Tecno-Assistenciais e a Promoção da Saúde da Escola de Enfermagem da USP, onde várias pesquisas, envolvendo qualidade de vida e promoção da saúde, foram e estão sendo desenvolvidas pelos integrantes desse Grupo de Pesquisa.

Meu engajamento nessa temática se deu com a proposta de dar continuidade ao estudo realizado por Castro (2010) membro do Grupo de Pesquisa que utilizou o instrumento WHOQOL-bref para avaliação da qualidade de vida, a qual concluiu que esse instrumento poderia ser empregado como tecnologia de monitoramento de clínica ampliada na assistência pré-natal.

Partindo dessa premissa buscamos a utilização do instrumento WHOQOL-100, como uma maneira de aprofundar as características da Qualidade de vida das gestantes e fornecer pistas para as questões que poderiam ser abordadas durante a assistência pré-natal no sentido de aproximá-lo de uma prática mais concreta de promoção da saúde. O convite para desenvolver esse assunto na realização da minha dissertação de mestrado foi um desafio que despertou bastante interesse e está em consonância com minha experiência prática na área de Saúde Coletiva e Saúde da Mulher.

# INTRODUÇÃO

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 A GRAVIDEZ E A ATENÇÃO À GESTANTE: BREVE HISTÓRICO

A gravidez é um período de profundas transformações e, embora seja um processo fisiológico, cada mulher reage às mudanças advindas desse processo de uma forma particular. Nesse período fatores como história de vida pregressa, o desejo ou não da gravidez, o contexto existencial, socioeconômico e emocional, as características próprias da evolução da gravidez, bem como a assistência à saúde recebida pela gestante tem influencia em sua qualidade de vida.

O ciclo gravídico é um processo fisiológico pelo qual a mulher pode passar ao longo da vida. É um acontecimento natural, apesar de muitas vezes ser enfrentado como uma doença (Serruya et al.,2004).

Esse período envolve grandes mudanças e requer uma adaptação à chegada do novo membro de uma família, constituindo-se, assim, em momento de maior vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, propício para o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde a serem realizadas por profissionais de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). (Lenz MLM, 2011).

Entretanto, até meados do século XIX, gravidez e parto eram acontecimentos da esfera familiar e privada, partilhados somente por mulheres no espaço doméstico. A partir da segunda metade do século XX, no entanto, essas práticas foram dominadas pela medicina, institucionalizadas nos hospitais e regulamentadas por políticas públicas. A medicalização da gestação e do parto

transformou tais eventos em objetos do conhecimento e da prática médica (Chacham,1999; Serruya, 2003; Maia, 2010).

A reorientação do atendimento à gestante norteia-se atualmente por Políticas Nacionais que determinam uma atenção de qualidade humanizada à mulher durante a gravidez e no pós-parto. Isso inclui ações de prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado aos problemas que ocorrem neste período (Brasil, 2005a).

Um modelo que procura organizar a atenção primária, de acordo como os conceitos do SUS é a Estratégia Saúde da Família, norteada por uma série de princípios e estratégias, como: a definição de um território de atuação, a integralidade, a ênfase nas ações de promoção da saúde, a responsabilização com a saúde da população adscrita, o planejamento local por problemas, a atuação intersetorial e a humanização do atendimento. Essas práticas de saúde centradas na família pressupõem a restituição da biografia aos indivíduos, valorizando seus vínculos culturais e sociais(Brasil,1997).

A Estratégia Saúde da Família foi de fundamental importância ao incorporar os programas de atenção à gestante, como Programa de Humanização do Pré-Natal, Rede Cegonha e Morte Materna, responsabilizando-se de forma mais estreita pelo cuidado e pela captação da gestante no seu território, e melhorando o atendimento de atenção primária durante o ciclo gravídico.

Entre os programas que atendem a gestante está o programa de pré-natal, que se configura como uma estratégia de melhoria da qualidade de vida da gestante oferecida pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de um conjunto de procedimentos clínicos e educativos cujo objetivo é promover a saúde da gestante e do

concepto, é a primeira linha de ação do atendimento à gestante, pois, nesse momento, são identificados fatores de risco ao qual cada gestante está exposta (Peixoto, 2011).

A atenção pré-natal de baixo risco, realizada por médico de família ou enfermeiro nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), refere-se ao conjunto de consultas ou visitas programadas a gestante, complementadas pelos demais profissionais de saúde da Equipe, objetivando o acompanhamento da gestação e a obtenção de uma adequada preparação para o parto e para os cuidados com o bebê (Fescina et al., 2007).

São identificados através da assistência pré-natal os fatores de risco, como características individuais e sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, doença obstétrica na gravidez atual e intercorrências clínicas às quais a gestante está exposta, permitindo que sejam feitas as intervenções, orientações e encaminhamentos adequados em cada fase: gravidez, parto e puerpério (Brasil, 2001)

O pré-natal é o primeiro passo para o parto e nascimento humanizado, quando ele é inadequado, apresenta altos índices de morbimortalidade, uma vez que 90% das causas de morte materna diretas são evitáveis no pré-natal e menos de 10% morrem por causas indiretas (Anversa et al., 2012).

Considera-se que as condições sociais, econômicas e demográficas, bem como os fatores biológicos, obstétricos e patológicas, interferem no desenvolvimento de uma gestação saudável, podendo configurar-se como fatores de risco para a morbi-mortalidade materna e perinatal (Lima Y, Moura, 2005).

No decorrer dos últimos dez anos, os programas de saúde do governo brasileiro têm preocupação com a melhoria da saúde materno infantil. Entre eles, podemos citar: o Programa de Humanização Pré-natal e Nascimento (PHPN), o Pacto pela Redução da Morte Materna e Neonatal e a Rede Cegonha.

Esses programas, de forma geral, possuem os seguintes componentes: Incentivo à Assistência Pré-natal; Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal e um novo sistema de pagamento pelos serviços prestados na Assistência ao Parto.

O programa Rede Cegonha é uma estratégia do MS, para todo o Brasil, fundamentada nos princípios da humanização e assistência implantada pela Presidente Dilma Roussef, sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento com base no pioneirismo e experiência de profissionais da área da saúde. Suas principais estratégias são: assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré- natal, assistência ao parto e puerpério (Brasil, 2011a).

A Rede Cegonha tem como diretriz nacional melhorar o acesso e a qualidade do pré-natal, garantindo acolhimento e avaliação de risco e vulnerabilidade. É uma proposta ministerial para a assistência pré-natal.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) concentram seus esforços na redução das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, adotando medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal. Ainda, o programa auxilia a maioria dos municípios com novos recursos para custeio dessa assistência

implantando o sistema informatizado SISPRENATAL para acompanhamento e informação do PHPN (Brasil, 2005b).

O Programa Redução da Mortalidade Materna e Neonatal visa reduzir a mortalidade materna que por muito tempo não houve um reconhecimento deste evento como um problema social, sendo atualmente um desafio para o Brasil, uma vez que essas mortes evitáveis foram entendidas como indicadores sensíveis de qualidade de vida de uma população que poderiam ser e evitadas pelo acesso a serviços qualificados de saúde (Anversa, 2012).

Em alguns municípios do Brasil foram desenvolvidos programas de atenção a gestante. No município de São Paulo, desenvolveu-se um programa voltado para a mãe e para a criança chamada “Mãe Paulistana” e implantado a nível municipal desde 2006. Tem como objetivo assistir a gestante durante o ciclo de gravidez, desde as consultas de pré-natal (no mínimo sete) até o primeiro ano de vida do bebê. Este programa esta presente em todas as UBS com ESF ou não, em hospitais Municipais, Estaduais e Conveniados e uma casa de Parto. As grávidas cadastradas nesse programa recebem:

• Acompanhamento das consultas de pré-natal e se por ventura a gestante faltar, ela receberá a visita da Agente Comunitária do Bairro;

•Realização de todos os exames necessários para acompanhar a gravidez;

• Garantia de referência para um hospital da região em que reside;

• Visita a Maternidade onde será realizado o parto;

• Transporte Municipal gratuito para realizar consultas e exames, durante a gravidez e no primeiro ano de vida da criança;

• Consultas e exames para a criança;

• Recebimento de um enxoval básico para as gestantes que fizeram o pré- natal na rede municipal (PMSP, 2006).

Apesar de esses programas terem contribuído para a garantia dos direitos humanos das gestantes, ainda existe a precariedade da atenção obstétrica, pois, embora o número de atendimentos no pré-natal tenha aumentado, notam-se ainda alguns pontos fragilizados como:

•A alta incidência de sífilis congênita – estimada em 12 casos/1.000 nascidos vivos no SUS;

•A hipertensão arterial que continua sendo a causa mais frequente de morte materna no Brasil, e;

•Apenas 41,01% receberam a 2ª dose, ou a dose de reforço, ou a dose imunizante da vacina antitetânica (Brasil, 2005b; Brasil, 2002a).

No entanto, para que ocorra uma humanização efetiva da assistência na gestação é necessária uma ampliação do olhar profissional às condições individuais e culturais tornando cada gravidez única, ou seja, personalizar o atendimento, dando espaço para as mulheres serem ouvidas e atendidas naquilo que lhes é mais importante (Brasil, 2001).

Alguns pesquisadores acreditam que não há nenhum evento mais espiritualmente conectado à nossa humanidade do que o nascimento, a vida nova que entra no mundo, em que a criança toma a primeira respiração, traduzida como “espírito” em latim e hebraico. No entanto, as sociedades ocidentais, orientadas pela ciência, transformaram a gravidez e o parto, em um momento cada vez mais fora do seu contexto histórico e cultural (Ayers, 2000; Baumiller, 2002).

Pensar sobre a mulher no seu processo gestacional é pensar numa nova sociedade, em que o eixo central seja a qualidade de vida do ser humano, e que seus desejos e valores sejam respeitados, como cidadã.

No sentido de ampliar os cuidados oferecidos a mulher no período gravídico é que esta pesquisa busca desenvolver saberes sobre a Qualidade de vida das grávidas.

## 1.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA: POSSIBILIDADES E LIMÍTES

Historicamente, o primeiro conceito de Promoção da Saúde (PS) foi encontrado nos escritos de Winslow (1920). Este afirmava que: a PS é um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma "máquina social" que assegure a todos os níveis de vida adequados para a manutenção e melhoramento da saúde.

Sigerist, (1946) foi um dos primeiros autores a fazer referência ao termo PS, quando define as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação, afirmando que: "A saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso".

Leavell, Clark (1965) utilizaram o conceito de promoção da saúde, apresentando e desenvolvendo um modelo da história natural da doença em três níveis de prevenção: primária, secundária e terciaria centrado no indivíduo e envolvendo a família de forma limitada.

As diversas conceituações foram evoluindo com o tempo e construindo novos modelos que fossem além do cuidado à saúde, capacitando a comunidade, analisando medidas preventivas sobre os estilos de vida, o ambiente físico que possa melhorar a qualidade de vida do indivíduo. Nasce assim o movimento de Promoção da Saúde.

O movimento de PS surgiu no Canadá em 1974, quando foi divulgado um relatório chamado A New perspective on the health of canadians , ou relatório Lalonde. Esse relatório tinha como propósito ampliar o campo de atuação da Saúde Pública, priorizando programas educativos que trabalhassem com mudanças comportamentais e estilos de vida, sem que o foco fosse à doença, questionando-se também, a assistência médica curativa de alta tecnologia (Lalonde,1996).

Em 1986, em Ottawa, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, sob os auspícios da OMS, traz um amplo discurso em torno da Promoção da Saúde, produzindo neste evento a Carta de Ottawa, propondo a seguinte definição:

> "promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação deste processo" (Brasil, 1996).

Após essa conferência foram realizadas mais seis conferências internacionais em que se desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde.

Segundo Cerqueira (1977), a PS busca modificar condições de vida, para que estas sejam dignas e adequadas, apontando para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão que sejam favoráveis à qualidade de vida e à saúde.

A Promoção da Saúde, tem como estratégia mais global para sua aplicação e difusão, cinco amplos campos de ação:

a)Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;

b) Criação de ambientes saudáveis;

c) Capacitação da comunidade;

d) Desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas, e

e) Reorientação de serviços de saúde (WHO,1986).

Westphal (1999) destaca que a Promoção da Saúde deve pressupor e trabalhar de forma a promover a participação da população na definição das políticas sociais e no controle e avaliação das ações e serviços delas decorrentes, buscando a melhoria da saúde e da qualidade de vida. Os conceitos centrais da Promoção da Saúde estão baseados numa visão ampliada, de justiça social, equidade e valores éticos, vinculados à conquista de uma vida saudável.

Dois conceitos são importantes quando se fala de promoção da saúde: empowerment e autonomia. O “empowerment” significa em geral a ação coletiva desenvolvida pelos indivíduos quando participam de espaços privilegiados de decisões, de consciência social dos direitos sociais. (Campos, Campos G, 2006).

A autonomia é outro conceito fundamental para promoção da saúde e refere-se ao processo de co-constituição, de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem por si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos (Campos, Campos G, 2006). A autonomia é um componente essencial da promoção da saúde e construído nas relações interpessoais por meio da dialética do lidar com o que eu quero e com o que o outro quer.

Estes conceitos relacionam a dimensão política com a dimensão da saúde coletiva, na medida em que para promover a saúde de forma efetiva, é necessário que haja envolvimento político da população, direcionando as ações de saúde de acordo com seus interesses e necessidades. Como Castoriades, Cohn (1981) anunciam:

> "uma política revolucionária hoje é em primeiro lugar e antes de tudo o reconhecimento da autonomia das pessoas, isto é, o reconhecimento da própria sociedade como fonte última da criação institucional".

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde, visando o enfrentamento dos desafios de produção social de saúde, que exige do governo e da sociedade a qualificação das práticas sanitárias e do sistema de saúde, influenciando em diversos projetos, como educação em saúde, cidades saudáveis, vigilância à saúde e projetos de reorganização vinculados à Estratégia Saúde da Família (Brasil 2006a).

Para Starfield (2002), a atenção primária forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, a atenção primária é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições.

O Ministério da Saúde define a Atenção Primária à Saúde, como o conjunto de ações, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção

da saúde. Esses conceitos de justiça social, equidade e valores éticos podem ser desenvolvidos na ESF sob a forma de trabalho em equipe e ser dirigida a populações de territórios delimitados, pelas quais a equipe assume responsabilidade sanitária (Brasil, 2007).

As gestantes atendidas na atenção primária durante o pré-natal recebem aconselhamento, atividades educativas e atividades clínicas pelos profissionais de saúde, mas ainda há uma necessidade de se olhar a gestante no seu aspecto psicossocial e como ele influi na família onde ela está inserida.

O desenvolvimento de ações educativas, na atenção primária com gestantes e seus familiares, representam um desafio que não depende somente de consultas de médicos e dos enfermeiros, mas também de ações sobre seus determinantes sociais, econômicos, políticos e educacionais, visando à promoção da qualidade de vida (Brasil, 2004a).

Hoga, Reberte (2007) apresentam um estudo relacionado às ações educativas com grupo de gestantes, realizado na Atenção Primária de Saúde (APS). Este estudo teve como finalidade complementar o atendimento realizado nas consultas, melhorando a aderência das gestantes aos hábitos considerados mais adequados, diminuindo ansiedade e medos relativos ao período gravídico e puerperal.

No entanto, Horta et al (2009), afirmam que a formação dos profissionais da ESF não valorizam as práticas grupais como relevantes para a saúde, o reflexo da coexistência de modelos assistenciais de saúde , a ruptura com a pratica médico- centrada e curativista, produz grupos com prática pouco resolutiva, impessoal, desvinculada das condições de vida, colocando como foco de atenção a doença ao invés dos sujeitos que adoecem.

A realização de um diagnóstico das necessidades e problemas no cuidado com a gestante e seu atendimento na APS vinculado a ESF se faz importante para definir problemas potencias e possíveis lacunas do serviço.

## 1.3 FATORES PSICOSSOCIAIS E DEMOGRÁFICOS QUE AFETAM A GRAVIDEZ

Vários estudos foram realizados para compreender os fatores psicossociais e demográficos que interferem no momento da gestação. Lima M (2006), afirma que a gravidez é um processo fisiológico, no entanto desconfortos como náuseas e vômitos no início da gestação, dores lombares e a diminuição da capacidade física são fatores que acarretam profundas mudanças relacionadas à saúde física e emocional da mulher.

Neste capítulo será apresentado por dimensões cada fator encontrado na literatura envolvendo a gestação:

a) Na dimensão cuidados físicos da gestante, alguns estudos mostraram que os sintomas físicos comuns na gravidez afetam a gestante de diferentes formas, interferindo assim, na sua qualidade de vida. As dores nas costas no terceiro trimestre gestacional são queixas importantes, tanto pela alta frequência de mulheres acometidas quanto pela intensidade da dor e desconforto provocado, influenciam de modo negativo na qualidade do sono. Os sintomas físicos também afetam: na disposição física, desempenho no trabalho, vida social, atividades domésticas e lazer (Martins R, 2005a).

Em algumas gestantes, náuseas e vômitos que se apresentam normalmente no primeiro trimestre gestacional, também são sintomas físicos que apresentam um impacto significativo na vida familiar, na incapacidade de realizar atividades diárias habituais, em funções sociais e na intenção de ter outros filhos. Além disso, a presença e gravidade de náuseas e vômitos apresentam um impacto na qualidade de vida das gestantes, sendo um dos motivos mais comuns de internação da gestante (Lacasse e Bérard, 2008).

A gestação está dividida didaticamente em três trimestres e é usada a mesma divisão para discorrer sobre as dificuldades e preocupações durante esse período. Considera-se o primeiro trimestre como idade gestacional entre a 1ª semana até a 13ª semana. O segundo trimestre, entre 14ª até 26ª semanas e o terceiro trimestre entre 27ª até 40ª semanas. Por norma, considera-se que a data prevista para o parto é aquela onde se completa 40 semanas gestacionais (Barros, Marin, Abrão, 2002).

b) Na dimensão alterações psicológicas, encontramos na literatura que as alterações psicológicas durante o processo gestacional estão relacionadas ao nível de ansiedade determinada pela incerteza da gravidez. A percepção da gravidez implica na perspectiva de grandes mudanças interpessoais e intrapsíquicas, nem sempre é totalmente aceita ou totalmente rejeitada (Maldonado, 1976; Soifer,1980).

Segundo os estudos de Maldonado,(1976) e Soifer (1980) a hiperemêse gravídica aparece como fator psicogênico e têm uma correlação positiva entre o grau de perturbação emocional da gestante, a severidade e duração da hiperêmese.

E que a grande maioria das distocias patológicas, que ocorrem no terceiro trimestre, com apresentação pélvica e podálica, deve-se a contratura dos músculos pélvicos da gestante que se opõem dessa maneira à versão natural do feto. Essas contraturas são produto de intensa crise de ansiedade, que corresponde a fantasias de

esvaziamento que, neste momento, faz-se importante à psicoterapia para a gestante (Soifer, 1980).

c) Na dimensão mobilidade e atividades cotidianas da gestante, encontramos estudos que abordam a tendência social, nos últimos 50 anos, é a crescente participação das mulheres na força de trabalho, em que 60% das mulheres trabalham em tempo integral, inclusive as mulheres menores de 18 anos com filhos (Tedesco,1999) Tem-se, ainda, o aumento de famílias constituídas por apenas um dos pais e liderada por mulheres, especialmente aquelas integrantes de minorias e que vivem na pobreza.

