

CENY LONGHI REZENDE

**QUALIDADE DE VIDA DAS GESTANTES DE ALTO RISCO
EM CENTRO DE ATENDIMENTO À MULHER DO
MUNICÍPIO DE DOURADOS, MS**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2012**

CENY LONGHI REZENDE

**QUALIDADE DE VIDA DAS GESTANTES DE ALTO RISCO
EM CENTRO DE ATENDIMENTO À MULHER DO
MUNICÍPIO DE DOURADOS, MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2012**

Ficha Catalográfica

Rezende, Ceny Longhi
R467q Qualidade de vida das gestantes de alto risco em Centro de
Atendimento à Mulher do município de Dourados, MS/ Ceny Longhi
Rezende; orientação, José Carlos
Rosa Pires de Souza. 2012
127 f. + anexos

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom
Bosco, Campo Grande, 2012.

1. Qualidade de vida 2. Gravidez de alto risco 3. Cuidado pré natal
I. Souza, José Carlos Rosa Pires de II. Título

CDD – 618.3

A dissertação apresentada por CENY LONGHI REZENDE, intitulada “QUALIDADE DE VIDA DAS GESTANTES DE ALTO RISCO EM CENTRO DE ATENDIMENTO À MULHER DO MUNICÍPIO DE DOURADOS, MS”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza
(orientador/UCDB)

Profa. Dra. Marília Martins Vizzotto (UMESP)

Profa. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães
(UCDB)

Prof. Dr. Márcio Luis Costa (UCDB)

Dedico este trabalho a todas as gestantes que participaram desta pesquisa, sem elas este trabalho não se concretizaria.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu amado mestre, que me iluminou e capacitou para a realização desta pesquisa.

Agradeço ao meu orientador do mestrado, Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza, que me incentivou, orientou e teve confiança na concretização deste trabalho, lapidando-me para que eu pudesse ter os elementos necessários para alcançar meus objetivos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior por me proporcionar a tão sonhada bolsa de estudos deste mestrado.

Ao meu marido, Rogério Junqueira Rezende, por incansavelmente me incentivar a alcançar as metas, e colaborar sempre para realização dos meus objetivos.

À Nicole Longhi Rezende, minha querida filha, pela força e compreensão desses momentos de ausência. Obrigada por você existir!

Aos meus queridos pais, pela vida, amor, apoio e incentivo para enfrentar os obstáculos mais difíceis.

Ao meu irmão, cunhadas e cunhados, que torceram por mim.

A Coordenadora do Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, Profa. Dra. Sônia Grubits, pela seriedade com que conduz o mestrado.

Agradeço ao meu querido e especial amigo, Marcos Antônio Araújo, pelo incentivo em realizar o mestrado, e por compartilhar as dificuldades contribuindo para o apoio nos momentos de aflição.

À minha amiga e companheira de todas as horas, Regiane Tu Kun Ma, pelo incentivo, apoio, amizade, conselhos e experiência.

Às minhas colegas Cíntia Rachel e Dayane, colegas de aula, viagens e companheirismo desta caminhada.

À enfermeira do Centro de Atendimento à Mulher, Malú, pela simpatia e colaboração em realizar minha pesquisa, demonstrando sempre disposição em colaborar com o estudo.

A todos os colegas do mestrado, pela convivência e troca de experiências.

A Profa. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, Profa. Dra. Marília Martins Vizzotto e Prof. Dr. Márcio Luis Costa, pela disponibilidade para participarem da banca de defesa desta dissertação.

Agradeço a todos os docentes do Mestrado em Psicologia da UCDB, pela dedicação e experiências compartilhadas durante as aulas.

Enfim, a todos que, de alguma forma, contribuíram pela realização deste estudo, para o meu aprendizado e crescimento profissional.

RESUMO

Introdução: A gestação, embora seja um evento comum na vida reprodutiva da mulher, pouca atenção tem merecido quanto às modificações normais percebidas nos domínios físicos e psicológicos de seu estado de saúde e percepção quanto a sua qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida das gestantes consideradas de alto risco, atendidas em Centro de Atendimento à Mulher do município de Dourados, Mato Grosso do Sul. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e de corte transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. A amostra desta pesquisa compôs-se de 110 participantes, gestantes com diagnóstico confirmado de gestação de alto risco que realizaram seu pré-natal no Centro de Atendimento à Mulher. Foram aplicados dois instrumentos de coleta de dados: um questionário sociodemográfico com as seguintes variáveis: idade, escolaridade, ocupação, situação conjugal, renda familiar, profissão, número de filhos, vícios, inicio do pré-natal e problemas da gestação atual; o outro instrumento foi o Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado, relacionado à qualidade de vida, através de quatro domínios: Saúde/funcionamento, Psicológico/espiritual, Socioeconômico e Família. **Resultados:** Das 110 participantes da pesquisa, a média de idade foi de 28,2 anos, 75% são casadas, quanto à escolaridade 43,64% possuem nível fundamental, 69,61% são católicas, 63,89% são brancas, 51,82% trabalham fora de casa, com renda média familiar de R\$ 1.251,00, sendo que 71,82% possuem algum hábito (beber café, tereré, chimarrão, bebidas alcoólicas ou fumam), 70% não realizam atividade física, 89,09% residem com familiares, 61,76% possuem moradia própria, 41,82% possuem somente um filho, 68,81% não tiveram abortos em gestações anteriores, 84,40 iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e quanto a(s) problema(s) apresentado(s) nessa gestação 29% apresentam hipertensão arterial e 17,2% diabetes gestacional. Com relação ao estado civil das gestantes em relação ao instrumento de qualidade de vida, houve diferença significativa nos domínios Socioeconômico ($p=0,006$) e Família ($p=0,019$), nos quais as gestantes solteiras estão piores em qualidade de vida em relação às gestantes casadas. Já em relação ao número de filhos das gestantes, houve diferença significativa no domínio Saúde/funcionamento ($p=0,037$) sendo que, quanto maior o número de filhos, pior a qualidade de vida no domínio significativo. **Conclusão:** Esses resultados demonstram a necessidade de acompanhamento dessas participantes em programas especiais inseridos no pré-natal, de modo a contribuir para o enfrentamento da gestação de alto risco, melhorando assim a qualidade de vida dessa população. Conclui-se que, apesar dos desconfortos físicos e emocionais vivenciado pelas gestantes, elas perceberam sua qualidade de vida positivamente.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Gestação de alto risco. Pré-natal. *Ferrans & Powers*.

ABSTRACT

Introduction: Although pregnancy is considered to be a common event in women's reproductive life, little attention has been given to their normal physical and psychological changes concerning their health condition and the perception of their quality of life. **Purpose:** To assess the QoL (Quality of Life) of high-risk pregnant women assisted at the Center for Women Assistance. **Method:** It is a quantitative, descriptive and cross-sectional study approved by the Research Ethics from the Catholic University Dom Bosco of Campo Grande-MS. The sample in this study consisted of 110 women with confirmed high-risk pregnancies who underwent prenatal care at the Center for Women Assistance in a certain city in Mato Grosso do Sul. Throughout the research the Term of Consent as well as two other methods were applied: one related to QoL – an adaptation of the Ferrans and Powers questionnaire based on four aspects: health / functional, socioeconomical, psychological / spiritual and family, and a sociodemographic instrument with the following variables: age, education, marital status, family income, occupation, number of children, addiction, early prenatal care and problems of the current pregnancy. **Results:** In the 110 women involved in this research, the average age was 28.2 years, 75% are married, 43.64% have fundamental level of schooling, 69.61% are Catholic, 63.89% are white, 51.82 % work , with an average family income of R\$ 1,251.00, not to mention that 71.82% have a habit (drinking coffee, *tereré*, *chimarrão*, alcoholic beverages or smoke), 70% do not do physical activity, 89.09 % live with family members, 61.76% own their houses, 41.82% have an only child, 68.81% had miscarriages in previous pregnancies, 84.40% began prenatal care in the first quarter and concerning problem(s) which occurred in this pregnancy 29% had hypertension and 17.2% gestational diabetes. Regarding their marital status based on the QoL instrument, significant differences in socio-economic ($p=0.006$) and family ($p=0.019$) aspects were observed, in which single mothers have worse QoL compared to married mothers. In relation to the number of children of pregnant women, there was a significant difference in their health / functional aspects ($p=0.037$) and the greater the number of children, the worse the QoL. **Conclusion:** These results have shown the need for monitoring participants in these special programs during their prenatal care, to contribute to assisting high-risk pregnancies, thereby improving the quality of life of this population. Despite the physical and emotional discomfort experienced by these pregnant women, they perceived their QoL positively.

Keywords: Quality of life. High risk pregnancy. Prenatal care. Ferrans and Powers.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Perfil das gestantes de alto risco atendidas, no ano de 2011, no Centro de Atendimento à Mulher do município Dourados, MS	72
TABELA 2 - Escolaridade das gestantes em relação ao Índice de Qualidade de Vida de <i>Ferrans & Powers</i> adaptado	84
TABELA 3 - Religião das gestantes em relação ao Índice de Qualidade de Vida de <i>Ferrans & Powers</i> adaptado	85
TABELA 4 - Cor das gestantes em relação aos domínios do Índice de Qualidade de Vida de <i>Ferrans & Powers</i> adaptado	86
TABELA 5 - Estado civil das gestantes em relação aos domínios do Índice de Qualidade de Vida de <i>Ferrans & Powers</i> adaptado.....	87
TABELA 6 - Se a gestante trabalha em relação ao Índice de Qualidade de Vida de <i>Ferrans & Powers</i> adaptado	89
TABELA 7 - Se a gestante possui algum hábito (beber tereré e/ou, chimarrão, bebida alcoólica, café, fumar) em relação ao Índice de Qualidade de Vida de <i>Ferrans & Powers</i> adaptado	90
TABELA 8 - Se a gestante pratica atividade física em relação ao Índice de Qualidade de Vida de <i>Ferrans & Powers</i> adaptado	91
TABELA 9 - Com quem a gestante reside em relação ao Índice de Qualidade de Vida de <i>Ferrans & Powers</i> adaptado	92
TABELA 10 - Tipo de moradia da gestante em relação ao Índice de Qualidade de Vida de <i>Ferrans & Powers</i> adaptado	94
TABELA 11 - Número de filhos em relação ao Índice de Qualidade de Vida de <i>Ferrans & Powers</i> adaptado	94

TABELA 12 - Se a gestante teve aborto em relação ao Índice de Qualidade de Vida de <i>Ferrans & Powers</i> adaptado	96
TABELA 13 - Trimestre em a gestante começou o pré-natal em relação ao Índice de Qualidade de Vida de <i>Ferrans & Powers</i> adaptado.....	97
TABELA 14 - Correlação linear de Pearson entre as variáveis idade, renda e semanas de gravidez em relação aos domínios do Índice de Qualidade de Vida de <i>Ferrans & Powers</i> adaptado	99

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	19
3 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	27
4 DOENÇAS OBSTÉTRICAS.....	36
5 QUALIDADE DE VIDA	45
5.1 QUALIDADE DE VIDA NA GESTAÇÃO	51
6 OBJETIVOS.....	58
6.1 OBJETIVO GERAL	59
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	59
7 HIPÓTESES	60
8 CASUÍSTICA E MÉTODO	62
8.1 TIPO DE ESTUDO.....	63
8.2 LOCAL DA PESQUISA.....	63
8.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	65
8.3.1 Critérios de inclusão.....	65
8.3.2 Critério de exclusão.....	65
8.4 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	65
8.5 INSTRUMENTOS DA PESQUISA	67
8.5.1 Questionário sociodemográfico	67
8.5.2 Índice de Qualidade de Vida de <i>Ferrans & Powers</i> adaptado	68
8.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	69
9 RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
9.1 PRIMEIRA PARTE: PERFIL DAS GESTANTES AMOSTRADAS	71

9.2 SEGUNDA PARTE: ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS CATEGÓRICOS	83
9.3 TERCEIRA PARTE: ANÁLISE DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS CONTÍNUOS	98
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS.....	105
APÊNDICES	120
ANEXOS	123

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um evento fisiológico na vida da mulher caracterizado por intensas transformações, e cada mulher lida com essas mudanças de um modo muito particular. Entretanto, essas transformações geram mudanças físicas e emocionais que demandam um acompanhamento contínuo por parte dos profissionais de saúde e envolvem também o apoio dos familiares.

A gravidez, sendo uma ocorrência normal, na maioria dos casos, sua evolução ocorre sem complicações. A gestação de alto risco pode ocasionar problemas realmente, graves representando de 10 a 20% das gestações (BRASIL, 2000a). Apesar da gestação não ser considerada uma doença, representa uma fase especial e delicada na vida da mulher, determinada por mudanças físicas e psicológicas cruciais que podem influenciar sua qualidade.

Atualmente no Brasil, de 70 a 150 mulheres em cada 100 mil morrem por alguma causa relacionada à gestação e ao parto, evidenciando que 90% delas são evitáveis se as gestantes forem socorridas a tempo (BRASIL, 2010b). A mortalidade materna é considerada uma das mais graves violações dos direitos humanos, por ser uma tragédia evitável na maioria dos casos, e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2007). No Brasil, a morte materna representa um problema de saúde pública. Há um consenso de que a maioria das mulheres acometidas são as de menor renda e escolaridade (MARTINS, 2006). De acordo com a Organização Mundial da Saúde a cada minuto morre uma mulher de alguma complicação durante a gravidez e no momento do parto, que significa mais de 500.000 mortes ao ano (BRASIL, 2010a). Nos países em desenvolvimento, a gravidez e o parto são a segunda causa de morte de mulheres em idade fértil.

O primeiro semestre de 2011 no Brasil, de acordo com os dados do Ministério da Saúde, foram notificados 705 óbitos decorrentes de causas obstétricas, o que representa queda de 19% em relação ao mesmo período de 2010, quando foram registrados 870 mortes. De 1990 a 2010, a mortalidade materna no Brasil caiu pela metade de 141 para 68 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos, porém ainda elevada comparada com as taxas de países desenvolvidos (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2012). Todavia em alguns países em desenvolvimento, como o Chile e Cuba, ocorrem taxas muito menores, apontando que a determinação política, reunida à atitude responsável de gestores e ao empenho dos profissionais de saúde, pode reduzir a proporção desse grave problema (MAGALHÃES, 2006).

Conforme dados do Ministério da Saúde de 2000, a taxa de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos por região no Brasil é: Norte 63; Nordeste 57,8; Sudeste 45,6; Sul 54,0; Centro-Oeste 39,1 (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008). No Mato Grosso do Sul, a taxa de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos em 1997 foi de 55,3; em 2000, 37,1 e em 2004 foi de 84,2 (LAURENTI; MELLO JORGE; GOTLIEB, 2004).

O Ministério da Saúde estima que, até 2015, o Brasil apresente uma redução da mortalidade materna igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos, o que dependerá de implementações mais efetivas das ações de saúde, voltadas para a mortalidade materna, o que implicará ainda mais no controle e o conhecimento das síndromes hipertensivas na gestação (BRASIL, 2007).

O município de Dourados, Mato Grosso do Sul, possui um Centro de Atendimento à Mulher, o qual atende gestantes de alto risco, sendo referência para 35 microrregiões, onde em 2009 foram cadastradas 320 gestantes consideradas de alto risco. Em 2010 esse número aumentou para 545 e em 2011 foi para 817 cadastramentos.

A identificação das gestantes de alto e baixo risco faz com que a equipe de saúde se prepare para realizar a assistência de maneira diferenciada. É importante levantar dados sobre os principais fatores que levam as mulheres a uma gestação de alto risco para um melhor aconselhamento, orientação e assistência, devendo ser identificados o quanto antes para uma evolução gestacional favorável (BUCHABQUI; ABECHE; NICKE, 2006). Cabe aos atuantes na área da saúde, levar apoio emocional à gestante e encaminhá-la, quando necessário, ao psicólogo para um adequado acompanhamento, a fim de amenizar qualquer sentimento e/ou percepção negativa que possa apresentar afetando sua qualidade de vida.

De acordo com Tedesco (2000a) a gravidez compreende um período de mudanças relacionadas ao emocional, o fisiológico e às relações interpessoais. Contudo, o autor considera, também, que essas ocorrências são na maioria das vezes, transitórias. Os problemas psicossociais e físicos da gestante, frequentemente, são significativos, e os responsáveis pela assistência, devem conhecê-los, suficientemente. O apoio social e psicológico às gestantes devem estar presentes durante toda a assistência (ENKIN et al., 2005).

Conforme Aumann e Baird (1996) para se obter um resultado perinatal favorável, é necessário identificar e dar total assistência o quanto antes a todos os fatores de risco que contribuem para a morbidade e mortalidade das gestantes e do feto. Esses fatores são

classificados em categorias socioeconômicas, demográficas, médicas (problemas obstétricos anteriores e a condição clínica materna) e em relação aos hábitos da gestante, como uso do tabaco e do álcool.

Dessa forma, um fator de risco é toda característica ou circunstância determinável que está associada à um risco anormal de aparecimentos ou evolução de um processo patológico (SCHIRMER; SUMITA; FUSTINONI, 2002). Identificar os fatores que levaram uma mulher a ter uma gestação de alto risco é também de grande importância para a saúde pública pois torna evidente o enfoque da prevenção à ocorrência de agravos, diminuindo assim as altas taxas de mortalidade materna que ainda representam um importante desafio à saúde em todo o país.

No Brasil, 50% das mulheres que tiveram filhos nascidos vivos fizeram acompanhamento pré-natal de sete consultas. Esse índice tem crescido ao longo dos anos, porém ainda são necessários a total atenção, apoio e incentivo ao pré-natal (BRASIL, 2010a). Certamente, a presença de situações que coloquem em risco a vida da gestante e do bebê faz com que aquelas consideradas de alto risco sejam mais vulneráveis emocionalmente do que as que não apresentam fatores de risco, principalmente em relação ao estresse, ansiedade e ao medo da própria morte e do bebê (SOUZA, E. et al., 2007).

O processo de desenvolvimento da mulher parece ser acompanhado por conflitos como a sobrecarga e a descontinuidade de tarefas, afetando sua saúde física, social e mental. Para encontrar uma nova maneira de viver dignamente, é imprescindível identificar o nível de qualidade de vida, de bem-estar e satisfação das gestantes. O estudo realizado nos Estados Unidos por Hueston e Kasik-Miller (1998) no qual participaram 125 gestantes saudáveis, teve o objetivo de avaliar as mudanças em relação à qualidade de vida. O resultado, mostrou um estado fundamental alterado durante a gravidez para a dimensão física da saúde, enquanto os resultados sociodemográficos apresentaram limitada influência no estado funcional relacionado à saúde.

No período de 1980 à 2011, na literatura investigada pela pesquisadora em indexadores de produção científica (BIREME, MEDLINE, LILACS, SCIELO, outros), foram utilizados os descritores: qualidade de vida, gestação de alto risco, pré-natal e Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers*, os quais foram encontradas 71 produções científicas nos indexadores acima citados.

Souza e Carvalho (2010) com o intuito de averiguar os instrumentos, métodos e populações estudadas em pesquisas sobre qualidade de vida desenvolvidas no Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, identificaram o *The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) como o instrumento genérico mais utilizado em 122 dissertações analisadas, totalizando 50% dos estudos sobre qualidade de vida. E quanto à população, houve predominância de adultos de ambos os sexos e trabalhadores saudáveis. Observa-se, portanto, que esta dissertação é relevante em relação à população de gestantes de alto risco e também ao instrumento utilizado, o *Ferrans and Powers Quality of Life Index*, publicado pela primeira vez em 1985, e adaptado para o português por Miako Kimura (1999).

Como enfermeira obstetra trabalhando há 10 anos com gestantes, tanto de baixo risco quanto de alto risco e há três anos docente da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (na disciplina de Saúde Materno-infantil) e acompanhando estágios com os alunos, a autora desta pesquisa tem observado que, além dos sintomas ocasionados pela gestação, quando a mulher descobre que sua gravidez é de alto risco, sentimentos como medo, estresse, sintomas ansiosos e depressivos podem abalar seu estado psicológico, ou seja, as dificuldades de adaptação emocional se tornam maiores, ocasionando uma diminuição de sua qualidade de vida.

Com o objetivo de contribuir para as pesquisas sobre a qualidade de vida de gestantes consideradas de alto risco e de conhecer a realidade do município de Dourados, MS, e região, a realização deste estudo justifica-se.

Nos capítulos segundo ao quinto, desta dissertação, se apresenta o referencial teórico que fundamenta a assistência ao pré-natal, gestação de alto risco, doenças obstétricas, qualidade de vida e qualidade de vida na gestação. O embasamento teórico destaca a influência de fatores ou variáveis contidas no âmbito existencial, assistencial, bem como características da evolução da gravidez a que cada mulher está exposta, enfatizando a importância da assistência multiprofissional no pré-natal aprimorando sua qualidade de vida.

Nessa sequência, nos capítulos sexto e sétimo, são descritos os objetivos propostos nesta investigação, tanto o geral, como os específicos e as hipóteses.

No oitavo capítulo aborda-se o método, que descreve o local da pesquisa, os participantes, os critérios de inclusão e exclusão, os recursos humanos e materiais, o instrumento de pesquisa, os aspectos éticos e a descrição da análise estatística.

No nono capítulo, os resultados e a discussão são descritos, possibilitando a leitura e o entendimento dos achados da pesquisa. Em seguida, o capítulo final, traz as considerações finais.

2 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Uma gravidez desperta expectativas nas mulheres. Surgem os pais; nasce uma família e novas interações entre seus membros. Porém nasce um lar, que comporta a percepção de um novo ser. A mulher adquire uma intuição com sensibilidade acentuada e mudanças corporais significativas, com a nova vida (novos hábitos, alimentos e convívio social) (NAKAMURA; AMED, 2003).

Todas as mães têm direito não só à assistência pré-natal, mas também à pré-concepcional. Os serviços de saúde deveriam priorizar recursos para essa prática, envolvendo o maior número de mulheres em idade fértil, desejosas ou não de engravidar. Muitas gestações não são desejadas, o que ocasiona maior risco gestacional e indica ausência do aconselhamento pré-concepcional (MAGALHÃES, 2006).

A inviabilização da consulta pré-concepcional ou a diminuição de sua eficácia podem ser, além de gestações não planejadas, devido a: fatores de risco que não são modificáveis (idade materna avançada, história familiar de doenças genéticas e minorias étnicas), aspectos socioeconômico familiares e falhas no sistema de saúde (profissionais inadequadamente treinados, tempo de espera para consulta muito extenso, entre outros) (ZUGAIB, 2008).

No que se refere ao aspecto basicamente somático, a morbimortalidade materna e perinatal está alicerçada num tripé constituído por planejamento familiar (gravidez desejada e planejada), assistência pré-natal e assistência ao parto. O apoio pré-natal deve ser também social e legislativo, permitindo às gestantes o conhecimento quanto a licença maternidade e aleitamento materno (NAKAMURA et al., 2007).

A assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério compreende um conjunto de procedimentos, com a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios mais adequados e em maior disponibilidade, que visam acompanhar os processos fisiológicos, naturais e espontâneos, bem como rastrear o desencadeamento de morbidades, cujo diagnóstico precoce e a adequada terapêutica objetivam preservar a saúde e o futuro biológico do binômio mãe e filho (BRASIL, 2000a). Conforme Nakamura e Amed (2003, p. 3) “A assistência pré-natal não tem somente como objetivo os cuidados com a saúde das gestantes e dos seus conceitos, mas procura atuar na prevenção, no assistencialismo e na educação.”

Estudo realizado no estado da Bahia por Santos, M. (2011) com o intuito de identificar a realização do exame preventivo, conhecido como Papanicolau no pré-natal, demonstrou que 60% das gestantes entrevistadas relataram já ter realizado o exame preventivo e 40%

afirmaram não o ter realizado. Dois dos sentimentos relatados foram a vergonha e o temor para tal procedimento, referindo, no entanto, a importância do exame durante a gestação. A crescente proporção de mulheres que se submeteram ao exame nos últimos anos pode ser justificada pela divulgação da importância do exame na década de 1980. A gestação representa uma importante oportunidade de rastreamento do câncer de colo uterino, bem como para detecção de doenças sexualmente transmissíveis. A partir do exposto, depreende-se a necessidade, por meio da educação e promoção para a saúde, de um processo de confiança e conscientização, objetivando mudanças comportamentais.

Para Zugaib (2008) o número de consultas para que se tenha uma boa assistência pré-natal preconizadas pela Organização Mundial de Saúde é, de seis ou mais. Sabe-se que esse número, por si só, pode não representar um fator de qualidade do pré-natal. Para suprir a demanda de consultas, o ideal seria que as mesmas fossem organizadas contendo uma equipe treinada, e que o sistema de saúde tivesse uma base de apoio, necessária à gravidez. Após a realização da primeira consulta, o retorno é agendado para 15 dias depois, para a avaliação dos exames complementares solicitados (KONDO, 2005). A partir de então, as consultas têm periodicidade mensal de até 28 semanas, e a cada duas a três semanas até a 36^a semana. Da 36^a semana gestacional até o parto, o retorno ao pré-natal é semanal. Gestantes de alto risco, usualmente, necessitam de retornos a cada uma ou duas semanas (ZUGAIB, 2008).

Todavia, mesmo havendo um cronograma de consultas mensais, existem ocasiões que comprometem o estado de saúde e o bem-estar da gestante, levando-a a buscar o serviço de saúde fora do agendamento preestabelecido. Um estudo quantitativo, descritivo, realizado em uma unidade básica de saúde de um município do Mato Grosso, buscou caracterizar as consultas de pré-natal fora do agendamento, considerando que o conhecimento dos fatores que movem essa atitude nas gestantes fosse de grande valor para o planejamento das ações em saúde. Os resultados mostraram que: as gestantes foram orientadas sobre a sistemática de atendimento pré-natal e cuidados com a saúde; as dúvidas referentes ao desenvolvimento gestacional foram esclarecidas; os diagnósticos mais descritos foram: lombalgia, cefaleia e sangramento vaginal. Diante disso se observou que o momento “fora do agendamento” é a oportunidade extra que permite aos profissionais de saúde identificar as fragilidades mais comuns que incorrem nesse período gravídico, permitindo oferecer mais segurança e estabilidade à cliente. (NASCIMENTO, 2011b).