Nesse sentido, alerta-se para o fato de que os efeitos cumulativos do exercício de múltiplos papéis, do estresse do trabalho afetam fortemente a sua independência e saúde. A exposição ambiental da mulher com agrotóxicos ou irradiações e seus efeitos ainda são amplamente desconhecidos e pouco estudados (Henrich, 2008)

Sabe-se que a maioria das mulheres brasileiras carece de condições para satisfazer suas necessidades básicas como alimentação e moradia, além de submeterem-se a situações de risco como violência, abuso de álcool e drogas, estando expostas a trabalhos extenuantes e relações de trabalho degradantes (Brasil, 2001)

d) Nas dimensões em que se analisam as relações pessoais e apoio social às gestantes encontramos que: O papel do homem como pai e corresponsável pela gravidez, têm o direito de participar do planejamento reprodutivo e familiar, desenvolvendo vínculos afetivos e psicológicos durante o acompanhamento da gravidez, parto e pós-parto (Hoga, Manganiello (2004)

Segundo Hoga, Manganiello (2004), o comportamento do pai durante a gravidez não planejada apresenta três categorias descritivas: a) As atitudes masculinas diante da gravidez não planejada são influenciadas por diferentes fatores: experiências relativas ao papel paterno e/ou materno; tipo de relacionamento existente entre o casal; experiências pessoais na relação com os filhos e pela idade dos homens; b) A noticia da gravidez provocou impacto nos homens de diferentes formas, alguns adotaram atitudes de conformismo e aceitação e outros de rejeição. c) A gravidez nem sempre é evitada porque sempre “dá-se um jeitinho” para contornar a situação. Isso mostra que valores pessoais e circunstâncias da vida são determinantes para as atitudes masculinas diante da gravidez não planejada pelo casal.

e) Dimensão Sexualidade segundo estudo de Araujo (1999), afirma que a vivencia da sexualidade durante a gestação foi apontada pela maioria das gestantes como o intercurso sexual, não expressando outras formas possíveis de prazer.

f) Dimensão Espiritualidade: Panzini et al.,(2011), identificaram que em diferentes culturas a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais são dimensões extremamente valorizadas. A gravidez pode ser um tempo para contemplar a natureza milagrosa da experiência e aprofundar ou renovar a conexão espiritual. Entretanto, há a tendência atual de olhar somente os aspectos físicos do nascimento, os avanços na tecnologia e a inovação médica, podendo se perder o milagre da gravidez e do nascimento (Jesse, 2004; Association of Radicals Midwives, 2006; Ayers, 2000).

Um estudo realizado por Jesse (2004) desejou analisar a relevância e o significado de fé e espiritualidade em gestantes de zona urbana de baixa renda. Os resultados apontaram para a importância do atendimento para a espiritualidade como um recurso

na gravidez para aqueles que o valorizam e continuar a explorar este assunto.

# Objetivos

# 2. OBJETIVOS

## 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida de gestantes atendidas na Estratégia Saúde da Família.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

• Descrever o perfil sócio demográfico das gestantes atendidas em duas unidades básicas na cidade de São Paulo.

• Analisar a qualidade de vida segundo os Domínios: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Meio Ambiente e Aspectos Espirituais do WHOQOL-100.

• Analisar a qualidade de vida segundo as facetas:1.dor e desconforto; 2.Energia e fadiga; 3 Sono e repouso; 4. Sentimentos positivos; 5. Pensar, aprender, memória e concentração; 6. Autoestima; 7. Imagem corporal e aparência; 8. Sentimentos negativos; 9. Mobilidade; 10. Atividades cotidianas; 11. Dependência de medicação ou de tratamentos; 12. Capacidade de trabalho; 13. Relações pessoais; 14. Suporte social; 15. Atividade sexual; 16. Segurança física e proteção; 17. Ambiente no lar; 18. Recursos financeiros; 19. Cuidados de saúde; 20. Novas informações e habilidades; 21. Recreação e Lazer; 22. Ambiente físico. 23. Transporte e 24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais.

# Referencial teórico

# 3. REFERENCIAL TEÓRICO

## 3.1 QUALIDADE DE VIDA: CONCEITOS

O conceito de Qualidade de Vida foi utilizado pela primeira vez após a Segunda Guerra Mundial, para ressaltar que uma boa vida dependia de fatores como emprego, moradia, meio ambiente, educação, artes visuais e saúde (Vido, 2006). Apesar de não ser um tema novo, o conceito de qualidade de vida, devido ao seu caráter polissêmico, está em constante construção.

No campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e qualidade de vida existe desde o nascimento dos movimentos pioneiros da saúde pública e da medicina social quando se discutia a pobreza, as más condições de vida, trabalho e nutrição sendo as principais causas de doenças, preconizando, mais do que reformas sanitárias, amplas reformas sociais e econômicas, articulando, assim, o enfrentamento dos problemas de saúde e uma boa condição/ qualidade de vida do indivíduo e o coletivo (Buss, 2000).

Muitos autores consideram a qualidade de vida como uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Porém, esse tema abrange muitos significados, conhecimentos, experiências e valores individuais. Portanto, o conceito de qualidade de vida é uma construção social que sofre influências pessoais, culturais, históricas e espaciais e que podem ser afetados pela saúde ou não (Minayo,Hartz,Buss, 2000; Awad e Voruganti, 2000; Lima M 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um grupo para desenvolver a avaliação da qualidade de vida para esse grupo define que Qualidade de vida é:

> "A Qualidade de Vida é a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações" (The WHOQOL Group, 1995, p.1404).

Este conceito que abrange a complexidade do construto de qualidade de vida (QV) e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais.

Desse modo, entrelaça três aspectos fundamentais:

- **Subjetividade:** isto é, a perspectiva do indivíduo é o que está em questão. A realidade objetiva só conta na medida em que é percebida pelo indivíduo.

**- Multidimensionalidade**: isto é, a qualidade de vida é composta por várias dimensões - física, mental, social, etc. Este aspecto tem uma sequencia métrica importante, a de que não é desejável que um instrumento que mensure a qualidade de vida venha a ter um único score, mas sim que a sua medida seja feita por vários scores em vários domínios.

**- Presença de dimensões positivas e negativas**: para uma ótima QV, são necessários que estejam presentes alguns elementos, por exemplo, a mobilidade, e outros se façam ausentes, por exemplo, a dor (FlecK et al.,2008).

Portanto, a qualidade de vida é um conceito amplo que envolve de maneira complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de

independência, as relações sociais as crenças pessoais dos indivíduos e suas relações com características predominantes (The WHOQOL Group,1995).

Deve-se considerar que, além das necessidades individuais, cuja satisfação está ao alcance de cada um por esforço próprio, há ainda as necessidades coletivas, que visam imperativamente à sua satisfação e que, quando não atendidas, acarretam o perecimento do grupo, seja sobre o aspecto demográfico, econômico, seja ainda como entidade política soberana. Deixando-se claro que o Estado é responsável pela satisfação das necessidades coletivas (Brasil, 1986).

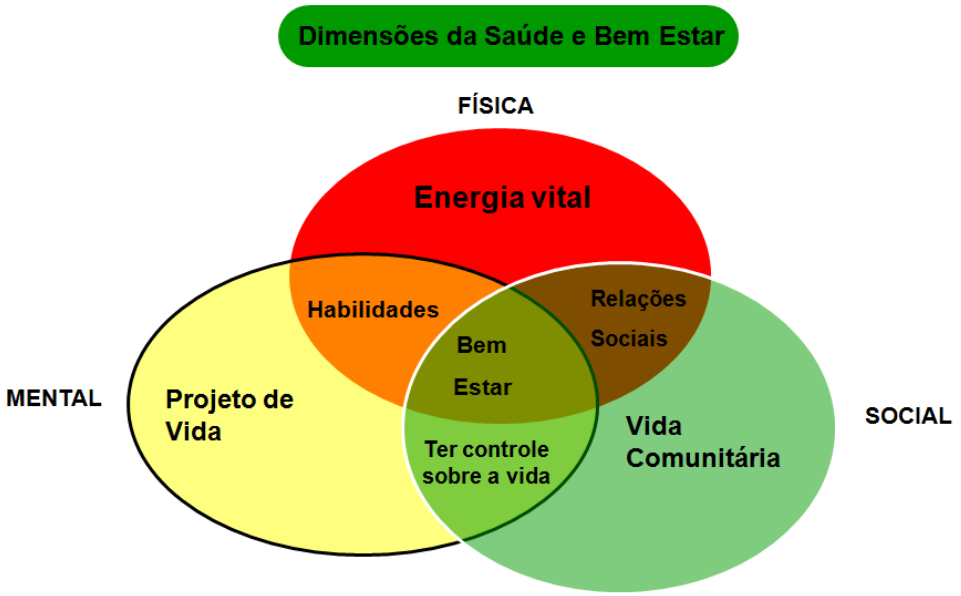
A medida da qualidade de vida de uma população pode gerar informações úteis à área da saúde, subsidiando a tomada de decisão sobre as prioridades de assistência em determinados setores e a comparação dos diferentes tipos de tratamentos. Dessa forma, o tema qualidade de vida tem sido proposto como instrumento para verificação da saúde da população e incentivo de medidas de Promoção da Saúde (Vido, 2006), (Rodrigues , Ferreira, 2003).

O modelo teórico construído por (Labonte, 1996) para compreender a promoção da saúde, representa um conceito dialético para o bem-estar/qualidade de vida e para a saúde e apresenta dimensões e interfaces que expressam a complexidade e a dinamicidade contida no processo saúde-doença.

O diagrama de Labonte mostra as dimensões da saúde individual, bem como as interseções que atingem o alcance do poder do indivíduo para controlar e alterar os determinantes da sua saúde.

Este autor afirma que, a saúde pode ser compreendida a partir de três dimensões conforme a figura1:

**Figura1**. Apresentada por Labonte e adaptada por Blaxter.




**Fonte**: Health promotion and empowerment: practice frameworks. Toronto: Center for Health Promotion, University of Toronto; 1993.

As dimensões de Saúde e Bem-Estar para (Labonte,1996) pode ser compreendida a partir de três dimensões:

- Energia vital ou física, relacionada ao grau de vitalidade que o corpo biológico dispõe para realizar as atividades da vida diária.
- Projeto de vida ou mental, que representa as aspirações, emoções e os desejos.
- Vida comunitária ou social, que expressa os relacionamentos e as interações do indivíduo com seu entorno, por meio das representações e demais instituições sociais.

As interfaces dessas dimensões evidenciam a interseção entre dimensões da saúde, controle sobre a vida, habilidades e relações sociais, destacando a relações entre elas como campo de ação da promoção da saúde, em conjunto com indivíduos e grupos. (Labonte, 1996).

Conforme (Barros, 2011), ao analisarem os domínios e as facetas do WHOQOL-bref (instrumento que avalia a percepção da qualidade de vida), demonstrou que o instrumento WHOQOL-bref é uma opção de ferramenta auxiliar para captação de dimensões de promoção da saúde.

Nesta pesquisa será utilizado o Instrumento WHOQOL-100 (instrumento que também avalia a percepção da qualidade de vida) composto de seis domínios da qualidade de vida onde se pretende analisar o domínio físico, o bem estar psicológico, o nível de independência, as relações sociais, o meio ambiente e os aspectos espirituais onde a gestante está inserida.

## 3.2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM GESTANTES

Estudos sobre a avaliação da qualidade de vida e do estado de saúde aumentaram consideravelmente nas últimas duas décadas, gerando o desenvolvimento e a utilização de instrumentos de medida, tanto na prática clínica quando em pesquisas. Acreditando que as informações geradas servem como indicadores que avaliam a eficácia, a eficiência e o impacto de determinados tratamentos; comparar os procedimentos; avaliar custos e benefícios dos serviços prestados; definir estratégias na área da saúde e monitorar a qualidade de vida dos indivíduos (Vido, 2006).

Na área da saúde o conceito qualidade de vida também foi separado de duas maneiras: qualidade de vida – conceito mais genérico; e qualidade de vida relacionada à saúde. A qualidade de vida, como conceito genérico, apresenta acepção mais ampla, influenciada por estudos sociológicos (Fayers, 2000).

O conceito de qualidade de vida relacionada à saúde é um tema bastante relevante e imprescindível em pesquisa, pois, conforme apontado, este subsidia avaliações mais concretas da saúde dos indivíduos e das populações visando: medir o impacto que as doenças têm sobre a qualidade de vida dos indivíduos; avaliar os custos humanos e financeiros do cuidado com a saúde; avaliar os benefícios de novos programas e intervenções e, reduzir as taxas de morbidade e mortalidade e para compreensão de condutas terapêuticas (Guyatt,Feeny,Patrick,1993; Minayo, Hartz, Buss, 2000; Rodrigues, Ferreira, 2003).

Entretanto, demostrar como a qualidade de vida afeta a saúde e, por sua vez, como a saúde afeta a qualidade de vida não é o único desafio, pois restam muitas questões a serem resolvidas e respondidas neste campo da investigação .

Segundo Symon(2003), para o ambiente de cuidados da maternidade, as pesquisas em qualidade de vida ainda são usadas de maneira inconsistente. Visando identificar na literatura instrumentos de avaliação da qualidade de vida da gestante para este estudo, foram identificados textos especificamente no período no período pré-natal e pós-natal, desenvolvidos no Brasil, Canadá, China, Austrália e Reino Unido que investigaram a qualidade de vida durante a gestação,

Nessa amostragem de estudos, encontramos instrumentos como o SF-36 e o Índice de Bem Estar em Gestantes Australia Unity, que descrevem a qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes e detectam a influencia de certos fatores, como o impacto sócio econômico, o nível de stress e a diminuição da capacidade de realizar atividades diárias habituais, que atuam sobre a qualidade de

vida das mulheres nesse período gravídico (Lima M, 2006), (Webster et al, 2010).

Na China foi utilizado um questionário de auto- avaliação das gestantes para avaliar sua qualidade de vida nesse período, na qual as mulheres chinesas deste estudo apresentavam uma boa qualidade de vida (Lin et al.,2009).

No Canadá, utilizou-se o questionário “Health-Related Quality of Life for Nausea and Vomiting during Pregnancy" (NVPQOL), identificando que o impacto de náuseas e vômitos influencia de forma considerável a capacidade de executar atividades diárias habituais, afetando a vida familiar, o funcionamento social e elevando os níveis de estresse. Prejudicando o sono e o desempenho no trabalho e incapacitando-a de suas atividades normais (Lacasse, Bérard, 2008).

No Brasil, foi avaliada a qualidade de vida das gestantes, analisando as potencialidades do instrumento WHOQOL-bref, durante o pré-natal. De acordo com Castro (2010) o instrumento WHOQOL-bref apresentou no domínio físico a vulnerabilidade das gestantes principalmente na sua capacidade para o trabalho.E nos domínios relações sociais e Psicológico apresentaram um score Bom.

Na atualidade existem duas formas de mensurar a qualidade de vida por meio de questionários: *instrumentos genéricos* e *instrumentos específicos*. Os instrumentos genéricos são utilizados na avaliação de qualidade de vida da população em geral, sendo mais apropriado a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde. Os mais utilizados no mundo são: The Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey

(SF-36) e o WHOQOL-100 da OMS (Fayers, 2000; Rodrigues, Ferreira, 2003).

Os instrumentos específicos são capazes de avaliar, de forma individual e específica, determinados aspectos da qualidade de vida.

A utilização de dois ou mais instrumentos utilizados concomitantemente em um estudo podem fornecem maiores informações sobre o assunto estudado.

Com relação à abrangência dos instrumentos, pode se dizer que os instrumentos utilizados para medir a qualidade de vida das gestantes abordam aspectos limitados da vida da mulher e que com o instrumento WHOQOL-100, pode-se ampliar a visão de conhecimento não só do ambiente do cuidado biológico e seus desequilíbrios como: depressão pós-parto ou doenças específicas, e sim em todo o contexto, biológico, ambiental, social, espiritual e psicológico.

Nesse contexto, o uso de instrumentos de avaliação de qualidade de vida durante a assistência pré-natal pode constituir uma estratégia de promoção da saúde, uma vez que fornecem informações para as necessidades sociais e de saúde da gestante e para a definição de prioridades, visando a uma assistência mais eficiente.

## 3.3 ESCOLHA DO INSTRUMENTO WHOQOL-100

O Interesse crescente pelo construto qualidade de vida tem aumentado. Em consequência disso, observa-se também um crescimento no número de instrumentos para mensurá-lo. No entanto, ainda é reduzido o número de instrumentos utilizados para pesquisa em relação à qualidade de vida em gestantes e geralmente

eles estão relacionados a doenças específicas da mulher (Zeidl, Zanon, 2004; Brousse, Boisaubert, 2007)

Berti, Fracolli,Castro, (2011) mostraram que, estudos sobre a QV em mulheres, geram informações a serem utilizadas em rastreamentos, identificação de necessidades específicas e avaliando diferentes aspectos da saúde da mulher, capazes de reconhecer os estados de completo bem-estar, físico, mental e social.

O grupo WHOQOL tem trabalhado para desenvolver medidas que avaliem a qualidade de vida dentro de uma perspectiva internacional em que países e culturas possam influenciar na elaboração dos conceitos e de questões que norteiam a elaboração do instrumento até sua validação. Esse instrumento apresenta boa capacidade psicométrica para mensurar a qualidade de vida e a estrutura do construto é comparável nas diferentes culturas, além de estar validado em 15 centros de pesquisa, reforçando assim a sua importância como instrumento transcultural (Fleck, 2000).

Para isso a OMS criou um projeto colaborativo e multicêntrico, elaborando um questionário composto de 100 perguntas que avaliam seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças pessoais. É um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, com o objetivo principal de avaliar a qualidade de vida dentro de uma perspectiva internacional e transcultural (The WHOQOL-Group,1995; Bullinger et al., 1993).

Os seis domínios avaliados pelo questionário são divididos em 24 facetas específicas compostas por questões de qualidade de vida. O WHOQOL-100 ainda inclui um item de quatro questões que

considera tanto a satisfação e a avaliação de qualidade de vida geral (Fleck et al,1999).

Cada domínio é composto por questões cujas respostas pontuadas variam entre 1 e 5. Os scores finais de cada domínio são calculados por uma sintaxe que considera as repostas de cada questão que compõe o domínio, resultando em scores de 4 a 20, que podem ser transformados em escala de 0 a 100 (Fleck,et al, 2008).

Seguindo o modelo de pontuação dos outros instrumentos WHOQOL, os scores mais altos representam melhor qualidade de vida. Deve-se notar que alguns itens são gerados de modo positivo (respostas mais altas indicam melhor qualidade de vida), enquanto outros são formulados de modo negativo (isto é, respostas mais altas indicam pior qualidade de vida). Para gerar o score final, é necessário que se recodifiquem os itens negativos. Assim, em tais itens, a escala de respostas é invertida (1=5,2=4,3=3,4=2,5=1). Então, os dados assumem unidirecionalidade, podendo ser somados em cada faceta (Fleck et al, 2008).

**Quadro 1:** Domínios e Facetas do WHOQOL-100

| DOMÍNIOS | FACETAS |
|---|---|
| 1. Domínio Físico | 1. Dor e desconforto;<br>2. Energia e fadiga;<br>3. Sono e repouso; |
| 2. Domínio Psicológico | 4. Sentimentos positivos;<br>5. Pensar, aprender, memória e concentração;<br>6. Autoestima;<br>7. Imagem corporal e aparência;<br>8. Sentimentos negativos; |
| 3. Domínio Nível de Independência | 9. Mobilidade;<br>10. Atividades da vida cotidiana<br>11. Dependência de medicação ou de tratamentos;<br>12. Capacidade de trabalho; |
| 4. Domínio Relações sociais | 13. Relações pessoais;<br>14. Suporte (apoio) social;<br>15. Atividade sexual; |
| 5. Domínio Meio-ambiente | 16. Segurança física e proteção;<br>17. Ambiente no lar;<br>18. Recursos financeiros;<br>19. Cuidados de saúde;<br>20. Novas informações e habilidades;<br>21. Recreação e lazer;<br>22. Ambiente físico;<br>23. Transporte; |
| 6. Domínio Aspectos Espirituais | 24. Espiritualidade/ religião/crenças pessoais. |

**Fonte**: Instrumento de avaliação de Qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Fleck MPA, 2000.

O instrumento WHOQOL-100 é um instrumento genérico que apresenta dois domínios a mais que o WHOQOL-bref, os domínios Nível de Independência e Aspectos espirituais/ religião/crenças pessoais, podendo contemplar dados mais abrangentes que o WHOQOL-bref. Cada faceta do WHOQOL-100 apresenta quatro questões, totalizando 100 questões.

Segundo Fleck et al (1999), durante a análise de dados deve se levar em conta quea análise da qualidade de vida medida pelo WHOQOL-100 deve ser realizada mediante o cálculo dos scores

para cada um dos domínios do WHOQOL-100, não havendo um score único total para avaloa-la e sim um score para cada domínio.

A escolha do WHOQOL-100 como instrumento de pesquisa também se deve ao fato de este ser um instrumento de medida de qualidade de vida que valoriza a percepção subjetiva do indivíduo, caracterizando-se por ser multidimensional e conter aspectos positivos e negativos da qualidade de vida. O WHOQOL-100 avalia as duas últimas semanas do indivíduo, independente do local onde ele se encontre. No caso desta pesquisa o foco será a gestante (Fleck et al,1999).

A utilização do WHOQOL-100 em gestantes servira para poder avaliar sua potencialidade indo além da prática clínica individual. Favorecendo também a visualização do contexto social, física, psicológica e ambiental, da sua saúde e do nível de Qualidade de vida em que estas gestantes se encontram.

## 3.4 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA MULHERES

No início da década de 1960 o Brasil apresentava um modelo de assistência à saúde que privilegiava e consolidava as práticas médico-hospitalares individuais, em detrimento das ações coletivas de prevenção e promoção da saúde, exercendo, assim, impacto negativo e fragmentado na elaboração de políticas do setor saúde. Esse sistema médico-previdenciário de assistência à saúde mostrava sinais de esgotamento no final da década de 1980, tanto pela inoperância dos serviços prestados quanto pela crise de financiamento resultante da recessão econômica do período (Maia, 2010).

A Constituição Federal de 1988 incluiu a saúde como parte da seguridade social, avançando em relação às formulações legais anteriores, ao garantir um conjunto de direitos sociais. A inclusão da previdência, da saúde e da assistência como partes da seguridade social introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, antes restritos à população beneficiária da previdência. O novo padrão constitucional da política social caracteriza-se pela universalidade na cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado.

A referência de modelo de saúde está na Constituição Federal Brasileira (1998) em cujo artigo 196 diz que:

> "A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."

O artigo 200, secção II da Constituição Federal Brasileira, afirma que:

> Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições nos termos da lei, os seguintes parágrafos:
> I- Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
> II- Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
> III- Ordenar a formação dos recursos humanos na área da saúde;
> IV- Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

> V- Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
> VI- Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e água de consumo humano;
> VII- Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psico ativos, tóxicos e radioativos;
> VIII- Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho Constituição Federal Brasileira. (Brasil, 1988).

As competências e atribuições que a Constituição assinala envolvem a formulação de políticas e execução de medidas que podem melhorar a qualidade de vida das pessoas, porém, na prática, ainda não é possível aplicá-las na sua íntegra.

A agenda de compromisso pela saúde agrega três eixos: o Pacto em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o ***Pacto em Defesa da Vida*****,** um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um. O Pacto em Defesa da Vida possui especial relevância para o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados pelo SUS, com ênfase para o fortalecimento e qualificação estratégica da Saúde da Família na atenção primária(Brasil, 2006b). (grifo nosso).

Quanto às políticas de saúde voltadas para a promoção e qualidade de vida da saúde das mulheres, o sistema de saúde do Brasil sofreu constantes mudanças ao longo do século XX, mas apenas em 1960 houve a implantação de ações prioritárias para

assistência à mulher, com ênfase às demandas relativas à gravidez, ao parto e à criança (Brasil, 2001).

A divulgação e utilização de métodos anticoncepcionais, na década de 1960, foram responsáveis em parte, pela mudança na vida e no papel social da mulher, gerando uma tendência decrescente da taxa de fecundidade, que atingia todas as camadas da população feminina no mundo inteiro propiciando-lhe maior inserção no mercado de trabalho e liberdade sexual que ela ainda desconhecia (Labra,1999).

Infelizmente, essas instituições não tinham seu foco na saúde, e nem eram realizados dentro de critérios necessários para garantir a saúde das mulheres (Brasil, 2011b).

Nova mudança na lógica da assistência começou a ser gerada no fim dos anos 70, consolidando-se nesse período o Movimento pela Reforma Sanitária, cujas prioridades eram: a melhoria das condições de saúde da população; o reconhecimento da saúde como direito social universal; a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; a reorientação do modelo de atenção sob os princípios da integralidade da atenção e da equidade; e a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços (Maia, 2010; Mercadante, 2002).

Um crescente sentimento de democratização se apoderou do país, na década de 1980 com a organização de movimentos sociais, profissionais de saúde, o movimento das feministas, e por outras instituições da sociedade civil organizada. Iniciando-se algumas mudanças relacionadas à forma de atendimento à mulher, valorizando a maior participação, informação e consciência dos

direitos das mulheres, favorecendo então o empowerment e a cidadania (Labra,1999; Cardoso,Santos,Vanja, 2007; Czeresnia, Freitas, 2009).

Assim, em meados de 1984 a atenção a gestante estava focada para o cuidado do ciclo gravídico na sua forma física e não no seu contexto, biológico, social e ambiental. Iniciou-se a parceria entre movimentos feministas, gestores estaduais, pesquisadores das universidades junto ao MS, para elaboração de propostas de atendimento a mulher, que garantissem o respeito a seus direitos de cidadã, o que resultou no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), tornando- se um marco na evolução dos conceitos e cuidados de saúde da mulher (Brasil, 1984).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher inaugura uma nova era e marca uma ruptura conceitual no sentido que as ofertas não são apenas ações realizadas à gravidez e ao parto, preconizado pelo antigo programa materno infantil, mas a possibilidade de realizar controle clínico de saúde, planejamento familiar, atendimento clínico e ginecológico, propondo ações voltadas a sua integridade, equidade e abordagem global em todas as fases do seu ciclo vital (Brasil, 2001).

O evento político-sanitário mais importante do Brasil foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, cujas resoluções influenciaram o texto da Constituição Federal de 1988 em que foram lançadas as bases doutrinárias do novo sistema público de saúde:

- Um conceito amplo de saúde;
- A saúde como direito da cidadania e dever do estado;
- Um Sistema Único de Saúde no país.

Representando um pacto político ao propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e o reconhecimento da saúde como um dever do estado e direito de todos (Paim, 1994).

A redefinição das prioridades políticas de saúde pública, a partir da Constituição de 1988, determina no seu artigo 198, que as ações e saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituam um sistema único de saúde (SUS) tendo seus princípios fundamentados na universalidade, integralidade, descentralização, equidade e participação da comunidade (Brasil, 2006b).

A Constituição Federal inclui no Título VIII da Ordem Social, em seu capítulo VII, artigo 226, a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar, nos seguintes termos:

> "[...] Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento a familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas". (Brasil, 1988).

Incluindo dessa forma a assistência à concepção e a contracepção, dando opção ao casal de limitar ou ampliar sua prole, e a liberdade de opção.

Em 2004, o Ministério da Saúde, elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Refletindo assim o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuem para a garantia dos direitos das mulheres e reduzem a morbimortalidade por causas preveníveis, ampliando assim a melhoria da atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro, e às mulheres em situação de violência doméstica e sexual. Adotando como princípios a humanização e a

qualidade de atenção que implicam na promoção e respeito dos direitos humanos das mulheres (Brasil, 2004b).

Em 22 de Março de 2005, o MS, lançou a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos. Lançando diretrizes e ações a serem realizadas pelo SUS, entre eles estão: A ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia); implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva; capacitação dos profissionais da atenção primária em saúde sexual e saúde reprodutiva, entre outras ações (Brasil, 2009).

Os avanços nas Políticas à saúde da mulher, nos últimos vinte anos, foram organizados elaborando-se manuais para padronizar condutas dos profissionais de saúde. A elaboração do Manual sobre atenção ao Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher descreve a gravidez e o parto como eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres, como experiência humana extremamente significativa e enriquecedora, iniciando-se no pré-natal (Brasil, 2001; Cardoso, Santos, Vanja, 2007).

Nesse período é que se redefinem os aspectos de atenção ao parto com a Política de Humanização no Pré-natal e Parto. Este programa assegura a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva de seus direitos de cidadania, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a gestante e nem o concepto e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (Serruya, 2003).

# Método

# 4. MÉTODO

Serão abordados aspectos que abrangem o percurso metodológico e as diferentes etapas escolhidas para seu desenvolvimento.

## 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa do tipo exploratório. A pesquisa descritiva tem como objetivo principal descrever as características de uma determinada população (Gil, 1999).

Segundo Tobar, Yalour (2001) são pesquisas descritivas aquelas em que se expõem características de determinada população ou determinado fenômeno, permitindo uma visão panorâmica, podendo estabelecer correlações entre variáveis e não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve.

A pesquisa será realizada no lugar onde ocorre o fenômeno e dispõe de elementos para explicá-lo, centrada em uma entrevista por meio do instrumento WHOQOL-100 e um formulário sócio demográfico/gestacional, os dois instrumentos aplicados de forma individual.

Para responder aos objetivos da pesquisa foi utilizada a abordagem quantitativa (mensuração precisa e a quantificação) do tipo exploratória, ou seja, descreve características de determinada população, trazendo à luz dados indicadores e tendências observáveis (Richardson, 2007).

## 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo está organizada em Coordenadorias Regionais de Saúde formada por setores: Norte; Centro-Oeste; Sudeste; Leste e Sul, conforme Mapa 1. Cada coordenadoria se subdivide em várias Supervisões Técnicas de Saúde; neste estudo trabalhamos com a Supervisão Técnica de Saúde Centro Oeste/Lapa/Pinheiros onde se encontram localizadas as Unidades Manoel Joaquim Pêra e Vila Jaguara (SMSP, 2012a).

**Mapa 1**. Coordenadorias Regionais de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2012.

**Fonte:** São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde (SMSP b). Coordenadorias Regionais de Saúde. São Paulo; 2012[citado2011Set 12]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao.

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde, Manoel Pêra e Unidade Vila Jaguara, que pertencem à rede de atenção

primária do município de São Paulo e reorganizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

A Unidade Básica de Saúde Manoel Pêra, está localizada na Rua Purpurina, 280, no bairro Vila Madalena, sendo uma Unidade de referencia para população de 21.230 habitantes na sua área de abrangência**.** A Unidade Básica da Vila Jaguara, localizado na Rua. Paúva 721, no bairro da Vila Jaguara. Esta Unidade é referência para uma população de 11.769 habitantes na sua área de abrangência (SMSP, 2012c; Vila Jaguara, 2013).

As duas unidades de atenção à saúde possuem uma estrutura conforme a ESF, com quatro equipes multiprofissionais: UBS Pêra- Equipe 34; Equipe 35; Equipe 36 e Equipe 37; UBS Vila Jaguara Equipe 74; Equipe 76; Equipe 87 e Equipe 40 sendo cada uma composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários.

Cada Unidade Básica de Saúde oferece à população serviços de saúde. Os usuários do SUS podem realizar consultas médicas, curativos, tratamento odontológico, tratamento com imunobiológicos e coletar exames laboratoriais. Além disso, há fornecimento de medicação básica e também encaminhamentos para especialidades dependendo do que o paciente apresentar.

**O bairro Vila Madalena**

O bairro Vila Madalena, está situado no distrito de Pinheiros, numa área de 8 $Km^2$, com uma população de 65.364 pelo censo de 2010 e densidade demográfica de 8.171 $hab/Km^2$ onde se encontra a UBS Manoel Joaquim Pêra. O distrito de Pinheiros nasceu como vila dos farrapos no ano de 1910 (século XX), levando muitos anos

para chegar ao “status” de bairro moderno. Com sua localização privilegiada e com a tranquilidade de suas ruas, a V. Madalena passou nos últimos anos por grandes transformações.

A partir dos anos 80, principalmente, o bairro começa a sofrer um processo de verticalização surgindo prédios de apartamentos de padrão médio alto. Uma característica do Bairro foi o surgimento crescente de restaurantes e bares charmosos que começaram a atrair a presença de artistas e intelectuais que o elegeram como ponto de encontros de boemia, tornado-se um lugar de interesse turístico e cultural (SMSP, 2012).

**O bairro Vila Jaguara**

O bairro Vila Jaguara se encontra na zona oeste de São Paulo, pertencendo a subprefeitura da Lapa, com uma área de 4,60 $km^2$, com uma população de 24,895 habitantes segundo o censo de 2010 e uma densidade demográfica de 5.412 hab/ $Km^2$. É um bairro tipicamente residencial e foi fundado por Portugueses em 1927. O bairro se localiza em um ponto estratégico com interligação a diversos bairros da região e acesso as rodovias marginais: Anhanguera, Castelo Branco e a Marginal Tietê. A classe média predomina no distrito que é uma mescla de regiões residenciais e industriais, mas ainda é um lugar tranquilo com jeito interiorano (SMSP, 2012c) (Vila Jaguara , 2013).

**Mapa 2** - Supervisão Técnica de Saúde Lapa/ Pinheiros de São Paulo, 2012.

Fonte: São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde (SMS).Coordenadorias Regionais de Saúde.São Paulo; 2012[citado2011Set 12]. Disponível em:http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao.

## Estrutura de equipamentos de saúde da Região Lapa/Pinheiros

A região da Lapa apresenta uma estrutura de equipamentos de saúde para esta população: uma policlínica, quatro unidades básicas de saúde e dois centros de atenção psicossocial. A região de pinheiros apresenta uma estrutura de equipamentos de saúde da seguinte forma: sete unidades básicas de saúde, dois centros de capacitação psicossocial, uma policlínica, dois centros de especialidades, dois locais de atendimento médico ambulatorial, um laboratório municipal, e dois centros de atendimento psicossocial (SMS a, 2012).

Existe também uma estrutura de Hospitais e Centro de Saúde que atendem a região lapa/pinheiros com serviços de pré-natal de alto risco, entre eles temos: Hospital Municipal Prof.Mario Degni; Santa Casa de São Paulo- Hospital Central; Hospital das Clínicas e o Centro de Saúde- Escola - Barra funda (SMS a, 2012).

## 4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Foram sujeitos desta pesquisa, gestantes que realizavam o pré-natal na UBS Manoel Joaquim Pêra e na UBS Vila Jaguara, município de São Paulo, entre os meses de Novembro de 2012 a Janeiro de 2013.

Na UBS Manoel Pêra foram entrevistadas 25 gestantes de um total de 38 correspondendo a 65% do total de gestantes assistidas. Nesta unidade 3 gestantes tinham ido embora para o nordeste, segundo informações da empregadora ou do marido. 6 gestantes trabalhavam o dia inteiro e não foi possível localiza-las. Havia gestantes estrangeiras, duas chinesas e uma Boliviana que não quiseram participar da entrevista por causa de não compreender a língua. Uma gestante deficiente visual, mesmo tendo a tia para ajudá-la, não quis participar.

Na UBS Vila Jaguara foram entrevistadas 48 gestantes de um total de 53 correspondendo a 90% das entrevistadas. 3 gestantes não aceitaram participar da pesquisa e 2 gestantes na época da pesquisa haviam acabado de dar a luz.

De 91 gestantes cadastradas nas duas UBSs 73 aceitaram participar da pesquisa que equivale a 80,2% do total.

### 4.3.1 Critérios de inclusão

A inclusão foi de gestantes em qualquer período gestacional, de qualquer idade reprodutiva e que estão classificadas como pré-natal de baixo risco.

### 4.3.2 Critérios de exclusão

A exclusão foi de gestante de alto risco; que sejam atendidas por convênios particulares e não utilizem o Sistema Único de Saúde.

### 4.3.3 Tamanho da amostra

O cálculo do tamanho amostral foi baseado na estimativa da média dos domínios do escore WHOQOL-100. Estimamos uma amostra de 76 indivíduos para produzir um intervalo de confiança de 95% com 4,5 unidades para mais ou para menos. (Bolfarine, Bussab, 2005). Os cálculos do tamanho amostral foram realizados utilizando o pacote ***samplesize*** do ***software*** estatístico R 2.15.2.(Reis, 2007).

## 4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizado o instrumento WHOQOL-100 versão em Português, traduzido e validado por (Fleck et al.,1999). Segundo esse instrumento, que consta de 100 itens, a QV pode ser avaliada através de seis dimensões e vinte e quatro facetas, mas ainda inclui um item de quatro questões que considera tanto a satisfação e avaliação da qualidade de vida em geral (Anexo1).

As questões são curtas e elaboradas em uma linguagem simples e compatíveis com os quatro tipos de escala de avaliação estabelecida (intensidade, capacidade, frequência e avaliação). Estas escalas de respostas do tipo Likert compreendem: a escala de intensidade (nada-extremamente); capacidade (nada-completamente); frequência (nunca-sempre) e avaliação (muito insatisfeito-muito satisfeito; muito ruim-muito bom). (Apêndice C) além de um formulário elaborado pela pesquisadora contendo os

dados pessoais das entrevistadas como: idade, escolaridade, estado civil, religião, naturalidade, moradia e questões relativas à gestação como: partos anteriores, gravidez planejada ou não, sintoma mais frequêntes na gravidez e início do pré-natal (Apêndice B).

## 4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Após contato telefônico da pesquisadora com as gerentes das devidas unidades foi agendada uma data para apresentação e explicação dos objetivos da pesquisa apresentada pela pesquisadora. Na reunião das equipes os chefes de cada equipe, e o pesquisador, decidiram entregar a cada Agente de Saúde o instrumento de avaliação de QV para que os profissionais entregassem o instrumento para as gestantes. O combinado era que as gestantes entregassem o instrumento na UBS, quando finalizarem seu preenchimento.

A pesquisadora ficou nas unidades para entregar o instrumento as gestantes que se encontravam na UBS para a realização de consultas de pré-natal com a enfermeira, com o médico ou para realização de vacinação. Mas algumas gestantes solicitaram a presença da pesquisadora para explicar o motivo da pesquisa.

Essa estratégia facilitou a coleta de dados porque na unidade foram abordadas as gestantes que trabalham o dia inteiro e são encontradas durante a consulta.

Houve a colocação de uma caixa especifica para coleta dos instrumentos, onde as agentes de saúde deixavam o instrumento ou entregavam a pesquisadora.

## 4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS

O estudo foi realizado respeitando-se as normas dispostas na Resolução 196/96, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Os sujeitos foram incluídos após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, por meio da Plataforma Brasil o que aconteceu em novembro de 2012, sob o protocolo do parecer número 170.331 (Anexo 3) e Pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo parecer número: CAAE 48/12 em novembro de 2012 (Anexo 2).

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação e a autorização institucional dada pela Secretaria Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros (Anexo 4) e a Plataforma Brasil. Solicitou-se o consentimento das gerentes das respectivas unidades a serem estudadas.

## 4.7 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS

O questionário WHOQOL-100 e o formulário sócio demográfico/gestacional foram digitados em banco de dados eletrônico, organizados em uma planilha Excel, devidamente codificados e em tabelas e quadros, que vão mostrar o score médio de qualidade de vida de cada domínio e suas respectivas facetas. Analisados através do registro da frequência absoluta e relativa das informações obtidas com o auxilio do software R 2.15.2 ( Reis, 2007).

O teste F de análise de variância (ANOVA) foi utilizado para comparação das médias das facetas e dos domínios do instrumento

WHOQOL-100 em gestantes. Como toda probabilidade o valor “p” irá variar entre 0 a 1 admitindo-se um valor crítico de “p” menor ou igual a 0,05,ou seja, assume-se uma margem de segurança de 5% de chance de erro ou olhando por outro lado , 95% de chances de estar certo (IME, 2012).

Na presente pesquisa foram calculadas as qualidades psicométricas desses instrumentos, por meio do coeficiente de alpha de cronbach como se vê nos quadros 2 e 3 a seguir (Cronbach,1951).

**Quadro 2** - Alpha de Cronbach por Domínios

| Domínios | Alpha de Cronbach |
|---|---|
| **Domínio Físico** | 0,804 |
| **Domínio Psicológico** | 0,87 |
| **Domínio Nível de Independência** | 0,834 |
| **Domínio Relações sociais** | 0,769 |
| **Domínio Meio ambiente** | 0,891 |
| **Domínio Aspectos espirituais** | 0,855 |
| **Qualidade de Vida Geral** | 0,528 |

O quadro 2 mostra que a consistência interna dos itens dos domínios do WHOQOL-100, no presente estudo, oscilou entre 0,87 (Domínio Psicológico) e 0,528 (Domínio Relações Sociais), revelando uma boa consistência entre os itens.

**Quadro 3** – Alpha de Cronbach por facetas

| Domínios | Facetas | Alpha de Cronbach* |
|---|---|---|
| I – Físico | Faceta 1 | 0,663 |
| | Faceta 2 | 0,658 |
| | Faceta 3 | 0,821 |
| II – Psicológico | Faceta 4 | 0,754 |
| | Faceta 5 | 0,662 |
| | Faceta 6 | 0,711 |
| | Faceta 7 | 0,657 |
| | Faceta 8 | 0,679 |
| III - Nível de Independência | Faceta 9 | 0,666 |
| | Faceta 10 | 0,677 |
| | Faceta 11 | 0,704 |
| | Faceta 12 | 0,908 |
| IV - Relações sociais | Faceta 13 | 0,5 |
| | Faceta 14 | 0,698 |
| | Faceta 15 | 0,564 |
| V - Meio Ambiente | Faceta 16 | 0,549 |
| | Faceta 17 | 0,811 |
| | Faceta 18 | 0,754 |
| | Faceta 19 | 0,727 |
| | Faceta 20 | 0,76 |
| | Faceta 21 | 0,711 |
| | Faceta 22 | 0,55 |
| | Faceta 23 | 0,718 |
| VI - Espiritualidade | Faceta 24 | 0,855 |

O quadro 3 mostra- nos que a consistência interna dos itens das facetas do WHOQOL-100, no presente estudo, oscilou entre 0,5 (Faceta, relações pessoais) e 0,549 (Faceta, segurança física e proteção ) revelando uma boa consistência.