É importante ressaltar que no Brasil, a proteção da saúde materno-infantil teve seu principal marco na década de 1920, mas somente em 1953 houve a criação do Ministério da Saúde, que coordenou, no território nacional, a assistência materno-infantil. Na década de 1970, por meio do documento *Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-infantil*, a atenção à saúde da mulher que estabelecia programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, estímulo ao aleitamento materno e à nutrição, foi retomada. O Ministério da Saúde, em 1978, cria o *Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco*, preocupado em prevenir as gestações nessa condição (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

A saúde da mulher voltou a ser o centro das discussões na década de 1980, quando o Ministério da Saúde implementou, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com o objetivo de incluir a assistência à mulher desde a adolescência até a terceira idade, comprometendo-se com o direito das mulheres, oferecendo a opção de exercerem a maternidade ou não, tentando abrangê-las em todo o ciclo vital (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

O PAISM, fruto da negociação do movimento de mulheres, teve como combinação as ações básicas de saúde e a atenção individual, tomando como fundamento a integralidade da assistência, ou seja, as mulheres passaram a ter uma maior atenção, em todas as fases de sua vida, principalmente nas ações de saúde que visam à assistência ao parto, ao puerpério e ao cuidado imediato do recém-nascido (OSIS, 1998).

Essa nova abordagem da saúde da mulher veio romper com a visão tradicional sobre esse tema que sempre foi focalizado na reprodução. No contexto do PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à reprodução, mas sim, abranger todos os outros fatores que possam prejudicar sua saúde (OSIS, 1998).

A assistência no pré-natal, além do cuidado, deve incluir a qualidade do atendimento pré-natalista, que além de ser competente tem que ser humano e dedicado para compreender as emoções da gravidez, pois se trata de uma fase de mudanças físicas, psicológicas, de ansiedades, fantasias, tensões e temores. Essa assistência deve permitir que a gestante expresse seus sentimentos, a fim de, oferecer explicações detalhadas, claras e objetivas (BUCHABQUI; ABECHE; NICKELE, 2006).

Nakamura et al. (2007) postulam que para garantir a higidez materno-fetal, o apoio não deve ser somente assistencial (físico e psicológico), requerendo programas educativos relacionados às modificações gravídicas, sinais e sintomas do parto, de puericultura, de higiene, dietética, prática esportiva e atividade física. Na atenção ao pré-natal, destacam-se diversas ações governamentais, entre elas, as portarias do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro: n. 3.016 de 19 de junho de 1998, n. 3.282 de 20 de agosto de 1998, n. 3. 477 de 20 de agosto de 1998, que normatizam a implantação de programas estaduais de referência hospitalar para atendimento à gestação de alto risco (FERNANDES; NARCHI, 2007).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) baseia-se nos princípios de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primária para o apropriado acompanhamento do parto e do puerpério (BRASIL, 2002c). O termo humanização foi atribuído pelo Ministério da Saúde ao PHPN, com o intuito, de melhorar as condições de atendimento, por meio da mudança de atitude dos profissionais que assistem as mulheres grávidas e puérperas, considerando, além daquilo que se observa e se sente, também o que se ouve e o que foi descrito pela mulher, de maneira que o atendimento prestado seja eficiente e participativo. Ressalta-se também, a participação da família durante a gestação, o parto e o puerpério e, desse modo, a atenção ao pré-natal deixa de ser um ato apenas técnico (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Em Mato Grosso do Sul, o procedimento para construção da Política de Humanização do Estado iniciou-se em maio de 2008, com a realização de reuniões de pactuação entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde, oficinas e rodas de conversa com vários atores envolvidos na produção de saúde e o cumprimento da mostra *HumanizaSUS – o SUS que dá Certo*, que contou com a presença dos usuários do sistema. No Estado, importantes avanços foram conquistados, permanecendo desafios que devem ser atingidos para a efetivação de mudanças e construção de novos caminhos, que objetivam a institucionalização, a difusão e a apropriação de seus resultados pela sociedade (BRASIL, 2010a).

A assistência pré-natal visa adequar higidez ao organismo materno, pesquisar e tratar estados mórbidos eventualmente existentes, orientar a gestante, ampará-la social e psicologicamente e educá-la para o parto assegurando-se a perfeita estruturação somatopsíquica do nascituro (BASEGIO et al., 2000). O enfermeiro adquire, durante sua formação, conhecimentos e habilidades que o tornam um profissional apto a prestar a assistência de enfermagem às gestantes, podendo contribuir para a redução dos índices de

mortalidade materna e perinatal. Uma maior participação do enfermeiro na atenção integral à mulher contribui para a melhor assistência à população e maior descentralização das atividades (SCHIRMER; SUMITA; FUSTINONI, 2002).

É importante ressaltar que, a atenção pré-natal e puerperal deve ser prestada pela equipe multiprofissional de saúde, e as consultas de pré-natal e puerpério podem ser realizadas pelo médico ou enfermeiro. A Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, Lei de Exercício Profissional de Enfermagem, regulamentada pelo Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987, dá autonomia ao enfermeiro para acompanhar apenas o pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2005).

Segundo Melson et al. (2002) o pré-natal inicia-se com a fertilização do óvulo e termina antes do início do trabalho de parto, sendo reconhecido na mulher por mudanças anatômicas, fisiológicas e bioquímicas acentuadas ou gradativas. A implementação de medidas que assegurem um adequado acompanhamento materno-fetal previne e diagnostica comprometimentos que poderão interferir em uma gestação saudável.

Dourado e Peloso (2007) pesquisaram a ocorrência da gestação, a programação e o desejo de ter um filho entre mulheres que vivenciaram uma gestação de alto risco em um serviço de pré-natal de referência. Os autores concluíram que a partir das ideias centrais identificadas como: gestação não programada, mas desejada, associada à não utilização ou uso incorreto de método contraceptivo; a gestação não programada, mas desejada e a gestação não programada e não desejada, foi evidenciada a carência de educação em saúde, em especial no que diz respeito à saúde reprodutiva. Vale salientar que, todas as participantes do estudo, antes de engravidar, não faziam o uso correto dos métodos contraceptivos adotados, evidenciando a necessidade das orientações dos profissionais de saúde na saúde sexual e reprodutiva.

O conceito de assistência pré-natal tem por objetivo salvaguardar a saúde das mulheres durante a gravidez, parto e aleitamento materno, de forma a dispensar cuidados à criança e à mãe (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2010). Na consulta de pré-natal, algumas informações são imprescindíveis para o adequado acompanhamento da gestação: data da última menstruação, cálculo da data provável do parto, cálculo da idade gestacional, avaliação nutricional, controle do calendário de vacinação, exame físico geral e gineco-obstétrico (WATANABE; FERRI, 2007). A primeira consulta da gestante é marcante,

especialmente quando é a sua primeira gravidez. O desconhecido para a mulher pode levá-la a fantasias ou crenças irracionais, que podem levar à ansiedade, medo e tensão. Todavia, esse primeiro encontro deve ser em um local agradável, em que o profissional que a atenda seja cordial, trate-a com respeito e dignidade (SILVA; SANTOS, 2005).

Andrade e Duarte (2008) estudaram o significado e a importância do pré-natal na opinião de 21 gestantes de uma Unidade Básica de Saúde da Família do município de Campo Grande, MS. Os resultados evidenciaram que o pré-natal, para essas mulheres é um ato prescritivo e a sua importância está voltada à saúde do bebê. Isso demonstra que para uma assistência pré-natal ter qualidade é preciso conhecer o que sentem as gestantes sobre o pré-natal, criando vínculos com as mesmas de modo que passem a visualizar o pré-natal em toda a sua totalidade.

Além da consulta de pré-natal, é de suma importância o desenvolvimento de um grupo de gestantes por ser um recurso de atendimento não só da gestante, mas de seus familiares (CANDEIAS, 1980). O grupo de gestantes objetiva complementar as orientações presentes nas consultas pré-natais, melhorar os hábitos de vida, reduzir ansiedades, fantasias, percepções irrealistas e medos referentes aos períodos do pré-natal e puerperal (HOGA; REBERTE, 2007).

O estudo bibliográfico de Ferreira (2011) com o objetivo de conhecer as crenças e práticas relacionadas à gestação, parto e puerpério identificando as ações em educação em saúde, concluiu que as práticas dos profissionais de saúde atuantes em grupos de gestantes, precisam ser revistas, e para que isso seja possível é importante conhecer seus clientes de forma holística valorizando suas práticas culturais. Os grupos de educação direcionados às gestantes devem ser dinâmicos, com a participação das mulheres, seus parceiros e/ou familiares, sempre ouvindo o que os participantes têm a dizer.

De acordo com Eizirik, Kapczinski e Bassols (2001) é de suma importância o conhecimento dos aspectos emocionais relacionados à gravidez, ao parto e ao puerpério, sendo essas fases, de grande interesse e importância para a saúde materno-fetal além do desenvolvimento das relações familiares. Partindo desse pressuposto, a equipe de saúde pode e deve realizar um atendimento humanizado, orientando adequadamente a gestante e seus familiares. É necessário destacar que as manifestações psicossomáticas geralmente são reduzidas quando a gestante é devidamente esclarecida em relação aos eventos aos quais está

sujeita em consequência da gravidez, de modo que um apoio psicológico e afetivo pode trazer ganhos significativos.

O estado psico-emocional pode encontrar-se alterado durante a gravidez, podendo ocasionar sintomas e quadros de natureza basicamente psíquica, ou até mesmo agravar doenças orgânicas preexistentes. Contudo, a preparação psicofísica, obrigatória em alguns países, é o processo de educação psíquica e física que tende a manter ou reconduzir a gestante a seu equilíbrio emocional normal, diminuindo e às vezes suprimindo a dor e, ainda, disciplinando o comportamento da parturiente, com evidentes benefícios sobre a parturição (NAKAMURA; AMED, 2003).

Em todo o período gestacional ocorrem alterações fisiológicas que são consideradas as mais significativas que o corpo humano pode sofrer. Além disso, a gestação e o nascimento da criança são eventos psicossociais, que afetam profundamente todos os envolvidos nesse processo (BRANDEN, 2000).

3 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

O termo Gestação de Alto Risco é abrangente e diz respeito a todas as situações que podem intervir na evolução normal de uma gestação, focalizando tanto aspectos relativos à saúde materna quanto à fetal. Diversos fatores podem influenciar na estimativa de risco gestacional que podem ser identificados já no período pré-concepcional, sendo, portanto, de grande importância o desenvolvimento de investimentos assistenciais para preparar o organismo materno para uma gravidez, a fim de diminuir seus efeitos (GUAZZELLI; ABRAHÃO, 2007).

A gestação é uma fase de adaptações, pois a mulher pode sofrer alguns sintomas desagradáveis, como náuseas, êmese, salivação excessiva, edema, que felizmente, na maioria das vezes, segue sem intercorrências e em uma grande parte, com resultados favoráveis (SCHIRMER; SUMITA; FUSTINONI, 2002). Há uma parcela de mulheres que, por apresentarem determinadas características ou por sofrerem alguma doença, têm maior chance de uma evolução gestacional desfavorável. Essa parcela de mulheres é a que constitui o grupo denominado de alto risco (BRASIL, 2000b). Para alcançar um ótimo prognóstico perinatal, os fatores de alto risco necessitam ser reconhecidos precocemente, de modo que possa ser implementado, apropriada e oportunamente, o tratamento (GILBERT; HARMON, 2002).

É importante lembrar que durante toda gestação podem ocorrer complicações que tornam uma gestação normal em gestação de alto risco. Por isso, logo no início do pré-natal, e durante toda a gestação, deve-se proceder uma “avaliação de alto risco” das gestantes de modo a identificá-las no contexto amplo de suas vidas e mapear os riscos a que estão expostas (BRASIL, 2000b).

A visão do processo saúde-doença segundo Espírito Santo (2005), está fundamentada no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer; sendo maior a probabilidade para alguns que para outros. Com isso, pode-se dar atenção e estabelecer prioridades para ações de saúde, enfocando-as nos grupos mais necessitados.

O enfoque de risco é um instrumento metodológico, para realizar uma análise das condições de saúde de determinada população. A observação da presença de fatores de risco anteriormente ao aparecimento do dano favorece a eliminação ou o controle desses fatores, bem como a identificação de grupos de alto risco (ESPÍRITO SANTO, 2005). Conforme Gilbert e Harmon (2002) os fatores que influenciam de modo expressivo o prognóstico da gravidez podem ser divididos em duas categorias: demográficos e comportamentais.

Um dos principais fatores de risco descobertos no período gravídico são as anemias, se constituindo em uma problemática nutricional da atualidade. As anemias caracterizam-se por sinais e sintomas de difícil diferenciação com as adaptações gravídicas (palidez cutâneo/mucosa, cansaço a esforços, taquicardia, taquipneia, entre outros (DUARTE et al., 2003). Segundo Nascimento (2011a), estudo bibliográfico referente aos critérios utilizados nas escolhas do esquema de suplementação de ferro no pré-natal, pesquisados em 92 documentos, dentre eles, periódicos, livros, teses e dissertações, a partir de 1990, apontou que o excesso de ferro no corpo não é excretado e esse excesso pode ser prejudicial à saúde e causas diversas patologias. Com isso, a opção do esquema de suplementação de ferro na gravidez dependerá de análise de exames laboratoriais e avaliação criteriosa das condições e características de cada gestante. De um modo geral, os indivíduos com estado nutricional adequado absorvem de 5 a 10% do ferro na alimentação, porém a absorção na deficiência verifica-se em torno de 30% (HENRIQUES; COZZOLINO, 2005).

Nascimento (2011a) sugere que seria ideal que a prevenção das anemias e outras deficiências nutricionais nessa fase, pudesse ser adquirida por meio de hábitos de vida saudáveis, e de uma boa alimentação, pois muitas vezes, a quantidade de ferro dietético e sua biodisponibilidade não atendem às necessidades estabelecidas.

Para Souza et al. (2007), diversos sentimentos surgem quando a gestante descobre que sua gestação é considerada de alto risco ou quando é hospitalizada em decorrência de alguma patologia associada a sua gravidez: solidão devido ao isolamento, inatividade forçada, consumação inesperada e abrupta do parto, medo da morte ou das possíveis sequelas em decorrência da prematuridade, culpabilidade por não ser capaz de ter uma gravidez normal. Cabe salientar que uma intervenção psicológica tanto durante a gestação, quanto no puerpério visam prevenir a saúde mental e física do binômio mãe e filho, com o intuito de possibilitar uma ligação mais saudável e prazerosa entre ambos (TRUCHARTE; KNIJNIK, 1997).

Ao realizar um estudo sobre gestação de alto risco, Oliveira, V. (2008) entrevistou um grupo de 16 gestantes que realizavam seu pré-natal de alto risco em uma policlínica do município de Divinópolis, MG. O autor concluiu que os sentimentos delas frente à gravidez de alto risco foram: medo de morrer durante a gestação ou durante o parto, temiam perder seu filho ou o nascimento prematuro e/ou com deformidade, sentiam-se sós, inseguras, vulneráveis, porém, por outro lado, se sentiam confiantes e esperançosas de que tudo daria certo. Isso demonstra o aspecto psicológico abalado durante toda a gestação, porém que a

presença da fé, confortava as gestantes nos momentos de aflição, fazendo-as permanecer, por vezes, seguras.

De acordo com Schirmer, Sumita e Fustinoni (2002) a gravidez é considerada de alto risco quando há algum fator de risco materno ou fetal que afetará de forma adversa seu resultado. Podem ser fatores relacionados ao indivíduo, à família, ao grupo, à comunidade ou ao ambiente (FREIRE et al., 2005). O Ministério da Saúde, no ano de 2000, objetivando uma discriminação dos fatores de risco na gestação, busca dividí-los em quatro grandes grupos, procurando suprir as diferenças socioeconômicas e culturais existentes no Brasil, evidenciando fatores de risco para as diversas regiões, originado especificidades características. Essa classificação, descrita abaixo em quatro grupos é considerada como referência para as unidades básicas de saúde, para o encaminhamento ao pré-natal de alto risco (BRASIL, 2006a):

1º grupo: é composto por características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis tais como: idade menor que 15 e maior que 35 anos; ocupação (analisar o esforço físico, carga horária extensa, rotatividade do horário de exposição a agentes químicos, físicos e biológicos, estresse); situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente; situação conjugal insegura; baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular); condições ambientais desfavoráveis; altura menor que 1,45 m; peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg; uso/dependência de drogas (sejam lícitas ou ilícitas);

2º grupo: está inserida a história reprodutiva anterior até a gestação atual: morte perinatal (com ou sem justificativa); recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado; abortamento habitual (de repetição); esterelidade/infertilidade; intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; nuliparidade ou multiparidade; síndromes hemorrágicas; pré-eclâmpsia/eclâmpsia e macrossomia fetal (excesso de peso em recém-nascidos);

3º grupo: engloba as intercorrências clínicas crônicas: cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus); hemopatias; hipertensão arterial moderada ou grave e ou/ fazendo uso de anti-hipertensivo; epilepsia; infecção urinária; doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis); doenças autoimunes e as ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outros);

4º grupo: encontram-se as doenças obstétricas presentes na gravidez atual: desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; ganho ponderal inadequado; pré-eclâmpsia eclâmpsia; amniorreia prematura (rompimento prematuro da bolsa das águas); hemorragias da gestação; isoimunização (incompatibilidade do fator Rh) e óbito fetal.

As gestações de alto risco comprometem a mãe e o conceito e 10 a 20% das grávidas podem ser consideradas de alto risco e são responsáveis por 50% da mortalidade fetal antes do parto (TEDESCO, 2000b; BRASIL, 2000b; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008). Há um consenso de que a gravidez resguarda a mulher dos transtornos mentais, exceto na adolescência, quando pode acentuar o risco de várias ações, inclusive o risco de suicídio, em decorrência das dificuldades em lidar com as exigências da maternidade e o medo durante a aproximação do parto, devido às fantasias de morte (EIZIRIK; KAPCZINSKI; BASSOLS, 2001).

A gestante adolescente com menos de 15 anos de idade representa um fator de risco reprodutivo. Conforme diversos autores, a adolescente grávida, além de alterações psicossociais, tem maior chance de apresentar depressão, diminuição da autoestima, e quando já tendo alterações psicológicas antes da gravidez, pode apresentar ideação suicida (FREITAS; BOTEGA, 2002).

Estudos epidemiológicos demonstram que cerca de 19% dos recém-nascidos de mães adolescentes pesam menos de 2,5 kg. Esse fato se deve à uma somatória de razões, tais como, a imaturidade fisiológica e emocional, a irregularidade do hábito alimentar, o abandono social, entre outros. É importante salientar que o acompanhamento da adolescente grávida é especial em todos os seus aspectos e demanda, por parte do médico um olhar de modo integral, em suas dimensões biopsicoexistenciais, inclusive o seu entorno familiar e social (MAGALHÃES, 2006).

A preocupação com a gestação na adolescência tem sido observada em diversos países, pois sua incidência vem crescendo em todo o mundo de modo acentuado sobretudo na faixa etária entre 10 e 14 anos. A grande maioria das gestações, 82% delas, não é planejada (GUAZZELLI; ABRAHÃO, 2007). De acordo com Zugaib (2008) as gestantes adolescentes têm maior incidência de anemias, doença hipertensiva específica da gestação, prematuridade, baixo peso ao nascer e desproporção céfalopélvica. Na visão da pesquisadora, quanto menor a

idade da adolescente, maiores as complicações, pois seu corpo está ainda em desenvolvimento. As adolescentes têm maior chance de desenvolver problemas na gestação e puerpério, com o aumento da possibilidade da mortalidade materno-infantil.

Quanto às causas da morte materna, predominaram as obstétricas diretas (62,6%), ou seja, resultantes de complicações obstétricas relativas à gravidez, parto e puerpério, com destaque para as doenças hipertensivas, as síndromes hemorrágicas, as infecções puerperais e o aborto, podendo abalar e muito o seu estado psicológico (BRASIL, 2002a). As mudanças repentinas ocorridas no corpo da mulher e problemas psicológicos são comuns nessa fase de vida tão importante e tão frequentemente vista como uma crise. Por toda esta “pressão” emocional, é muito comum que gestantes previamente sadias desenvolvam quadros psiquiátricos pós-parto, como a depressão puerperal (EIZIRIK; KAPCZINSKI; BASSOLS, 2001).

Mulheres com intercorrências obstétricas em gestações prévias (eclâmpsia, descolamento prematuro da placenta, diabetes gestacional, crescimento intrauterino retardado, aborto, dentre outras) devem ser alertadas sobre riscos de recorrência em gestações futuras. Conhecer os riscos das complicações pode assustar, mas garante estratégias para vigilância contínua, promove o diagnóstico precoce e diminui a morbidade, tanto materna, quanto fetal (MAGALHÃES, 2006).

Mulheres com hipertensão arterial crônica têm risco aumentado (20 a 40%) de pré-eclâmpsia sobreposta, crescimento intrauterino retardado, prematuridade, descolamento prematuro de placenta e mortalidade perinatal, sendo esses riscos exacerbados com a gravidade da hipertensão e com a presença de pré-eclâmpsia. Portanto a orientação dos sinais e sintomas da pré-eclâmpsia é obrigatória (MAGALHÃES, 2006). A pré-eclâmpsia é uma síndrome multissistêmica, caracterizada por hipertensão e proteinúria (presença de proteína na urina) após a 20^a semana de gravidez, em mulheres com pressão arterial previamente normal (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

Um estudo realizado no Centro de Atendimento à Mulher do município de Dourados, MS, por Engelmann e Rezende (2008), com 50 gestantes que apresentaram diagnóstico confirmado de alto risco, objetivou identificar os principais fatores que levam a uma gestação de alto risco. Obteve como resultados referentes aos fatores de risco reprodutivo: a idade materna na faixa de 31 a 40 anos, renda familiar baixa, peso elevado em um número

significante das gestantes, e a baixa escolaridade. As principais causas de estarem sendo acompanhadas no pré-natal de alto risco foram de apresentar hipertensão arterial, infecção urinária, ameaça de aborto e diabetes gestacional. Dentre os fatores de risco maternos, por intercorrências clínicas existentes antes da gestação, obtiveram-se a hipertensão arterial crônica, a obesidade e a cardiopatia. A história reprodutiva anterior teve como fatores de risco a ocorrência de aborto anterior, casos de bebês macrossômicos, a hipertensão arterial, o trabalho de parto prematuro, infecções anteriores e a infertilidade.

Na atualidade, a ansiedade é vista como um possível fator de risco tanto do nascimento de um recém- nascido prematuro, quanto de baixo peso, podendo comprometer negativamente a gestação por causar uma suposta alteração endócrina e por proporcionar comportamentos de risco tais como: o vício de fumar, ganho de peso inadequado e demora no acesso ao pré-natal (ARAÚJO; PEREIRA; KAC, 2007).

Hickey et al. (1995 apud ORES et al., 2005) em uma amostra de 806 gestantes de alto risco, encontraram um risco aumentado para a ocorrência ansiedade e a depressão. Para esses autores, os fatores psicossociais desempenham um importante papel na etiologia da gravidez de alto risco. A comunicação entre o profissional de saúde e a gestante é fundamental para que se estabeleça um relacionamento interpessoal adequado, unidos por sentimentos de respeito, confiança e empatia com o intuito de melhorar a assistência prestada e a qualidade de vida dessas mulheres. Somente o diálogo gera um raciocínio crítico que é capaz, também, de gerar o diálogo, fortalecendo o laço pessoal entre o enfermeiro e a gestante, pois o importante é ajudar a gestante a ajudar-se, fazendo-a agente de sua recuperação, com uma postura crítica e reflexiva de seus problemas (FREIRE, 1997).

A gestação de alto risco favorece uma ampla gama de estressores psicológicos sobre o indivíduo e a unidade familiar. Um tratamento de apoio que pondera as necessidades da família é um fator positivo para o aprimoramento da qualidade de vida da mulher grávida. Com a ausência de suporte apropriado, as famílias que têm uma gestante nessas condições, estão expostas a diferentes riscos: separação, divórcio, abuso de substâncias e de situações deletérias com consequências para saúde física e mental de seus membros. Com apoio adequado, os membros da família podem apresentar um comportamento mais eficaz e saudável e se tornarem emocionalmente mais próximos e envolvidos (GILBERT; HARMON, 2002).

Em estudo realizado por Farias e Nobrega (2000) objetivando identificar diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto risco, baseados na Teoria do Autocuidado proposta por Dorothea Elizabeth Orem, foram encontrados os seguintes agravos: déficit de volume de líquido, comunicação prejudicada, ansiedade, processo familiar alterado, mobilidade física prejudicada, entre outros. Diante do resultado da pesquisa, evidencia-se a importância do diagnóstico de enfermagem no atendimento dessa especialidade em prol da excelência nos cuidados prestados às gestantes, bem como a viabilidade de cada paciente engajar-se no autocuidado.

A Teoria de Enfermagem de Orem é composta por três domínios teóricos relacionados entre si: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (ARAUJO, 1996).

Conforme Orem (1991) o autocuidado é a prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter, promover, recuperar e/ou conviver com os efeitos e limitações dessas alterações de saúde, contribuindo assim para sua integridade, funcionamento e desenvolvimento.

Inseridas nas capacidades do autocuidado estão habilidades que o individuo possui e que o induzem a desenvolver suas tarefas de autocuidado. Essas habilidades estão direcionadas para fatores como: o sexo, a idade, estado de desenvolvimento, condições socioeconômicas, culturais, nível educacional, estado de saúde e experiência de vida (FOSTER; JANSSENS, 1993).

Segundo Peixoto, M. (1996) baseado na Teoria de Autocuidade de Orem, a partir do instante em que o enfermeiro identifica os déficits de autocuidado, ele realiza um plano de ações (prescrição de enfermagem) direcionado ao paciente, com o intuito de que sejam supridas as necessidades dos mesmos, favorecendo assim o cuidado integral (ampliado no conceito do SUS).

Com o objetivo de reduzir as complicações nos casos de gestação de alto risco notificados no país, o Ministério da Saúde tem incentivado a implementação de programas estaduais de referência hospitalar para atendimento dessa clientela, mediante a capacitação dos profissionais da saúde, adequação da maternidade e área física, disponibilização de leitos obstétricos, com o intuito de organizar a rede de atendimento de maior complexidade (BRASIL, 2002b).

Torna-se necessário ressaltar que os cuidados da equipe de saúde são fundamentais para a recuperação da gestante, independentemente dos cuidados estarem focados mais na parte emocional e espiritual que na parte física da paciente, pois os cuidados de enfermagem compreendem o ser humano como unidade biopsicosocial (BOEMER; MARIUTTI, 2003).

4 DOENÇAS OBSTÉTRICAS

A mortalidade infantil por causas oriundas do período perinatal vem crescendo cada vez mais no Brasil. Sabe-se que esses óbitos são preveníveis em sua grande parte, mas para tal é preciso participação ativa do sistema de saúde. Diversos países em desenvolvimento já conseguiram alcançar resultados satisfatórios. Isso foi conquistado pela ação organizada, extensa, integrada e com cobertura abrangente, empregando tecnologias simplificadas e economicamente viáveis (BRASIL, 2000c).