A consistência interna foi avaliada através de o coeficiente de Alpha de Cronbach, para verificar a confiabilidade da consistência

interna obtida nos domínios e facetas. Aceitam-se valores acima de 0,5.

## 4.8 VARIÁVEIS

As variáveis dependentes medem o fenômeno que se quer explicar, no caso deste estudo foram os scores dos domínios de Qualidade de Vida. As variáveis independentes são usadas para explicar a variável dependente ou os fenômenos a serem estudadas (Pereira, 1999), no caso deste estudo as variáveis independentes que vão mostrar o perfil das gestantes são:

| **Sócio-demográficos** | **Gestacionais** |
|---|---|
| Raça | Partos anteriores |
| Estado Civil | Abortos |
| Moradia | Dor lombar |
| Renda Familiar | Náuseas e vômitos |
| Naturalidade | Início do pré-natal |
| Profissão/ ocupação | |
| Religião | |

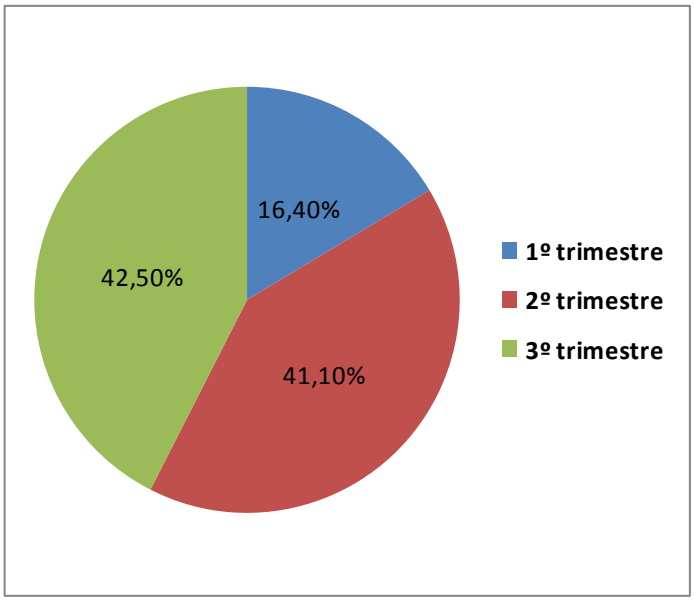
# Apresentação dos resultados

# 5.APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

## 5.1 CARACTERÍSTICAS GESTACIONAIS DA AMOSTRA

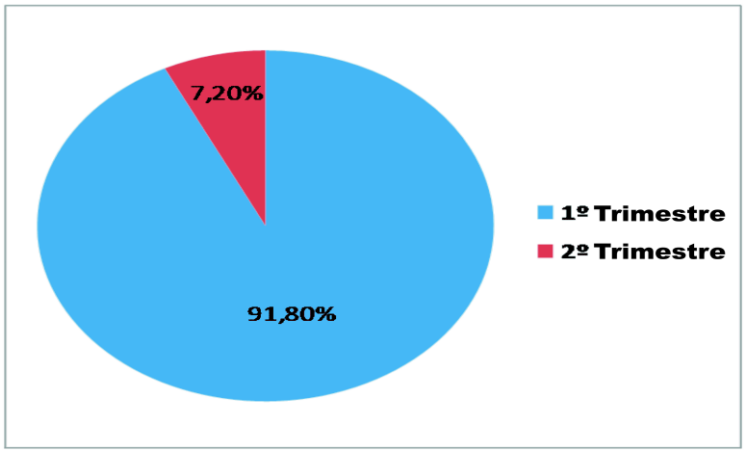
Em relação às características gestacionais das grávidas pesquisadas, após tabulação dos dados coletados, gráficos foram elaborados e são descritos abaixo:

**Gráfico1**. Distribuição das gestantes entrevistadas por trimestre gestacional, São Paulo, 2013.



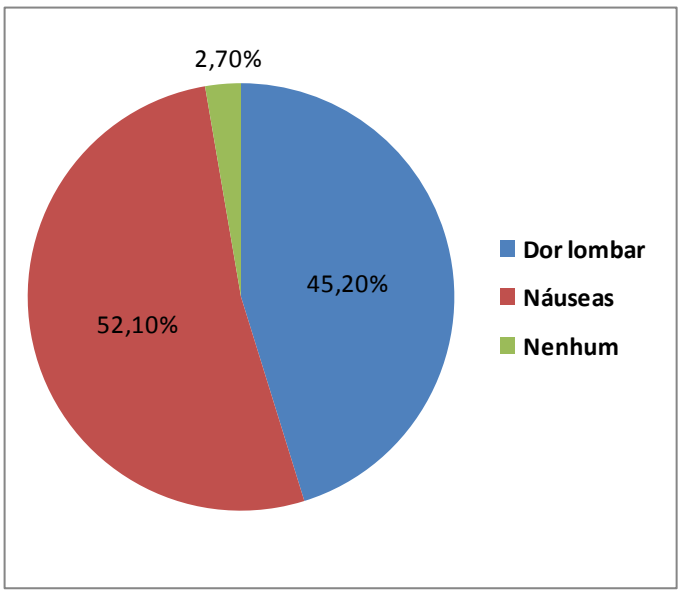

No gráfico1, observa-se que 12 gestantes (16,4%) encontram-se no primeiro trimestre, 30 gestantes (41,1%), no segundo trimestre e no terceiro trimestre 31 gestantes (42,5%).

**Gráfico 2.** Distribuição das gestantes entrevistadas e o início do pré-natal, São Paulo, 2013



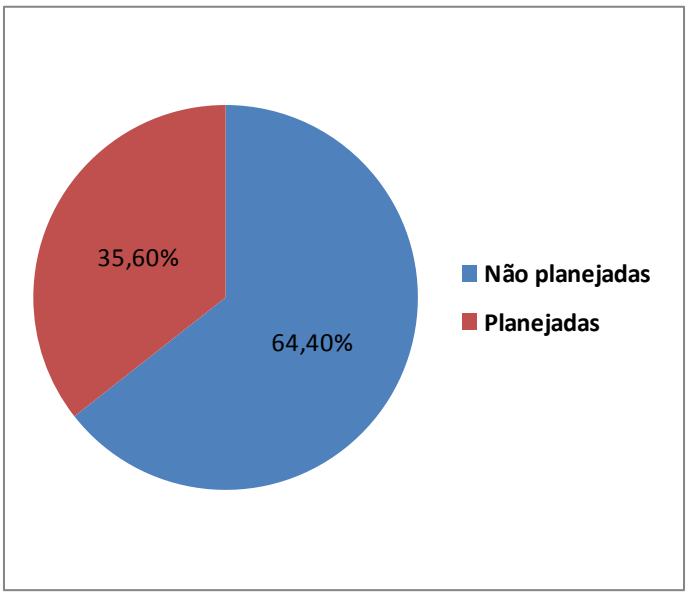

O gráfico 2, mostra que 91,8% das gestantes iniciaram o atendimento do pré-natal no 1º semestre e 7,2% iniciaram o pré-natal no 2º semestre.

**Gráfico 3.** Distribuição das gestantes entrevistadas segundo sintomas mais frequentes durante a gravidez, São Paulo, 2013.




O gráfico 3, mostra que 52,1% das gestantes apresentavam náuseas e vômitos; 2,7% não apresentaram nenhum destes sintomas e 45,2% apresentaram dor lombar.

G**ráfico 4**. Distribuição das gestantes entrevistadas segundo o planejamento ou não da gravidez, São Paulo, 2013.




O gráfico 4, mostra que das 73 gestantes desta pesquisa 64,4% informaram que a gravidez não foi planejada e 35.6% disseram que foi planejada.

## 5.2 CARACTERÍSTICA SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DAS GESTANTES

**Tabela 1**. Distribuição das gestantes entrevistadas segundo a faixa etária, São Paulo, 2012.

| Faixa etária | N | % |
|---|---|---|
| 15-25 anos | 27 | 19,71 |
| 26-35 anos | 35 | 25,55 |
| 36-45 anos | 11 | 8,3 |
| Total | 73 | 100 |

Na tabela 1, observa-se que a idade predominante entre as gestantes concentra-se na faixa etária de 26 a 35 anos representando 25,55% da amostra, o que vem a representar que na sua maioria são gestantes adultas.

**Tabela 2**. Distribuição das gestantes entrevistadas segundo a Escolaridade, São Paulo, 2012.

| Escolaridade | N | % |
|---|---|---|
| $1^0$ grau completo | 15 | 20,55 |
| $1^0$ grau incompleto | 9 | 12,33 |
| $2^0$ grau completo | 30 | 41,10 |
| $2^0$ grau incompleto | 5 | 6,85 |
| Superior completo | 9 | 12,33 |
| Superior incompleto | 5 | 6,85 |
| Total | 73 | 100 |

Na tabela 2, observa-se que o nível de escolaridade de 30 gestantes (41,10%) é de nível médio. Gestantes com nível superior completo e incompleto somavam 16 gestantes (19,18%).

**Tabela 3**. Distribuição das gestantes entrevistadas por Estado Civil, São Paulo, 2012.

| Estado Civil | N | % |
|---|---|---|
| União Consensual | 23 | 31,51 |
| Casada | 26 | 35,62 |
| Divorciada | 1 | 1,37 |
| Solteira | 23 | 31,51 |
| Total | 73 | 100 |

Em relação ao estado civil, a tabela 3, mostra que 49 gestantes (67,13%) apresentam uma relação conjugal estável, seja esta legalizada ou não. E que as gestantes solteiras eram 23 numa porcentagem de 31,51%

**Tabela 4**. Distribuição das gestantes entrevistadas segundo as condições de Moradia, São Paulo, 2012.

| Moradia | N | % |
|---|---|---|
| Alugada | 42 | 57,53 |
| Cedida | 6 | 8,22 |
| Própria | 25 | 34,25 |
| Total | 73 | 100 |

Na tabela 4, das gestantes entrevistadas 57% afirmam morar em domicílios alugados e 34,25% em domicílios próprios.

**Tabela 5**. Distribuição das gestantes entrevistadas segundo a Raça, São Paulo, 2012.

| Raça | N | % |
|---|---|---|
| Branca | 32 | 43,8 |
| Negra | 8 | 11,0 |
| Parda | 33 | 45,2 |
| Total | 73 | 100 |

A tabela 5 mostra a distribuição racial das gestantes e pouca diferença entre gestantes pardas (45,2%) e gestantes brancas (43,8%). Observando que a resposta foi autodeclarável.

**Tabela 6**. Distribuição das gestantes entrevistadas segundo a Naturalidade, São Paulo, 2012.

| Naturalidade | N | % |
|---|---|---|
| Bahia | 6 | 8,2 |
| Ceará | 2 | 2,7 |
| Piauí | 2 | 2,7 |
| Minas Gerais | 1 | 1,4 |
| Goiás | 1 | 1,4 |
| São Paulo | 61 | 83,6 |
| Total | 73 | 100 |

Na tabela 6, observa-se que 83% das gestantes são naturais de São Paulo e em segundo lugar da região nordeste, 13,6%. Os outros estados eram variados.

**Tabela 7.** Distribuição das gestantes entrevistadas segundo a Renda Familiar, São Paulo, 2012.

| Renda Familiar* | N | % |
|---|---|---|
| Um a dois salários mínimos | 23 | 31,5 |
| Dois a quatro salários mínimos | 24 | 32,9 |
| Quatro a seis salários mínimos | 15 | 20,5 |
| Seis a oito salários mínimos | 3 | 4,1 |
| Nada consta | 8 | 11,0 |
| Total | 73 | 100 |

*Valor do salário mínimo atual: 668,00 reais.

Na tabela 7, observa-se que em relação à renda familiar 32,9% (24) gestantes possuem renda entre dois a quatro salários mínimos. E entre dois a quatro salários mínimos 31,5% (23). Somente três gestantes apresentam salário entre seis a oito a salários mínimos.

**Tabela 8**. Distribuição das gestantes entrevistadas segundo a Religião, São Paulo, 2012.

| Religião | N | % |
|---|---|---|
| Católica | 44 | 60,33 |
| Espírita | 8 | 11,0 |
| Evangélica | 17 | 23,3 |
| Não tem | 4 | 5,5 |
| Total | 73 | 100 |

Na tabela 8, a maioria das gestantes declaram-se católicas (60,33%), 23,3% declaram-se Evangélicas e somente 4 (5,5%) declaram não ter nenhuma religião. As três religiões: Católica, Espírita e Evangélica apresentam uma porcentagem de 94.9%.

### 5.3 QUALIDADE DE VIDA GERAL NO PERÍODO GESTACIONAL (QVG)

No instrumento WHOQOL-100 existe um conjunto de quatro perguntas que não são consideradas facetas, que servem para avaliar QVG.

Nesta avaliação geral de QV, cada gestante respondeu as seguintes perguntas:

**G1**: Como avaliaria sua QV?;

**G2**: Quão satisfeita está com a sua QV?;

**G3** Em geral, quão satisfeita está com sua vida?;

**G4**: Quão satisfeita está com sua saúde?.

**Quadro 4.** Resultados descritivos da Qualidade de vida Geral.

| Resultados estatísticos descritivos da QVG | Perguntas | Média | Desvio padrão | Íntervalo de Confiança para a média 95%* | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Inf | Sup |
| | G1; G2; G3; G4 | 71,9 | 13,4 | 68,8 | 75,1 |

*Teste F de ANOVA.

A média descritiva da Qualidade de Vida geral apresentou 71,9% o que significa que as gestantes apresentam uma qualidade de vida geral considerada boa. Encontra-se dentro do intervalo de confiança [68,8;75,1].

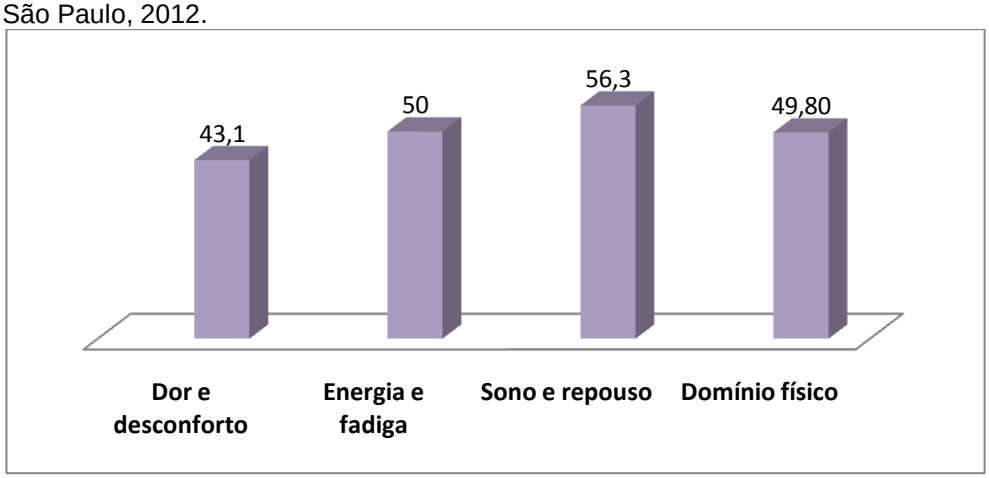
## 5.4 CARACTERÍSTICAS POR DOMÍNIOS

Os scores de qualidade de vida são uma escala positiva, quer dizer, que quanto maior o score maior a qualidade de vida não existindo pontos de corte que determinem um score baixo ou alto, para isso dividimos neste estudo o score total (100) por 5 utilizado em outros estudos (Castro, 2010). Deste modo os scores entre 81 a100 classificariam uma qualidade de vida muito boa. Escores entre 61 a 80 classificariam uma qualidade de vida boa. Escores entre 41 a 60 uma qualidade de vida nem ruim nem boa. Escores entre 21 a 40 classificariam uma qualidade de vida ruim. E scores entre 0 a 20 classificariam uma qualidade de vida muito ruim.

### 5.4.1 Domínio I – Físico

Este domínio apresenta três facetas: *dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso*. Cada faceta é avaliada por três questões (Apêndice D), totalizando doze questões. As questões do domínio físico são identificadas por meio de escalas de avaliação, intensidade e frequência (Apêndice C). A faceta **dor e desconforto** avaliam-se por meio do impacto que possa ter a dor e o desconforto na vida da gestante; e a faceta de **energia e fadiga** analisa a percepção da gestante no que se refere a sua disposição para realizar tarefas, e a **faceta, sono e repouso** analisa as dificuldades em relação ao sono da gestante.

**Gráfico 5**. Valores médios das facetas do Domínio Físico segundo as gestantes, São Paulo, 2012.




O gráfico 5 apresenta os valores médios dos scores da amostra dentro do domínio físico. Observa-se que a faceta do **sono e repouso** apresenta o maior score médio tem valor 56,3, enquanto a faceta **dor e desconforto** apresenta média menor de valor 43,1. O score médio do **dominio físico** é de valor 49,80, indicativo de um razoável score de QV para este domínio.

O quadro 5 abaixo apresentam a média das facetas e a média do domínio:

**Quadro 5.** Média estatística descritiva das facetas e média do Domínio físico.

| Resultados estatísticos descritivos do Domínio Físico. | Facetas | Média | Desvio padrão | Intervalo de Confiança para a média 95%* | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Inf | Sup |
| | Dor e Desconforto | 43,1 | 17,3 | 39,0 | 47,1 |
| | Energia e Fadiga | 50,0 | 16,7 | 46,1 | 53,9 |
| | Sono e Repouso | 56,3 | 23,8 | 50,7 | 61,8 |
| **Média do Domínio Físico** | | **49,8** | **14,7** | **46,3** | **53,2** |

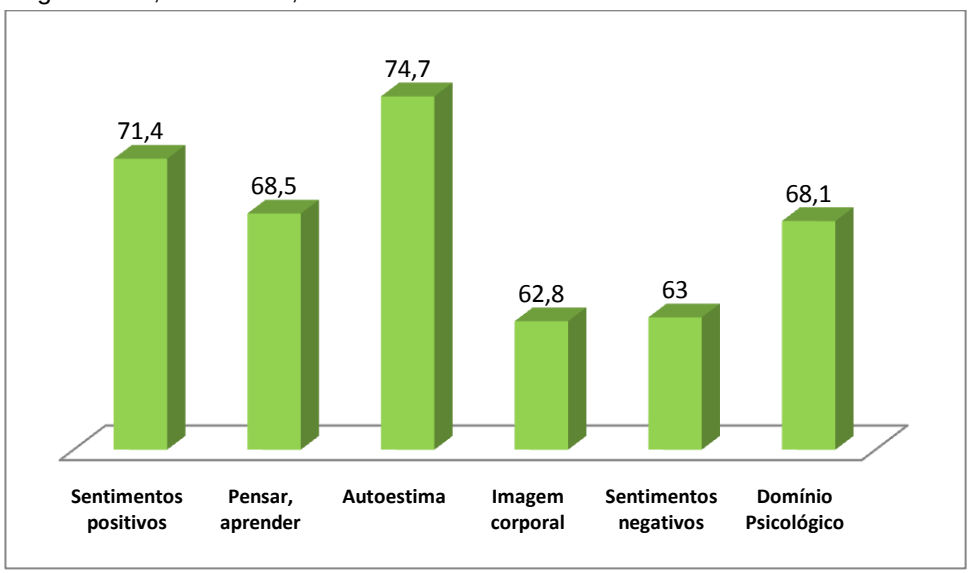
*Teste F de Anova.

As facetas deste domínio apresentam um intervalo de confiança apropriado e dentro da média. O **Domínio Físico** apresenta score médio de 49,8, o que representa que a qualidade de vida das gestantes neste domínio não é nem ruim nem boa.

### 5.4.2 Domínio II- Psicológico

Este domínio apresenta cinco facetas: sentimentos *positivos; pensar/aprender/memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; e sentimentos negativos*. Cada faceta é avaliada por meio de cinco questões (Apêndice D), totalizando vinte questões. As questões do domínio psicológico são identificadas por meio de escalas de avaliação, capacidade e frequência (Apêndice C). Estas facetas têm a ver com a percepção da gestante em relação a seu estado cognitivo e afetivo, tanto nas suas dimensões positivas (sentimentos positivos), como as dimensões negativas (sentimentos negativos).

**Gráfico 6**. Valores médios das facetas e média do domínio Psicológico segundo as gestantes, São Paulo, 2012.




O gráfico 6, demonstra que os valores mais altos se encontram nas facetas, **Sentimentos positivos** de valor 71,4 e **Autoestima** de valor 74,7.