O aconselhamento pré-concepcional, em casos de doenças sistêmicas (hipertensão pulmonar, estenose mitral e aórtica grave, doença pulmonar obstrutiva crônica e o uso de drogas citotóxicas, como ciclofosporinas e metrotexate), abrange reflexões sobre os efeitos potenciais da patologia de base no decorrer da gravidez em saúde do feto, bem como na possibilidade de agravamento dessas doenças, com repercussão materna e fetal. Vale salientar que algumas condições são passíveis de tratamento, resultando na probabilidade de uma gestação saudável, sendo imprescindível um pré-natal de qualidade (MAGALHÃES et al., 2006).

Neste capítulo são abordadas as principais patologias obstétricas e sua implicações, as quais acometem mulheres no período gravídico podendo afetar seu bem-estar físico e psicológico, bem como sua qualidade de vida. São citadas: ameaça de aborto, amniorraxe prematura, asma, polidramnia, oligodrâmnia, cardipatias, descolamento prematuro da placenta, diabete melito, êmese/hiperêmese gravídica, doença hipertensiva específica da gestação, infecções do trato urinário, trabalho de parto prematuro, tromboembolismo, infecções maternas congênitas, incompetência istmo-cervical, hepatite B e isoimunização.

A ameaça de aborto é definida como a presença de sangramento vaginal nas primeiras 20 semanas de gestação, podendo ou não estarem presentes cólicas no hipogátrico e/ou dor lombar, sem alterar as condições cervicais e a vitalidade êmbrio-fetal. Há relatos de sintomas como náuseas, polaciúria, mastalgia, aumento das mamas e vômitos, sintomas comuns da gestação. A grávida apresenta discreto sangramento vaginal e o colo uterino permanece fechado. Nesse caso, o tratamento na maioria das vezes é o repouso físico, sexual (enquanto perdurar a ameaça de aborto) e medicamentos específicos (DUARTE et al., 2003).

A amniorraxe prematura ou ruptura prematura das membranas ocorre antes do início do parto, sendo responsável por 30% dos partos prematuros. Quando essa ruptura espontânea ocorre antes de 37 semanas ela é denominada ruptura prematura das membranas pré-termo. A

etiológia da aminiorraxe é multifatorial e os principais fatores são: infecção perinatal, diminuição do colágeno nas membranas, vaginose bacteriana, hemorragia na gravidez atual, tabagismo, compressão do cordão umbilical, descolamento prematuro da placenta, entre outros. A conduta obstétrica depende da idade gestacional e das complicações existentes (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

Outra patologia que pode acometer a gestante é a asma, uma doença caracterizada por elevação da reatividade muscular das vias aéreas a diversos estímulos, manifestando-se clinicamente como dificuldade de expiração. Não se conhece o fator etiológico da asma, mas está associada a causas genéticas e ambientais. As complicações presentes nas gestantes portadoras de asma estão mais frequentes nos casos em que a doença é mal controlada, destacando-se a pré-eclâmpsia, hipertensão, hiperêmese, restrição do crescimento intrauterino, parto prematuro e aumento das taxas de mortalidade perinatal. Considera-se que a asma seja a doença respiratória mais frequente na gestação, comprometendo de 0,4 a 4% das grávidas (DUARTE et al., 2003).

No curso da gestação o bebê é envolto por líquido amniótico durante todo o seu desenvolvimento intrauterino. O líquido possui inúmeras funções, dentre elas estão: proteger o feto contra traumas mecânicos, manter a homeostasia térmica, evitar fenômenos que comprimam o cordão umbilical, o qual é essencial para o bom desenvolvimento do sistema muscular esquelético, permitindo a movimentação corpórea. Por sua grande importância, as alterações do líquido amniótico, tanto para menos como para mais, estão classicamente vinculadas a um acréscimo no risco perinatal e complicações no parto e puerpério (ZUGAIB, 2008).

O polidrâmnio, do ponto de vista clínico é definido como o excesso de líquido amniótico, ou seja, volume superior a 2.000 mL, com frequência relativamente baixa, variando de 0,2 a 1,5%. Existem, entretanto, algumas condições maternas (diabetes, isoimunização) e placentárias (placenta circunvalada, corioangioma), que poderão resultar no processo de produção, determinando o polidrâmnio. Desse modo, o aumento gradativo do líquido pode ser bem tolerado pelas gestantes. Já nos casos mais graves, os sintomas são: dispneia acentuada, cianose, taquicardia, palpitação, edema de membros inferiores e desconforto abdominal (MELO; ZIMMERMMANN, 2006).

Conceitualmente, oligoidramnio é a redução do volume de líquido amniótico, ou seja, volume de líquido abaixo do esperado para a idade gestacional, sendo sua incidência de 1 a 5% nas gestações. O oligoidramnio decorre do descréscimo da produção, excreção urinária ou perda de líquido amniótico. Para seu diagnóstico, basta realizar o exame obstétrico que detecta a integridade ou não das membranas amnióticas (bolsa das águas). Condições maternas que poderão resultar na oligoidramnia: pré-eclâmpsia, hipertensão arterial crônica, insuficiência útero-placentária por outros motivos ou uso de determinados medicamentos. Vale ressaltar que 20 a 80% dos casos podem estar associados ao crescimento intrauterino retardado. Podem ser causas de oligoidramnia o pós-datismo (gestação com 42 semanas completas ou mais) e alterações cromossômicas (MELO; ZIMMERMMANN, 2006).

A doença cardíaca continua a ser causa importante de morte materna indireta (ocorre em 0,5 a 4,0% das gestantes), juntamente com a síndrome tromboembólica (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008). Considera-se como portadora de cardiopatia toda gestante que apresentar manifestações clínicas e constatação diagnóstica compatíveis com alterações anatômicas funcionais do sistema cardiovascular, após afastar as modificações e adaptações fisiológicas ocasionadas pela gestação (DUARTE et al., 2003). O diagnóstico clínico de cardiopatia durante a gestação merece algumas reflexões, devido ao fato de a maioria dos sintomas serem semelhantes aos exibidos por algumas pacientes na vigência de prenhez normal (palpitação, dispneia, síncope, sopro sistólico, edema de membros inferiores, entre outros). Há, porém, elementos decisivos que caracterizem a cardiopatia na gestante: sopro diastólico, arritmias, aumento indiscutível do coração e sopro sistólico de, no mínimo, três cruzes. O exame de ecocardiografia é fundamental para o diagnóstico da cardiopatia (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

Vale salientar que a assistência pré-natal da gestante portadora de cardiopatia deve ter a presença simultânea do obstetra e do cardiologista. Além dos cuidados básicos obrigatórios para todas as gestantes, deve haver o controle de fatores que precipitam o surgimento de complicações previsíveis, tais como: hipertireoidismo, infecções e anemias, sendo que, para afastar o risco de arritmias deve-se evitar o uso de estimulantes como o chá, fumo, café, chocolate e descongestionantes sistêmicos (DUARTE et al., 2003).

Outro problema que pode afetar a gestante é denominado descolamento prematuro da placenta, o qual é caracterizado pela separação repentina, intempestiva e prematura da placenta normalmente inserta após a 20-22^a semanas de gestação. As principais queixas das

pacientes são: sangramento (80% dos casos) e dor abdominal súbita e de intensidade variável (60%) (NARDOZZA; CAMANO, 2003). Ocorre em cerca de 0,5 a 1% das gestações, sendo responsável por 15 a 20% de todas as mortes perinatais, acometendo multíparas, menores de 20 anos e com história de descolamento prematuro de placenta em gestações anteriores (aumento de 10 vezes). As doenças associadas são: hipertensão (50% dos casos), fator mecânico (tramatismos diretos sobre o útero, circulares de cordão) e fator placentário (decorrentes de tabagismo, anemia, má nutrição), e dentre as causas mais comuns estão as alterações renais e alterações da hemocoagulação. Vale salientar que quando mais da metade da placenta está descolada é inevitável a morte fetal, porém estando o conceito vivo, o tratamento é a operação cesariana.(MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

A placenta será de inserção baixa quando na segunda metade da gravidez estiver inserida, total ou parcialmente, na área do segmento inferior. É denominada placenta prévia por se encontrar à frente da apresentação. Conforme a classificação de Briquet, existem três tipos de inserção baixa da placenta: lateral, central ou marginal. É doença de pouca incidência, com referências de 0,3% até 1,75%. Dentre os fatores predisponentes estão: multiparidade, idade, cesária, gravidez múltipla, leiomioma, doenças endometriais inflamatórias, curetagens uterinas prévias, fumo, entre outros. Os sintomas apresentados pelas gestantes são: hemorragia na segunda metade da gestação, útero indolor com caráter reincidente e progressivo (LOPEZ; NARDOZZA; ROCHA, 2007).

O Diabetes melito é a síndrome clínica caracterizada por hiperglicemia devida à deficiência de efetividade ou diminuição da produção de insulina, tratando-se de ser uma doença sistêmica, crônica e evolutiva. O médico obstetra deverá estar preparado para atender gestantes com diabetes preexistentes (tipo 1 ou tipo 2) e também mulheres sem doença prévia que serão diagnosticadas como portadoras de diabetes melito gestacional. Conforme estudo multicêntrico, estima-se que cerca de 7% das gestantes brasileiras também tenham diabetes, a maioria gestacional. Gestantes que apresentem glicemia de jejum ou curva glicêmica anormal no primeiro trimestre de gravidez provavelmente têm diabete preexistente e devem ser tratadas da mesma forma que as gestantes com diabetes prévio (MATTAR et al., 2007).

A caracterização epidemiológica de fatores e situações de maior risco para diabetes em gestantes faz parte dos antecedentes pessoais: hipertensão arterial, obesidade, infecções urinárias de repetição, candidíase persistente a tratamentos usuais; antecedentes obstétricos: diabetes em gestações anteriores, neonato grande para a idade gestacional, polhidrâmnio,

multiparidade, abortamento habitual, dentre outros; antecedentes familiares: história familiar de diabetes e gravidez atual: polihidrâmnio, macrossomia fetal e espessamento placentário ao exame ecográfico (DUARTE et al., 2003).

A êmese ou hiperêmese gravídica, também conhecida como “vômitos perniciosos na gravidez”, é caracterizada por náuseas e vômitos persistentes coligados com perda de peso acima de 5% do peso gravídico, cetose, desidratação, desnutrição e distúrbios hidroeletrolíticos, impondo internação hospitalar. Os vômitos ocorrem em 50% das gestantes e as náuseas, em torno de 70 a 80%, afetando muitas vezes o aspecto socioeconômico relacionado com a perda de horas de serviço, tanto fora quanto dentro do lar. A incidência de hiperêmese gravídica é de 0,5 a 2% de todas as gestações. Sua etiologia ainda não está bem esclarecida e seus fatores de risco são: diabetes mellitus, asma, doenças gastrointestinais, mãe ou irmã com história de hiperêmes em gestações, doença psiquiátrica, hipertireoidismo, entre outros. Quanto aos fatores psicológicos, alguns autores acreditam que possa representar expressão somática de doença psiquiátrica exacerbada ou desencadeada pela gestação (SUN; AZEVEDO; OLIVEIRA, 2007).

As gestantes com maior predisposição a desenvolver a êmese ou hiperêmese gravídica são: as adolescentes, as primigestas, grávidas de gêmeos, gestações não planejadas e casos de neoplasia trofoblástica gestacional (mola hidatiforme). Uma assistência pré-natal de qualidade, um atendimento holístico, dieta fracionada, fármacos e psicoterapia são poderosas armas para o controle da hiperêmese (DUARTE et al., 2003).

A presença de hipertensão arterial durante a gestação não depende de sua etiologia, mas ocasiona expressiva elevação dos riscos maternos e perinatais, podendo restringir o desenvolvimento fetal, aumentar as taxas de neonatos prematuros, bem como riscos elevados de morte materna. A doença hipertensiva específica da gestação ou pré-eclâmpsia é caracterizada por hipertensão arterial após a 20^a semana de gestação, acompanhada apenas de quadros leves de edema e hipertensão ou evoluir para edema generalizado, proteinúria (presença de proteína na urina), coagulopatia, insuficiência hepática, convulsões (eclâmpsia) e coma. A doença hipertensiva específica da gestação incide entre 5 e 10% das gestantes normais. Adotar rotinas de assistência baseadas em evidências científicas é a melhor estratégia para prevenção ou redução do impacto desses desfechos na saúde materna e fetal (SASS; ROCHA; MESQUITA, 2007).

As principais alterações do trato urinário que ocorrem durante a gestação são: dilatações e hipotonia do sistema coletor, modificações físico-químicas da urina, refluxo vesico-uretral, estase urinária e glicosúria (presença de glicose na urina). Isso propicia à gestante desenvolver bacteriúria (presença de bactérias na urina), tornando-se assim mais frequentes as infecções urinárias (DUARTE et al., 2003). A infecção do trato urinário se reveste de grande importância e interesse prático, em consequência de sua elevada incidência, principalmente durante o ciclo gravídico-puerperal. Compromete cerca de 10% das gestantes tornando-as assim mais vulneráveis a morbimortalidade materno-infantil, sendo esta a terceira intercorrência clínica mais comum na gestação em nosso meio, atrás somente das parasitoses e da anemia (SANTANA et al., 2007).

As formas clínicas mais frequentes de infecção urinária são: uretrite (acometimento infeccioso uretral, causando ardor miccional e dificuldade de micção); cistite (processo infeccioso vesical provocando sinais de irritação da bexiga); bacteriúria assintomática (colonização do trato urinário, sem sintomas). Os fatores predisponentes da infecções do trato urinário na gestação são: diabetes, antecedentes pessoais de infecção urinária, infecção urinária na atual gravidez, doenças prévias do trato urinário, anemias e hipertensão arterial. Dentre as complicações maternas da infecções do trato urinário, as mais temidas são o trabalho de parto prematuro, insuficiência renal, processos septicêmicos e endocardite bacteriana (DUARTE et al., 2003).

A prematuridade constitui o problema perinatal da nossa atualidade, sendo responsável por cerca de 75% da morbidade e mortalidade perinatal. O parto pré-termo ocorre aproximadamente em 5 a 8% das gestações nos países desenvolvidos, sendo que, na América Latina, há indícios alarmantes superiores a 40%. Esse elevado índice é preocupante e se torna um desafio para a obstetrícia atual, que busca formas eficazes e práticas para promover a prevenção adequada da prematuridade. A incidência de partos prematuros não tem diminuído nas últimas décadas, devido à influência de diversos fatores que atuam sobre a população, como fatores raciais, modo de assistência oferecida à gestante, condições socioeconômicas e região geográfica (SOUZA, N. et al., 2007).

As classificações etiológicas do trabalho de parto prematuro são: causas obstétricas (prematuridade prévia, multiparidade, doença hipertensiva específica da gestação, infecções do trato urinário, gemelaridade, descolamento prematuro de placenta, primigestas jovens ou idosas, pequeno intervalo entre uma gravidez e outra, entre outras); causas ginecológicas

(gestação com dispositivo intrauterino, malformações uterinas, leiomiomas uterinos) e causas extratocoginecológicas (raça negra, prigestas muito jovens, tabagismo, alcoolismo, desnutrição, anemia, estado socioeconômico adverso, diabetes, hipertensão, infecção do trato urinário, doenças cardíacas maternas, dentre outras). Sua prevenção ainda é difícil, pois abrange atitudes de promoção de saúde pública. Alguns autores acreditam que por ser o trabalho de parto prematuro uma condição patológica decorrente de inúmeras etiologias deve ser considerado uma síndrome: “síndrome do parto prematuro” (SOUZA, N. et al., 2007).

O tromboembolismo prévio ocasiona um risco maior de recorrência na gestação, exacerbado na presença de trombofilia hereditária ou adquirida, exigindo tropoprofilaxia com heparina precoce na gravidez. A hiperêmese gravídica requer atenção especial, pois amplia o risco de Tromboembolismo. Com isso, o aconselhamento pré-concepcional direciona o rastreamento de trombofilias e norteia medidas profiláticas (MAGALHÃES et al., 2006).

As infecções maternas colaboram de maneira importante para o aumento da morbimortalidade perinatal. Seu rastreamento tem como objetivo diagnosticar precocemente as infecções fetais e iniciar, quando possível, o tratamento no transcorrer da gestação, a fim de diminuir o risco potencial de acometimento fetal. Nesse contexto, algumas das infecções congênitas que ocupam lugar de destaque, tanto pela sua frequência quanto pela gravidade do acometimento fetal são: toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, doença de chagas, HIV, herpes, entre outras. A toxoplasmose é uma doença de distuição mundial, associada a sintomas inespecíficos e, na maioria dos casos, assintomática. Porém quando acomete a gestante pode levar a infecção fetal com sequelas oculares e neurológicas graves. Na atualidade, as únicas formas de reduzir a incidência de infecção aguda nas gestantes, e reduzir a transmissão fetal, é a utilização de rastreamento sorológico na gestação e o tratamento pré-natal da infecção fetal (COUTO; LEITE; FERREIRA, 2006).

A incompetência istmo-cervical é reconhecida como a incapacidade do colo uterino de manter a gestação. Sua incidência é de 0,05 a 1% das gestações e corresponde a 20% dos abortos no 2º trimestre. Sua etiologia e classificação pode ser: traumática, cirúrgica, congênita, dilatação precoce do colo durante a gestação e malformações do colo uterino. Antes do tratamento cirúrgico da incompetência istmo-cervical, devem-se afastar os diagnósticos de bolsa rota, infecção genital e urinária. O tratamento cirúrgico pode ser realizado nos casos fora da gestação em colos lacerados e deformados, circlagem de emergência durante a gestação e circlagem eletiva durante a gravidez (DUARTE et al., 2003).

O vírus da hepatite B, descoberto em 1966, pertence à família dos vírus HepaDNA. Suas principais vias de transmissão são: o uso de drogas ilícitas injetáveis, acidentes perfurocortantes, transmissão sexual e perinatal. As consequências da hepatite B aguda na gravidez incluem: prematuridade (27%), abortamento (3,6%), mortalidade fetal (5%), mortalidade neonatal (6%) e mortalidade perinatal (11%). O objetivo do rastreamento entre as gestantes é identificar as portadoras do vírus, com o intuito de prevenir sua transmissão ao recém-nascido (COUTO; LEITE; FERREIRA, 2006).

A isoimunização ou aloimunização materna leva a uma das doenças perinatais mais graves, a doença hemolítica perinatal. Dessa, resultam índices elevados de morbimortalidade perinatal. A aloimunização materna pelo fator Rh acontece quando há mistura de hemácias Rh-positivas do conceito com a hemácia Rh-negativa da mãe, estimulando seu sistema imune a produzir anticorpos contra tal antígeno (hemácias que contêm o antígeno D em sua superfície). A eliminação da doença hemolítica Rh tornou-se possível graças ao advento da imunoglobulina Rh (D) (CORRÊA; JUNIOR CORRÊA, 2006).

5 QUALIDADE DE VIDA

Beck, Budó e Gonzales (1999) referem que o termo “Qualidade de Vida” surgiu antes de Aristóteles (384-322 a.C.), sendo primeiramente interpretada a palavra como “felicidade e virtude”, as quais, quando obtidas, proporcionam ao individuo “boa vida”. Conduzia-se também o termo como bem-estar, necessidade, aspiração e satisfação. Em 1947, segundo os mesmos autores, a Organização Mundial de Saúde adotou como referência de qualidade de vida a definição de saúde, abrangendo também padrões de vida, de moradia, condições de trabalho, acesso médico, dentre outros.

A qualidade de vida e a busca por sua melhoria são procuras incessantes dos seres humanos. Com isso, parte-se do pressuposto de que uma das características fundamentais da espécie é a necessidade de querer viver bem e almejar condições de melhoria do cotidiano (MOREIRA, 2006). Qualidade de vida é uma medida de desfecho que tem sido utilizado por clínicos, pesquisadores, economistas, administradores e políticos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O significado da expressão Qualidade de Vida tem sido investigado por filósofos desde a Antiguidade, com relatos até mesmo antes da Era Cristã, descobertos pelo desenvolvimento histórico-cultural da humanidade. Aristóteles, em escritos como *The Nicomachean Ethics* (350 a.C.), referiu relação entre a “vida-boa ou bem-estar” e felicidade, porém concluiu que há divergências sobre o significado de felicidade, podendo variar de individuo para individuo bem como de momento para momento, dependendo das experiências vividas. Já Sócrates (469-399 a.C.) mencionava que o importante não era o tempo de vida, mas sim, o modo como se vive (FERNANDES et al., 2007).

Com isso, nota-se que a qualidade de vida desde a Antiguidade já era compreendida como resultado de percepções individuais, podendo variar conforme a experiência do indivíduo em um determinado momento (FERNANDES et al., 2007). Em 1964, o termo qualidade de vida ganhou destaque na mídia, quando o Presidente dos Estados Unidos da América do Norte, Lyndon Johnson (1908-1973), utilizou-o em referência ao sistema bancário norte-americano e para dizer também que os objetivos só podem ser medidos por meio da qualidade de vida que proporcionam às pessoas. Desde então o termo tem sido definido de diversas maneiras por diferentes autores. De acordo com Fleck (2008) a partir da definição de saúde da Organização Mundial de Saúde, em 1940, como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples a ausência de doença ou enfermidade, estabeleceu-se um ponto importante para a definição de qualidade de vida.

Segundo Souza e Guimarães (1999) o termo qualidade de vida é usado em vários setores da sociedade e campos de estudos: saúde, filosofia, política, cidadania, religião, economia, cultura entre outros. E mencionaram que a qualidade de vida é um conjunto equilibrado e harmonioso de concretizações em todos os níveis, como saúde, trabalho, lazer sexo, família, desenvolvimento espiritual.

Os autores acima conceituaram qualidade de vida em três níveis e os organizaram em uma pirâmide do seguinte modo: no topo estaria a avaliação total do bem-estar do indivíduo; no centro o domínio global (físico, psicológico, econômico, espiritual e social); e na base da pirâmide permaneceriam os componentes de cada domínio.

Segundo Fleck (2008, p. 25) a Organização Mundial de Saúde, em 1994, por meio do seu grupo de qualidade de vida, definiu que qualidade de vida é a “[...] percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” Definiu-se também a qualidade de vida como “[...] as percepções individuais das pessoas de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores nos quais ela vive, e em relação às suas metas, expectativas, padrões e interesses [...]” (p. 25).

Papaléo Netto, Carvalho Filho e Salles (2006) relatam que a expressão qualidade de vida é baseada nos direitos aprovados na Declaração Universal dos Direitos do Homem, da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1948. No artigo 25, inciso I, a Declaração estabelece que:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viudez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. (BRASIL, 1998, p. 5).

A importância do conceito de qualidade de vida direcionado à saúde, segundo Fleck (2008) deve ser dissociada da mensuração do estado de saúde em si e como se determina esse estado, deixando claro que o indivíduo é o centro dessa avaliação, na qual são relatadas as experiências de vida e não a condição de vida. Segundo Potter e Perry (2002) para cada indivíduo, a qualidade de vida é algo pessoal e particular e ainda assim a sociedade utiliza artifícios de qualidade de vida para ajudar e favorecer os benefícios da intervenção médica, resultando em grande discussão sobre o tema.

Em 1980 houve grande crescimento nas pesquisas na área de qualidade de vida nas diversas culturas (SOUZA; GUIMARÃES, 1999). De acordo com Bezerra (2006) para se ter qualidade de vida é preciso que o sujeito desenvolva suas potencialidades de como viver, sentir ou amar, trabalhar, enfim produzir bens, artes ou ciência, descobrindo a realização pessoal.

De acordo com Goulart e Sampaio (1999) o termo “Qualidade de Vida no Trabalho” foi representado, no passado, pela procura de satisfação do trabalhador e pela tentativa de diminuição de mal-estar e do grande esforço físico no trabalho. Todavia, foi a partir da sistematização dos métodos de produção nos séculos XVIII e XIX, que as condições de trabalho passaram a ser estudadas de maneira científica e, posteriormente, pela Escola de Relações Humanas. A primeira fase de estudos sobre a qualidade de vida no trabalho iniciou-se na década de 1960 e se estendeu até 1974, com as formas de como influenciar a qualidade das experiências do trabalhador num determinado emprego (SCHMIDT; DANTAS, 2006).

Segundo Moretti (2007) é necessário excluir o pensamento de que o homem trabalha apenas para a obtenção do salário, que recusa seus sentimentos, que não se frustra com o descaso dos seus gestores os quais lhe negam o acesso às informações e o tratam somente como uma peça a mais no procedimento de produção, pois o ser humano traz consigo sentimentos, expectativas, ambições e almeja crescimento dentro daquilo que desenvolve e realiza.

Na atualidade se reconhece que, medidas objetivas de qualidade de vida e “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde” são ferramentas importantes no auxílio de aspectos da população em geral (qualidade de vida) e nas análises de intervenções terapêuticas e do grau de satisfação do indivíduo com sua saúde e seu tratamento (qualidade de vida relacionada à saúde). Existem vários instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida do indivíduo. São classificados em duas categorias: genéricos (aplicadas à população em geral, independente da condição do indivíduo) e específicos (detectam aspectos do estado de saúde de indivíduos com doenças ou agravos específicos) (PASCHOAL, 2000).

Segundo Souza (2004) os instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida dos indivíduos devem ser de fácil entendimento, rápido em relação ao preenchimento (respostas), confiáveis e válidos. Fleck (2008) destacou instrumentos de qualidade de vida, como por exemplo: a) genéricos: *Sickness Impact Profile*, *Nottingham Health Profile*, *Hand Health*

Index Questionare, SF-36, World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100); e b) específicos: Kidney Disease Questionare, Kidney Disease and Quality of Life-Long Form, Dialysis of Life Questionare, Quality of Life Epilepsy, European Organization for Research and Treatment of Cancer, Illness Effects Questionare, dentre outros.

Os instrumentos, de acordo com Fleck (2008) devem passar por um processo de tradução e validação para posterior utilização em diferentes culturas. Na esfera específica da enfermagem, destaca-se o trabalho da Doutora Carol Estwing Ferrans, pesquisadora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico da Escola de Enfermagem da Universidade de Chicago que, desde 1982, vem desenvolvendo estudos referentes à qualidade de vida, em conjunto com outros pesquisadores. Ferrans realiza críticas relacionadas às abordagens tradicionais de desenvolvimento de conceitos, pois considera que os resultados produzidos necessitam de coerência e poder explicativo. Em decorrência disso, elaborou um modelo conceitual de qualidade de vida baseado numa gama de abordagens metodológicas, cujo objetivo foi auxiliar a criação de um instrumento de medida desse conceito. Optou por uma abordagem em que os próprios sujeitos pudessem definir o que representa qualidade de vida para eles. Uma característica que diferencia o instrumento de Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* dos demais é que, além de avaliar o nível de satisfação com os diversos itens que o compõem, incorpora também a avaliação do grau de importância a eles atribuída, levando em conta que as pessoas podem valorizar diferencialmente os diversos aspectos da vida. O desenvolvimento do Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* fundamenta-se em sólida base conceitual e metodológica, o que justifica a sua ampla aceitação como instrumento de avaliação subjetiva da qualidade de vida, em diversos países (KIMURA, 1999).