**Quadro 6**. Média estatística descritiva do Domínio Psicológico

| | Facetas | Média | Desvio padrão | Intervalo de Confiança para a média 95%* | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Inf | Sup |
| **Resultados estatísticos descritivos do Domínio Psicológico.** | Sentimentos positivos | 71,4 | 16,9 | 67,5 | 75,4 |
| | Pensar,aprender,memória e concentração | 68,5 | 15,1 | 65,0 | 72,0 |
| | Autoestima | 74,7 | 15,4 | 71,1 | 78,3 |
| | Imagem corporal e aparência | 62,8 | 13,1 | 59,7 | 65,8 |
| | Sentimentos negativos | 63,0 | 19,6 | 58,4 | 67,6 |
| **Média do Domínio Psicológico** | | **68.1** | **11,8** | **65,3** | **70,8** |

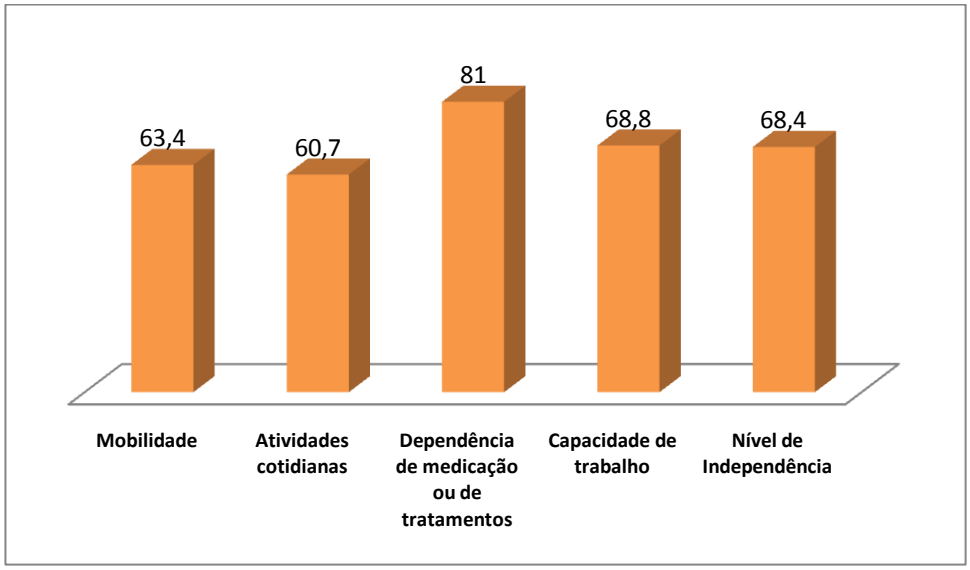
*teste F de ANOVA

O quadro 6 apresenta a faceta sentimentos positivos com uma média alta de 71,4. O domínio Psicológico com um intervalo de confiança apropriado e um score médio de 68,1 considerado uma qualidade de vida boa. Verificam-se correlações estatisticamente significativas de ($p<0,05$) para todas as facetas e o domínio.

### 5.4.3 Domínio III nível de Independência

Este domínio apresenta quatro facetas: *mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamentos e, capacidade de trabalho.* O domínio tem a ver com a locomoção, implicando na habilidade física que a gestante tem durante este período e, a satisfação com o desempenho de suas atividades cotidianas, no trabalho ou em casa, além da dependência de medicação e de tratamentos. Cada faceta apresenta quatro questões (Apêndice D), totalizando 16 questões, As questões do domínio do nível de independência são avaliadas por meio de escalas de avaliação, intensidade e de capacidade (Apêndice C).

**Gráfico 7**. Valores médios das facetas do Domínio Nível de Independência segundo as gestantes, São Paulo, 2012.




O gráfico 7, apresenta as médias amostrais das facetas do domínio **Nível de Independência** onde a faceta **Dependência de medicação** apresenta um score alto de valor 81,0 o que significa que as gestantes não fazem uso ou dependem de medicação em

seu cotidiano isso pode ser explicado em parte porque são gestantes de baixo risco. As facetas: **Mobilidade**, **Atividade cotidiana** e **Capacidade de trabalho** apresentam scores de 63,4; 60,7 e 68, 8, o que significa que as gestantes desta amostra estão satisfeitas com sua capacidade de trabalho durante a gestação.

**Quadro 7.** Média estatística descritiva do Domínio Nível de Independência

| | **Facetas** | **Média** | **Desvio padrão** | **Intervalo de Confiança para a média 95%*** | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | **Inf** | **Sup** |
| **Resultados estatísticos descritivos do Domínio Nível de Independência.** | Mobilidade | 63,4 | 19,1 | 59,0 | 67,9 |
| | Atividades da vida cotidiana | 60,7 | 19,4 | 56,1 | 65,2 |
| | Dependência de medicação / Tratamentos | 81,0 | 18,3 | 76,7 | 85,3 |
| | Capacidade de trabalho | 68,8 | 19,8 | 64,2 | 73,5 |
| | | | | | |
| **Média do Domínio Nível de Independência** | | **68,5** | **13,7** | **65,2** | **71,6** |

*teste F de ANOVA.

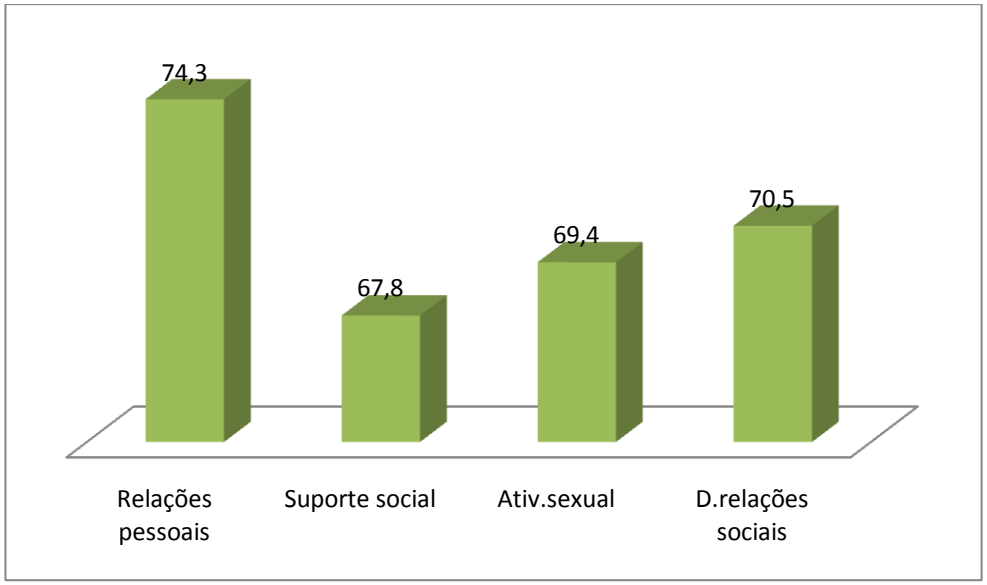
O score da faceta mobilidade é de 63, 4, com intervalo de confiança de 95% igual a [59,0; 67,9] significando que esta dentro da média estimada. O score da faceta atividades cotidianas é de 60,7, com intervalo de confiança de 95% igual a [56,1; 65,2].O score da faceta dependência de medicação/ tratamentos é de 81,0,com intervalo de confiança de 95% igual a [76,7; 85,3]. O score da faceta capacidade de trabalho é de 68,8 com intervalo de confiança de 95% igual a [64,2; 73,5] e o score do domínio Nível de independência é de 68,4 com intervalo de confiança de 95% igual a [65,2; 71,6].

### 5.4.4 Domínio IV Relações Sociais

O Domínio Relações Sociais é constituido de três facetas: *relações pessoais, suporte social e atividade sexual.* Cada faceta apresenta três questões (Apêndice D), totalizando 12 questões. As questões do domínio relações sociais são identificadas por meio de escalas de avaliação e, intensidade (Apêndice C). A faceta, relações

pessoais avaliam-se a satisfação e insatisfação com relação às pessoas que a rodeiam. A faceta, suporte social avalia a percepção da gestante em relação apoio social que recebe tanto de familiares como de amigos. A faceta atividade sexual avalia a satisfação ou insatisfação e dificuldades relacionadas à vida sexual no período gestacional em que ela se encontra.

**Gráfico 8**. Valores médios do Domínio Relações Sociais segundo as gestantes, São Paulo, 2012.




No gráfico 8, observa-se que das médias obtidas o score maior foi o de **Relações pessoais** (74,9) o que indica que as gestantes desta amostra estão satisfeitas com as suas relações pessoais(amigos,conhecidos e parentes) portanto não se sentem sozinhas neste processo gestacional. Na faceta **Suporte social** apesar de ser o score mais baixo da tabela, ainda esta dentro de uma satisfação razoável em relação ao apoio que a gestante recebe da família.

**Quadro 8.** Media estatísitca descritiva do domínio Relações Sociais

| Resultados estatísticos descritivos do Domínio Relações Sociais | Facetas | Média | Desvio padrão | Íntervalo de Confiança para a média 95%* | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Inf | Sup |
| | Relações pessoais | 74,3 | 15,0 | 70,8 | 77,8 |
| | Suporte social | 67,8 | 20,0 | 63,1 | 72,5 |
| | Atividade sexual | 69,4 | 19,1 | 65,0 | 73,9 |
| **Média do Domínio Relações Sociais** | | **70,5** | **14,3** | **67,2** | **73,8** |

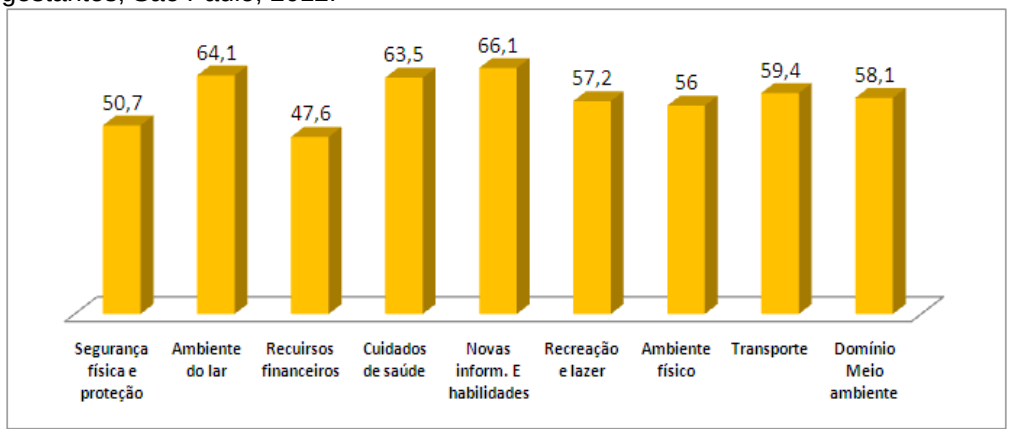
*teste F de ANOVA

O teste F de ANOVA apresentou médias descritivas dentro do índice de confiança aceitável. O domínio Relações sociais apresentou um valor médio mais alto de 70,5 em relação aos outros domínios, considerado uma qualidade de vida boa.

### 5.4.5. Domínio V- Meio Ambiente

O domínio ambiente esta constituído por oito facetas: *segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico (poluição/ ruído/ transito/ clima), e transporte.* Cada faceta é avaliada por oito questões (Apêndice D), totalizando trinta e duas questões. As questões do domínio ambiente são acessíveis às escalas de avaliação e intensidade (Apêndice C).

**Gráfico 9**. Valores médios das facetas do Domínio Meio Ambiente segundo as gestantes, São Paulo, 2012.




No gráfico 9, Observa-se que nas médias obtidas para as facetas deste domínio os scores médios são relativamente baixos, indicando um score de qualidade de vida nem ruim nem boa. A faceta **Novas informações** apresenta uma média diferenciada de valor 66,1.

**Quadro 9.** Média estatística descritiva do Domínio Meio ambiente

| | Facetas | Média | Desvio padrão | Intervalo de Confiança para a média 95%* | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Inf | Sup |
| **Resultados estatísticos descritivos do Domínio Meio Ambiente** | Segurança física e proteção | 50,7 | 12,6 | 47,7 | 53,7 |
| | Ambiente no lar | 64,1 | 21,9 | 59,0 | 69,2 |
| | Recursos financeiros | 47,6 | 13,6 | 44,4 | 50,8 |
| | Cuidados em saúde | 63,5 | 15,7 | 59,9 | 67,2 |
| | Novas informações e habilidade | 66,1 | 16,3 | 62,2 | 69,9 |
| | Recreação e lazer | 57,2 | 18,9 | 52,8 | 61,6 |
| | Ambiente físico | 56,0 | 15,8 | 52,3 | 59,7 |
| | Transporte | 59,4 | 19,9 | 54,7 | 64,0 |
| **Média do Domínio Meio Ambiente** | | **58,1** | **10,9** | **55,5** | **60,7** |

*teste F de ANOVA

No resultado estatístico descritivo a media do domínio teve o valor 58,1 considerado uma qualidade de vida nem ruim nem boa. E as facetas têm um índice de confiança dentro dos parâmetros aceitáveis.

### 5.4.6 Domínio VI – Aspectos Espirituais/Religião/Crenças pessoais

Este domínio apresenta somente **uma faceta** e é avaliada por quatro questões As perguntas foram as seguintes: As crenças pessoais dão sentido a sua vida? ; Em que medida acha que sua vida tem sentido? ; Em que medida suas crenças pessoais lhe dão forças para enfrentar dificuldades? e em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?.

Avaliando a percepção da gestante entre religião e o sentido da vida, a força para enfrentar as dificuldades e se a religião ajuda no entendimento dessas dificuldades.

**Quadro 10.** Média descritiva do Domínio Aspectos Espirituais/Religião/Crenças pessoais

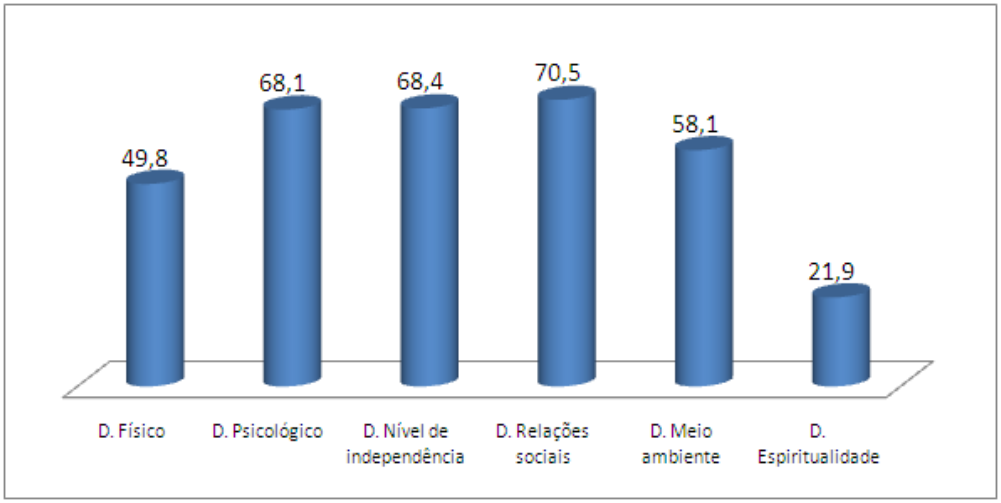
| Resultados estatísticos descritivos do Domínio Espiritualidade | Faceta | Média | Desvio padrão | Intervalo de Confiança para a média 95%* | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Inf | Sup |
| | F.24,1;F24.2;F24.3;F24.4 | 21,9 | 19,4 | 17,4 | 26,4 |

*Teste F de ANOVA

A faceta apresenta uma média descritiva de considerado valor baixo de 21,9, talvez por ser um domínio de apenas uma faceta e avaliada por quatro questões, é possível que seu poder de discriminação seja menor se comparado com outros domínios.

## 5.5. ANALISE ESTATÍSTICA ENTRE DOMÍNIOS DO WHOQOL-100

**Gráfico 10**. Médias por domínios do WHOQOL-100, São Paulo, 2012.



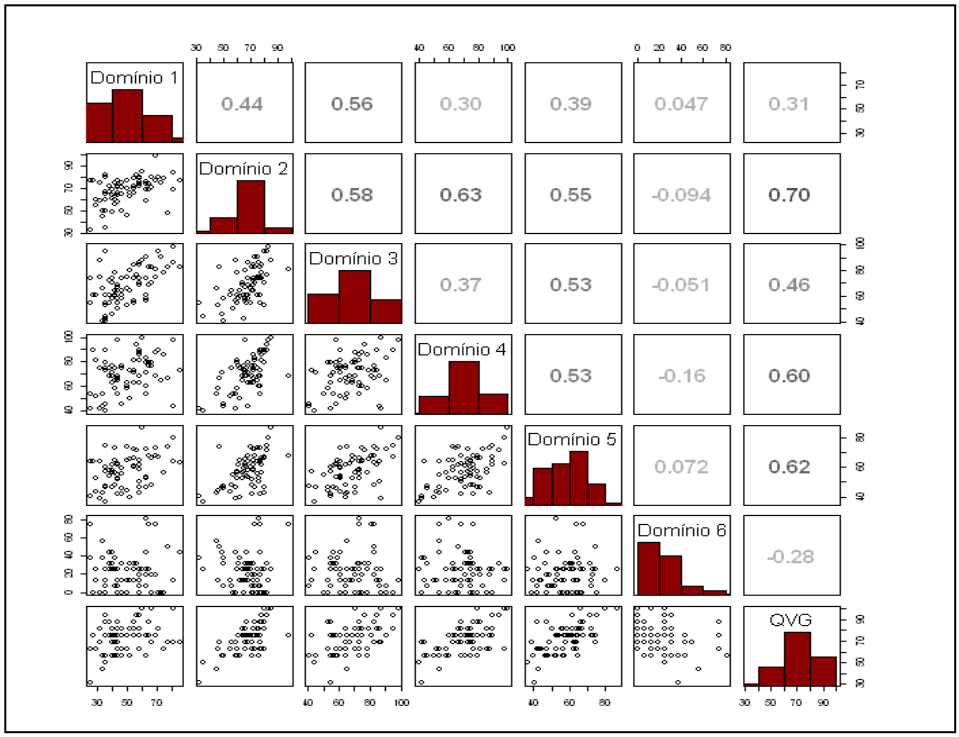

O valor mais alto de 70,5 se encontra no **Domínio Relações Sociais** onde é avaliada a satisfação e insatisfação com relação às pessoas que a rodeiam, mostrando que existe um nível alto de satisfação com relação ao apoio dos familiares, das pessoas que a rodeiam e a satisfação sexual. O **Domínio Nível de Independência** tem valor 68,4 indicando que as gestantes tem uma boa qualidade de vida no que se refere a mobilidade, atividades cotidianas, não dependem de medicação para ter uma boa qualidade de vida e têm uma boa capacidade de trabalho. O **Domínio Psicológico** de valor 68,1 também apresenta um nível considerado bom como qualidade de vida.

## 5.6. CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE DOMÍNIOS DO WHOQOL-100.

A correlação entre os domínios e QVG foi avaliada por meio de gráficos de dispersão e o coeficiente de correlação de Pearson. A correlação de Pearson indica a força e a direção do relacionamento entre duas variáveis, neste caso seria a relação linear entre a

variável QVG e os Domínios. Para interpretar valores acima de 0,70 significam uma boa confiabilidade ou correlação forte. De 0,30 a 0,7 positivo ou negativo indica correlação moderada e de 0 à 0,30 uma correlação fraca. A correlação é significativa ao nível de 0,05. A última coluna da direita do quadro apresenta os resultados entre a variável QVG e o Domínio.

**Quadro 11.** Coeficientes de correlação de Pearson




Os resultados das correlações:

- Domínio I **Físico e a QVG** (0,31) é o que apresenta menos impacto sobre a QVG da gestante.

- Domínio II **Psicológico e QVG** (0.70), mostrando um impacto forte, ou seja, existe uma relação linear alta positiva, e que afeta a qualidade de vida de forma positiva. Isto pode indicar que sua QVG esta mais associada ao momento psicológico em que a gestante esta passando nas duas últimas semanas.

- Domínio III **Nível de Independência e QVG** (0,46) apresentam um impacto normal sobre a QVG.

Nos resultados das facetas do domínio Nível de Independência, observamos que estas gestantes não dependiam de uso de medicamentos, que a capacidade de trabalhar não estava alterada de forma negativa e conseguiam realizar suas atividades cotidianas comparando, então com o resultado da correlação de Pearson, podemos dizer que elas consideram sua QVG boa.