A percepção subjetiva do nível de felicidade e de satisfação quanto aos diferentes aspectos da vida é o principal determinante na avaliação positiva ou negativa da qualidade de vida. O instrumento desenvolvido por Ferrans e Powers destina-se a medir a qualidade de vida tanto de pessoas saudáveis quanto daquelas com algum tipo de doença, além de ser composto por quatro domínios propostos: Saúde/funcionamento, Psicológico/espiritual, Socioeconômico e Família (KIMURA, 1999).

De acordo com Bittencourt (2003), nos últimos 20 anos devido a um aumento de estudos na área de qualidade de vida, tem havido um reconhecimento crescente da importância da autoavaliação do paciente em relação a sua qualidade de vida, resultando na

elaboração de novos instrumentos para sua mensuração. Para Castellanos (1997) a noção de qualidade de vida transita em um campo semântico polissêmico, ou seja, por um lado está associada a um modo de vida, a condições e estilo de vida; por outro lado, inclui os ideais de desenvolvimento sustentável e de ecologia humana. Por fim, relaciona-se com o campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. Na área da saúde, está direcionado com a construção coletiva do conforto e bem-estar, conforme os parâmetros que cada sociedade escolher.

Peixoto, A. (1999) destaca que o equilíbrio é a palavra-chave para a qualidade de vida e encontrá-la é um dos alicerces da melhoria de sua vida. São inúmeras as dimensões da vida que se deve procurar atender: amor, família, trabalho, amizade, religião, dinheiro, lazer, comunidade, saúde e outros. A qualidade de vida está diretamente associada à capacidade de estabelecer um balanceamento propício entre essas diversas dimensões, buscando a aproximação com um perfil equilibrado.

Há três aspectos fundamentais sobre o construto qualidade de vida: subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas e negativas. A subjetividade considera a percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde e aspectos da sua vida em geral; multidimensionalidade refere-se às diferentes dimensões que o conceito de qualidade de vida é composto, ou seja é fundamental que os instrumentos de mensuração de qualidade de vida possuam escores em vários domínios (ex.: mental, físico, social e outros) e presença de dimensões positivas e negativas, nos quais é necessário que alguns componentes estejam presentes (ex.: mobilidade) e outros ausentes (ex.: dor), para a aquisição de uma “boa” qualidade de vida (FLECK, 2008).

Transpondo todas essas questões relevantes à saúde da mulher, observa-se que o universo feminino tem passado por grandes mudanças seja no plano político, seja no cultural, econômico ou social, e que ecoam na organização da vida doméstica e no espaço público em encontro aos seus direitos à cidadania (VIDO, 2006). De acordo com Oliveira, E. (1999), ainda há probabilidade de que as mulheres venham a sofrer, adoecer e morrer em decorrência dos problemas motivados pela desigualdade de gênero. Conforme Cárdenas e Cianciarullo (1999) em pesquisa realizada no município de São Paulo com mulheres donas de casa e de baixa renda, identificou-se que a percepção de qualidade de vida estava fortemente ligada a fatores de ordem socioeconômicos, físicos e psicológicos. As autoras relatam que abordar saúde da mulher, não se restringe à ausência de doença, mas envolve um universo muito

maior, sendo as questões de ordem social, interpessoal e econômica as causas de suas preocupações.

5.1 QUALIDADE DE VIDA NA GESTAÇÃO

A gestação é um evento social que envolve diversos personagens. É um momento especial na vida da mulher, de seu parceiro e da família. A gravidez constitui uma experiência humana das mais belas e, se acompanhada, torna-se a concretização de um sonho para a maioria das mulheres (SILVA; SANTOS, 2005). A busca do filho pode estar vinculada às mais variadas motivações. Pode representar a expressão de amor e de união, a tentativa de salvar um casamento, dar um irmão para o filho mais velho, o desejo de ver realizado no filho muito do que não conseguiu construir na própria vida (ALVES; SANTOS, 2005).

A gravidez, por ser um evento fisiológico, ocasiona diversas alterações ao organismo materno que se iniciam na primeira semana de gestação e continuam durante todo o período gestacional (FERREIRA; NAKANO, 2001). Nesse período, o corpo da mulher é constantemente sensibilizado, e responde com uma série de desconfortos, sinais e sintomas que variam dependendo da tolerância e intensidade expressas por cada mulher (REBERTE; HOGA, 2005). As mudanças advindas dessa fase necessitam de uma atenção qualificada por parte dos profissionais de saúde os quais devem identificar as necessárias adaptações bem como suas consequências já que estas podem tornar-se fontes de limitação à gestante (SILVA, 2008).

Durante a gravidez, o útero está em constante crescimento, formando um abdômen protuso. Há deslocamento de seu centro da gravidade, que ocasiona um crescente afrouxamento de ligamentos e que objetiva aumentar o tamanho da pelve para facilitar o parto. Todas essas modificações causam uma lordose exagerada, ocasionando uma sobrecarga do músculo lombar e posterior da coxa, gerando um processo doloroso denominado lombalgia (NOVAES; SHIMO; LOPES, 2006). Conforme Zugaib (2008) o antecedente de lombalgias e da obesidade são fatores de risco, sendo necessário orientar as gestantes a utilizarem travesseiro nas costas ao sentar-se e evitar o uso de sapatos de salto alto e atividades físicas exaustivas. De acordo com Montenegro e Rezende Filho (2008), a lombalgia no último trimestre da gestação pode levar à fadiga e distúrbios no padrão de sono, incapacidade motora e depressão devido à dor ser um fator que altera o humor. Essas alterações, as quais

influenciam um desconforto constante nas gestantes, devem ser citadas nos grupos de gestantes e/ou durante as consultas de pré-natal, pois algumas mulheres não fazem esse tipo de queixa, por acharem normais da gestação e às vezes desconhecem que existem maneiras de alívio não só referente a esse tipo de desconforto, mas de tantos outros, podendo assim melhorar sua qualidade de vida.

No decorrer da gestação, o perfil psicológico encontra-se alterado, podendo trazer sintomas e quadros de natureza psíquica, ou então agravar patologias orgânicas preexistentes. Preparação psicofísica é a maneira de educação psíquica e física que tende a manter ou reconduzir a gestante a seu equilíbrio emocional, com manifestas vantagens sobre a parição (NAKAMURA; AZEVEDO; BORTOLETTI, 2007).

No transcorrer da gestação é de suma importância o acompanhamento caracterizado por alguns passos a serem observados pelos profissionais envolvidos no cuidado. No primeiro trimestre da gestação há muita preocupação das mulheres com o desenvolvimento e bem-estar fetal e temores atrelados à probabilidade de ter um filho com algum tipo de deficiência, levando essa gestante a preocupar-se em demasia com seus hábitos de vida. No segundo trimestre com a percepção dos movimentos fetais, surgem nas gestantes sentimentos de personificação do bebê, há alterações no desempenho e desejo sexual. Neste período a gestante tem maior necessidade de cuidado, proteção e afeto. No terceiro trimestre o nível de ansiedade tende a crescer devido à proximidade do parto e à probabilidade de mudança na rotina de vida após o parto. O medo de não saber cuidar do bebê e o temor por ter um filho com algum problema se expressam mais claramente (ALVES; SANTOS, 2005).

Grande parte das gestantes refere o aumento da sensação de ansiedade e medo nos últimos meses de gravidez. Essa reação é compreensível, devido ao fato de que o parto, que era uma realidade remota, se transforma num estado real e irreversível, devendo ser enfrentado de alguma forma. As principais queixas é o medo de não conseguirem reconhecer o início do trabalho de parto, ou seja, o momento certo de procurarem o hospital (MALDONADO; NAHOUIM; DICKSTEIN, 1990).

O desconhecimento relativo aos períodos clínicos do parto permite que a gestante procure várias vezes a maternidade sem estar em trabalho de parto, gerando na gestante, casal e família, uma certa ansiedade, intranquilidade, insegurança, medo e angústia, que podem desencadear distórias funcionais. Frente a essa problemática, o profissional de saúde deve

atentar-se e voltar sua atenção não somente para a avaliação clínica dos sinais e sintomas, mas também orientar adequadamente a gestante/ casal e a família, oferecendo suporte para que eles consigam identificar e diferenciar o trabalho de parto verdadeiro do falso, evitando idas desnecessárias e desgastantes ao hospital. O conhecimento sobre o que está acontecendo com o seu corpo permite à gestante participar ativamente do processo vivenciado (SANTOS, O., 2007).

Estudos sobre a relação sexual na gravidez concluem que, do ponto de vista feminino, o prazer aumenta nesse período, e o desconforto físico da mulher deve ser resolvido com afeto do casal. Vale salientar que o sexo fica restrito em alguns casos como: sangramento vaginal, contração uterina, incompetência istmo-cervical, ameaça de parto prematuro, ameaça de aborto, dentre outros (SILVA; SANTOS, 2005). Durante a gestação existem algumas queixas vivenciadas pelas gestantes as quais são mais acentuadas por parte de algumas e para outras passam despercebidas. As principais queixas são: náuseas e vômitos comuns na primeira metade da gestação, estimando que 50 a 80% das gestantes experimentem esse desconforto, devendo terminar entre 16^a a 20^a semanas. Porém em 20% das mulheres persistem, sendo que 1 a 3% experimentam a forma mais grave denominada hiperêmese gravídica – vômitos intensos causando muitas vezes desidratação, acarretando uma necessidade de internação hospitalar. Para Silva (2008), esse distúrbio representa um dos grandes incômodos na gestação, refletindo na diminuição do bem-estar e qualidade de vida da mãe, feto e família.

Há trabalhos que comprovam que a hiperêmese gravídica possui além de fatores de natureza mecânica, endócrina, alérgica e metabólica, fatores psicológicos, o que vem ganhando maior destaque (TACHIBANA et al., 2006). Conforme Della Nina (1997, p. 155), os fatores psicológicos existentes “[...] devem ser cuidadosamente considerados, não se devendo cair na explicação fácil e enganosa, em que o sintoma seria o selo de uma pouco compreendida, porém famosa, rejeição do feto.” O autor ainda afirma que essa questão da rejeição pertinente aos vômitos, faz jus a uma releitura por parte dos estudiosos da área. Ao invés de se conceber puramente o vômito como uma tentativa da gestante de livrar-se inconscientemente do feto, poder-se-ia ponderar que o que ela está tentando, de fato, é libertar-se do desagradável conflito intrapsíquico que a gestação pode ter desencadeado.

Tachibana et al. (2006) realizaram um estudo de caso envolvendo uma gestante com hiperêmese gravídica de um hospital-maternidade por um período de cinco meses. Perceberam durante sua escuta analítica que ela culpabilizava seu marido pela falta de apoio,

reconhecendo também seu lado de não querer a gravidez, o que demonstrou os aspectos psicológicos influenciando em seu estado hiperemético.

Outro desconforto comum entre as grávidas é a chamada sialorreia ou ptialismo (hipersalivação). Na maioria dos casos a etiologia é incerta e pode ter componente psicossomático (ZUGAIB, 2008). Quando ela é muito intensa, devido à rejeição da gestante, a saliva pode provocar desidratação que impõe reposição hídrica (oral ou, raramente, venosa) (NEME, 1994 apud TACHIBANA et al., 2006). A pirose, queixa comum nas últimas semanas da gravidez, tem como causa o refluxo do conteúdo estomacal para o esôfago devido à pressão do útero sobre o estômago, proporcionando azia e mal-estar. O tratamento é feito à base de antiácidos, e refeições frequentes (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

A constipação intestinal durante a gestação pode ocorrer, devido à ação da progesterona na musculatura uterina. É muito comum e piora à medida que a gestação evoluí (ZUGAIB, 2008). O trânsito do trato gastrointestinal torna-se mais lento e a água é mais absorvida que o normal, levando à constipação intestinal. Isso ocorre devido à diminuição de consumo de líquidos, uso de suplemento de ferro, dieta pobre em fibras, sedentarismo, dentre outros. (RICCI, 2008). A constipação intestinal é caracterizada por fezes endurecidas e diminuição dos padrões de evacuação que contribui para a formação de hemorróidas, as quais tendem a se agravar na gestação e no pós-parto, pelo esforço no período expulsivo do parto (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

As varizes constituem complicação mais corriqueira nas multíparas (mulheres que pariram mais de três vezes), pois decorrem da fraqueza congênita das paredes musculares das veias, aumento da pressão venosa dos membros inferiores, inatividade e mau tônus muscular. As varizes dos membros inferiores proporcionam dor, edema, ulcerações e graves complicações como tromboflebite e flebotrombose. As varizes vulvovaginais, por vezes, sangram no momento do parto vaginal, obrigando à utilização da operação cesariana (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

Câimbras advêm principalmente no último trimestre de gestação, nos músculos da panturrilha, esteja a paciente dormindo ou apenas em repouso. São fatores desencadeantes: o estiramento subitâneo da musculatura das pernas, a fadiga das extremidades, níveis reduzidos de cálcio e elevação de fósforo (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008). Em decorrência disso enfatiza a importância das orientações feitas por profissionais de saúde,

quanto ao repouso, evitando exercícios físicos em excesso e o aumento da ingestão de cálcio e potássio (OLIVEIRA et al., 2010).

O crescimento do útero e o acréscimo da produção do hormônio progesterona levam os pulmões a funcionar de modos diferentes. Essas alterações tornam a respiração da gestante mais diafragmática que abdominal, pois ela respira mais rapidamente, necessitando de mais oxigênio para si e para o feto. Em decorrência disso pode ocorrer dispneia quando a mulher se deita, pois a pressão do útero contra a veia cava inferior reduz o retorno venoso ao coração, provocando alteração cardiopulmonar. É importante tranquilizar a gestante sobre a ocorrência da dispneia principalmente nos últimos meses de gestação, orientando-a a elevar a cabeceira da cama ao deitar e deitar-se em decúbito lateral esquerdo, pois descomprime o útero da veia cava inferior, melhorando a respiração (RICCI, 2008).

O aumento da frequência de micções (polaciúria) é uma queixa comum durante a gravidez. Isso ocorre pelas modificações anatômicas e funcionais do aparelho urinário inferior, alterando as estruturas e mecânicas normais, desencadeando sintomas urinários (SCARPA et al., 2006). Essa alteração provocada durante o período gestacional compromete principalmente a qualidade de vida da gestante, podendo causar constrangimento e reserva das atividades rotineiras (OLIVEIRA et al., 2010). No decorrer da gestação há também um aumento na produção de muco cervical, caracterizando o que denominamos de leucorreia, comumente chamada de “corrimento vaginal”. A leucorreia, conforme Montenegro e Rezende Filho (2008), é um processo fisiológico da gravidez, caracterizado por um corrimento branco, leitoso e que não possui irritação e descarta-se a possibilidade de etiologia infecciosa. Porém deve-se explicar à gestante a normalidade desse desconforto, e orientá-la a sempre manter a região perineal limpa e seca, incentivar o uso de calcinhas de algodão, pois facilita um maior fluxo de ar e a realizar o exame citopatológico para descartar indícios infecciosos (OLIVEIRA et al., 2010).

Estudo desenvolvido por Arantes, Gerk e Nunes (2010) com o objetivo de conhecer a ocorrência de vulvovaginites realizado com 31 gestantes cadastradas no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Núcleo de Hospital Universitário da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, apontou a ocorrência de: candidíase vulvovaginal (22,6%), vaginose bacteriana (22,6%), vaginose bacteriana associada à candidíase vulvovaginal (16,1%) e tricomoníase associada à candidíase vulvovaginal (3,2%). As queixas referidas pelas gestantes foram: corrimento vaginal, dor em baixo ventre, prurido vaginal, disúria e dispareunia. Para Simões et al. (1998) as complicações decorrentes das vulvovaginites são: rotura prematura de

membranas, trabalho de parto prematuro, corioamionite e infecções puerperais, sendo os hábitos incorretos de higiene íntima, fatores predisponentes para algumas vulvovaginites.

Em relação a trabalhar, de uma maneira geral, as gestantes de baixo risco podem continuar suas atividades até o momento do parto, mas em serviços que não proporcionam risco potencial. Entretanto, as atividades que demandam esforço físico devem ser reduzidas, principalmente nas gestações de alto risco, pois serviços que proporcionam maior esforço físico e maior permanência em pé estão associados a maior taxa de partos prematuros (ZUGAIB, 2008). Todo o esforço físico em excesso é prejudicial à saúde física e mental de todo e qualquer ser humano. No que se refere às gestantes, dependendo do tipo de serviço deve ser dada atenção aos limites de esforço, principalmente quanto a permanecer em uma posição por muito tempo (sentada ou de pé), pois na maioria das vezes, observa-se que por esse motivo, elas têm que pegar sua licença maternidade antes do prazo previsto, ou seja, um ou dois meses antes de completar os nove meses, podendo com isso até antecipar seu parto.

Os exercícios pré-natais tendem a aumentar a sensação de bem-estar, domínio e consistência do corpo e podem auxiliar a gestante a se sentir confortável com o seu corpo, à medida que, o bebê desenvolve-se em seu útero, além de contribuir para: a melhora na circulação sanguínea, redução de edemas, alívios das câimbras, desconfortos intestinais, melhora da postura e proporcionar divertimento (LIMA; OLIVEIRA, 2005). Porém, existem contraindicações como tromboflebite, risco de parto prematuro, sangramento vaginal, suspeita de sofrimento fetal, entre outros que, se portadoras, as gestantes não devem realizá-los (BATISTA et al., 2003).

Conforme Karan et al. (2008) em um estudo retrospectivo, analítico-descritivo realizado na Unidade de Saúde da Família de um município do interior de São Paulo, com o objetivo de elaborar os diagnósticos segundo a classificação da *North American Diagnoses Association* e elaborar as intervenções de enfermagem, tendo por base a análise de 40 prontuários de 40 gestantes cadastradas no programa de pré-natal da referida unidade. Foram detectados os seguintes diagnósticos de enfermagem: náuseas, disfunção sexual, fadiga, padrão de sono perturbado, dor crônica, constipação, volume de líquido excessivo, risco para amamentação ineficaz, eliminação urinária prejudicada, nutrição desequilibrada maior ou menor que as necessidades corporais e risco para maternidade ou paternidade prejudicada. Foi verificado que o levantamento dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem proporcionou à equipe de saúde, uma adequação na condução do processo de trabalho.

De um modo geral, uma grande parcela de mulheres que vivenciam esses sintomas pode modificar e muito seu estilo de vida e comportamento. A prevenção e/ou o alívio desses sintomas são aspectos de suma importância da atenção no pré-natal (ENKIN et al., 2005). A intervenção de enfermagem nesse contexto permite uma melhora do bem-estar e consequentemente da qualidade de vida dessas gestantes, planejando juntamente com a equipe multidisciplinar medidas cabíveis para cada desconforto, aumentando assim o bem-estar do binômio mãe-filho (OLIVEIRA et al., 2010).

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida das gestantes de alto risco, em Centro de Atendimento à Mulher do município de Dourados, MS.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a amostra por meio das variáveis sociodemográficas: idade, escolaridade, ocupação, situação conjugal, renda familiar, profissão, número de filhos, vícios, início do pré-natal e problemas da gestação.
2. Analisar a qualidade de vida de gestantes de alto risco, utilizando o instrumento de Qualidade de vida de *Ferrans & Powers* adaptado, através de seus quatro domínios: Saúde/funcionamento, Psicológico/espiritual, Socioeconômico e Família com as variáveis sociodemográficas.
3. Correlacionar o Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado, por meio de seus quatro domínios: Saúde/funcionamento, Psicológico/espiritual, Socioeconômico e Família com as variáveis sociodemográficas.

7 HIPÓTESES

1. A maior parte da amostra possui sua qualidade de vida comprometida em decorrência de possíveis ocorrências psicossociais frente a sua gravidez.
2. Quanto menor o nível de renda familiar da amostra, menor a probabilidade de ter um filho.
3. Quanto maior o número de filhos, menor o escore de qualidade de vida da amostra.
4. As amostras de gestantes solteiras, possuem menor escore de qualidade de vida quando comparadas com às de gestantes casadas.
5. Existem diferenças significativas quando comparado o Índice de *Ferrans & Powers* adaptado com as variáveis sociodemográficas.

8 CASUÍSTICA E MÉTODO

8.1 TIPO DE ESTUDO

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

Atribui-se a adoção do método quantitativo a sua possibilidade de conhecer e controlar variáveis, preocupando-se com a representação numérica, com medição objetiva e a quantificação de resultados, porém, com a possibilidade de discussão qualitativa destes. De acordo com Lakatos e Marconi (2008), a pesquisa quantitativa-descritiva conceitua-se pela investigação de pesquisa empírica, com a finalidade de delinear ou analisar as características de fatos ou fenômenos, usando a coleta sistemática de dados sobre populações ou programas.

Para Loureiro (2004), o emprego do corte transversal é utilizado para testar associação, sem definir e etiologia, devido à simultaneidade da informação sobre o sintoma/doença e fator de risco associado.

8.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Centro de Atendimento à Mulher, do município de Dourados, MS, que é um centro de referência para o pré-natal de alto risco, que atende gestantes oriundas das 35 microrregiões, incluindo o município estudado. O atendimento constitui-se de ações integradas na área obstétrica e ginecológica, para mulheres que residem no seu território ou encaminhadas por outros serviços, pois a unidade é referência no município. Essa unidade atende mensalmente aproximadamente 250 gestantes de alto risco. O pré-natal de alto risco possui atendimento de segunda a sexta-feira em dois horários (manhã e tarde). Em 2010, foram realizados cerca de 2.242 atendimentos no pré-natal de alto risco, e até junho do ano de 2011 foram contabilizados 1.022 atendimentos.

O Centro de Atendimento à Mulher possui também outros serviços destinados à saúde da mulher: mamografia, colposcopia, inserção do dispositivo intrauterino, planejamento familiar, densidometria óssea, ultrassom obstétrico, morfológico, de mama, transvaginal e Doppler. É composto por diversos especialistas: um mastologista, seis ginecologistas/obstetras, dois ultrassonografistas, cinco técnicos radiologistas, um assistente social, três técnicos de enfermagem, cinco auxiliares de enfermagem, seis técnicos administrativos, quatro recepcionistas, três funcionários de serviços gerais e dois enfermeiros.

Recebem também estagiários de enfermagem e psicologia oriundos das universidades do município.

Inicialmente, a gestante é cadastrada no SisPreNatal¹, em cada unidade onde está instalado o programa nacional Estratégia Saúde da Família², onde faz o acompanhamento pré-natal. Quando são constatados alguns dos fatores de risco para a gestação, é realizado o encaminhamento ao Centro de Atendimento à Mulher. Faz-se então o cadastro dessa gestante, contendo a anamnese, condutas e resultados de exames. As consultas para essa gestante são realizadas sempre que necessário e sua frequência varia de acordo com cada caso. Caso ela receba alta do pré-natal de alto risco, sua continuidade deverá ser garantido pelas unidades do Estratégia Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde.

Em relação ao Sistema Nacional de Regulação³ do Ministério da Saúde do Brasil, todas as 35 microrregiões devem realizar o agendamento dos procedimentos na atenção básica, e a partir da justificativa de tais exames estes são agendados nas datas disponíveis, atendendo ao princípio da equidade e não pela ordem de espera. Há casos em que o médico solicitante não coloca a justificativa ou não acrescentar informações importantes para o agendamento, tais como: idade gestacional e/ou dados pessoais. Caso ocorra isso, a gestante não fica sem o procedimento, pois a central de regulação entra em contato com a unidade de atenção básica de origem e são cobradas as informações pendentes e o procedimento é então, marcado em uma semana.

O Sistema de Regulação foi criado em 2007 e implantado no município que está o Centro de Atendimento à Mulher em questão, no ano seguinte, devido à alta demanda que gerava sobrecarga nas solicitações dos procedimentos.

¹ O SisPreNatal é o *software* que foi desenvolvido pelo DataSUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, do Sistema Único de Saúde. Nesse sistema está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério.

² A Estratégia de Saúde da Família visa a reversão do modelo assistencial vigente, onde predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

³ Sistema *on-line*, que é disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.

8.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

De janeiro a maio de 2011, o Centro de Atendimento à Mulher em estudo, possuía 330 gestantes cadastradas com diagnóstico de “alto risco”, sendo que, para definir a amostra deste estudo (110 gestantes) foi utilizado o cálculo amostral para população finita, com o objetivo de garantir um erro amostral não superior a 4% (MATTAR, 2001).

8.3.1 Critérios de inclusão

Foram critérios de inclusão as gestantes que realizavam seu pré-natal no Centro de Atendimento à Mulher, com diagnóstico confirmado de gestação de alto risco, maiores de 18 anos, alfabetizadas, não indígenas⁴, e que aceitaram participar do estudo assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (conforme a Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996) (BRASIL, 1996).

8.3.2 Critério de exclusão

Foram critérios de exclusão gestantes que não realizavam seu pré-natal no Centro de Atendimento à Mulher, sem diagnóstico confirmado de gestação de alto risco, menores de 18 anos, indígenas, analfabetas as não concordavam em participar, e as que se recusavam em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

8.4 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Primeiramente, o projeto de pesquisa foi encaminhado contendo, em anexo, o pedido de autorização à Secretaria de Saúde do município onde seria realizada a pesquisa, a qual autorizou seu desenvolvimento.

⁴ Devido à questão ética, a qual depende da autorização da Fundação Nacional do Índio e do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, de Campo Grande, MS, e posteriormente aprovado (ANEXO A). Seguiu-se o que determina a Resolução n. 196/1996, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa: a) assegurado ao entrevistado o direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento; b) assegurado o sigilo do anonimato; c) permitido aos entrevistados o livre acesso aos dados; d) assegurado o consentimento para a divulgação dos dados e mantido o compromisso na transcrição dos dados (BRASIL, 1996).

Depois de ter sido aprovado pelo Comitê, com o objetivo de realizar adequações nos instrumentos de avaliação, foi realizado um Estudo Piloto com cinco gestantes com diagnóstico de alto risco que faziam seu pré-natal no Centro de Atendimento à Mulher, na sala de espera antes da consulta, com o intuito de verificar a viabilidade, adaptação, grau de compreensão ou dificuldade no preenchimento do instrumento e seu tempo de duração. Não houve necessidade de realizar alterações nos instrumentos de avaliação. Optou-se por realizar a orientação individual, pois percebeu-se que as gestantes que receberam orientação individual envolveram-se mais com o preenchimento do instrumento, provavelmente por terem se sentindo mais seguras para suprir dúvidas.

Com a autorização da enfermeira do Centro de Atendimento à Mulher, foi iniciada a coleta de dados no período de maio a junho de 2011 pela própria pesquisadora e por uma enfermeira, que foi devidamente treinada e orientada para a aplicação do instrumento.

Para a coleta dos dados todas as gestantes presentes no Centro de Atendimento à Mulher, para consulta médica de pré-natal, tanto no período da manhã, quanto da tarde, eram招rutas e recebiam orientações sobre a pesquisa. Após aceitarem participar do estudo recebiam orientação individual quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como sobre o preenchimento do instrumento sem, todavia, induzir as respostas (APÊNDICE A).

Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido às participantes da pesquisa, a fim de preencherem e assinarem. A seguir as gestantes que aguardavam na sala de espera para o atendimento médico foram solicitadas a firmar o Termo, o qual lhes garante o sigilo dos dados e a possibilidade de se retirar da pesquisa, a qualquer momento, caso se sentissem sob qualquer risco de constrangimento.

8.5 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Para avaliar a qualidade de vida das gestantes de alto risco do Centro de Atendimento à Mulher em estudo, foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados: um questionário sociodemográfico e o questionário Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado (FERNADES; NARCHI, 2007).

8.5.1 Questionário sociodemográfico

Esse instrumento foi concebido para realização deste estudo, com a finalidade de delinear o perfil da população estudada, suas características sociodemográficas, no que se refere a: sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, renda familiar, início do pré-natal, problemas apresentados na gestação, número de filhos, data provável do parto e data da última menstruação (APÊNDICE B).

O questionário sociodemográfico aplicado contém 20 questões, sendo 9 fechadas (cor, estado civil, trabalho, hábitos, atividade física, reside com familiares, moradia, aborto e início do pré-natal) e 11 abertas (idade, escolaridade, religião, tipo de trabalho, profissão, renda familiar, número de filhos, data da última menstruação, data provável do parto, quantas semanas de gestação e qual problema apresentado). Essas questões foram importantes para a investigação acerca da saúde da gestante, pois cada uma delas possui uma ligação relevante relacionada a prevenção e medidas de cuidados durante o pré-natal, parto e puerpério.

Quando comparadas e cruzadas as questões sociodemográficas com o instrumento de *Ferrans & Powers* adaptado houve uma resposta relacionada a saúde biopsicossocial das gestantes em questão o que leva ao encontro dos objetivos propostos desse estudo (FERNADES; NARCHI, 2007). As 20 questões sociodemográficas foram de suma importância para essa pesquisa, pois através dela foi possível a ratificação com estudos sobre a saúde e qualidade de vida da gestante de alto risco.

8.5.2 Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado

O instrumento original *Ferrans & Powers Quality of Life Index* foi traduzido e validado no Brasil por Miako Kimura, em 1999. É constituído de duas partes, ambas contendo 33 itens cada. A Parte I, mensura a satisfação nos vários aspectos da vida e a Parte II, mensura a importância desses mesmos aspectos. O desenvolvimento do *Ferrans & Powers Quality of Life Index* fundamenta-se em sólida base conceitual e metodológica, o que justifica a sua ampla aceitação como instrumento de avaliação subjetiva da qualidade de vida, em diversos países (KIMURA, 1999).

Para este estudo, foi utilizado o *Ferrans & Powers Quality of Life Index* adaptado por Fernandes e Narchi (2007), que está sendo denominado “Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers adaptado*”. Estes autores adaptaram o instrumento original de Ferrans & Powers de modo que possibilitasse medir a qualidade de vida de gestantes (ANEXO B).

O Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado possui quatro domínios: Saúde/funcionamento, Psicológico/espiritual, Socioeconômico e Família. Inseridas no domínio Saúde/funcionamento estão as questões referentes à saúde física e mental da gestante de uma forma geral, como gravidez, desconfortos, independência física, energia para atividades diárias, vida sexual, assistência à saúde, energia, independência física, controle sobre sua própria vida, vida longa, responsabilidades familiares, ser útil às pessoas, preocupações, atividades de lazer e possibilidade de futuro feliz (16 itens; questões 1-10, 15, 18-20, 28-29). No domínio Socioeconômico estão relacionadas as questões referente a amizades, suporte das pessoas, trabalho, independência financeira e condições socioeconômicas (9 itens; questões 16-17, 21-27). No domínio Psicológico/espiritual abrange as questões da escolaridade, paz de espírito, fé em Deus, objetivos pessoais, felicidade, satisfação com a vida, aparência pessoal e consigo própria (7 itens; questões 30-36). No último domínio, o Família estão inseridas as questões da saúde da família, filhos, felicidade da família, possibilidade de ter uma criança, cônjuge e suporte familiar (4 itens; 11-14).

Fernandes e Narchi (2007) adaptaram alguns itens e introduziram outros, totalizando 36 itens, considerados específicos para a mulher grávida, tendo em vista que nessa fase do ciclo gravídico-puerperal, ocorrem modificações no organismo feminino, que podem interferir na sua qualidade de vida. Os itens acrescidos pelos autores ao instrumento original foram:

“Sua gravidez” (item 2); “As mudanças de humor que você sente (tristeza e alegria)” (item 5); “A intensidade de irritação que você sente” (item 6).

As “Mudanças de humor” e “Irritação” são também queixas comuns e frequentes das gestantes e podem interferir em sua percepção de qualidade de vida, e em razão disso foram inseridas no instrumento adaptado. Estudo realizado por Guerreiro da Silva (2004) apontou que essas queixas estão presentes em 57% das gestantes nomeando-as como transtornos emocionais. Assim foram adaptados alguns itens que passaram a ser: “A assistência à saúde que você está recebendo” → “A assistência pré-natal que você está recebendo” (item 3); “A intensidade de dor que você sente” → “A intensidade de desconforto que você sente” (item 4); “A possibilidade de ter uma velhice feliz” → “A possibilidade de ter uma criança” (item 29); no quesito desconforto foram englobadas as ocorrências fisiológicas como: náuseas, vômitos, urgência miccional, azia, lombalgia, fadiga e movimentos fetais; “Ter atividades de lazer, de diversão” foi inserida ao item 28, “Suas atividades de lazer”, indo ao encontro ao que preconiza Fernandes et al. (2004).

8.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após a coleta, os dados foram inseridos em planilhas do *software* Excel e em seguida, deu-se a análise estatística. Para a caracterização da amostra, foi realizada uma análise descritiva dos resultados, com médias e desvios padrão de cada domínio (Saúde/funcionamento, Psicológico/espiritual, Socioeconômico e Família) do questionário Índice de Qualidade de Vida *Ferrans & Powers* adaptado por Fernandes e Narchi (2007) e o questionário sociodemográfico. Na análise estatística dos dados, foram aplicados dois testes distintos, sendo justapostos para as variáveis categóricas em relação às dimensões do questionário Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado por Fernandes e Narchi (2007), o teste *t* de Student e o teste de Análise de Variância (ANOVA). Com relação às variáveis sociodemográficas contínuas, foi aplicado o teste de Correlação Linear de Pearson. O nível de significância foi de 5%, ou seja, com 95% de confiabilidade.

9 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos nesta pesquisa indicam o índice de participação das gestantes de alto risco atendidas em um Centro de Atendimento à Mulher de um município do Mato Grosso do Sul, durante a coleta de dados. De um universo de 330 gestantes, 110 participaram da pesquisa, indicando estatisticamente um bom patamar referente ao interesse e disponibilidade em contribuir para o estudo.

O tratamento estatístico foi dividido em três partes, sendo na primeira apresentados os dados sociodemográficos da amostra; na segunda parte, os testes estatísticos referentes a dados demográficos categóricos e na terceira parte, foram feitos os testes estatísticos referentes aos dados sociodemográficos contínuos.

9.1 PRIMEIRA PARTE: PERFIL DAS GESTANTES AMOSTRADAS

Os dados sociodemográficos das gestantes amostradas estão na Tabela 1.

TABELA 1 - Perfil das gestantes de alto risco atendidas, no ano de 2011, no Centro de Atendimento à Mulher do município Dourados, MS

Variável	n	%
Escolaridade:		
Ensino Fundamental	48	43,64
Ensino Médio	45	40,91
Ensino Superior	17	15,45
Religião:		
Católica	71	69,61
Evangélica	31	30,39
Cor:		
Branca	69	63,89
Negra	25	23,15
Amarela	14	12,96
Estado civil:		
Casado	78	75,00
Solteiro	26	25,00
Trabalho:		
Não	57	51,82
Sim	53	48,18
Hábito (fumar, beber, ingerir tereré, chimarrão, outros):		
Não	31	28,18
Sim	79	71,82
Atividade física:		
Não	77	70,00
Sim	33	30,00
Reside com:		
Família	98	89,09
Outros	12	10,91
Tipo moradia:		
Própria	63	61,76
Alugada	39	38,24
Nº filhos:		
0	20	18,18
1	46	41,82
2	34	30,91
Acima 4	10	9,09
Teve aborto:		
Não	75	68,81
Sim	34	31,19
Início pré-natal:		
1º trimestre	92	84,40
2º/3º trimestre	17	15,60

Tabela 1, evidenciam predomínio de 43,64%, de gestantes com Ensino Fundamental, 40,91%, Ensino Médio e 15,45%, Ensino Superior. Sobre a escolaridade, o Ministério da Saúde do Brasil considera a baixa escolaridade como fator de risco para a gravidez quando a mulher possui menos de cinco anos de estudo regular (BRASIL, 2005). Tais dados obtidos na presente pesquisa, podem ser comparados a estudos brasileiros relacionados às conquistas femininas no decorrer do século XX, quanto ao acesso à educação. No Brasil, as mulheres estão em igualdade de condições em relação aos homens ou apresentam níveis de escolaridade superiores (VIDO, 2006). Na última década do século XX (1991/2000), as mulheres foram beneficiadas principalmente no que se refere às taxas de analfabetismo, pois entre as pessoas de 15 anos ou mais de idade a porcentagem caiu de 20,1% para 13,6%. Essa queda continua sendo percebida no decorrer dos primeiros anos do século XXI, chegando a 11,8% em 2002. Entretanto, apesar dessa redução, o país ainda tem em total de 14,6 milhões de pessoas analfabetas. Vale ressaltar que a taxa de escolaridade de pessoas de 15 a 17 anos de idade na região Centro-Oeste em 1992 foi de 61,6%, passando em 2002 para 80,3% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA, 2011).

Na sociedade contemporânea, as mulheres tendem a buscar a realização profissional, adiando os planos pessoais, ou seja, o matrimônio e a maternidade. Sendo assim, elas buscam a estabilidade financeira, mas assim que podem não abrem mão de ter filhos. Ser mãe após os 35 anos de idade, a uma ou duas décadas atrás era raridade, e hoje a nova realidade tem sido um desafio para a medicina e os profissionais da saúde, uma vez que nessa idade pode ser necessário realizar tratamento para engravidar resultando em gravidez múltipla, normalmente de gêmeos ou até trigêmeos.

Em relação à renda familiar, o nível socioeconômico baixo é fator de risco para doenças como as síndromes hipertensivas gestacionais e a ocorrência de trabalho de parto prematuro (BARROS, 2006; CUNHA; DUARTE; NOGUEIRA, 1998). Dados da pesquisa realizada no município de Dourados, MS, com uma amostra de 50 gestantes consideradas de alto risco em 2008, aponta média de R\$ 600,00 referentes à renda familiar, demonstrando, portanto, a metade da renda familiar obtida neste estudo (ENGELMANN; REZENDE, 2008).

Na atual realidade a mulher que antes só se dedicava às tarefas domésticas, não é mais comum nesse meio. Um número cada vez mais expressivo de mulheres trabalha fora de casa e contribue muitas vezes com a renda familiar ou até garantir o sustento da família.

O aumento considerável de mulheres com acesso à escolaridade tem crescido em nosso país e a igualdade de condições em relação aos homens tem proporcionado melhores oportunidades no mercado de trabalho, podendo elas dessa forma, optar por melhores profissões/ocupações e, assim, contribuir para sua melhor qualidade de vida.

Aumann e Baird (1996) informam que a pobreza e a baixa condição educacional estão na raiz de problemas como más condições habitacionais, de higiene, alimentares, estando intimamente ligados a altas taxas de morbidade e mortalidade infantis, influenciando consequentemente a qualidade de vida do ser humano. A pesquisadora enquanto enfermeira obstetra, vivenciando grupos de gestantes e pré-natais encontra nas gestantes de baixo poder aquisitivo, uma gama de fatores como: analfabetismo, falta de cultura, conhecimentos a respeito de higiene e cuidados com a gravidez e até algumas vezes desconhecem a importância da assiduidade das consultas de pré-natal, levando a um descuido da saúde física e mental do binômio mãe-filho, acarretando muitas vezes a morbimortalidade de ambos.

Mais da metade das participantes (69,61%) são Católicas e 30,39%, são Evangélicas, o que demonstra a religiosidade presente na vida de todas as entrevistadas. Conforme Silva et al. (2010), há carência de estudos abordando a relação entre a saúde mental e a religiosidade das gestantes. Em um de seus estudos envolvendo 206 gestantes atendidas em centro de atendimentos à gestantes do município de Juiz de Fora, RJ, apontou que 60,8% eram praticantes de alguma religião, chegando à conclusão de que elas apresentavam menor frequência de sintomas depressivos e estresse. Percebe-se que a espiritualidade tem um aspecto positivo com efeitos psicológicos benéficos através da fé, contribuindo para melhorar a saúde mental, através da alta autoestima, portanto, influenciando positivamente a qualidade de vida.

De acordo com Ramos et al. (2003), o risco de mortalidade materna é maior em mulheres negras. Toda cor, exceto a branca é um fator de risco para as síndromes hipertensivas gestacionais, que são as causas principais de morte materna no país (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008). A hipertensão arterial incide em 5% a 10 % das gestantes, refletindo nos índices de morbidade e mortalidade materna e perinatal, sendo a causa mais importante de morte materna, responsável por 35% dos óbitos decorrentes de eclâmpsia, hemorragia cerebral, edema agudo de pulmões, insuficiência renal aguda e cardiopatias (BARROS, 2006). Conforme dados identificados neste estudo, 63,89% das gestantes pertencem a raça branca, seguido de 23,15%, negra e 12,96%, amarela. Para Montenegro e Rezende Filho (2008), a cor

tem interesse considerando-se ser o vício pélvico (distócias da pelve materna) mais comum na raça negra e nas mestiças.

Sobre o estado civil das gestantes de alto risco atendidas no Centro de Atendimento à Mulher desta pesquisa, a maioria (75%) é casada e a minoria (25%), solteira. Dados verificados em estudo com 202 gestantes na capital paulista apontou que 89,6% tinham parceiro fixo incluindo nesse perfil as casadas (LIMA, 2006). Percebe-se assim que as mulheres ainda buscam relações conjugais estáveis como o casamento. Para Aumann e Baird (1996) a situação conjugal estável vem a favorecer a não ocorrência de gestações indesejáveis ou não planejadas. A frequência de baixo peso no nascimento e de mortalidade perinatal dos filhos de mães solteiras é o dobro da das casadas. A influência dessa condição é evidente, uma vez que crescem estatísticas mostrando a maior morbimortalidade materna e fetal entre as solteiras (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008). Durante a coleta de dados, a pesquisadora observou que as gestantes casadas ou com companheiro fixo aguardavam as consultas de pré-natal acompanhadas de seus parceiros, enquanto que as solteiras participavam das consultas sozinhas ou acompanhadas de amigas ou familiares. As casadas demonstravam-se mais felizes do que as solteiras, as quais mesmo acompanhadas por outras pessoas permaneciam mais caladas e com semblante triste.

Em relação ao trabalho das gestantes 51,82% não trabalham ou estão afastadas do emprego e 48,18% trabalham. Dependendo da ocupação da mulher, levando em consideração o esforço físico, a carga horária, a rotatividade de horário, estresse, e somando-se o trabalho de casa, pode haver um fator de risco para problemas gestacionais (SCHIRMER; SUMITA; FUSTINONI, 2002). Percebe-se na pesquisa que a maioria das gestantes que trabalham fora de casa estando sujeita a realizar um esforço físico considerável, como no caso das domésticas, auxiliares de produção ou ainda, permanece muito tempo em uma só posição, como as balconistas e professoras. Salienta-se ainda que a função de dona de casa também tem seus pressupostos de esforço físico e estresse emocional, tornando-se também um fator de risco para a gestação.

Existe um consenso médico de que não há contraindicação por parte da gestante em trabalhar, ressaltando que o ambiente de trabalho deve proporcionar segurança para a gestante e o feto e, caso não haja essa condição, a gestante deve ser afastada dessas atividades, pois coloca em risco a saúde materna e fetal, como trabalhos que envolvem exposição à radiação ionizante, produtos químicos, posição ortostática obrigatória, grandes esforços físicos, entre

outros, como citados anteriormente. A prática de exercícios físicos, como caminhadas, natação, andar de bicicleta, pode ser indicada desde que não haja contraindicação. No entanto, algumas atividades como judô, ciclismo competitivo e mergulhos devem ser evitados, já que facilitam o risco para quedas e aumenta o risco de doença descompressiva fetal. Durante a prática das atividades a gestante deve utilizar uma roupa confortável e caso realize serviços domésticos, deve evitar levantar objetos pesados. Deve ser enfatizado que a gestante não deve realizar exercícios até sentir-se exausta, pois uma pessoa nessa condição tende a sentir fadiga com mais facilidade (WATANABE; FERRI, 2007).

Conforme o hábito das participantes (de ingerir bebida alcoólica, café, tereré, chimarrão e fumar), 71,82% possuem algum desses hábitos e 28,18% não. Vale ressaltar que a maior prevalência de hábitos foi em relação ao café, tereré e chimarrão, sendo que apenas duas gestantes relataram ter o hábito de beber e quatro, o hábito de fumar. Parada, Possato e Tonete (2007) explicam que o hábito de fumar durante a gestação ocasiona baixo peso ao nascer e a restrição do crescimento intrauterino e risco maior de prematuridade e morte perinatal. Tabagismo, alcoolismo e uso de drogas ilícitas podem ser prejudiciais tanto para mãe quanto para feto. O tabagismo tem sido associado a abortamento, prematuridade, descolamento prematuro da placenta, restrição do crescimento fetal e bolsa rota (MAGALHÃES et al., 2006). O uso do tabaco causa vasoconstrição periférica afetando a frequência cardíaca, a pressão sanguínea e o débito cardíaco e está associado ao baixo peso fetal (CARVALHO, 1990). As gestantes que param de fumar ou reduzem a quantidade de cigarros por dia e param de beber aumentam as possibilidades de sucesso da gestação (ZUGAIB, 2008).

Pesquisa realizada com objetivo de identificar os fatores associados ao fumo durante a gravidez com 5.539 gestantes nas cidades de Manaus, Fortaleza, Salvador, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, com 20 anos ou mais de idade, excetuando-se aquelas com diabetes prévia à gestação, concluiu que o hábito de fumar na gestação associou-se à baixa escolaridade e à paridade. Foram observadas, também, associações entre o aumento da idade e o uso de bebidas alcoólicas com fumo na gestação. Concluiu-se, também, que não foi observada nenhuma associação significativa entre cor da pele e situação ocupacional com fumo na gestação e que existe um efeito protetor que foi observado para mulheres casadas ou com companheiro. Entre as cidades, Porto Alegre apresentou o maior risco para fumo na gestação, seguida de São Paulo, Rio de Janeiro e Fortaleza (KROEFF et al., 2004).

O uso de medicamentos deve ser evitado, principalmente durante o primeiro trimestre de gravidez, pois a maioria dos medicamentos atravessam a barreira hematoencefálica, podendo ser teratogênicos ou causar prematuridade. O uso de medicamentos durante a gestação só deve ser realizado se for realmente necessário e com prescrição médica. (CARVALHO, 1990).

Quanto as gestantes analisadas por este estudo, uma parcela das gestantes que fumam e/ou ingerem bebida alcoólica necessita de um incentivo seja familiar seja da equipe profissional presentes no grupo de gestantes, com orientações sobre os malefícios causados pela bebida e pelo cigarro, fazendo-as refletir na própria saúde e na do seu bebê, sensibilizando-a desse modo, auxiliando na abstenção desses vícios.

Quanto ao hábito tomar café, tereré e chimarrão, por possuírem cafeína a qual é um alcaloide que atua diretamente no sistema nervoso central, existem estudos que sugerem associação entre o consumo materno e problemas fetais, como, por exemplo, o baixo peso ao nascer e aborto, quando ingeridas altas quantidades por dia (RANG; DALE, 1993). O estado do Mato Grosso do Sul agrega diversas culturas (paraguaia, gaúcha, entre outras) caracterizadas pelo consumo excessivo de tereré e chimarrão. Há um número alto de pessoas que apresentam esses hábitos rotineiramente, não possuindo muitas vezes o conhecimento dos malefícios que eles causam à saúde quando ingeridos em excesso.

Conforme a realização ou não de alguma atividade física, 70% das gestantes da amostra afirmaram não realizar nenhuma atividade física e 30% afirmaram realizar algum tipo de atividade física. O hábito de praticar exercícios físicos durante a gravidez quando consentido pelo médico e supervisionado por um educador físico ou fisioterapeuta é benéfico, tanto durante quanto após a gestação, pois alivia os desconfortos musculares, melhora a circulação sanguínea e previne a diabetes gestacional (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008). Baseado nesse contexto muitas vezes há privação de qualquer tipo de atividade física em decorrência da impossibilidade causada por alguma patologia associada à atual gestação, obrigando o médico à restrição de atividades físicas, uma vez que nem sempre há um acompanhamento de um educador físico, podendo nesse caso complicar ainda mais o percurso gestacional.

Um estudo desenvolvido por Rosa e Chiumento (2008?) com seis gestantes no último trimestre de gestação, utilizando o instrumento de qualidade de vida adaptado do

WHOQOOL, teve como objetivo analisar os benefícios que a fisioterapia aquática proporciona às gestantes e concluiu-se que durante o último trimestre gestacional os benefícios foram significativos relacionados à diminuição de dores lombares, à redução de peso corporal e à melhor capacidade funcional para realizar atividades de sua vida diária. Consequentemente melhorando seu estado físico e emocional quando essas gestantes relataram melhora após o estudo, com influência direta sobre a qualidade de vida. Mais uma vez percebe-se a importância do acompanhamento e do incentivo de um profissional de saúde, demonstrando a eficácia da atividade física durante a gestação indicando resultados benéficos para a saúde da gestante, melhorando a circulação corporal, trabalhando os exercícios para fortalecer os músculos abdominais, além das vantagens emocionais, colaborando para uma melhor qualidade de vida dessas mulheres.

No item relacionado à gestante residir ou não com a família 89,09% responderam residir com familiares, enquanto 10,91% relataram residir com outras pessoas. A noção de família descoberta pela literatura tem evidenciado forte representação na vida das mulheres, uma vez que permeia a construção social, cultural e histórica do ser humano e sua perpetuação da espécie (ZAMPIERE, 2001; MELLO, 2004).

A gestante, durante a gravidez, se torna sensível e emocionalmente fragilizada em decorrência da elevação hormonal, principalmente nos casos de gravidez de risco, fazendo-se necessário durante todo o processo gestacional além da presença familiar, o apoio e carinho dos familiares em sua rotina. Nota-se que a maioria das mulheres (61,76%) possue moradia própria, sendo que 38,24% não possuem. Nesse caso a moradia própria colabora para aprimoramento da qualidade de vida familiar.

No que se refere ao número de filhos que cada gestante possui 41,82% responderam ter um filho, 30,91% dois filhos, 18,18% não possuem ainda filhos e 9,09% possuem quatro filhos ou mais. Desse modo, os dados estão em harmonia com os demonstrados pelo Ministério da Saúde acerca dos índices de fecundidade no Brasil, que chegaram a 2,2 filhos por mulher, indicando reposição populacional. A redução da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida tem instigado mudanças na pirâmide etária brasileira, e isso em decorrência de fatores como: adoção de contraceptivos eficazes, diminuindo a incidência de gravidez e a entrada da mulher no mercado de trabalho. Enquanto nas décadas de 1950 e 1960 uma mulher, em média, possuía de 4 a 6 filhos, atualmente o casal possui uma média de 1 a 2 filhos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Considerando se as gestantes já apresentaram ou não aborto em gestações anteriores, 68,81% não tiveram aborto em gestações anteriores, enquanto que 31,19%, já tiveram casos de aborto em gestações prévias. Conforme Montenegro e Rezende Filho (2008), é abortamento a expulsão do ovo antes de 22 semanas de gestação ou com o conceito pesando menos de 500 gramas, e pode ser classificado como espontâneo ou provocado. Qualquer doença materna grave ou traumatismo pode conduzir ao abortamento.

A literatura refere que, quando a mulher tem história de abortamento anterior à gestação atual, há maior risco de se repetir o caso, sendo portanto uma gravidez de risco (NEME, 2000). Os fatores maternos em relação ao abortamento são infecções, doenças cromossômicas debilitantes, anormalidades endócrinas, estado nutricional deficiente, uso de drogas, fatores imunológicos e anomalias estruturais do útero. As anomalias uterinas ou da cérvix estão frequentemente associadas a abortamentos e a partos prematuros (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

As gestantes que participaram da entrevista, e que apresentaram um ou mais casos de abortamento em gestações prévias, possuíam um acompanhamento mais assíduo das consultas de pré-natal de alto risco. Conforme o início do pré-natal, 84,40% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação e 15,60% iniciaram no segundo ou terceiro trimestre. Percebeu-se que algumas das mulheres só iniciaram o pré-natal após o primeiro trimestre devido a não desconfiarem da gravidez.

Conforme Vido (2006) para o Ministério da Saúde o acompanhamento do pré-natal deve ser o mais precocemente possível (1º trimestre de gestação), para que perante qualquer alteração seja tomada a conduta adequada garantindo a saúde e o bem-estar do binômio mãe e filho. O número de grávidas que principiam o pré-natal no primeiro trimestre de gestação é um dos parâmetros utilizados para avaliar a qualidade de assistência materno-fetal (ZUGAIB, 2008). Nos Estados Unidos, em 2004, 84% das grávidas iniciaram seu pré-natal no primeiro trimestre, 3,6% não receberam nenhuma assistência ou receberam após o segundo trimestre (MARTIN et al., 2005) o que demonstrou a falta de cuidados e/ou desconhecimento delas da importância da assistência pré-natal para o binômio mãe e filho. Ramos et al. (2003) relatam a importância do acompanhamento pré-natal em uma pesquisa sobre mortalidade materna realizada no Rio Grande do Sul em um hospital referência para gestantes de alto risco, onde 42% das mulheres que morreram não tinham realizado sequer uma consulta pré-natal.