- Domínio IV **Relações Sociais e QVG** (0,60) apresentam um bom impacto, ou seja, uma relação linear boa. Comparando com os resultados das facetas deste domínio, podemos dizer da importância de um bom relacionamento com amigos e um bom suporte familiar vai interferir na satisfação do apoio que ela sente durante o processo gestacional.

- Domínio V **Meio ambiente e QVG** (0,62) apresentam um bom impacto e uma boa relação linear. Principalmente quando comparamos à faceta, Novas informações, em que as gestantes afirmam ter oportunidade de obter informações pela multimídia e que a consideram necessária, nos leva a observar que são gestantes preocupadas com os acontecimentos do dia a dia e sentem necessidade de aprimorar novas informações.

- Domínio VI **Aspectos Espirituais e QVG** (-0,28) não está correlacionado com nenhum dos outros domínios.

Os dados mostram que com base nas correlações o domínio psicológico tem um impacto forte na QV das mães. Para o domínio físico e Aspectos espirituais apresentam pouco impacto na qualidade de vida das gestantes.

# Discussão dos resultados

# 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados deste estudo, de acordo com os objetivos propostos para avaliar a qualidade de vida das gestantes durante a gravidez nos conduziram às seguintes discussões:

## 6.1 PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DAS GESTANTES

A amostra das gestantes entrevistadas nesta pesquisa permitiu verificar a prevalência de gestantes de cor pardas, de católicas, de nível médio de escolaridade, de casadas ou vivendo como casadas e com predomínio da faixa etária entre 26 a 35 anos.

Essa tendência das gestantes engravidarem numa idade considerada adulta e com melhor instrução educacional foi descrita no censo de 2010 pelo IBGE (2010), em que as mulheres com mais instrução eram mães um pouco mais tarde (entre 27,8 anos, frente há 25,2 anos, com 7 anos de estudo). As mulheres com oito ou mais anos de estudo apresentavam diminuição da taxa de fecundidade (13,3%). Como resultado, a idade média com que as mulheres têm filhos se diferenciava pela instrução.

Quanto à idade das gestantes desta amostra, encontramos (25,55%) na faixa etária entre 26 - 35 anos; (19,71%) entre 15-25 anos e (8,3%) entre 36-45 anos. Figueiredo, Pacheco, Magarinho, (2005) em estudo denominado “Grávidas adolescentes e grávidas adultas, diferentes circunstancias de risco?”, caracterizaram as gestantes adultas ( idade superior a 18 anos) vivenciando a gravidez em condições específicas, observaram que problemas como a multiparidade, a morte de um dos pais, os problemas de fertilidade e os problemas psicológicos com tratamento ou hospitalização e o fato da mãe ter que trabalhar durante a gravidez. E que a gravidez na

adolescência, condiciona-se a presença de menos recursos socioeconômicos, como o fato da mãe e/ou o companheiro estarem desempregados e terem uma profissão de menor qualificação.

Em relação à renda familiar 32,9% (24) das gestantes possuem renda entre dois a quatro salários mínimos (1.336,00 a 2.672,00). Sendo que o valor mínimo do salário no momento da pesquisa era de 622,00 reais por mês (Brasil, 2011).

Segundo o IPEA (2007) os gastos da família com prestações ou com aluguel determinam o consumo de outros bens necessários à sua sobrevivência, sendo um fator determinante das despesas como saúde, alimentação e lazer.

Quanto ao o nível de escolaridade, a maioria das gestantes deste estudo (41,10%) possui o segundo grau completo, considerado escolaridade de nível médio e com nível de primeiro grau completo 15 gestantes (20,55%).

Segundo o IPEA (2012) existe uma correlação entre escolaridade e melhorias na situação financeira da família, em que quanto maior o nível de renda, maior a expectativa financeira positiva. A expectativa por melhores momentos é mais baixa entre aqueles com menor grau de escolaridade, sendo os que possuem ensino fundamental incompleto.

No tocante a raça 33 gestantes (45,2%) são pardas e brancas 32, gestantes o que representa 43,8%. Estes dados estão próximos aos do IBGE (2011) que nos últimos dez anos, a estrutura da população mudou em termos de cor e raça, com destaque para uma maior proporção das pessoas pardas. Destacam-se no sudeste e

sul, uma maioria de pessoas da cor branca, o que acompanha os padrões históricos de ocupação do país.

Quanto às condições de moradia de 42 das gestantes (57,53%) deste estudo moram em casa alugada e 25 das gestantes (34,25%) moram em casa própria. As gestantes desta pesquisa parecem ter condições de moradia melhor.

O Brasil tem progredido na área de saúde materno-infantil. Contudo é importante ressaltar o conceito de que, para o desenvolvimento saudável da gestante e do recém-nascido são necessárias as condições de vida adequadas, entre elas o de moradia.

Segundo Vettore et al., (2010) sugerem que as gestantes que vivem em moradias inadequadas têm o dobro de chances de ter um bebê com baixo peso ao nascimento se comparadas às condições das gestantes que vivem em condições adequadas. Segundo esses autores a desvantagem social afeta a gravidez. Este dado é extremamente relevante no que diz respeito ao planejamento da assistência pré-natal no serviço público em países em desenvolvimento.

A religiosidade e espiritualidade têm importância central na vida das gestantes. No questionário sócio demográfico 94,9% das gestantes afirmavam ter uma crença. Jesse, Reed, (2004) estudaram a qualidade de vida de gestantes de uma zona urbana de baixa renda e encontraram resultados afirmando a importância do atendimento para a espiritualidade como um recurso na gravidez de suporte emocional e mental.

## 6.2 CARACTERIZAÇÃO GESTACIONAL

Em relação ao trimestre que se encontram as gestantes deste estudo, 12 gestantes (16,4%), encontram-se no primeiro trimestre,

30 gestantes (41,1%), no segundo trimestre e 31 gestantes (42,5%) no terceiro trimestre. Neste estudo encontramos que 42,5% das gestantes se encontravam no terceiro trimestre ou entre 28 a 40 semanas.

Quanto ao pré-natal das 73 gestantes 91,8% delas realizaram o pré-natal no primeiro trimestre e somente 6 gestantes iniciaram no segundo trimestre. Considera-se uma atenção pré-natal de qualidade aquela com início precoce, periódica, completa e com ampla cobertura de ações de promoção para uma melhor qualidade de vida. A atenção pré-natal de baixo risco, objetiva o acompanhamento da gestação e a obtenção de uma adequada preparação para o parto e para os cuidados com o recém-nascido (Fescina et al., 2007).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do MS estabelece que o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre (BRASIL, 2006c).

Em relação aos sintomas mais frequentes durante a gravidez das 73 gestantes, 52,1% apresentavam náuseas e vômitos, referiam que ocorria diariamente e no início da gestação. Castro (2010) encontrou no seu estudo de 42 gestantes que 45,24% referiam que as náuseas e vômitos ocorriam diariamente e no início da gestação e 26,19% eram náuseas e vômitos esporádicos.

Em relação à queixa dor lombar, ela foi referida nesta amostra por 45,2% das gestantes no terceiro trimestre. Sendo que 2,7% das gestantes deste estudo não apresentaram este sintoma.

As gestantes da faixa etária entre 26 a 35 anos deste estudo, apresentaram maior desconforto e dor lombar durante a gestação. Durante a gravidez a lombalgia, ocorre por diversas adaptações físicas, necessárias ao perfeito crescimento e desenvolvimento fetal. Todavia, essas alterações em algumas mulheres trazem consequências que podem resultar principalmente em dor lombar e limitações em suas atividades diárias. Segundo Martins, Silva (2005) existe poucos estudos sobre dores da coluna vertebral durante a gravidez, que registrem sua prevalência e a importância de diminuir sua intensidade e desconforto. Afirma também que, a lombalgia gestacional apresenta uma alta prevalência independente da idade, peso, número de gestações e tipo de parto das gestantes e podem ser prevenidas com tratamento fisioterápico antes da gestação.

O estudo de Martins, Silva (2005) permitiu observar que as gestantes que foram acompanhadas durante a gravidez na assistência pré-natal, e que referiram algias posturais (lombar e pélvica posterior), tiveram benefícios ao realizar os exercícios físicos pelo método dos exercícios *stretching* global ativo, aumentava a qualidade de vida física das gestantes.

A gravidez não foi planejada pela maioria das 73 gestantes que participaram desse estudo. A cada ano, pelo menos oitenta milhões de mulheres em todo mundo experimentam a situação de ter uma gravidez não planejada mesmo em países desenvolvidos. A principal causa de gravidez indesejada é o baixo índice de utilização de métodos contraceptivos e a outros fenômenos sociais como, abuso sexual e coerção. Prietsch et al., ( 2001).

## 6.3 QUALIDADE DE VIDA DAS GESTANTES SEGUNDO O WHOQOL-100

O WHOQOL- 100 permitiu por meio de suas 24 facetas, retratar a percepção das próprias gestantes sobre sua qualidade de vida.

O domínio **I Físico a**presentou um score global de 49,80%, considerada uma qualidade de vida nem ruim nem boa.

A faceta um: **dor e desconforto** apresentou um score de 43,1%. A faceta dois **energia e fadiga** apresentaram um score de 50. A faceta três, **sono e repouso,** com um score de 56,3. Nas três facetas e no domínio global as gestantes apresentam scores de qualidade de vida nem ruim nem boa.

O domínio físico pela correlação de Pearson é o que apresenta menos impacto sobre a Qualidade de vida Geral da gestante (p=0,31).

Segundo Labonte (1996) a dimensão Energia Vital que direciona as ações de promoção da saúde, esta relacionada ao grau de vitalidade que o corpo biológico dispõe para realizar a vida diária, com sua ampliação nas interfaces “habilidades para fazer o que precisa”. De acordo com o resultado do domínio físico do instrumento WHOQOL-100 desta pesquisa o grau de vitalidade e a realização de atividades diárias das gestantes encontram-se prejudicadas.

O domínio **II Psicológico** apresentou um score global de 68,1, considerada uma qualidade de vida boa.

A faceta quatro **sentimentos positivos,** apresentou um score de 71,4, a faceta cinco **pensar, aprender, memória e concentração** apresentou um score de 68,5, a faceta seis **autoestima** apresentou um score de 74,7 e a faceta sete **imagem corporal e aparência** apresentou um score de 62,8 , A faceta oito **sentimentos negativos** apresentou um score de 63 . Todas estas facetas e o domínio global estão considerados como uma qualidade de vida boa.

Na correlação de Pearson a Qualidade de Vida Geral, e o domínio psicológico apresentam uma forte correlação de (0,70), ou seja, o que as gestantes dizem sobre sua Qualidade de Vida Geral está mais associada aos aspectos psicológicos dela, isto quer dizer que as facetas que envolvem este domínio: “sentimentos positivos”, “pensar, aprender, memória e concentração”, “autoestima”, “imagem corporal e aparência” e “sentimentos negativos”, influenciam de forma acentuada na Qualidade de Vida Geral das gestantes.

Segundo Vido (2006) embora a gestação seja considerada como um evento comum na vida reprodutiva de mulher, pouca atenção tem sido dada as modificações psicológicas de seu estado de saúde e a percepção quanto a sua qualidade de vida nesta fase. Assim podemos dizer que a gestação e QVG estão associadas ao momento psicológico em que a gestante esta passando nas duas últimas semanas.

O domínio **III Nível de Independência** apresentou um score global de 68,4, considerada uma qualidade de vida boa. A faceta: 9 **mobilidade** apresentou um score de 63,4**,** A faceta 10 **atividades cotidianas** apresentou um score de 60,7 e a faceta 12 **capacidade de trabalho** apresentou um score de 68,4**.** Essas facetas são consideradas como qualidade de vida boa. Somente a faceta 11 **dependência de medicação ou tratamentos** apresentou um score

de 81,0 considerada uma qualidade de vida muito boa, significando que elas não dependem de medicação nem tratamentos especiais.

O domínio Nível de Independência tem a ver com a autonomia da gestante a medida da capacidade em compreender e agir por si mesma de acordo com as facetas propostas por esse domínio. O programa “Mãe Paulistana”, implantado no município de São Paulo assiste a gestante durante o ciclo da gravidez, fornecendo transporte gratuito para realizar as consultas e exames, facilitando assim, a capacidade de se locomover, evitando dificuldades para se mobilizar e obter as condições de ser atendida na UBS do seu território.

Assegurando dessa forma a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade de acompanhamento pré-natal na perspectiva de seus direitos de cidadania, incentivando ao cumprimento da Política de Humanização no Pré-natal e Nascimento (2006c).

O domínio IV **Relações Sociais** apresentou um score global de 70,5, considerada uma qualidade de vida boa, este domínio apresentou o score mais alto entre os outros domínios. A faceta 13 **relações pessoais** apresentou um score de 73,3. A faceta14: **Suporte social** apresentou um score de 67,8. A faceta15: **Atividade sexual** apresentou um score de 69,4. As três facetas são consideradas como qualidade de vida boa.

Esta pesquisa apresenta gestantes que se encontram bastante satisfeitas com suas relações sociais e pessoais, este fato é bastante relevante, pois esse domínio ao referirem-se às relações pessoais com os parentes, amigos, e colegas, possibilitando uma auto-doação às necessidades do próximo, leva-nos a concluir que essas gestantes encontram-se satisfeitas o que se reflete na sua

percepção sobre a qualidade de vida. Encontramos na literatura que Castro (2010) avaliou gestantes com o instrumento WHOQOL-bref, e constatou que no domínio relações sociais, as facetas relações pessoais e suporte social mostram maior potencialidade como indicadores de uma boa qualidade de vida.

O domínio **V Meio-ambiente** apresentou um score global de 58,1, considerada uma qualidade de vida nem ruim nem boa. A faceta16 **segurança física** apresentou um score de 50,7. A faceta 17 **ambiente no lar** apresentou um score de 64,1. A faceta 18, **recursos financeiros** apresentou um score de 47,6. A faceta 19 **cuidados de saúde** apresentou um score de 63,5. A faceta 20 **novas informações e habilidades** apresentou um score de 66,1. A faceta 21 **recreação e lazer** apresentou um score de 57,2. A faceta 22 **ambiente físico** apresentou um score de 56 e a faceta 23 **Transporte** apresentou um score de 59,4.

O domínio meio ambiente é o que apresenta um número maior de facetas, no entanto, podemos dizer que as facetas: segurança física, recursos financeiros, recreação e lazer, ambiente físico e transporte tem um score de qualidade de vida considerada nem ruim nem boa. Forattini (1991) apresenta uma reflexão do ambiente urbano da cidade de São Paulo e sua qualidade de vida, ele afirma que, no que concerne a QV coletiva, tais como acesso ao lazer, transporte, emprego, subemprego, agem de maneira interativa, constituindo verdadeira rede de determinantes do tipo de vida que levam os habitantes da cidade. A precariedade do sistema de transporte paulistano reside no processo de circulação. Os congestionamentos de transito constituem fatos corriqueiros e tidos como normais. A precariedade do transporte também resulta da situação habitacional de expansão periférica.

E nas facetas ambiente no lar, cuidado em saúde e novas informações o score de qualidade de vida é boa. A faceta 20, **novas informações e habilidades** é o único que apresenta diferença significativa e positiva com um score de 66,1 considerada qualidade de vida boa.

Em relação às gestantes deste estudo, observamos que as unidades básicas de saúde em que estão inseridas apresentam grupos de orientação, conhecimentos e habilidades para cuidar melhor do processo da gravidez conhecido como “grupo de gestantes”. O interesse por parte dos profissionais destas duas unidades básicas de saúde em manter as gestantes informadas e habilitadas sobre seu novo momento na vida cumpre o objetivo de promover mudanças, novos conhecimentos e decisões relativas a gravidez , melhorando assim, a qualidade de vida. Segundo Santos, Penna (2009), a educação em saúde, um dos principais elementos de promoção da saúde, se constitui em um processo político pedagógico que leva a um pensar crítico e à autonomia do ser humano, possibilitando a construção de um saber que propicia a este ser humano ser capaz de propor mudanças e decidir sobre suas questões relativas aos seus cuidados e da coletividade.

A faceta18, **recursos financeiros** apresentou um score de 47,6 o mais baixo no domínio meio ambiente. As gestantes deste estudo também se enquadram neste papel social conflitante em que as mulheres apresentam dificuldades para conciliar seu papel de mãe, esposa e trabalhadora muitas vezes exercendo funções iguais a dos homens, mas recebendo salários abaixo do esperado.

De acordo com Saffioti (1994) o fato de as mulheres geralmente apresentarem um nível de escolaridade mais alto do que o dos homens não significa que deixaram de sofrer descriminações

no ambiente de trabalho; pelo contrário, mesmo exercendo funções iguais elas continuaram recebendo salários menores, porém, é verdade que têm sido menos expostas ao desemprego.

O domínio **VI Espiritualidade** apresentou um score de 21,9 relativamente baixo se comparado com os outros domínios. Este domínio foi avaliado pelas seguintes questões: “As crenças pessoais dão sentido a sua vida?”. “Em que medida acha que sua vida tem sentido?”; “Em que medida suas crenças pessoais lhe dão forças para enfrentar dificuldades?” e “Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?”.

A correlação de Pearson apresentou -0,28 significando que o domínio aspectos espirituais e QVG não tem correlação com os outros domínios.

Panzzini RG et al., (2011) Explicam a importância de estudar as questões religiosas/ espirituais, por ser uma área de conhecimento mais recente e que no campo da qualidade de vida pode vir a ser um mediador entre o campo da saúde e o das questões religiosas. Esses autores também afirmam que testes de campo e estudos posteriores mostraram que quatro itens eram insuficientes para mensurar essa variável/dimensão. Assim, a Organização Mundial de Saúde desenvolveu o instrumento WHOQOL-SRPB.

Segundo Skevintong (2002) que realizou um teste de campo com o WHOQOL-100 mostrou que este domínio aspectos espirituais foi insuficiente nos testes de campo e que o instrumento WHOQOL-SRPB é uma continuidade do WHOQOL-100.

# Considerações finais

# 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se propôs, como objetivo geral avaliar a qualidade de vida de gestantes atendidas na Estratégia Saúde da Família, por meio do instrumento de avaliação de Qualidade de vida WHOQOL-100 para detectar a percepção que a gestante têm de sua qualidade de vida e um formulário sócio demográfico, que mostra-se o perfil sociodemográfico delas.Pode-se chegar, assim, a algumas conclusões: As gestantes das Unidades Básicas de Saúde Manoel Pêra e Vila Jaguara participantes desta pesquisa, em sua maioria são mulheres com idade entre 26 a 35 anos, de cor parda, com escolaridade de nível médio, casadas, trabalhadoras, com baixa renda, que moram em casas alugadas com água encanada, rede elétrica e sistema de esgoto pela rede pública. São gestantes com gravidez de baixo risco. São participantes de grupo de gestantes nas unidades básicas de saúde do seu território e usuárias somente do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com relação à QV das gestantes avaliadas, conclui-se que, de uma maneira generalizada, as gestantes usuárias da atenção primária neste estudo, consideram como boa a sua qualidade de vida. Percepcionaram positivamente sua qualidade de vida nos domínios: Relações sociais, Psicológico, Nível de Independência. E de forma regular “nem ruim nem boa” nos domínios Físico e Meio ambiente. O domínio Aspectos espirituais cada entrevistada respondeu como sendo uma dimensão bastante importante em que 94,63% mencionaram praticar uma religião e somente 5,5% não praticavam nenhuma religião.

As facetas/ variáveis que mais contribuíram para a percepção positiva de qualidade de vida por parte das gestantes foram: autoestima, sentimentos positivos, não dependência de medicações

ou tratamentos, atividade sexual, suporte social, capacidade de trabalho, pensar e aprender. As facetas/ variáveis que contribuíram para a percepção negativa foram: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, segurança física, recursos financeiros, ambiente físico e recreação e lazer.

Observou-se nesta pesquisa que as gestantes estão satisfeitas com suas relações pessoais e com o apoio que recebem de parentes e de amigos, com a sua autoestima, com sua atividade sexual, sua memória, concentração e capacidade de aprender novas informações (pensar aprender). Por outro lado estão insatisfeitas com a dor e desconforto decorrente da gestação, a energia e fadiga, com a dificuldade de sono e repouso e com os parcos recursos financeiros para satisfazer suas necessidades.

Por meio desta pesquisa, percebeu-se a importância de estudar a percepção de qualidade de vida das gestantes do ponto de vista delas, no seu contexto cultural, posição na vida, no contexto de cultura e valores nos quais vive, ou seja a partir da sua subjetividade. Trazendo clareza, assim, na compreensão do fenômeno qualidade de vida em gestantes.

O reconhecimento de que saúde é identificada não mais como ausência de doença, mas como qualidade de vida, demanda um conjunto de ações que extrapolam a área da saúde, envolvendo setores do governo e da sociedade civil na construção de novas práticas sanitárias. Com a finalidade de que os conhecimentos gerados possam transformar-se em subsídios reais para o planejamento de estratégias de atendimento e intervenção adequados a realidade das gestantes, contribuindo para um propósito maior.

A atenção primária tem um papel resolutivo e coordenador do cuidado dos usuários no território de sua responsabilidade, promovendo redes de atenção à saúde (Starfield B, 2002). Desse modo, exige dos profissionais de saúde uma reflexão acerca das necessidades de humanizar a saúde das gestantes e incorporar a perspectiva de promoção da saúde, melhorando as condições de qualidade de vida das gestantes.

Em relação ao instrumento utilizado, WHOQOL-100 mostrou-se útil para avaliar a Qualidade de vida das gestantes, mostrando principalmente a importância do relacionamento social da gestante com seu meio onde vive. Considerá-las em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio - cultural, uma vez que a análise de suas dimensões podem apontar para as fragilidades que comprometem a qualidade de vida das gestantes.

As atividades em grupo de gestantes devem contemplar as peculiaridades das gestantes e gerar atividades ou debates em relação ao cuidado com a nutrição, exercícios físicos que aliviem as lombalgias, cuidados com o recém-nascido, a importância do acompanhamento do marido no processo gestacional promovendo um modo de vida mais saudável.

Conforme os resultados desta pesquisa, para as gestantes que participaram deste estudo, qualidade de vida é, principalmente, ser otimista mantendo pensamentos positivos, conviver bem com a família e amigos, manter a autoestima ou autoconfiança de forma elevada, e satisfação na sua capacidade de aprender novas informações.

Ao afirmar que Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana e que tem sido aproximada ao grau de satisfação

encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental, podemos dizer que a avaliação da QV das gestantes durante a assistência pré-natal é uma oportunidade para poder influenciar e melhorar de maneira positiva na qualidade de vida durante o processo gestacional..

Não podemos deixar de esclarecer que uma das limitações deste estudo diz respeito ao domínio aspectos espirituais que apresentou um score baixo (21,9) e na correlação de Pearson -0,28 significando que não tinha nenhuma relação linear com os outros domínios.

Consideramos a possibilidade de realizar outros estudos a fim de complementar e comparar os resultados do domínio espiritualidade para melhor compreensão da qualidade de vida das gestantes que são atendidas na atenção primária.

Concluindo, diremos que devido a mudanças tão importantes que vem ocorrendo na vida da mulher dentro do contexto social, sugerimos a necessidade de elaborar um instrumento específico de QV para gestantes que possa influenciar nos campos de ação para sua QV e Promoção da saúde, trazendo subsídios reais para implantação de Políticas Públicas Saudáveis.

# Referências

# 9 REFERÊNCIAS

Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN; Pizzol TSD. Qualidade do Processo da Assistência Pré-Natal: unidades básicas de saúde de estratégia saúde da família em município no sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2012; 28 (4): 789-800.

Araujo NM. "É a vida de sempre" corpo e sexualidade no processo do nascimento. [Tese]. Apresentado na Escola de Enfermagem da USP. 1999.

Association of Radicals Midwives. Midwives of de Soul: The spirituality of birth. 2006 [cited 2012 dez.10]. Available from: http://www.radmid.demon.co.uk/spirituality.htm.

Awad G, Voruganti LNP. Intervention research in pysichosis: issues related to the assessment of quality of life. Shizophr. Bull. 2000; 26:557.

Ayers G. Spirituality in birth: Creating sacred space whitin the medical model. Intern J Childbirth Education. 2000; 15(1): 14-17.

Barros DG. Potencialidades do "WHOQOL-bref" para identificação das esferas de promoção da saúde: opinião de especialistas [dissertação]. São Paulo: Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Barros SMO, Marin HF, Abrão ACFV. Enfermagem Obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. São Paulo: ROCA; 2002.

Baumiller RC. Espiritual development during a first pregnancy. Intern J Childbirth Education. 2002: 17(3):7.

Berti RAL, Castro CDFA, Fracolli AL. Instrumento de Avaliação de qualidade de vida para a mulher em contextos culturais diferentes. Rev Enferm Ref. Coimbra. 2011; sérieIII(4),supl. p.728.

Brasil. 8ª Conferência Nacional da Saúde. Saúde como Direito de todos e Dever do Estado. Portal da Saúde: 1986 [citado 2012 ago. 08]. Disponível: http://portal.saude.gov.br.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde, Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, DF; 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Centro de documentação. Assistência Integral a Saúde da Mulher do Ministério da Saúde: bases de ação programática. Brasília, DF; 1984.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica- 4. Ed. - Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União: Brasília, DF; 2011a. Seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº1. 459, de 24 de Junho de 2011. PORTARIA N.º 2351, de 05 de outubro de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília; 2011 [citado 2012 set. 15]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_consolidada_cegonha.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, DF; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal. Brasília, DF; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2ª reimpr. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da saúde; 2011b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF; 2009.

Brasil. 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: Ministério da Saúde; 2004 b. 82p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Área técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Plano Estratégico. Brasília, DF; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília, DF; 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Pré-Natal (SISPRENATAL). Brasília, DF: Datasus; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. CONNAS. Brasília; 2006b.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. DECRETO 7.655, de 23 de Dezembro de 2011. Regulamenta a Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. DOU 26/12/2011.

Bolfarine H, Bussab WO. Elementos de amostragem. São Paulo: Blucher; 2005.

Brousse C, Boisaubert B. Quality of life and escales measuring. Rev Med Int. 2007; 28:458-462.

Bullinger M, Anderson R, Cella D, & Aaronson N. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality of Life Research*. 1993; 2: 451-459.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ver Ciência & Saúde Coletiva. 2000; 1: 163-177.

Campos RTO, Campos GWS. Co-construção de Autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, organizador. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec – Fio cruz; 2006. p.669-688.

Cardoso AMR, Santos SM, Vanja BM. O pré-natal e a atenção a saúde da mulher na gestação: um processo educativo? Rev Diálogos Possíveis. Faculdade Social da Bahia: 2007; 6(1).

Castoríades C, Cohn-bendit D. Da Ecologia a Autonomia. São Paulo: Brasiliense; 1981.

Castro DFA. Qualidade de vida de gestantes Assistidas pela Estratégia Saúde da Família [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Cerqueira MT. La Promoción de la Salud. In: Arroyo H.V, Cerqueira MT, editores. La Promoción de la Salud en América Latina: un analises sectorial. San Juan, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico-OPAS; 1977. p. 7-48.

Chacham AS. A Medicalização do corpo Feminino e a Incidência do Parto Cesáreo em Belo Horizonte [Tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 1999.

Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951; 16(3). p. 297-334.

Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2ª ed.rev. ampl. Rio de Janeiro: Fio Cruz; 2009.

Fayers PMD. Quality of life. Assessment, analysis and interpretation. Chichester: John Wiley; 2000.

Fescina R, et al. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atencion de la mujer y el recién nascido focalizadas en APS. Montevidéo: CLAP/SMR; 2007.

Figueiredo B, Pacheco A, Magarinho R. Grávidas adolescente e grávidas adultas: diferentes circunstâncias de risco? Acta Med. Porto: 2005; 18: 97-105

Fleck PA, Lousada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G; Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). Rev. Saúde Públ. 1999;33(2):198-205.

Fleck MPA et al. Avaliação de Qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 73.

Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciên Saúde Colet [online]. 2000;5(1):33-38.

Forattini OP. Qualidade de vida e meio urbano. A cidade de São Paulo, Brasil. Rev Saúde Públ. São Paulo: 1991; 25(2): 75-86.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.

Guyatt GH, Feeny D, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med.1993; 118: 622-29.

Henrich JB. Introduction to women's health: The primary care of women. CP Medicine. 2008; 1-8.

Hoga LAK, Manganiello A. Atitudes Masculinas diante da Gravidez não planejada: historias orais de homens de uma comunidade brasileira de baixa renda. Trabalho de Evento Internacional. Conferencia Internacional do Brasil de pesquisa Qualitativa. Taubaté: UNITAU; 2004.

Hoga LAK, Reberte LM. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. Rev Esc da Enferm USP. 2007; 41: 559-566.

Horta NC, Sena RR, Silva MEO, TavaresTS, Caldeiras IM. A prática de grupos como ação de Promoção da Saúde na Estratégia Saúde da Família. Rev APS: 2009:12(3).p.293-301.

Instituto de Matemática e Estatística - IME. Universidade de São Paulo - USP. Teste F ANOVA. São Paulo; 2012 [citado 2013 jan. 20]. Disponível em: http://www.ime.usp.br/~yambar/MI404Metodos%20Estatisticos/Aula%205%20ANOVA/1-internet-adicional.pdf

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE [internet]. Indicadores Sociais Municipais. Uma análise dos resultados do Universo do Censo demográfico 2010. Estudos e Pesquisas. Rio de janeiro: 2011:28. [citado 2013 abr. 02]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/default_indicadores_sociais_municipais.shtm

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [internet]. Sistema de Indicadores Sociais **- SIS. Mulheres mais escolarizadas são mães mais tarde e têm menos filhos. Comunicação social: 2010 [citado 2013 fev. 10]. Disponível em:** http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1717&id_pagina=1

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Índice de Expectativa das famílias - IEF. 2012; 24. [citado 2013 fev. 19]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/IEF/120817_ief_24.pdf

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Políticas Sociais-acompanhamento e análise. Habitação. 2007;14:279. [citado 2013 abr. 02]. Disponível em: http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/politicas_sociais/habitacao14.pdf

Jesse DE, Reed PG. Effects of spirituality and psychosocisl well-being on health risk behaviors in Appalachian pregnant women. Journal of Obstétric, Ginecology, and Neonatal Nursing. 2004; 33:739-747.

Labra ME. Mulher, saúde e sociedade no Brasil. São Paulo: HUCITEC; 1999.

Labonte R. Health Promotion and empowerment: practice frameworks.Toronto: Center for Health Promotion, University of Toronto; 1996.

Lacasse A, Bérard A. Validation of nausea and vomiting of pregnancy specific health related Qol questionnare. Abstract. Pub Med. 2008 may; 9(6):32.

Lalonde M. El concepto de “Campo de la Salud”: una perspectiva canadiense. In: Organización Panamericana de la Salud (OPAS).

Promoción de la Salud: una antología. Washinton: OPAS; 1996 (Publ.Cient.557).

Leavell H, Clark EG. Preventive medicine for the doctor in his community. New York: Mc Graw-Hill; 1965.

Lenz MLM, Lima AK, Lima LA, Pekelman R. Atenção à Saúde da Gestante em APS. Versão 3. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2011.

Lima JC, Moura MC. Trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba. Sociedade e Estado. 2005; 20(1):103-133.

Lima MOP. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas com baixo nível socioeconômico. [Dissertação]. São Paulo. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.

Lima YM, Moura MAV. Consulta de Enfermagem pré-natal: a qualidade centrada na satisfação da cliente. Rev de Pesq: cuidado é fundamental. Rio de Janeiro: 2005 [citado 2012 out. 21]; 9 (1/2): 93-99. Disponível em: http://www.unirio.br/repef/arquivos/2005/10.pdf.

Lin CT, Cheng CP, Kuo SH, Chou FH. Development of a Chinese shortfrom of the prenatal self-avaluation questionnaire. J Clin Nurs. 2009 Mar; 18 (5):659-66.

Maia MB. Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.

Maldonado MTP. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. Petrópolis: Vozes; 1976.

Martins RF, Silva de JLP. Prevalência de dores nas costas na gestação. Rev Assoc med Bras. 2005; 51(3): 144-147.

Martins RF; Silva JL P. Tratamento da lombalgia e dor pélvica posterior na gestação por um método de exercícios. Scielo [internet]. Rev Bras Ginec. Rio de Janeiro: 2005;27(5). [citado 2012 nov. 11] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032005000500008&script=sci_arttext

Mercadante AO, Schechtman A, Cortes BA, Munhoz Jr E, Mendes EV, Wong Un JA, et al. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: Jacobo F, editor. Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 235-313.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Rev Ciência & Saúde Coletiva. 2000; 5(1):7-18.

Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994. p. 455-466.

Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Validação Brasileira do Instrumento de Qualidade de vida / espiritualidade, religião e crenças pessoais. Rev Saúde Pública. 2011; 45(1):153-165.

Patrick D. Patient report Outcomes (PROs): an organizing tool for concepts, measure and applications, mapi. Research Institute Newsletter. 2003; 31:1-5.

Peixoto CR, Freitas LV, Telles MLR, Campos FC, de Paula PF, Damasceno AKC. O Pré-natal na Atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. Rio de Janeiro: Rev Enferm UERJ. 2011; 19(2): 286-291; p. 287.

Pereira JCR. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1999.

Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP). Decreto nº 46.966 de 2 de fevereiro de 2006. Regulamenta a Lei nº 13.211, de 13 de novembro de 2001, estruturando a Rede de Proteção à Mãe Paulistana, para a gestão e execução da rede de serviços de saúde de assistência obstétrica e neonatal no Município de São Paulo. In: Prefeitura Municipal de São Paulo. Programa Rede de Proteção Mãe Paulistana. São Paulo; 2006.

Prietsch SOM, Cesar JÁ, Chica DAG, Sassi RAM. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. Cad. Saú Púb, Rio de Janeiro: 2001;27(10):1906-1916.

Reis GM, Ribeiro Junior JI. Ferramentas Estatísticas Básicas da Qualidade – guia prático do R. 2007. [citado 2012 nov. 05] Disponível em: http://www.estatísticanor.xpg.com.br

Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.

Rodrigues-Neto JFR, Ferreira GC. Qualidade de vida como medida de desfecho em saúde. Rev. Med. Minas Gerais. 2003; 13(1):42-6.

Saffioti HIB. Introdução. In: Saffioti HIB e Munoz-Vargas M organizadoras. Mulher Brasileira é assim. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1994. p.11-26.

Santo R, Penna CM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. Texto Contexto Enferm. 2009; 18(4): 652-660.

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - SMS. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Relação dos Estabelecimentos/Serviços da Secretaria Municipal da Saúde por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde do Município de São Paulo. 2012.

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - SMSP; 2012. Mapas da prefeitura. Subprefeitura de Pinheiros. [citado 2012 dez. 10]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/pinheiros/noticias/index.php?p=1457

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - SMSP. História da Vila Madalena. 2012. [citado 2013 fev. 09]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/pinheiros/historico/index.php?p=472

Serruya SJA, Ceccati JE, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Rio de Janeiro: Cad Saúde Pública; 2004; 20(5): 1281-1289.

Serruya SJA. A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento - PHPN do Ministério da Saúde do Brasil [Tese

de doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Sigerist H. The social science in the medical school. In Sigerist, H, organizer. The University at the crossroad. New York: Henry Schumann Publicher; 1946.

Skevington SM. Advancing cross-cultural research on quality of life: Observations drawn from the WHOQOL development. Qual Life Res. 2002; 11(2):135-144.

Soifer R. Psicología da gravidez: Parto e Puerpério. Porto Alegre: Artes Médicas; 1980.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.

**Symon A.** A review of mothers' prenatal and postnatal quality of life. Scotland, UK: University of Dundee, School of Nursing & Midwifery; 2003.

Tedesco JJA. A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo: Atheneu; 1999.

The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social Science and Medicine. 1995; 41(10):1403-1409.

Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de

pesquisas. 3ª reimp.Trad. de Maria Ângela Cançado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

Vettore MV, Gama SG, Lamarca Gde A, Schilithz AO, Leal M C. Housing conditions as a social determinant of low birthweight and preterm low birthweight. Rev Saúde Públ. 2010;44(6):1021-1031. [Epub 2010].

Vido MB. Qualidade de vida na gravidez. [dissertação]. Guarulhos, São Paulo: Universidade de Guarulhos; 2006.

Vila Jaguara. In: Wikipédia, a enciclopédia livre [internet]. Flórida: Wikimedia Foundation; 2013 [citado 2013 fev. 09]. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Vila_Jaguara&oldid=34090941

Webster J, Nicholas C, Velacott C, Cridland N, Fawcett L, Aust N Z J. Obstet. Gynaecol. Australia; 2010; 50(2):132-7.

Westpal MF. Participação e cidadania na Promoção a Saúde, in: Anais do Congresso Paulista de Saúde Pública; 1999. 278- 295.

Winslow CEA. The untilled fields of public health. Science. 1920; *51: 23.*

World Health Organization (WHO). Carta de Ottawa. In: Fundação Osvaldo Cruz. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC; 1986.

Zeidl EMF, Zannon C. Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública. 2004; 20(2):580-588.

# Apêndices

# 10 APÊNDICES

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada Sra.

Eu, Rosalinda Asenjo López de Berti, aluna de mestrado da Escola de Enfermagem da USP, sob orientação da Professora Doutora Lislaine Aparecida Fracolli,estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada**:QUALIDADE DE VIDA NA GRAVIDEZ: UMA ABORDAGEM PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE.**

Solicito por meio deste termo, a sua autorização e colaboração para participar do estudo que avaliará a Qualidade de vida das gestantes que são atendidas nesta Unidade Básica de Saúde. Para tanto, deverá responder a um questionário elaborado pela Organização Mundial de Saúde, o qual será apresentado em 2 (duas) vias ficando uma para a participante e outra delas para a pesquisadora.Sua participação é livre e espontânea, responsabilizando-me por manter seus dados em sigilo, tendo toda a liberdade de recusar-se a participar do mesmo e não responder questões que julgar inapropriadas, sem que isso represente qualquer prejuízo ou penalização no seu atendimento na Unidade Básica de Saúde.

É necessário que a Sra. Disponha de um tempo mínimo de 30 minutos para responder o questionário podendo ser na sua casa a qual buscaremos no outro dia ou o dia que a Sra. marcar, poderá também se desejar responder num lugar tranquilo da Unidade Básica.

Em caso de impossibilidade de comparecer a unidade a Sra. Receberá uma visita domiciliar da pesquisadora acompanhada do agente comunitário de saúde para entrega do questionário. No final da pesquisa apresentarei os resultados para as participantes em uma reunião na Unidade Básica.

AUTORIZAÇÃO

Eu,..... depois das orientações recebidas,dou meu consentimento para participar do estudo realizado por: Rosalinda Asenjo López de Berti, aluna da Escola de Enfermagem da USP.

ASSINATURA DA PARTICIPANTE.....

ASSINATURA DA PESQUISADORA.....

Data...../...../.....

Qualquer dúvida, entrar em contato com: Rosalinda Asenjo López de Berti(11) 34771770, e-mail: rosalinda@estes.ufu.br. Professora Doutora: Lislaine Aparecida Fracolli (11)3061-7548; e-mail: lislaine@usp.br. O contato com o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde (11) 3397-2464; e-mail: smscep@gmail.com e do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP(11)3061-7548. São para dúvidas e denuncias quanto a questões éticas.

## APENDICE B – Questionário sócio-demográfico e gestacional

**1**.**Nome:**.....idade.....semana gestacional .....

**2** . **Escolaridade**: ( ) $1^0$ grau incompleto ( ) $1^0$ grau completo

( ) $2^0$ incompleto ( ) $2^0$ completo( ) Superior incompleto ( ) Superior completo

**3**. **Estado Civil:** ( ) casada ( ) solteira ( )Amasiada ( ) Divorciada

**4. Cor de pele**:.....

**5. Profissão ou ocupação**:.....

**6**. **Moradia:** ( ) própria ( ) Alugada ( ) Cedida.

**7**. **Renda Familiar.....**Religião.....Naturalidade.....

**DADOS GESTACIONAIS**:

**8**. **Partos anteriores**.....Aborto: ( ) sim ( ) não

**9**. A gravidez foi planejada? ( ) sim ( ) não

**10**. Qual é o sintoma que mais sente durante a gravidez:

Dor lombar ( ) náuseas /vômitos ( ) nenhum ( )

**11**. Quando inicio o pré-natal? ( ) $1^0$ trimestre $2^0$ Trimestre ( ) $3^0$ trimestre

## APÊNDICE C - Escala de respostas do Tipo Likert

| Escala | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Avaliação | muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| | muito ruim | ruim | nem ruim/ nem boa | boa | muito boa |
| Capacidade | nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
| Freqüência | nunca | raramente | às vezes | repetidamente | sempre |
| Intensidade | nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |

No quadro acima, esta representada as escalas de respostas referentes aos quatro tipos de questões básicas do WHOQOL-100, que são: intensidade, capacidade, frequência e avaliação.