As gestantes questionadas sobre a data da última menstruação, data provável do parto e com quantos meses ou semanas se encontravam, algumas respondiam com precisão as datas enquanto que outras consultavam os dados na carteirinha de pré-natal. Isso demonstrou o interesse e conhecimento frente a gestação, pois nenhuma das entrevistadas demonstrou desconhecimento sobre dados referentes à sua gravidez. Acredita-se que esses conhecimentos a respeito da gestação estão relacionados à qualidade de assistência prestada pelo serviço de saúde e pelos profissionais de saúde envolvidos na atenção prestada à gestante de alto risco.

Em relação aos problemas apresentados na gestação, para conhecimento do motivo da classificação da gestação de alto risco, as patologias mais citadas foram: hipertensão arterial (29%), diabetes gestacional (17,2%), problemas relacionados à placenta (4,2%). As demais patologias foram variadas: infecção urinária, ameaça de aborto, toxoplasmose, aumento de peso, trabalho de parto prematuro, hepatite B, ameaça de trombofilia, miomas uterinos, doença de chagas, citomegalovírus, problemas renais, perda de líquido amniótico, desvio de coluna, incompetência istmo-cervical, osteoporose, hipotireoidismo, dentre outras. Das 110 gestantes, 6,3% não apresentavam patologias, apenas estavam grávidas de gêmeos e 5,4% não responderam à questão.

De acordo com Aumann e Baird (1996) a mortalidade de gêmeos é duas a três vezes maior do que a de nascimentos únicos, sendo a causa principal a prematuridade. As mulheres com gestação múltipla apresentam maior incidência de pré-eclâmpsia, anemia, poli-hidrâmnio e hemorragia pós-parto.

A prenhez gemelar representa apenas 3% de todos os nascimentos e está relacionada com o aumento dos índices de morbidade e mortalidade perinatal. Além disso, 17% dos partos pré-termos (< 37 semanas), 23% dos muito pré-termo (< 32 semanas), 24% dos infantes de baixo peso (< 2.500 g) e 26% daqueles de muito baixo peso (< 1.500 g). A mortalidade perinatal dos gemelares é cerca de seis vezes maior do que ocorrida nos fetos de gestação única. Embora os gemelares tenham risco aumentado de morbidade, os triplos e os de mais elevada ordem tem pior prognóstico. Todos os sobreviventes pré-termo apresentam maior risco de comprometimento físico ou mental (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

O risco de pior prognóstico perinatal está acrescido pela maior idade materna. As mulheres que utilizam a reprodução assistida são mais velhas e têm maior tendência a

hipertensão, diabetes, distocias e operação cesariana (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

Os autores ainda afirmam que as anomalias congênitas são mais frequentes na prenhez gemelar e a admissão à unidade de terapia intensiva neonatal é requerida por $\frac{1}{4}$ dos gêmeos, $\frac{3}{4}$ dos triplos e, virtualmente, por todos os quádruplos. Para ele, assim como nas demais literaturas buscadas, a gemelaridade está associada a elevada morbidade materna. Mulheres com prenhez gemelar têm risco de seis vezes maior de hospitalização por complicações, incluindo a pré-eclâmpsia, parto pré-termo, rotura prematura das membranas pré-termo, descolamento prematuro da placenta, pielonefrite e hemorragia pós-parto.

Um estudo envolvendo 150 gestantes de alto risco no município de Barreiras, BA, em 2008, constatou que 21,33% tinham idade maior ou igual a 35 anos, 18,67% tinham hipertensão arterial e 12% tinham idade menor ou igual a 15 anos (STEFFENS; BASTOS; MACHADO, 2011). Outro estudo semelhante, realizado em Taubaté, SP, envolvendo 264 prontuários de gestantes para o levantamento do seu perfil e a patologia de maior prevalência, foi constatado que 21% apresentavam hipertensão arterial (BUZZO et al., 2007). Nota-se que a hipertensão arterial encontra-se presente em diversos estudos em uma porcentagem considerável, corroborando com as maiores causas de morte materna no Brasil segundo o Ministério da Saúde.

As gestações de alto risco são responsáveis por 80 a 90 % da morbimortalidade perinatal. No Brasil, 20 a 30% das gestações são de alto risco e nos países desenvolvidos esse percentual gira em torno de 10% (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008). Conforme a vivência profissional da pesquisadora, há sem dúvidas um risco significativo de gestantes de alto risco que chegam a óbito decorrentes de diversos fatores a respeito das condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior à gestação atual, intercorrências clínicas crônicas e doença obstétrica atual. Porém o fator decisivo para morbimortalidade é a não adesão ao pré-natal.

Aproximadamente uma em quatro gestantes recebe o diagnóstico de gestação complicada ou de alto risco, sendo que ela tem uma tendência mais alta de morbimortalidade, quando comparada com mães na população em geral. Além disso, o risco da mulher e do feto pode mudar durante os meses da gravidez e diversos problemas podem ocorrer durante o trabalho de parto, no parto ou no puerpério, até mesmo em mulheres sem risco conhecido anteriormente ao parto (RICCI, 2008).

Existem diversos fatores que aumentam o risco de desenvolver as síndromes hipertensivas na gestação, como o diabete mellitus, doença renal, obesidade, gravidez múltipla, primiparidade, idade superior a 30 anos, antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclâmpsia e/ou hipertensão arterial crônica e raça negra (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008). Nesse caso, é de suma importância que durante o planejamento familiar e no pré-natal, sejam abordadas orientações a respeito dos riscos gestacionais, com o objetivo de conscientização dessas mulheres, que muitas vezes não têm a noção do risco que correm, se não planejada uma gestação e se não levado a sério o cuidado com sua saúde antes, durante e após o parto.

Sendo a gestação considerada de alto risco e durante as consultas de pré-natal a gestante conhecendo os fatores de risco, estressores psicológicos como o medo, ansiedade e estresse se fazem presentes não só na vida da mulher, mas também na vida dos seus familiares. Com o auxílio da equipe multiprofissional a qual deve não somente cuidar da saúde física dessas mulheres, mas também compreender e orientar quanto à saúde psicológica, faz-se necessário orientá-las a alcançar uma sensação de equilíbrio emocional, humanizando assim o atendimento a essas mulheres o que consequentemente refletirá no bem-estar emocional dos seus familiares, aumentando a saúde física e mental, reduzindo possíveis complicações durante a gestação, parto e puerpério.

Uma pesquisa realizada no Brasil pelo Ministério da Saúde, em 2006, sobre o número de óbitos de mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos, verificou-se que houve um aumento progressivo do grupo etário de 10 a 14 para o de 45 a 49 anos, sendo o padrão esperado da mortalidade. Os óbitos da faixa etária mais baixa representaram 2,6% e da mais alta, de 45 a 49 anos, corresponderam a 27,4% das mortes. Nas regiões Sul e Sudeste ocorreram menores proporções de mortes no grupo etário de 10 a 14 anos (2,2%) e as maiores no grupo de 45 a 49 anos (34,4% e 30,6%, respectivamente). Esse fato poderia estar relacionado à melhor condição de saúde nessas duas regiões, com menor mortalidade nas idades mais baixas e maior nas mais avançadas, considerando-se a faixa etária de 10 a 49 anos (BRASIL, 2006b).

Estudo realizado na França demonstrou que 66% dos óbitos incididos no período estudado eram evitáveis, sendo que 54,1% foram referentes à má qualidade da assistência, 10,8%, à negligência da gestante e 2,7%, à má prática. Outro estudo realizado no Reino Unido e Holanda com o objetivo de analisar a evitabilidade e a qualidade da assistência, concluiu que os problemas assistenciais ocorrem principalmente nas causas hipertensivas e nas hemorrágicas (BOUVIER-COLLE et al., 1991).

Os níveis de mortalidade materna revelam uma significante disparidade ao se compararem diferentes patamares de desenvolvimento entre países ou regiões. O balanço dos índices de mortalidade materna em 141 países, representando 78,1% dos nascimentos no mundo, comprovou, nos países desenvolvidos, uma média de sete mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos. Na Ásia, África e América Latina as médias foram de 37, 71 e 498. Segundo Soares et al. (2010) a análise realizada pela Organização Mundial de Saúde, referente às causas de mortes maternas, evidenciou que na África e na Ásia a principal razão de morte materna foi proveniente de quadros hemorrágicos, já na América Latina e Caribe o principal motivo dos óbitos foi a hipertensão.

Fica evidente que não só o Brasil, mas outros países apresentam como principal causa de morte materna a hipertensão arterial, e que por vezes é decorrente também de uma inadequada assistência prestada durante o ciclo gravídico-puerperal, que necessita não somente de um quadro suficiente de profissionais, mas principalmente de uma equipe de saúde qualificada direcionada a atender esse público.

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, de maneira geral, as neoplasias são as principais causas básicas de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos no Brasil (24,4%), seguido pelas doenças do aparelho circulatório e em terceiro lugar, as causas externas (15,5%). As doenças infecciosas e parasitárias representam o quarto mais relevante grupo de causas de morte, sendo responsáveis por 12,5% do total de óbitos de mulheres (BRASIL, 2006b).

9.2 SEGUNDA PARTE: ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS CATEGÓRICOS

Para comparação da qualidade de vida das gestantes de alto risco em relação aos dados obtidos foram utilizados o teste *t* de Student, teste ANOVA com a finalidade de detectar diferenças significativas entre a média dos escores em cada um dos domínios do questionário Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado, a um nível de 95% de confiabilidade.

No caso da escolaridade das gestantes, não houve diferença entre os escores do Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado em nenhum domínio, ou seja, a qualidade de vida das gestantes não é influenciada por seu grau de escolaridade (TABELA 2).

TABELA 2 - Escolaridade (ensino) das gestantes em relação ao Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers adaptado

Domínio	Variável	n	média	DP	F*	p
Saúde/funcionamento	Fundamental	48	21,70	3,66		
	Médio	45	22,07	3,59	0,17	0,845
	Superior	17	22,14	2,88		
Psicológico/espiritual	Fundamental	48	25,66	3,35		
	Médio	45	25,19	4,11	0,22	0,803
	Superior	17	25,60	2,61		
Socioeconômico	Fundamental	48	23,23	3,94		
	Médio	45	23,30	4,09	0,01	0,986
	Superior	17	23,11	2,80		
Família	Fundamental	48	25,56	3,97		
	Médio	45	24,66	4,28	0,7	0,500
	Superior	17	25,60	3,15		

*ANOVA.

Esses dados são semelhantes aos encontrados em outra pesquisa com 202 gestantes, de um serviço de pré-natal filantrópico de São Paulo em 2005, em que ficou evidente que a escolaridade não influenciou significativamente sua qualidade de vida (LIMA, 2006).

Durante a vivência da pesquisadora enquanto enfermeira obstetra, acredita-se que o grau de escolaridade das gestantes tem influenciado significativamente a sua saúde , pois as mesmas apresentam-se mais orientadas sobre o autocuidado com a gestação quanto à alimentação, aspectos mentais, exercícios e aspectos físicos como a pele e mamas, além dos seus direitos e deveres. Percebe-se ainda que aquelas gestantes com menos escolaridade tem mais dificuldade de assimilar as orientações realizadas no pré-natal, como exames e medicações, chegando às vezes a influenciar o acompanhamento da gestação. Dessa forma, faz-se necessário realizar orientações objetivas, sem deixar de atendê-la de forma integral.

Em relação à religião praticada pelas gestantes não houve diferenças nos domínios em relação à qualidade de vida (TABELA 3).

TABELA 3 - Religião das gestantes em relação ao Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado

Domínio	Variável	n	média	DP	t	p
Saúde/funcionamento	Católica	71	21,88	3,72	0,69	0,409
	Evangélica	31	22,50	2,74		
Psicológico/espiritual	Católica	71	25,38	3,50	0,78	0,380
	Evangélica	31	26,04	3,34		
Socioeconômico	Católica	71	23,05	3,99	0,95	0,332
	Evangélica	31	23,87	3,67		
Família	Católica	71	25,27	3,91	0,08	0,783
	Evangélica	31	25,51	4,14		

Estudo com 198 gestantes, ocorrido em um município do interior de São Paulo, apontou com maior número de escore e portanto, com importante influência na vida das gestantes que participaram do estudo, a fé em Deus (VIDO, 2006).

Na atividade profissional da pesquisadora, observa-se que a religião é um aspecto relevante no que diz respeito à qualidade de vida das gestantes, uma vez que a fé, ligada a orações, faz com que as esperanças de um resultado positivo diante dos problemas enfrentados durante a gravidez, se façam presentes aumentando significamente sua saúde mental refletindo numa melhora da saúde física e, consequentemente, melhorando a qualidade de vida durante o ciclo gravídico puerperal.

O apelo religioso se referindo às gestantes de alto risco possivelmente está acentuado pela presença da doença prévia que pode afetar a integridade física do filho e da mulher. Nesse caso a crença religiosa confere fator de encorajamento diante do risco gravídico (DOURADO; PELLOSO, 2007). As chances de enfrentar a gestação de risco, aumentam quando a “fé” e a “esperança” se fazem presentes, pois são imprescindíveis para o controle de seu estado emocional, constituindo um recurso ímpar nos momentos de dificuldades.

Conforme Dalgalarroondo (2007), nas duas últimas décadas no Brasil os estudos sobre saúde mental e religião têm aumentado. Herrera (1999 apud DALDALORRONDO, 1999), em pesquisa científica sobre religião realizada em meio acadêmico no Brasil, verificou que estudos científicos sobre religião iniciou-se de forma mais sistemática nos anos de 1930, com a institucionalização da sociologia. De fato atualmente a maior parte dos estudos é realizada nos campos da sociologia, teologia e antropologia, sendo as pesquisas em psicologia e saúde relativamente menores.

Foi analisado se a cor interfere na qualidade de vida das gestantes e os resultados demonstraram que não há diferença entre cor e a qualidade de vida em nenhum domínio do Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado (TABELA 4).

TABELA 4 - Cor das gestantes em relação aos domínios do Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado

Domínio	Variável	n	média	DP	F*	p
Saúde/funcionamento	Branca	69	21,73	3,29		
	Negra	25	22,32	3,93	0,31	0,733
	Amarela	14	22,20	3,65		
Psicológico/espiritual	Branca	69	25,32	3,40		
	Negra	25	26,17	2,31	0,57	0,566
	Amarela	14	25,61	4,93		
Socioeconômico	Branca	69	23,30	3,50		
	Negra	25	23,82	3,98	0,37	0,689
	Amarela	14	22,78	4,02		
Família	Branca	69	25,01	3,99		
	Negra	25	26,27	3,53	1,14	0,324
	Amarela	14	24,68	4,04		

*ANOVA.

Apesar de 63,89% das entrevistadas serem brancas, uma parte (23,15%) é de afro-brasileiras, o que ficou evidente que esse público, se sofre ou não racismo, não há interferência no construto da saúde (biopsicossocial) não inflenciando a qualidade de vida delas. Embora pacientes de cor preta sejam mais susceptíveis às doenças como hipertensão arterial, doenças coronarianas, obesidade, acidentes vasculares cerebrais, miomas e câncer de pele, neste estudo esses fatores não influenciaram a qualidade dessas pacientes.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é uma resposta do Ministério da Saúde frente as desigualdades em saúde que afligem esta população e reconhecimento de que suas condições de vida implicam em injustos processos sociais, econômicos e culturais presentes na história do país. A história deste país, construída sobre as bases de desigualdade, estabeleceu à população negra o lugar das classes sociais mais pobres e de condições mais precárias. Não há como negar que persiste, em nossa sociedade, um racismo velado. Em virtude disso, o Ministério da Saúde recorreu a estudos que corroboram

com estas desigualdades e instituiu um diálogo com os movimentos sociais através do Comitê Técnico de Saúde da População Negra. Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS, consubstanciam o objetivo do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (BRASIL, 2010c).

Quanto ao estado civil das gestantes em relação ao instrumento Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado, houve diferença significativa nos domínios Socioeconômico ($p=0,006$) e Família ($p=0,019$) nos quais as gestantes solteiras apresentam baixo resultado de qualidade de vida em relação às gestantes casadas (TABELA 5). Esse resultado confirma a hipótese mencionada anteriormente pela pesquisadora, em que as amostras de gestantes solteiras, possuem menor escore de qualidade de vida quando comparadas com as gestantes casadas.

TABELA 5 - Estado civil das gestantes em relação aos domínios do Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado

Domínio	Variável	n	média	DP	t	p
Saúde/funcionamento	Casado	78	22,17	3,39	0,13	0,716
	Solteiro	26	21,90	3,16		
Psicológico/espiritual	Casado	78	25,79	3,62	1,88	0,173
	Solteiro	26	24,68	3,45		
Socioeconômico	Casado	78	23,96	3,46	7,86	0,006
	Solteiro	26	21,70	3,84		
Família	Casado	78	25,79	3,77	5,69	0,019
	Solteiro	26	23,73	3,98		

A ausência de parceiro fixo é um fator de risco para a gestação mesmo a gravidez sendo desejada (BRASIL, 2005). Conforme Magalhães et al. (2006), evidências demonstram que a gestação evolui melhor quando o companheiro compartilha da gravidez. Essa constatação ocorreu como resultado das comparações encontradas em pesquisa realizada com 198 gestantes com o objetivo de analisar se sua qualidade de vida varia no primeiro, segundo e terceiro trimestre. No que se refere ao estado civil a maioria das gestantes que estão casadas estão inseridas na amostra de gestantes do primeiro trimestre as quais foram as que obtiveram estatisticamente melhor índice de qualidade de vida (VIDO, 2006).

Uma pesquisa realizada sobre a qualidade de vida dos professores de enfermagem em Dourados, MS, revelou que a situação conjugal dos participantes casados demonstrou melhor qualidade de vida, sendo justificado pelo fato de que a renda de cada um dos cônjuges poderia vir a contribuir de forma complementar na renda do casal, ao passo que na população solteira os indivíduos teriam que assumir as despesas sozinhos, não tendo um parceiro para contribuir para o pagamento de despesas e investimentos levando, consequentemente, a menor qualidade de vida (ARAUJO; SOUZA, 2011).

Na prática da pesquisadora enquanto enfermeira e docente e participando de grupo de gestantes, pré-natais, internações de gestantes na maternidade, acompanhamento de gestantes tanto de baixo quanto de alto risco, percebe-se que a ausência de um companheiro na vida dessas mulheres, influencia de maneira significativa a parte emocional das mesmas. Quando se descobre que a gestante é “mãe solteira”, sentimentos de mágoa, rancor, arrependimento são exaltados por elas, afetando sua qualidade de vida em consequência do abalo emocional do desejo que a maioria das mulheres tem de compartilhar a gravidez com um companheiro e/ou marido. Em se tratando de uma gravidez de risco, altera-se ainda mais o estado emocional das gestantes pois a carência de afeto é ainda maior, o que ficou comprovado com os resultados encontrados.

A situação conjugal instável é um fator de risco da gravidez e agravante para as complicações obstétricas como parto pré-termo, baixo peso ao nascer, aumento da mortalidade perinatal, pois a gestante não tem a oportunidade de assumir e dividir a responsabilidade pela vida do filho com seu parceiro (DOURADO, 2005).

“Trabalha ou não”, não interfere na sua qualidade de vida em nenhum domínio do Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado. Apesar de, as gestantes serem consideradas todas de alto risco, uma boa porcentagem delas trabalha sem que isso interfira na sua qualidade de vida. Por um outro lado, as gestantes que não trabalham ou estão impossibilitadas pela saúde afetada em decorrência da sua gestação de risco, também esse fato de estarem sem trabalhar por um tempo não interfere na sua qualidade de vida (TABELA 6).

TABELA 6 - Se a gestante trabalha em relação ao Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado

Domínio	Variável	n	média	DP	t	p
Saúde/funcionamento	Não	57	22,34	3,12	1,67	0,198
	Sim	53	21,47	3,85		
Psicológico/espiritual	Não	57	25,15	3,80	0,89	0,349
	Sim	53	25,79	3,30		
Socioeconômico	Não	57	23,36	3,75	0,11	0,740
	Sim	53	23,11	3,93		
Família	Não	57	25,56	3,99	0,97	0,327
	Sim	53	24,81	3,98		

Conforme Gomes (2007) para o trabalho abrange produtividade e qualidade, é indispensável ter indivíduos saudáveis e atribuídos de qualidade. Em contrapartida, comumente, a organização do trabalho pressiona o indivíduo, ocasionando estados de doenças, insatisfação e desmotivação, induzindo a um comprometimento da sua qualidade de vida (SOUZA; CARVALHO, 2010). Entretanto não foi o que ocorreu com nossa amostra de mulheres, pois independente de trabalharem ou não isso não influenciou sua qualidade de vida em nenhum dos domínios atribuídos.

O fato de a gestante possuir algum hábito de ingerir bebida alcoólica, fumar, tomar café, tereré, chimarrão, outros) rotineiramente, não interfere na qualidade de vida das mesmas. A maior frequência de consumo das gestantes foi em relação café, tereré e chimarrão, sendo que apenas duas gestantes disseram ter o hábito de ingerir bebida alcoólica e quatro o hábito de fumar. Apesar de uma minoria da amostra não fumar e os hábitos citados não influenciarem a qualidade de vida das gestantes, há presença de quatro mulheres que fumam durante a gestação e podem acarretar em danos a seus bebês, podendo futuramente influenciar a qualidade de vida e saúde física do binômio mãe e filho (TABELA 7).

TABELA 7 - Se a gestante possui algum hábito (beber tereré e/ou, chamarão, bebida alcoólica, café, fumar) em relação ao Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado

Domínio	Variável	n	média	DP	t	p
Saúde/funcionamento	Não	31	21,50	3,63	0,63	0,428
	Sim	79	22,09	3,46		
Psicológico/espiritual	Não	31	25,74	3,06	0,26	0,611
	Sim	79	25,35	3,76		
Socioeconômico	Não	31	23,50	3,48	0,20	0,653
	Sim	79	23,14	3,96		
Família	Não	31	24,74	4,07	0,56	0,457
	Sim	79	25,38	3,96		

Sé e Amorim (2009) realizaram um estudo sobre as ações de enfermagem junto à mulheres frente a implicações clínicas do tabagismo na gestação no período de 1986-2007 e obtiveram como principais consequências: recém-nascidos com baixo peso ao nascer, prematuridade, alterações útero-placentárias, crescimento intrauterino retardado e mortalidade perinatal. Segundo os autores, a nicotina foi classificada “droga” pela Organização Mundial da Saúde em 1997, o que fez com que o tabagismo fosse inserido no grupo dos transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, na décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças.

O hábito de fumar e ingerir bebidas alcoólicas na gestação acarreta implicações para a saúde materno-infantil. Enquanto enfermeira, a pesquisadora considera imprescindível a abordagem do tema “tabagismo e alcoolismo”, bem como a ingestão de excesso de cafeína presentes no café, tereré e chamarão para as gestantes durante o pré-natal. A atuação dos profissionais de saúde no campo da educação nessa área se faz necessária em grupos de gestantes, sala de espera das consultas pré-natais bem como em grupos de aleitamento materno, orientando essas gestantes quanto aos malefícios desses hábitos rotineiros durante a gravidez e no pós-parto (durante o aleitamento materno), para prevenção das doenças materno-fetais bem como na preservação da sua qualidade de vida.

Faz-se necessário identificar antecipadamente a população de risco para o fumo na gestação, focalizando os fatores determinantes como baixa escolaridade, paridade, situação conjugal e consumo de álcool. Como intervenções de enfermagem seria necessário elaborar ações educativas em saúde para as mulheres desses grupos de risco, visando à sensibilização

para os efeitos nocivos do fumo para a saúde da mãe e do bebê. Para Kroeff et al. (2004), os profissionais da saúde devem estar preparados para estimular a redução e cessação do fumo.

Não houve diferença na qualidade de vida entre as gestantes que praticam ou não atividades físicas. A maioria (70%) não realiza atividades físicas, o que provavelmente levámos a suspeitar que, pelo fato de a amostra ser composta de gestantes de risco, elas ficam impossibilitadas de realizar exercícios físicos em virtude de sua patologia associada à gestação (TABELA 8).

TABELA 8 - Se a gestante pratica atividade física em relação ao Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers adaptado

Domínio	Variável	n	média	DP	t	p
Saúde/funcionamento	Não	77	21,70	3,61	1,01	0,317
	Sim	33	22,43	3,23		
Psicológico/espiritual	Não	77	25,33	3,84	0,31	0,577
	Sim	33	25,75	2,84		
Socioeconômico	Não	77	23,13	4,10	0,23	0,635
	Sim	33	23,51	3,11		
Família	Não	77	25,29	3,76	0,14	0,707
	Sim	33	24,98	4,52		

Estudo realizado por Ferreira e Evangelista (2010) em Porto Velho, RO, constituído por 60 gestantes que frequentavam o pré-natal em uma unidade básica de saúde em 2010, comprovou que a estimulação de exercícios físicos na promoção à saúde das mulheres gestantes é fundamental para sua saúde e alívio dos desconfortos gerados pela gestação, contribuindo também para o equilíbrio emocional.

A prática de exercícios físicos na gravidez teve início no século XX. Contudo foi na década de 1990 que o *College of Obstetricians and Gynecologists* promoveu algumas sugestões, pelas quais as gestantes que estivessem em condições adequadas de saúde, fizessem 30 minutos de exercícios de três a quatro vezes por semana com atividades moderadas, prevenindo problemas na gestação (SIMÕES et al., 2008).

Durante a prática profissional da pesquisadora, atuando em hospitais, unidades de saúde pública do estado de São Paulo e do Mato Grosso do Sul, observou-se que não é

comum um educador físico e/ou fisioterapeuta na equipe de pré-natal e grupos de gestantes para trabalhar especificamente com esse público de mulheres gestantes com ou sem risco gestacional. Percebe-se a importância da atividade física para essas mulheres, uma vez que já foram comprovados em pesquisas os benefícios físicos e psicológicos provenientes da atividade física, mesmo que moderada, durante a gestação. Nas gestações de alto risco em que a gestante fica restrita para realizar qualquer atividade física em decorrência do repouso absoluto, por exemplo, o profissional responsável pela atividade física poderia realizar aulas de relaxamento, focando a respiração como acontece nas aulas de yoga. Com certeza trabalhando a saúde mental dessas mulheres impossibilitadas de participarem da atividade física, seria dada atenção à parte psicológica a que se refletiria na qualidade de vida, nesse período de tensão devido à gravidez de risco.

Em relação à gestante residir ou não com a família, não interfere na sua qualidade de vida. Vale ressaltar que a maioria das gestantes do estudo reside com a família, o que faz pressupor que estão satisfeitas com a companhia de familiares, influenciando de maneira positiva a qualidade de vida delas (TABELA 9).