## APÊNDICE D - Numeração das questões do WHOQOL-100

**Domínio Físico**: (12 questões).

| |
|---|
| F1.1;F 1.2; F1.3;F1.4 F2.1;F2.2; F2.3; F2.4 F3.1;F3.2; F3.3; F3.4; |

**Domínio Psicológico:** (20 questões).

| |
|---|
| F4.1; F4.2 F4.3; F4.4; F5.1; F5.2; F5.3;F5.4; F6.1; F6.2;F6.3; F6.4<br><br>F7.1; F7.2; F7.3; F7.4 F 8.1 F 8.2; F8.3; F8.4; |

**Domínio Nível de Independência**: (16 questões)

| |
|---|
| F9.1; F9.2; F9.3;F9.4 F10.1; F10.2; F10.3; F10.4; F11.1; F11.2; F11.3; F11.4; F12.1; F12.2; F12.3; F12.4 |

**Domínio Relações Sociais: (12 questões).**

| |
|---|
| F13.1; F13.2; F13.3; F13.4 F14.1; F14.2 F14.3; F14.4; F15.1 F15.2;F15.3; F15.4. |

**Domínio meio ambiente**: (32 questões).

| |
|---|
| F 16.1; F16.2; F16.3; F16.4; F17.1; F17.2; F17.3; F17.4; F18.1; F 18.2; F18.3; F 18.4; F19.1; F19.2; F19.3; F19.4; F20.1; F 20.2; F20.3; F20.4; F21.1; F21.2; F21.3; F21.4;<br><br>F22.1; F22.2; F22.3; F22.4; F 23.1; F 23.2; F23.3; F23.4. |

**Domínio Espiritualidade**: (4 questões).

| |
|---|
| F24.1; F24.2; F 24.3; F24.4. |

**Qualidade de vida geral** (QVG) (4 questões).

| |
|---|
| G1; G2; G3; G4. |

No quadro acima cada faceta apresenta quatro questões.

# Anexos

# 11 ANEXOS

## ANEXO 1 - Modelo do instrumento WHOQOL-100

## ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA - Coordenação do Grupo WHOQOL no 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 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 a sua primeira escolha.

Por favor, tenham em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **às duas últimas semanas.**

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

| *Quanto você se preocupa com sua saúde?* | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você se preocupou com sua saúde nas últimas duas semanas. Portanto, você deve fazer um círculo no número 4 se você se preocupou "bastante" com sua saúde, ou fazer um círculo no número 1 se você não se preocupou "nada" com sua saúde. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha, e faça um círculo no número que lhe parece a melhor resposta.

Muito obrigado por sua ajuda.

---

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

Por exemplo, sentimentos positivos tais como *felicidade* ou *satisfação*. Se você sentiu estas coisas *"extremamente"*, coloque um círculo no número abaixo de *"extremamente"*. Se você não sentiu nenhuma destas coisas,

coloque um círculo no número abaixo de *"nada"*. Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre *"nada"* e *"extremamente"*, você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas.**

| F1.2 Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F1.3 Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F1.4 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F2.2 Quão facilmente você fica cansado(a)? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F2.4 O quanto você se sente incomodado(a) pelo cansaço? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F3.2 Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F3.4 O quanto algum problema com o sono lhe preocupa? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F4.1 O quanto você aproveita a vida? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F4.3 Quão otimista você se sente em relação ao futuro? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F4.4 O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F5.3 O quanto você consegue se concentrar? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F6.1 O quanto você se valoriza? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F6.2 Quanta confiança você tem em si mesmo? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F7.2 Você se sente inibido(a) por sua aparência? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F7.3 Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F8.2 Quão preocupado(a) você se sente? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F8.3 Quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia-a-dia? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F8.4 O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F10.2 Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F10.4 Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-adia? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F11.2 Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida do dia-a-dia? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F11.3 Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F11.4 Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F13.1 Quão sozinho você se sente em sua vida? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F15.2 Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F15.4 Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F16.1 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F16.2 Você acha que vive em um ambiente seguro? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F16.3 O quanto você se preocupa com sua segurança? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F17.1 Quão confortável é o lugar onde você mora? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F17.4 O quanto você gosta de onde você mora? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F18.2 Você tem dificuldades financeiras? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F18.4 O quanto você se preocupa com dinheiro? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F19.1 Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F21.3 O quanto você aproveita o seu tempo livre? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F22.1 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F22.2 Quão preocupado(a) você está com o barulho na área que você vive? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F23.2 Em que medida você tem problemas com transporte? |
|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F23.4 O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 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. Por exemplo, atividades diárias tais como lavar-se, vestir-se e comer. Se você foi capaz de fazer estas atividades *completamente*, coloque um círculo no número abaixo de *"completamente"*. Se você não foi capaz de fazer nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de *"nada"*. Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre *"nada"* e *"completamente"*, você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas.**

| F2.1 Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F7.1 Você é capaz de aceitar a sua aparência física? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F10.1 Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F11.1 Quão dependente você é de medicação? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F14.1 Você consegue dos outros o apoio que necessita? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F14.2 Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F17.2 Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F18.1 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | médio | muito | completamente |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F20.1 Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F20.2 Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F21.1 Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F21.2 Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F23.1 Em que medida você tem meios de transporte adequados? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre o quão *satisfeito(a), feliz ou bem* você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, na sua vida familiar ou a respeito da energia (disposição) que você tem. Indique quão satisfeito(a) ou não satisfeito(a) você está em relação a cada aspecto de sua vida e coloque um círculo no número que melhor represente como você se sente sobre isto. As questões se referem às **duas últimas semanas.**

| G2 Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| G3 Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| G4 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F2.3 Quão satisfeito(a) você está com a energia (disposição) que você tem? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito | insatisfeito | nem satisfeito | satisfeito | muito satisfeito |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| insatisfeito | | nem insatisfeito | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F3.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F5.2 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de aprender novas informações? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F5.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de tomar decisões? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F6.3 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F6.4 Quão satisfeito(a) você está com suas capacidades? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F7.4 Quão satisfeito(a) você está com a aparência de seu corpo? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F10.3 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F13.3 Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F15.3 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F14.3 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de sua família? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F14.4 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F13.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outros? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F16.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua segurança física (assaltos, incêndios,etc.) ? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F17.3 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F18.3 Quão satisfeito(a) você está com sua situação financeira? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F19.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F19.4 Quão satisfeito(a) você está com os serviços de assistência social? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F20.3 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F20.4 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F21.4 Quão satisfeito(a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F22.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu ambiente físico ( poluição, clima, barulho, |
|---|

| atrativos)? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F22.4 Quão satisfeito(a) você está com o clima do lugar em que vive? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F23.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F13.2 Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito infeliz | infeliz | nem feliz nem infeliz | feliz | muito feliz |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| G1 Como você avaliaria sua qualidade de vida? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito ruim | ruim | nem ruim nem boa | boa | muito boa |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F15.1 Como você avaliaria sua vida sexual? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito ruim | ruim | nem ruim nem boa | boa | muito boa |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F3.1 Como você avaliaria o seu sono? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito ruim | ruim | nem ruim nem bom | bom | muito bom |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F5.1 Como você avaliaria sua memória? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito ruim | ruim | nem ruim nem boa | boa | muito boa |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F19.2 Como você avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para você? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito ruim | ruim | nem ruim nem boa | boa | muito boa |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes referem-se a " *com que freqüência"* você sentiu ou experimentou certas coisas, por exemplo, o apoio de sua família ou amigos ou você teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança. Se, nas duas últimas semanas, você não teve estas experências de nenhuma forma, circule o número abaixo da resposta "nunca". Se você

sentiu estas coisas, determine com que freqüência você os experimentou e faça um círculo no número apropriado. Então, por exemplo, se você sentiu dor o tempo todo nas últimas duas semanas, circule o número abaixo de "sempre". As questões referem-se **às duas últimas semanas.**

| F1.1 Com que freqüência você sente dor (física)? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nunca | raramente | às vezes | repetidamente | sempre |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F4.2 Em geral, você se sente contente? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nunca | raramente | às vezes | repetidamente | sempre |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F8.1 Com que freqüência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nunca | raramente | às vezes | repetidamente | sempre |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes se referem a qualquer *"trabalho"* que você faça. *Trabalho* aqui significa qualquer atividade principal que você faça. Pode incluir trabalho voluntário, estudo em tempo integral, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho pago ou não. Portanto, *trabalho*, na forma que está sendo usada aqui, quer dizer as atividades que você acha que tomam a maior parte do seu tempo e energia.

As questões referem-se **às últimas duas semanas.**

| F12.1 Você é capaz de trabalhar? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F12.2 Você se sente capaz de fazer as suas tarefas? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F12.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F12.3 Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito ruim | ruim | nem ruim nem boa | boa | muito boa |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre *"quão bem você é capaz de se locomover"* referindo-se às duas últimas semanas. Isto em relação à sua habilidade física de mover o seu corpo, permitindo que você faça as coisas que gostaria de fazer, bem como as coisas que necessite fazer.

| F9.1 Quão bem você é capaz de se locomover? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito ruim | ruim | nem ruim nem bom | bom | muito bom |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F9.3 O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F9.4 Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia-a-dia? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F9.2 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de se locomover? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes referem-se às suas *crenças pessoais*, e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, elas referem-se **às duas últimas semanas.**

| F24.1 Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F24.2 Em que medida você acha que sua vida tem sentido? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F24.3 Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| F24.4 Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |

ANEXO 2 **- Parecer do CEP/SMS - Prefeitura de São Paulo**

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO — SECRETARIA DA SAÚDE

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**
**Comitê de Ética em Pesquisa/SMS**

COMITÊ DE ética EM PESQUISA - SMS

**CAAE: 48/12***
**São Paulo, 01 de novembro de 2012.**
**PARECER Nº 167/12 – CEP/SMS**

**Ilma. Sra.**
**Rosalinda Asenjo Lopez de Berti**

**Projeto:** Qualidade de vida na gravidez: uma abordagem a partir do World Health Organization Quality Of Life Assessment Instrument - WHOQOL-100
**Pesquisadora**: Rosalinda Asenjo Lopez de Berti
**Instituição:** Escola de Enfermagem / USP
**Local onde os dados serão coletados:** Supervisão Técnica de Saúde Lapa- Pinheiros

A avaliação da qualidade de vida relacionada á saúde (QVRS) mede modificações na saúde física, funcional, mental e social, e pode ser utilizada para a avaliação dos custos humanos e financeiros e os benefícios de novos programas e intervenções.

Estudos sobre a avaliação da QV e do estado de saúde aumentaram consideravelmente nas últimas duas décadas. Instrumentos de medida estão sendo desenvolvidos e utilizados tanto na prática clínica quanto em pesquisas.

Esses instrumentos podem ser administrados por entrevistadores ou mesmo serem auto-administrados, e podem ser divididos em genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos são utilizados na avaliação da qualidade de vida da população e, em geral, são mais apropriados a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação de sistemas de saúde. A Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) está entre os instrumentos genéricos mais frequentemente utilizados no mundo; avalia a qualidade de vida dentro de uma perspectiva internacional e transcultural; é um instrumento de medida de qualidade de vida que valoriza a percepção subjetiva do indivíduo, caracterizando-se por ser multidimensional e por conter aspectos positivos e negativos da QV. O instrumento WHOQOL-100 consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Esses domínios são divididos em 24 facetas específicas [26]. Cada faceta é composta por questões de qualidade de vida.

Estudo descritivo tipo transversal, com desenho de estudo de caso. Abordando a QV relacionada à saúde das gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família. A avaliação de Qualidade de vida será feita através do inquérito WHOQOL-100, instrumento de medida de qualidade de vida elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) utilizando o instrumento WHOQOL-100, para avaliar a qualidade de vida das gestantes.

Inicialmente haverá 62 gestantes, de qualquer período gestacional, de qualquer idade e que estão classificadas como pré-natal de baixo risco, cadastradas na UBS Manoel Joaquim Pêra. Em seguida, para aumentar a amostra, serão incluídas gestantes da UBS Jaguara.

A coleta de dados deverá durar três meses.

O instrumento poderá ser aplicado na UBS ou no domicílio, em caso da gestante não comparecer na UBS.

Os dados terão tratamento estatístico com as ferramentas do Excell.

**Objetivo Geral:** Avaliar a qualidade de vida na gravidez das mulheres que são atendidas em uma Unidade Básica de Saúde.

**Objetivos Específicos:**

- Avaliar a qualidade de vida da grávida relacionada aos valores e sistemas em que vive por meio da potencialidade do WHOQOL –100.
- Descrever os domínios do WHOQOL-100, que se mostram mais frequentes na gravidez nos três trimestres.

* Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464 – email: smscep@gmail.com
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/

| PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO | SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE<br>Comitê de Ética em Pesquisa/SMS | COMITÊ DE ética EM PESQUISA - SMS |
|---|---|---|

CAAE: 48/12*

- Descrever as facetas do WHOQOL-100 que se mostram mais frequentes na gravidez nos três trimestres.
- Descrever as correlações entre domínios os que correspondem de forma positiva ou negativa, a qualidade de vida das gestantes nos três trimestres.

**Benefícios -** Não são descritos, muito embora seja possível identificá-los implicitamente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa**

Projeto para obtenção do Título de Mestre na escola de Enfermagem da USP.

Contempla os termos de apresentação obrigatória, Folha de Rosto e TCLE, e os documentos Termo de Compromisso assinado pela pesquisadora responsável em 06/09/12 e Autorização para o estudo nas UBS Manoel Joaquim Pêra e UBS Jaguará, assinado pela supervisora da Supervisão Técnica de Saúde Lapa- Pinheiros, Patrícia E. de Faria Ferraz de 03/09/12.

Pesquisa de relevância em Saúde Materno-Infantil com impacto positivo na saúde da gestante e consequentemente na do recém-nascido. Poderá trazer à luz informações importantes em políticas publicas.

Muito bem descrita e fundamentada na literatura e, principalmente, na experiência da pesquisadora responsável.

A metodologia atende os objetivos.

**TCLE –** Garante a participação voluntária, sigilo e confiabilidade dos dados; informa que os dados da pesquisa serão divulgados.

**III - Situação do Protocolo - projeto APROVADO**

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX. 2. e).

Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada ao CEP e outra à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

**Simone Mongelli de Fantini**
**Coordenadora**
**Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS**

* Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464 – email: smscep@gmail.com
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/

ANEXO 3 **– Parecer Consubstanciado do CEP**

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Qualidade de vida na gravidez: uma abordagem a partir do world health organization quality of life assesment instrument-WHOQOL-100

**Pesquisador:** RosalindaAsenjo Lópes Berti

**Área Temática:** Área 9. A critério do CEP.

**Versão:** 3

**CAAE:** 07748212.0.0000.5392

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 170.331

**Data da Relatoria:** 13/11/2012

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de mestrado vinculado ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP.

O projeto apresenta revisão bibliográfica atualizada e suficiente sobre a qualidade de vida relacionada à saúde, abordando o caráter polissêmico desse conceito e sua relevância no âmbito da política e das práticas de Promoção da Saúde. Contextualiza as condições sociais, econômicas e demográficas e os fatores biológicos, obstétricos e patológicos que interferem no desenvolvimento de uma gestação saudável. Enfatiza ainda, na ótica do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (2000), a importância e os desafios para o aperfeiçoamento do processo do pré-natal nos serviços da rede de Atenção Básica no SUS, apontando a necessidade de instrumentos que forneçam informações sobre a qualidade de vida das gestantes.

Nas últimas décadas, apesar do aumento do número de instrumentos para aferir a qualidade de vida e identificar as necessidades de saúde na população, aqueles dedicados ao segmento das gestantes ainda são restritos.

Para o desenvolvimento do estudo, a pesquisadora, utilizará o instrumento de medida de qualidade de vida WHOQOL-100 (OMS, 2000), (anexo 1), com cem questões, organizadas em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade; subdivididos em 24 facetas que abordam diversos aspectos da qualidade de vida.

Propõe um estudo descritivo, transversal, delineado como estudo de caso com 105 gestantes, usuárias de duas Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo (UBS Manuel Pêra e UBS

**Endereço:** Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
**Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO
**Telefone:** (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

Vila Jaguara), organizadas segundo a Estratégia Saúde da Família, vinculadas à Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros.

Define como critérios de inclusão, as gestantes de qualquer faixa etária, inscritas no programa ¿Mãe Paulistana¿ e classificadas como pré-natal de baixo risco; e como critério de exclusão, as gestantes de alto risco.

Os dados coletados serão organizados em três grupos por trimestre gestacional em uma planilha Excel, analisando-se a frequencia absoluta e relativa com o software R 2.14.2 e será aplicada uma análise de variância. Serão analisados os scores da qualidade de vida das gestantes, segundo os domínios e as facetas, melhores e piores avaliados.

Apresenta o cronograma detalhado do projeto. Não apresenta orçamento na versão completa do projeto, mas informa na versão resumida que os custos referentes a material para transporte e impressão (R$ 530,00) serão arcados pela pesquisadora.

**Objetivo da Pesquisa:**

Geral:

Avaliar a qualidade de vida na gravidez das mulheres que são atendidas em uma Unidade Básica de Saúde.

Específicos:

1. Avaliar a qualidade de vida da grávida relacionada aos valores e sistemas em que vive por meio da potencialidade do WHOQOL ¿100.
2. Descrever os domínios do WHOQOL-100, que se mostram mais frequentes na gravidez nos três trimestres.
3. Descrever as facetas do WHOQOL-100 que se mostram mais frequentes na gravidez nos três trimestres.
4. Descrever as correlações entre domínios os que correspondem de forma positiva ou negativa, a qualidade de vida das gestantes nos três trimestres.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O projeto não apresenta riscos aos sujeitos da pesquisa e poderá qualificar a tomada de decisões dos gestores e das equipes de saúde na área de abrangência, bem como qualificar a atenção integral às gestantes na rede de Atenção Básica.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo proposto é relevante para o campo da Saúde Coletiva e poderá contribuir para o aperfeiçoamento do processo de trabalho das equipes envolvidas nas unidades participantes na organização da atenção às gestantes, bem como em outras unidades da Atenção Básica na

**Endereço:** Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
**Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO
**Telefone:** (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

Secretaria Municipal de Saúde.
Do ponto de vista acadêmico o estudo poderá contribuir para produção e análise de informações sobre a qualidade de vida no segmento das gestantes baseadas no instrumento WHOQOL-100.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**
O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) garante anonimato e liberdade de participação. Informa que não haverá prejuízo no atendimento na UBS caso a gestante não concorde em participar do estudo. Informa os telefones de contato e email da pesquisadora e do CEP da EEUSP e que o mesmo será assinado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o sujeito. Informa ainda o objetivo do estudo, o tempo médio gasto no autopreenchimento do instrumento, bem como a possibilidade de visita domiciliar da pesquisadora acompanhada do agente comunitário de saúde, em caso de não devolução do instrumento. A pesquisadora esclareceu os questionamentos registrados no parecer anterior e a nova versão do TCLE foi apresentada no formato de convite aos sujeitos de pesquisa, com linguagem adequada aos mesmos e em consonância com a Resolução 196/96.

**Recomendações:**
Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**
Este CEP considera o projeto aprovado, do ponto de vista ético, para a continuidade do processo de pesquisa.

**Situação do Parecer:**
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**
Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**
A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante antes do início da pesquisa.

Reitera-se a necessidade de registro dos resultados parciais e finais da pesquisa, na Plataforma Brasil.

**Endereço:** Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
**Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO
**Telefone:** (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

SAO PAULO, 12 de Dezembro de 2012

**Assinador por:**
**Celia Maria Sivalli Campos**
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
**Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO
**Telefone:** (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ANEXO 4 **- Autorização da Coordenadoria Regional de Saúde Região Centro–Oeste da Prefeitura de São Paulo**

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO-OESTE
SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE LAPA – PINHEIROS
RUA DR. RENATO PAES DE BARROS, 77 ITAIM-BIBI
CEP 0453-000 - TELEFONES FAX: 3078-7504/3078-7926

São Paulo, 03 de setembro de 2012.

**Ofício nº 021/12 – Supervisão Técnica de Saúde Lapa-Pinheiros**

À
Exma. Sra. Rosalinda Asenjo López Berti

Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

c/c: Secretaria Municipal de Saúde – Comitê de Ética em Pesquisa.

Autorizamos a realização da Pesquisa Qualidade de Vida na gravidez: uma abordagem a partir do World Health Organization Quality of Life Assesment Intrument WhoQol – 100, nas unidades **UBS Vila Jaguara e UBS Manoel Joaquim Pera**, mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS

Atenciosamente

PATRICIA E. DE FARIA FERRAZ

SUPERVISORA

SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE LAPA PINHEIROS