TABELA 9 - Com quem a gestante reside em relação ao Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado

Domínio	Variável	n	média	DP	t	p
Saúde/funcionamento	Família	98	21,97	3,52	0,21	0,649
	Outros	12	21,48	3,47		
Psicológico/espiritual	Família	98	25,61	3,48	1,62	0,206
	Outros	12	24,23	4,14		
Socioeconômico	Família	98	23,41	3,72	1,82	0,180
	Outros	12	21,84	4,47		
Família	Família	98	25,39	3,93	2,09	0,151
	Outros	12	23,64	4,23		

Estudo realizado em São Paulo com 100 gestantes de alto risco, internadas em uma maternidade pública em 2010, com o objetivo de investigar as representações sociais de mulheres com diagnóstico de alto risco, verificou-se que o impacto da gestação de alto risco influenciou não só a gestante mas também seus familiares e companheiro, ou seja, o medo e a angústia foram vivenciados por todos (QUEVEDO, 2010). Esses dados corroboram o fato de

que a família contribui positivamente para amparar essas mulheres que passam por momentos difíceis durante o ciclo gravídico-puerperal, necessitando do apoio familiar dividindo assim os anseios e sofrimentos vivenciados por elas.

Por outro lado, a família pode ser afetada pela hospitalização prolongada das gestantes de alto risco levando-as a não receber o apoio necessário de seus familiares no processo de hospitalização (COSTA, 2002). Porém, se a família for inserida no contexto de sua hospitalização, contribuindo para um suporte familiar, dividindo as responsabilidades do lar (cuidando dos filhos, serviços domésticos, assessorando o lar de uma forma geral) as gestantes sentem-se mais seguras e tranquilas, podendo enfrentar melhor sua internação, sem preocupar-se com o afastamento do seu lar.

Dessa forma é necessário que a equipe de saúde comprehenda cada caso das gestantes em particular, com um olhar mais amplo do seu contexto familiar , para ajudá-las a superar os obstáculos impostos pelo risco gestacional, principalmente focando o aspecto emocional, através de uma assistência humanística que vise amparar a qualidade de vida delas. Ainda dentro desse contexto, ressalta-se que o papel do enfermeiro vai muito além do planejamento de cuidados desse público, pois ele tem que ter a sensibilidade de conhecer o universo familiar dessas mulheres e tentar trazer os familiares para auxiliar no enfrentamento frente diante da gestação de risco.

Se a gestante mora em casa própria ou alugada não interfere na sua qualidade de vida. De acordo com Aumann e Baird (1996), os fatores que levam um feto ao maior risco estão inter-relacionados, sendo a pobreza e a baixa condição educacional a raiz de tais problemas. A situação socioeconômica influencia diretamente as condições habitacionais, de higiene e alimentares. O ambiente social em que a gestante vive e, até seu estado civil, podem influenciar o mau desenvolvimento do pré-natal.

O resultado obtido demonstra que independentemente da moradia ser ou não própria, o que se prioriza é a qualidade de vida relacionada ao ambiente familiar, uma vez que sua renda gira em torno de dois salários mínimos, não interferindo na qualidade de vida (TABELA 10).

TABELA 10 - Tipo de moradia da gestante em relação ao Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado

Domínio	Variável	n	média	DP	t	p
Saúde/funcionamento	Própria	63	21,72	3,53	0,24	0,626
	Alugada	39	22,08	3,65		
Psicológico/espiritual	Própria	63	25,65	2,85	0,69	0,410
	Alugada	39	25,03	4,72		
Socioeconômico	Própria	63	23,35	3,86	0,17	0,685
	Alugada	39	23,03	3,99		
Família	Própria	63	24,90	3,83	0,7	0,405
	Alugada	39	25,59	4,35		

Já em relação ao número de filhos das entrevistadas, houve diferença significativa no domínio Saúde/funcionamento ($p=0,037$) sendo que quanto maior o número de filhos pior a qualidade de vida no domínio significativo (TABELA 11). O que corrobora as hipóteses mencionadas pela pesquisadora de que: quanto maior o número de filhos, menor o escore da qualidade de vida da amostra.

TABELA 11 - Número de filhos em relação ao Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado

Domínio	Variável	n	média	DP	F*	p
Saúde/funcionamento	0	20	22,93	3,10	2,94	0,037
	1	46	22,49	2,91		
	2	34	21,23	3,75		
	Acima de 4	10	19,65	4,79		
Psicológico/espiritual	0	20	25,78	2,52	0,88	0,455
	1	46	25,86	3,36		
	2	34	25,15	3,47		
	Acima de 4	10	24,02	6,03		
Socioeconômico	0	20	23,44	3,61	0,93	0,431
	1	46	23,83	2,78		
	2	34	22,65	4,07		
	Acima de 4	10	22,14	6,76		
Família	0	20	23,66	4,60	2,02	0,115
	1	46	26,10	3,27		
	2	34	24,75	3,94		
	Acima de 4	10	25,67	5,19		

*ANOVA.

Estudo realizado em uma cidade do interior do Paraná com relação à taxa de fecundidade no estado, apontou que a probabilidade de ter um ou mais filhos cresce quando aumenta a idade da mulher. Entretanto, quanto maior o nível de escolaridade, menor a probabilidade de se ter um número maior de filhos. Todavia, essas duas variáveis estão correlacionadas, uma vez que a dedicação intensa aos estudos e a preocupação com o ingresso no mercado de trabalho fazem com que a mulher adie os planos relacionados à formação de uma família (LOPES; PONTILI, 2007).

Com isso parte-se do pressuposto de que quando a mulher possui um número menor de filhos, ela pode se programar em relação à qualidade do seu trabalho, seja dentro seja fora de casa, não se preocupando tanto em trabalhar para sustentar uma família grande, aumentando muitas vezes sua carga horária em prol do sustento dos filhos. Mesmo a mulher não trabalhando fora de casa, para ajudar na renda familiar, o próprio desgaste é encontrado dentro de casa nos afazeres domésticos e no cuidado com os filhos, alterando significativamente sua qualidade de vida.

A pesquisadora, realizando visitas domiciliares juntamente com seus alunos e equipes de agentes comunitárias de saúde das unidades básicas de saúde, observou que diversas mulheres que possuíam mais de 3 filhos tinham desgaste físico e emocional apresentando até depressão por não suportarem a rotina desgastante de ter que criar os filhos, sem a ajuda do marido e/ou familiares, pois seu parceiro trabalha para dar o sustento à família e retorna por vezes exausto, tendo que repousar para dar conta do serviço no dia seguinte.

A diminuição da qualidade de vida por parte dessas mulheres, é um dado importantíssimo, servindo de alerta para os profissionais de saúde trabalharem em cima desse fator. Sabe-se que quanto maior o número de filhos, maiores são as preocupações com o sustento, escola, gastos com vestuário, saúde, promoção do bem-estar e qualidade de vida de toda a família. Sendo a qualidade de vida um fator que merece atenção na vida de todo e qualquer ser humano é imprescindível dar uma atenção qualificada em relação a essa família oferecendo subsídios adequados para suprir essa necessidade tão primordial que é um aumento significativo da qualidade de vida.

A importância da inserção do programa de planejamento familiar, antes, durante e após a gestação, na rede pública, pois o casal deve se programar quanto ao número de filhos desejados e o espaçamento entre eles, pois isso não se refere somente ao fator econômico e

sim a saúde do binômio mãe e filho, que faz parte das condições básicas dos direitos reprodutivos. O objetivo do planejamento familiar é de proporcionar não só às mulheres mas ao casal acesso às informações e aos meios necessários para que possam decidir, de maneira voluntária e consciente, a oportunidade e o número de filhos que desejam ter. Permite também realizar, na prática, o princípio da paternidade responsável, viabilizando dessa forma que haja o pleno exercício da sexualidade e que a mulher possa ocupar o seu espaço na sociedade (PINOTTI; FAÚNDES, 1987).

Se a gestante teve ou não aborto não interferiu na qualidade de vida através do instrumento Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado. Mesmo uma parte das gestantes entrevistadas terem tido aborto em gestações anteriores, não influenciou a qualidade de vida delas (TABELA 12).

TABELA 12 - Se a gestante teve aborto em relação ao Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado

Domínio	Variável	n	média	DP	t	p
Saúde/funcionamento	Não	75	22,21	3,31	1,03	0,311
	Sim	34	21,49	3,74		
Psicológico/espiritual	Não	75	25,76	3,04	1,12	0,293
	Sim	34	24,99	4,43		
Socioeconômico	Não	75	23,29	4,08	0,01	0,924
	Sim	34	23,22	3,25		
Família	Não	75	25,46	3,76	0,78	0,378
	Sim	34	24,73	4,47		

Rezende, Ma e Rezende (2011), falando sobre a questão emocional e o aborto, demonstram evidentemente que o aborto sendo ou não provocado gera mudanças e transtornos emocionais na vida psíquica das mulheres, o que consequentemente atinge negativamente a qualidade de vida referente ao seu estado emocional.

Ainda o mesmo estudo realizado por Rezende, Ma e Rezende (2011), sobre questões éticas e sentimentos vivenciados por mulheres em situação de abortamento, em uma cidade do interior do Mato Grosso do Sul, apontou que as mulheres que realizam o aborto no Brasil possuem idade predominante de 29 anos, sendo que o aborto em adolescentes representa

menos de 10% do total; 70% vivem em situação conjugal estável ou segura e a maioria trabalha. Mais da metade declara utilizar algum método anticoncepcional e a maioria já tem filhos (entre 70,8% e 90,5%, respectivamente). Para as pacientes é um momento difícil, que inclui o medo de julgamento, ambivalência frente à decisão, culpa, dor física e psicológica, além da necessidade de apoio familiar muitas vezes inexistente. Nas mulheres em situação de aborto espontâneo, além dos sentimentos solidão acrescenta-se as sensações de perda e tristeza. Fica evidente de acordo com esse estudo de que um ou mais abortos na vida da mulher afetam seu estado psicológico podendo afetar a qualidade de vida não só da mulher, mas dos familiares que com ela convivem.

O trimestre em que a gestante realizou o pré-natal não interfere na qualidade de vida da mesma através do instrumento Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado. Fica evidenciado que a maioria iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, o que é de grande valia na saúde dessas mulheres (TABELA 13).

TABELA 13 - Trimestre em a gestante começou o pré-natal em relação ao Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado

Domínio	Variável	n	média	DP	t	p
Saúde/funcionamento	1º trimestre	92	22,05	3,30	0,73	0,395
	2º/3º trimestres	17	21,26	4,57		
Psicológico/espiritual	1º trimestre	92	25,48	3,47	0,00	0,965
	2º/3º trimestres	17	25,43	4,23		
Socioeconômico	1º trimestre	92	23,50	3,55	2,21	0,140
	2º/3º trimestres	17	22,01	5,00		
Família	1º trimestre	92	25,54	3,80	2,90	0,092
	2º/3º trimestres	17	23,79	4,41		

No Brasil, pesquisas demonstram que a qualidade de assistência pré-natal apresenta diversas variações entre as regiões do país (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). Essa variação ocorre tanto pelos diferentes níveis de qualidade dos serviços, quanto pela variedade dos indicadores utilizados na avaliação. Embora a cobertura dos serviços de saúde tenha melhorado nos últimos anos, muitas gestantes começam o pré-natal após o primeiro trimestre de gestação, tendo assim menos consultas pré-natais do que o recomendado pela Organização Mundial de Saúde, e não têm garantidos os exames complementares de rotina (COUTINHO et al., 2003).

Pesquisa de revisão sistemática de literatura realizada por Cardoso, Santos e Mendes (2007), ocorrida Brasília, sobre informações coletadas no processo educacional do pré-natal no Brasil, concluiu que a troca de experiências permite a percepção das gestantes no coletivo, diminuindo a ansiedade através dos discursos similares. Concluíram também que a qualidade do pré-natal é assegurada a partir do fato de que as consultas são complementadas com ações educativas capazes de beneficiar as mulheres quanto ao conhecimento sobre seu corpo e compreensão sobre as modificações e alterações ocorridas durante o ciclo gravídico, atuando de maneira mais consciente e positiva na sua gestação.

As ações educativas (individuais, em grupos e a união de ambas) são primordiais para o processo de saúde física e mental das gestantes de alto risco. Os profissionais de saúde que compõem a equipe multidisciplinar, podem e devem adequar e ampliar sua assistência à realidade de cada serviço e intensificar a educação em saúde de maneira a contribuir positivamente na humanização do atendimento, refletindo em um aumento da qualidade de vida das gestantes de alto risco. O momento da gestação é oportuno para a prática das ações que visem à promoção da saúde e prevenção de doenças, principalmente no que se refere ao autocuidado da gestante e o cuidado com o recém-nascido (REZENDE; MA; REZENDE, 2011).

Portanto, ficou ratificado, conforme uma das hipóteses da pesquisadora, de que existem diferenças significativas quando correlacionado o Índice de *Ferrans & Powers* adaptado com as variáveis sociodemográficas. Porém houve discordância na hipótese onde a maior parte da amostra possui sua qualidade de vida comprometida em decorrência de possíveis ocorrências psicossociais frente a sua gravidez.

9.3 TERCEIRA PARTE: ANÁLISE DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS CONTÍNUOS

Para a análise dos dados sociodemográficos contínuos foi aplicado o teste de Correlação Linear de Pearson. Inicialmente, foi correlacionada a idade com relação as dimensões do questionário aplicado.

No caso da correlação entre a idade, renda e semanas de gravidez, não houve significância em nenhum domínio. Pressupõe-se que a idade das gestantes com uma média

28,2 anos está adequada para a maternidade, principalmente quando se trata de gestação de risco (TABELA 14).

TABELA 14 - Correlação linear de Pearson entre as variáveis idade, renda e semanas de gravidez em relação aos domínios do Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado

Variáveis	Domínios	Correlação	p
Idade	Saúde/funcionamento	-0,047	0,628
	Psicológico/espiritual	0,099	0,305
	Socioeconômico	0,077	0,423
	Família	0,084	0,382
Renda	Saúde/funcionamento	0,03	0,776
	Psicológico/espiritual	0,155	0,141
	Socioeconômico	0,122	0,246
	Família	0,141	0,179
Semanas de gravidez	Saúde/funcionamento	0,075	0,436
	Psicológico/espiritual	-0,015	0,878
	Socioeconômico	-0,042	0,661
	Família	-0,069	0,476

Além de a gestação em geral proporcionar na mulher em qualquer idade uma expressiva alteração na representação da vida, do mundo e de si mesma, sendo isso por si só um desafio adaptativo à gestante é caracterizada por um episódio estressor tanto no que se refere a seus aspectos físicos quanto psicológicos. Em psiquiatria, o critério idade não deve ter seu valor absoluto ou exclusivo nas mulheres gestantes com idade superior a 35 anos, pois é preciso considerar os aspectos subjetivos, a história de vida e as condições sociais da grávida (BALLONE, 2011).

No que se refere à renda familiar, não houve correlação linear de Pearson pelo fato de a média ter sido de R\$ 1.251,00 o que está em um patamar adequado em relação ao salário mínimo. Conforme estudo realizado no estado do Paraná com o intuito de verificar se o número de filhos nascidos vivos, em uma dada família, tem relação com a educação da mãe e a renda familiar, conclui-se que quanto maior o nível de renda familiar, menor a probabilidade de uma mulher ter muitos filhos e que há relação entre o nível de renda e a

escolaridade, também demonstrada em outros estudos, o que está de acordo com uma das hipóteses da pesquisa de que quanto menor a renda familiar da amostra, menor a probabilidade de ter um filho. Escolarizar a população não somente aumenta o padrão da renda, como também diminui a natalidade o que consequentemente melhora a qualidade de vida dessas famílias (LOPES; PONTILI, 2007).

Quanto às semanas de gestação, também não houve correlação, pois essa pergunta só foi inserida no questionário sociodemográfico, com o intuito do conhecimento das gestantes sobre o andamento de sua gestação, o que ficou evidente durante a coleta de dados como um fator positivo, devido ao conhecimento delas frente à idade gestacional em que se encontram.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu verificar que a qualidade de vida das gestantes de alto risco que participaram da amostra, é satisfatória, o que está em desacordo frente a hipótese mencionada de que a maior parte da amostra possui qualidade de vida comprometida em decorrência de possíveis ocorrências psicossociais frente a gravidez. Tanto a utilização do instrumento de Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* adaptado usado neste estudo, quanto a população estudada (gestantes consideradas de alto risco), serão os primeiros no banco de dados local da instituição (UCDB).

A partir dos objetivos gerais e específicos, a avaliação do Índice de Qualidade de Vida específico por meio dos domínios do instrumento que foi utilizado, a caracterização do perfil sociodemográfico e também a comparação dos quatro domínios da adaptação do questionário de *Ferrans & Powers* com as variáveis sociodemográficas, conforme propostos inicialmente, pode-se chegar à conclusão de que todos eles foram atingidos.

O Índice de Qualidade de Vida aplicado neste estudo, foi de fácil aplicação e compreensão por apresentar itens com características mais específicas referentes aos domínios, o que o torna um instrumento mais sensível às mudanças que os indivíduos possam apresentar. Durante sua aplicação observou-se uma boa adesão por parte das gestantes, especialmente por perceberem nele, a possibilidade de ações de políticas públicas positivas (inserção de um grupo de gestantes de alto risco), em prol desse público de mulheres, as quais merecem sem dúvida um atendimento diferenciado.

No percurso da gestação, diversas alterações estão presentes na vida de cada mulher (desconfortos físicos, mentais, modificações gravídicas, problemas pessoais, entre outros), sendo de suma importância a percepção desses fatores, pelos profissionais de saúde, de modo a amenizar os aspectos que possam influenciar negativamente a gestação e a qualidade de vida dessas mulheres. Desse modo, há necessidade de buscar outras populações para aplicação do mesmo questionário de pesquisa, de maneira a proporcionar comparações que permitam enriquecer o conhecimento sobre a temática.

De acordo com os resultados da pesquisa pode-se constatar que houve diferença significativa nos domínios Socioeconômico ($p=0,006$) e Família ($p=0,019$) nos quais as gestantes solteiras apresentam baixo resultado em qualidade de vida em relação às gestantes casadas, o que está em harmonia com a quarta hipótese do estudo. Relacionado ao número de filhos, houve diferença significativa no domínio Saúde/funcionamento ($p=0,037$) sendo que

quanto maior o número de filhos pior a qualidade de vida, corroborando a terceira hipótese do estudo. Agregando os resultados da pesquisa com a experiência prática da pesquisadora, pode-se concluir que apesar dos resultados desta pesquisa não poderem ser generalizados e caracterizar a percepção de Qualidade de Vida por todas as gestantes consideradas de alto risco, os mesmos podem contribuir para o entendimento de certas características individuais, por vezes não percebidas como importantes pela equipe de saúde.

Vale a pena salientar sobre a importância do apoio familiar frente a essas gestantes e da situação conjugal estável o que proporciona um excelente suporte biopsicossocial, colaborando muito para o aprimoramento de sua qualidade de vida, nessa fase tão marcante de sua vida.

Os resultados deste estudo podem ser interessantes para ações educativas e práticas assistenciais, contemplando positivamente essas mulheres. Como sugestão implantação de parcerias com universidades do município, com o intuito de produzir ações multidisciplinares com a colaboração de ações educativas e assistenciais por parte dos acadêmicos dos cursos de: educação física, enfermagem, assistência social, psicologia e nutrição, cada profissional realizaria um suporte destinado à sua área de atuação, contribuindo para melhoria e permanência da qualidade de vida dessas mulheres.

O grupo de atendimento às gestantes possui resultados que vão desde a diminuição de riscos emocionais característicos do ciclo gravídico-puerperal, até melhores níveis de adaptação funcional e psicológica. As gestantes, o recém-nascido e a família são favorecidos com os resultados do grupo principalmente quando estão presentes diversos profissionais da saúde atuando também em nível preventivo.

É essencial que os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, conheça a realidade das gestantes de alto risco para que sejam posteriormente planejados e executados cuidados com qualidade, mediante suas necessidades de maneira holística, suprindo todos os fatores que possam contribuir para a qualidade de vida integral dessas mulheres.

A equipe de saúde deve resgatar e tornar viável a comunicação, a qual é uma ferramenta valiosa no processo do cuidado. Saber ouvir, colher informações, o simples fato de um olhar, um toque são fundamentais para conquista e promoção de uma relação saudável entre os profissionais de saúde e a gestante, fazendo assim surgir sentimentos como o afeto, bem-estar e confiança o que são primordiais para um atendimento humanizado.

Após apresentação deste estudo, os resultados serão divulgados à diretoria do Centro de Atendimento à Mulher bem como aos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados à gestante. Concomitantemente, está pesquisa será apresentada em eventos, congressos, bem como transformada em artigo para publicação em revista científica, servindo como incentivo para que novos estudos acerca desta temática sejam aplicados na melhoria da saúde e da qualidade de vida dessas mulheres.

Dessa forma, essa pesquisa procurou contribuir com as investigações acerca do processo gravídico de gestantes consideradas de alto risco, proporcionando subsídios para o progresso e melhoria da qualidade de assistência à gestante, priorizando além de sua saúde física, sua saúde mental, a qual apresenta-se fragilizada nesse período tão marcante de sua vida.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. M. A.; SANTOS, I. M. M. Quando o bebê que chega não é o sonhado. In: FIGUEIREDO, N. M. A. *Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido*. São Caetano do Sul: Yendis, 2005. p. 225-239.

ANDRADE, S. M. O.; DUARTE, S. J. H. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 132-139, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/13.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2011.

ARANTES, S. L.; GERK, M. A. S.; NUNES, C. B. Diagnósticos de enfermagem em gestantes com vulvovaginite. *Nursing*, Barueri, v. 13, n. 148, p. 450-454, 2010.

ARAÚJO, C. R. D. *Autocuidado na utilização de medicamentos cardiovasculares: proposta educativa de enfermagem*. 1996. 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1996.

ARAÚJO, D. M. R.; PEREIRA, N. L.; KAC, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 747-756, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/01.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2011.

ARAUJO, M. A.; SOUZA, J. C. *Qualidade de vida dos professores de enfermagem*. Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo, 2011.

ASSIS, T. R.; VIANA, F. P.; RASSI, S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 11-17, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n1/a02v91n1.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2011.

AUMANN, G. M. E.; BAIRD, M. M. Avaliação do risco em gestantes. In: KNUPPEL, R. A.; DRUKKER, J. E. (Eds.). *Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 25-33.

BALLONE, G. J. *Gravidez depois dos 35 anos: além do medo do nome "gravidez de risco"*, outros fatores podem piorar emocionalmente a gestação. PsiqWeb, 2011. Disponível em: <<http://www.psicweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=346>>. Acesso em: 27 ago. 2011.

BARROS, S. M. O. *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. São Paulo: Manole, 2006.

BASEGIO, D. L. et al. *Manual de obstetrícia*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

BATISTA, D. C. et al. Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 3, n. 2, p. 151-158, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n2/a04v03n2.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2011.

BECK, C. L. C.; BUDÓ, M. L. D.; GONZALES, R. M. B. A qualidade de vida na concepção de um grupo de professores da enfermagem-elementos de reflexão. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 348-354, 1999. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/468.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2011.

BEZERRA, K. V. *Estudo do cotidiano e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica (IRC), em hemodiálise.* 2006. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-19092006-112400/publico/MsBezerraKV.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2011.

BITTENCOURT, Z. Z. L. C. *Qualidade de vida e representações sociais em portadores de patologias crônicas:* estudo de um grupo de renais crônicos transplantados. 2003. 156 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2003.

BOEMER, M. R.; MARIUTTI, M. G. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 37, n. 2, 59-71, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/08.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2011.

BOUVIER-COLLE, M. H et al. Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age. *International Journal of Epidemiology*, Oxford, v. 20, n. 3, p. 717-721, 1991. Disponível em: <<http://ije.oxfordjournals.org/content/20/3/717.full.pdf+html?sid=65da7f1e-e770-40ec-ba32-1c9af55a4dc6>>. Acesso em: 14 ago. 2011.

BRANDEN, P. S. *Enfermagem materno infantil.* Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *HumanizaSUS: política nacional de humanização – documento base para gestores e trabalhadores do SUS.* 4. ed. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 2 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Gestação de alto risco:* manual técnico. 5. ed. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outros/154_gestacao_de_risco.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS.* Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2010c. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_integral_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna.* 3. ed. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Pré-natal e puerpério:* atenção qualificada e humanizada – manual técnico. 3. ed. rev. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna*: relatório final. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0151_M.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. 2. ed. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em:

<http://www1.saude.ba.gov.br/hgpv/Manual_Comites_mortalidade_materna.pdf>. Acesso em: 1º set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Promoção da saúde: saúde da mulher brasileira. *Promoção da Saúde*, Brasília, DF, ano 3, n. 6, p. 53-56, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2002c. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos*. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2000a.

BRASIL.. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Assistência pré-natal*: manual técnico. 3. ed. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2000b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. *Gestação de alto risco*: manual técnico. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2000c.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em:<<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196.doc>>. Acesso em: 18 jul. 2011.

BUCHABQUI, J. A.; ABECHE, A. M.; NICKEL, C. Assistência pré-natal. In: FREITAS, F. et al. (Eds.). *Rotinas em obstetrícia*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 25-39.

BUZZO, M. C. et al. Levantamento do perfil das gestantes de alto risco atendidas em uma maternidade de um hospital geral da cidade de Taubaté-SP. *Janus*, Lorena, v. 4, n. 6, p. 87-102, 2007. Disponível em: <<http://www.fatea.br/seer/index.php/janus/article/view/189/155>>. Acesso em: 13 ago. 2011.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para a promoção à saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Montes Claros, v. 32, n. 2, p. 234-235, 2008.

CANDEIAS, N. M. F. Educação em saúde na prevenção do risco gravídico pré-natal e interconcepcional: algumas características do comportamento a serviços de atendimento pré-nata. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 14, n. 3. p. 320-332, 1980. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v14n3/05.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2011.

CÁRDENAS, A. M. C.; CIANCIARULLO, T. I. Qualidade de vida da mulher dona de casa de uma comunidade de baixa renda. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 183-199, 1999.

CARDOSO, A. M. R.; SANTOS, S. M.; MENDES, V. B. O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo?. *Diálogos Possíveis*, Brasília, DF, v. 6, n. 1, p. 141-159, 2007. Disponível em: <www.faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/11.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2011.

CARVALHO, G. M. *Enfermagem em obstetrícia*. São Paulo: EPU, 1990.

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

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção de enfermeiras obstétricas envolvidas com assistência ao parto. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 960-967, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2011.

CORRÊA, M. D.; JÚNIOR CORRÊA, M. D. Isoimunização materna – visão do obstetra. In: ALVES FILHO, N. et al. (Eds.). *Perinatologia básica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 303-309.

COSTA, I. G. As percepções da gravidez de risco para a gestante e as implicações familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 30-46, 2002. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4391/2337>>. Acesso em: 2 mar. 2011.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 717-724, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n10/19009.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2011.

COUTO, J. C. F.; LEITE, J. M.; FERREIRA, Q. T. Infecções perinatais crônicas. In: ALVES FILHO, N. et al. (Eds.). *Perinatologia básica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 315-380.

CUNHA, S. P.; DUARTE, G.; NOGUEIRA, A. A. Amniorrexe prematura. In: CUNHA, S. P.; DUARTE, G. (Orgs.). *Gestação de alto risco*. São Paulo: MEDSI, 1998. p. 441-470.

DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, p. 25-33, 2007. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a05v34s1.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

- DELLA NINA, M. Êmese-hiperemêse. In: TEDESCO, J. J. A.; ZUGAIB, M.; QUAYLE, J. (Orgs.). *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 154-169.
- DOURADO, V. G. *Gravidez de alto risco: a vida e a morte entre os significados da gestação*. 2005. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2005. Disponível em: <http://pse.uem.br/documentos/dissert_vivianidourado.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2011.
- DOURADO, V. G.; PELLOSO, S. M. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 67-94, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a12v20n1.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2011.
- DUARTE, G. et al. *Protocolos de condutas em gestação de alto risco*. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2003.
- EIZIRIK, C. L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. M. S. *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- ENGELMANN, C.; REZENDE, C. L. *Gestação de alto risco: fatores predominantes em mulheres*. 2008. 65 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, Dourados, 2008.
- ENKIN, M. et al. Apoio às gestantes. In: ENKIN, M. et al. *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 10-13. Disponível em: <<http://www.bionascimento.com/images/stories/Guanabara/cap003.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2011.
- ESPÍRITO SANTO, L. C. Avaliação do risco na gestação. In: OLIVEIRA, D. L. (Org.). *Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula*. Porto Alegre: UFRGS, 2005. p. 103-108.
- FARIAS, M. C. A. D.; NÓBREGA, M. M. L. Diagnóstico de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na teoria do autocuidado de Orem: estudo de caso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 59-67, 2000. Disponível em: <http://moodle.stoa.usp.br/file.php/1342/artigo_modelo_Orem_2_.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2011.
- FERNANDES, R. A. Q. et al. Qualidade de vida da mulher de baixa renda na fase gravídica. In: CONGRESS WOMEN'S HEALTH ISSUES, 15.; CONGRESS OBSTETRIC AND NEONATAL NURSING, 4., 2004, São Pedro. *Anais...* Guarulhos: UnG, 2004. 1 CD-ROM.
- FERNANDES, R. A. Q. et al. Qualidade de vida da mulher no ciclo gravídico puerperal: adaptação de um instrumento. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE QUALIDADE DE VIDA DA ÁREA DA SAÚDE, 1., 2007, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2007. 1 CD-ROM.
- FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. *Enfermagem e saúde da mulher*. Barueri: Manole, 2007.
- FERREIRA, C. H. J.; NAKANO, A. M. S. Reflexões sobre as bases conceituais que fundamentam a construção do conhecimento acerca da lombalgia na gestação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, p. 95-100, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11505.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2011.

- FERREIRA, F. G. *Aspectos culturais relacionados à gestação, parto e puerpério e sua importância para as estratégias de educação em saúde*: um levantamento bibliográfico. 2011. 21 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade de Minas Gerais, Campo Gerais, 2011. Disponível em: <www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2742.pdf>. Acesso em: 10 set. 2011.
- FERREIRA, I. P.; EVANGELISTA, L. A. Gestantes e conhecimentos sobre os benefícios da prática de exercícios físicos da UBS da família Ana Adeláide em Porto Velho-RO 2010. *Semana Educa*, Porto Velho, v. 1, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.unir.br/index.php/semanaeduca/article/viewFile/113/153>>. Acesso em: 12 jan. 2011.
- FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. (Org.). *Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19-28.
- FOSTER, P. C.; JANSSENS, N. P. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J. B. et al. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 90-107.
- FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.
- FREIRE, T. M. et al. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 376-381, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n7/a02v27n7.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2011.
- FREITAS, G. V. S.; BOTEGA, N. J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista da Associação Medica Brasileira*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 136-142, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v48n3/11824.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2011.
- GILBERT, E. S.; HARMON, J. *Manual prático de gravidez e parto de alto risco*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
- GOMES, E. C. V. V. *Qualidade de vida profissional em assistentes sociais da cidade de Campo Grande/MS*. 2007. 97 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2007.
- GOULART, Í. B.; SAMPAIO, J. R. Qualidade de vida no trabalho: uma análise da experiência de empresas brasileiras. In: SAMPAIO, J. R. (Org.). *Qualidade de vida, saúde mental e psicologia social: estudos contemporâneos II*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. v. 1, p. 19-37.
- GUAZZELLI, C. A. F.; ABRAHÃO, A. R. Gravidez nos extremos reprodutivos. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J.; VALLE, J. R. (Orgs.). *Atualização terapêutica*. 23. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007. p. 1.177.
- GUERREIRO DA SILVA, J. B. Acupuncture for low back pain in pregnancy – a prospective, quasi-randomized, controlled study. *Acupuncture in Medicine: Journal of the British Medical Acupuncture Society*, London, v. 22, n. 2, p. 60-67, 2004.
- HENRIQUES, G. S.; COZZOLINO, S. M. F. Biodisponibilidade de minerais – “Ferro”. In: COZZOLINO, S. M. F. (Org.). *Biodisponibilidade de nutrientes*. São Paulo: Manole, 2005. p. 472-496.

HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestante: a percepção dos participantes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 559-566, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/03.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2011.

HUESTON, W. J.; KASIK-MILLER, S. Changes in functional health status during normal pregnancy. *The Journal of Family Practice*, New York, v. 47, n. 3, p. 209-212, 1998. Disponível em: <http://findarticles.com/p/articles/mi_m0689/is_n3_v47/ai_21215647/?tag=mantle_skin;content>. Acesso em: 10 jul. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Primeiros resultados definitivos do Censo 2010*: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1>. Acesso em: 13 ago. 2011.

KARAN, M. P. et al. Diagnóstico de enfermagem e intervenções a gestantes atendidas em uma Unidade de Saúde da Família. *Nursing*, Barueri, v. 10, n. 116, p. 36-44, 2008.

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

KONDO, A. M. A consulta pré-natal. In: RUCCO, R. M.; ZUGAIB, M. (Ed.). *Pré-natal: Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da USP*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 196-2011.

KROEFF, L. R. et al. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 261-267, 2004.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Fundamentos de metodologia científica*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 449-460, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v7n4/08.pdf>>. Acesso em: 4 set. 2011.

LIMA, F. R.; OLIVEIRA, N. Gravidez e exercício. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 188-190, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v45n3/v45n3a19.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2011.

LIMA, M. O. P. *Qualidade de vida relacionada à saúde da mulher grávida com baixo nível socioeconômico*. 2006. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7132/tde-02102006-142446/publico/Marlise_Oliveira_Pimentel.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2011.

LOPES, J. L.; PONTILI, R. M. Renda familiar e educação como fatores condicionantes do aumento da taxa de fecundidade: uma análise para o Paraná. In: ENCONTRO DE ECONOMIA PARANAENSE, 5., 2007, Curitiba. *Artigos Aceitos...* Campo Mourão: Faculdade Estadual de Ciência e Letras de Campo Mourão, 2007. p. 1-16. Disponível em: <http://www.ecopar.ufpr.br/artigos/a5_008.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2011.

LOPEZ, R. D.; NARDOZZA, L. M. M.; ROCHA, N. S. C. Inserção baixa da placenta e descolamento prematuro da placenta. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J.; VALLE, J. R. (Orgs.). *Atualização terapêutica*. 23. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007. p. 1.222-1.224.

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

MA, R. T. K. *Conhecimento das puérperas sobre o autocuidado e o cuidado com o recém-nascido*. 2010. 70 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Dourados, 2010. Disponível em: <http://www.uems.br/portal/biblioteca/repositorio/2011-08-24_20-00-59.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2011.

MAGALHÃES, D. R. B. et al. Assistências pré-concepcional e pré-natal. In: ALVES FILHO, N. et al. (Eds.). *Perinatologia básica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 37-51.

MALDONADO, M. T.; NAHOUM, J. C.; DICKSTEIN, J. *Nós estamos grávidos*. 8. ed. Rio de Janeiro: Block, 1990.

MARTIN, J. A. et al. Annual summary of vital statistics – 2003. *Pediatrics*, Elk Grove Village, v. 115, n. 3, p. 619-634, 2005. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/115/3/619.full.pdf+html>>. Acesso em: 13 ago. 2011.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2.473-2.479, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/22.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2010.

MATTAR, F. N. *Pesquisa de marketing: metodologia e planejamento*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MATTAR, R. et al. Distúrbios do metabolismo na gravidez. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J.; VALLE, J. R. (Orgs.). *Atualização terapêutica*. 23. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007. p. 1.249-1.254.

MELLO, L. G. *Antropologia cultural: iniciação teoria e temas*. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MELO, V. H.; ZIMMERMMANN, J. B. Líquido amniótico. In: ALVES FILHO, N. et al. (Eds.). *Perinatologia básica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 96-98.

MELSON, K. A. et al. *Enfermagem materno-infantil: planos de cuidados*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. *Obstetrícia fundamental*. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- MOREIRA, M. S. M. Qualidade de vida: expressões subjetivas e histórico-sociais. *Serviço Social em Revista*, Londrina, v. 9, n. 1, 2006. Não paginado. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v9n1_marilda.htm>. Acesso em: 23 ago. 2011.
- MORETTI, S. *Qualidade de vida no trabalho x auto-realização humana*. Florianópolis: Instituto Catarinense de Pós-Graduação, 2007. Não paginado. Disponível em: <<http://www.icpg.com.br/artigos/rev03-12.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2010.
- NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.
- NAKAMURA, E. E. I. et al. Assistência pré-natal. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J.; VALLE, J. R. (Orgs.). *Atualização terapêutica*. 23. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007. p. 1.165-1.167.
- NAKAMURA, M. U.; AMED, A. M. Assistência pré-natal. In: CAMANO, L. et al. (Orgs.). *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: obstetrícia*. Barueri: Manole, 2003. p. 3-11.
- NAKAMURA, M. U.; AZEVEDO, A. R.; BORTOLETTI. Psicoprofilaxia em obstetrícia. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J.; VALLE, J. R. (Orgs.). *Atualização terapêutica*. 23. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007. p. 1.179-1.180.
- NARDOZZA, L. M. M.; CAMANO, L. Descolamento prematuro da placenta. In: CAMANO, L. et al. (Orgs.). *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: obstetrícia*. Barueri: Manole, 2003. p. 85-90.
- NASCIMENTO, V. F. A suplementação de ferro no pré-natal. *Nursing*, Barueri, v. 13 n. 155, p. 193-198, 2011a.
- _____. Caracterização das consultas de pré-natal fora do agendamento. *Nursing*, Barueri, v. 13, n. 153, p. 253-256, 2011b.
- NEME, B. *Obstetrícia básica*. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.
- NOVAES, F. S.; SHIMO, A. K. K.; LOPES, M. H. B. M. Lombalgia na gestação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 620-624, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a22.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2011.
- OLIVEIRA, E. M. *A mulher, a sexualidade e o trabalho*. São Paulo: Hucited, 1999.
- OLIVEIRA, G. K. S. et al. Intervenção de enfermagem nas adaptações fisiológica da gestação. *Veredas-FAVIP: Revista Eletrônica de Ciências*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 58-67, 2010. Disponível em: <<http://veredas.favip.edu.br/index.php/veredas1/article/viewFile/118/123>>. Acesso em: 9 jul. 2011.

- OLIVEIRA, V. J. *Vivenciando a gravidez de alto-risco: entre a luz e a escuridão.* 2008. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/VirginiaJOliveira.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2011.
- OREM, D. E. *Nursing: concepts of practice.* 4. ed. Saint Louis: Mosby, 1991.
- ORES, L. C. et al. Gestantes de alto risco e fatores psicológicos. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 14., 2005, Pelotas. *Trabalhos...* Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2005. Disponível em: <http://www.ufpel.edu.br/cic/2005/arquivos/CH_00380.rtf>. Acesso em: 7 mar. 2011.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos: adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2011.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *10 datos sobre la salud materna.* Washington, DC, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/es/>. Acesso em: 26 ago. 2011.
- OSIS, M. J. M. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 25-32, 1998. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2011.
- PAPALÉO NETTO, M.; CARVALHO FILHO, E. T.; SALLAS, R. F. N. Fisiologia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. (Eds.). *Geriatrìa: fundamentos, clínica e terapêutica.* 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 94-117.
- PARADA, C. M. G. L.; POSSATO, M.; TONETE, V. L. P. Representação de gestantes tabagistas sobre o uso do cigarro: estudo realizado em hospital do interior paulista. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 434-440, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/13.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2011.
- PASCHOAL, S. M. P. *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião.* 2000. 263 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-09112001-162639/publico/tdesergio.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2011.
- PEIXOTO, A. C. G. *Mapa da qualidade de vida ou uma pequena viagem ao mundo dos seus sonhos.* 2. ed. Rio de Janeiro: QualityMark, 1999.
- PEIXOTO, M. R. B. Divergências e convergências entre um modelo de assistência de enfermagem a pacientes diabéticos e a teoria do déficit de autocuidado de Orem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 1-13, 1996.
- PINOTTI, J. A.; FAÚNDES, A. Saúde da mulher e planejamento familiar. In: HALBE, H. W. (Ed.). *Tratado de ginecologia.* São Paulo: Rocco, 1987. v. 1, p. 399-408.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. *Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar.* 3. ed. São Paulo: Santos, 2002.

OLIVEIRA, T.; PINHEIRO, D. Mortalidade materna: Ministério prevê que 2011 terá redução recorde. *Portal da Saúde*, Brasília, DF, 27 fev. 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4332/162/ministerio-da-saude-preve-que-2011-tera-a-maior-reducao-da-mortalidade-materna-nos-ultimos-10-anos.html>>. Acesso em: 10 mar. 2011.

QUEVEDO, M. P. *Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco*. 2010. 210 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-14052010-082745/publico/MicheleQuevedo.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2011.

RAMOS, J. G. L. et al. Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul – Brasil: um estudo de 20 anos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 431-436, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n6/a08v25n6.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2011.

RANG, H. P.; DALE, M. M. *Farmacologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 186-192, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a05v14n2.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2011.

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

RICCI, S. S. *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ROSA, F. C.; CHIUMENTO, L. F. *Análise da influência da fisioterapia aquática sobre a capacidade para a realização das atividades de vida diária em gestantes no último trimestre de gestação*. AquaBrasil, [2008?]. Disponível em: <<http://www.aquabrasil.info/Artigos/Pdf%20artigo%20Fernanda.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2012.

SANTANA, R. M. et al. Infecções TORCH e infecção urinária na gravidez. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J.; VALLE, J. R. (Orgs.). *Atualização terapêutica*. 23. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007. p. 1.254-1.261.

SANTOS, M. N. Realização do exame de Papanicolaou no pré-natal das gestantes em uma unidade de Saúde da Família do município de Cícero Dantas. *Nursing*, Barueri, v. 14, n. 163, p. 661-666, 2011.

SANTOS, O. M. B. Sinais e sintomas do trabalho de parto. In: OLIVEIRA, M. O.; MONTICELLI, M.; SANTOS, O. M. B. (Orgs.). *Enfermagem obstétrica e neonatológica*. Florianópolis: Cidade Futura, 2007. p. 23-34.

- SASS, N.; ROCHA, N. S. C.; MESQUITA, M. R. S. Síndromes hipertensivas da gestação. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J.; VALLE, J. R. (Orgs.). *Atualização terapêutica*. 23. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007. p. 1.242-1.248.
- SCARPA, K. P. et al. Prevalência de sintomas urinários no terceiro trimestre da gestação. *Revista da Associação Médica Brasileira*, Campinas, v. 52, n. 3, p. 153-156, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n3/a15v52n3.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2011.
- SCHIRMER, J.; SUMITA, S. L. N.; FUSTINONI, S. M. Cuidados especiais no ciclo gravídico-puerperal de alto risco. In: BARROS, S. M. O.; MARIN, H. F.; ABRÃO, A. C. F. V. (Orgs.) *Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial*. São Paulo: Roca, 2002. p. 186-190.
- SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico sob a ótica da satisfação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 54-60, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rvae/v14n1/v14n1a08.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2011.
- SÉ, C. C. S.; AMORIM, W. M. Ações de enfermagem frente às implicações clínicas do tabagismo na saúde da mulher. *Revista Eletrônica Saúde Mental e Drogas*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 1-18, 2009. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/smad/v5n1/04.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2011.
- SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.281-1.289, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/22.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2011.
- SILVA, C. S. et al. Relação entre a prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em gestantes. *Revista de Psiquiatria Clínica (São Paulo)*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 152-156, 2010. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol37/n4/159.htm>>. Acesso em: 11 ago. 2011.
- SILVA, L. R.; SANTOS, I. M. M. O corpo do pré-natal: cuidando da gestante. In: FIGUEIREDO, N. M. A. (Org.). *Ensino a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido*. São Caetano do Sul: Yendis, 2005. p. 91-140.
- SILVA, S. C. F. *Ansiedade da mulher durante o último trimestre de gravidez*. 2008. 65 p. Monografia (Licenciatura de Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2008. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1375/5/mono_%20SusanaSilva.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2011.
- SIMÕES, G. et al. Qualidade de vida na gestação: a importância da prática de atividade física aliada à nutrição saudável. *Revista Digital*, Bueno Aires, ano 13, n. 124, 2008. Não paginado. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd124/qualidadede-vida-na-gestacao-a-importancia-da-pratica-de-atividade-fisica.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2011.
- SIMÕES, J. A. et al. Complicações perinatais em gestantes com e sem vaginose bacteriana. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 437-441, 1998.

SOARES, N. S. et al. Governo treina gestores municipais para reduzir mortalidade materna. *Observatório Epidemiológico: publicação científica do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Ensino Unificado de Teresina*, Teresina, n. 20, p. 1-5, 2010. Disponível em: <<http://www.ceut.com.br/observatorio/edicao%2020.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2011.

SOUZA, E. et al. Aspectos obstétricos de prematuridade. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J.; VALLE, J. R. (Orgs.). *Atualização terapêutica*. 23. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007. p. 1.225-1.231.

SOUZA, F. F. *Avaliação da qualidade de vida do idoso em hemodiálise: comparação de dois instrumentos genéricos*. 2004. 167 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. Disponível em: <<http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000341252>>. Acesso em: 29 jul. 2011. <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=vtls000341252>

SOUZA, J. C. S.; GUIMARÃES, L. A. M. *Insônia e qualidade de vida*. Campo Grande: Ed. UCDB, 1999.

SOUZA, J. C.; CARVALHO, A. B. Pesquisas sobre qualidade de vida, desenvolvidas no mestrado em psicologia da Universidade Católica Dom Bosco. *Psicólogo inFormação*, São Paulo, ano 14, n. 14, p. 71-79, 2010. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/viewFile/2341/2329>>. Acesso em: 3 set. 2011.

SOUZA, N. L. et al. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclâmpsia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 704-710, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5965>>. Acesso em: 27 jul. 2011.

STEFFENS, A. P.; BASTOS, C. F.; MACHADO, M. A. *Perfil das gestantes de alto risco no município de Barreiras-BA no período de junho a setembro de 2008*. Webartigos.com, 11 maio 2011. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/65196/1/Perfil-das-Gestantes-de-Alto-Risco-no-Municipio-de-Barreiras--Ba-no-periodo-de-Junho-a-Setembro-de-2008/pagina1.html>>. Acesso em: 13 ago. 2011.

SUN, S. Y.; AZEVEDO, A. R.; OLIVEIRA, F. C. F. Êmese e hiperêmese gravídica. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J.; VALLE, J. R. (Orgs.). *Atualização terapêutica*. 23. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007. p. 1.206-1.208.

TACHIBANA, M. et al. Hiperêmese gravídica: um estudo de caso dos aspectos psicológicos na gestante. *Psicologia Hospitalar (São Paulo)*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 1-22, 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v4n2/v4n2a02.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2011.

TEDESCO, J. J. A. Gravidez de alto risco: fatores psicossociais. In: TEDESCO, J. J. A.; ZUGAIB, M.; QUAYLE, J. *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 2000a. p. 29-41.

_____. *Aspectos emocionais da gravidez de alto risco*. São Paulo: Atheneu, 2000b.

TRUCHARTE, F. A. R.; KNIJNIK, R. B. Estudos psicológicos do puerpério. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Pioneira, 1997. p. 65-90.

VIDO, M. B. *Qualidade de vida em gestantes.* 2006. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Guarulhos, Guarulhos, 2006. Disponível em: <http://tede.ung.br/tde_arquivos/2/TDE-2008-02-07T154409Z-19/Publico/Milena%20Butolo%20Vido.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2011.

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

ZAMPIERE, M. F. M. Enfocando a concepção e a gestação em uma perspectiva histórica e social. *Nursing*, São Paulo, v. 4, n. 37, p. 15-19, 2001.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do projeto: *Qualidade de vida das gestantes de alto risco em Centro de Atendimento à Mulher do município de Dourados, MS.*

Nome do pesquisador responsável: *Ceny Longhi Rezende*

Objetivo da pesquisa: *Avaliar a qualidade de vida das gestantes de alto risco assistidas em um Centro de Atendimento à Mulher no município de Dourados, MS.*

Justificativa (síntese): O processo de desenvolvimento da mulher por ser acompanhado por sobrecarga e descontinuidade de tarefas afeta sua saúde física, social e mental. Para encontrar uma nova maneira de viver dignamente, é imprescindível identificar o nível de qualidade de vida, de bem-estar e satisfação das mulheres, principalmente no ciclo gravídico-puerperal. Diante do que foi exposto, surgiu o interesse de realizar uma pesquisa sobre a qualidade de vida das gestantes de alto risco atendidas em um Centro de Atendimentos à Mulher.

Procedimentos metodológicos: serão aplicados dois questionários, primeiramente o sociodemográfico; o segundo questionário Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers adaptado*.

Ao participar deste estudo fui esclarecido (a) e estou ciente que:

- a) caso não me sinta à vontade para responder qualquer questão, posso deixar de respondê-la, sem que isto implique em prejuízo;
- b) as informações que fornecerei, poderão ser utilizadas, para trabalhos científicos e minha identificação deve ser mantida sob sigilo;
- c) minha participação é inteiramente voluntária, e não fui objeto de nenhum tipo de pressão;
- d) tenho liberdade para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento;
- e) caso precise entrar em contato com o pesquisador, estou ciente de que posso fazê-lo através do telefone e do e-mail abaixo.

Município, MS,/...../.....

.....
Nome do participante da pesquisa

.....
Assinatura

Documento de identidade: SSP/.....

.....
Pesquisadora
Enfa. Esp. Ceny Longhi Rezende
Fone: (67) 3425-0358 / 8136-7148

.....
Orientador
Prof. PhD. José Carlos Rosa Pires de Souza
e-mail: josecarlossouza@uol.com.br

APÊNDICE B – Instrumento para a coleta de dados

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

- 1) Idade (anos):
- 2) Escolaridade:
- 3) Religião:
- 4) Cor da pele: [] branca [] negra [] amarela
- 5) Estado civil: [] solteiro [] casado [] outros
- 6) Trabalha? [] sim [] não
- 7) Tipo de trabalho:
- 8) Profissão:
- 9) Renda mensal familiar: R\$
- 10) Possui hábitos? [] sim [] não
 [] beber [] fumar [] café [] tereré
 [] chimarrão [] outros
- 11) Pratica atividade física ? [] sim [] não
- 12) Reside com: [] família [] sozinha [] outros.....
- 13) Mora em casa: [] própria [] alugada [] outros
- 14) Número de filhos:
- 15) Já teve algum aborto? [] sim [] não
- 16) Qual foi a data da sua última menstruação ?
- 17) Qual a data provável do parto?
- 18) Quantos meses ou semanas você está?.....
- 19) Quando começou o pré-natal:
 [] 1º trimestre (primeiros 3 meses de gestação)
 [] 2º trimestre (depois de 3 meses de gestação)
 [] 3º trimestre (depois de 6 meses de gestação)
- 20) Qual (is)problema(s) apresentado(s) nesta gestação?

Data:/...../.....

ANEXOS

ANEXO A – Autorização para realização da pesquisa



Campo Grande, 18 de maio de 2011.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto “**Qualidade de Vida das Gestantes de Alto Risco Assistidas em Centro de Atendimento à Mulher**” sob a responsabilidade de **Ceny Longhi Rezende**, orientação de **Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires**, protocolo nº **005/11** após análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, foi considerado **aprovado** sem restrições.



Susana Elisa Moreno
Prof. Dra. Susana Elisa Moreno
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Católica Dom Bosco

ANEXO B – Instrumento de coleta de dados

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE FERRANS & POWERS adaptado

Versão em português

Dra. Rosa Áurea Quintella Fernandes – Enfermeira coordenadora do Núcleo São Lucas de atendimento à Saúde da Mulher e Líder do grupo de Pesquisa Cuidar na Saúde da Mulher, da criança e do adolescente. Professora titular do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Guarulhos-SP, Brasil.

Dra. Nádia Zanon Narchi – Enfermeira e líder do grupo de pesquisa em Qualidade de atenção e educação na saúde da mulher e do recém nascido da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da USP e Professora Doutora do Curso de Obstetrícia com ênfase em Promoção e Assistência à saúde materna e perinatal.

Instruções:

Este questionário é sobre como você se sente em relação a sua qualidade de vida. Por favor responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta vai dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas, a que lhe parece mais apropriada.

PARTE I - Para cada uma das perguntas a seguir, por favor escolha a resposta que melhor descreve o quanto satisfeita você está com aquele aspecto de sua vida. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.

Quanto está satisfeita com...	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. Sua gravidez?	1	2	3	4	5	6
3. A Assistência pré-natal que você está recebendo?	1	2	3	4	5	6
4. A intensidade de desconforto que você sente?	1	2	3	4	5	6
5. As mudanças de humor que você sente (tristeza e alegria).	1	2	3	4	5	6
6. A intensidade de irritação que você sente.	1	2	3	4	5	6
7. A energia que tem para as atividades diárias.	1	2	3	4	5	6
8. Sua independência física.	1	2	3	4	5	6
9. Sua capacidade p/ controlar sua vida.	1	2	3	4	5	6
10. A possibilidade de viver por longo tempo.	1	2	3	4	5	6
11. A saúde de sua família?	1	2	3	4	5	6
12. Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
13. A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
14. Seu relacionamento c/ esposo/companheiro?	1	2	3	4	5	6
15. Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
16. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
17. O apoio que você recebe das pessoas?	1	2	3	4	5	6
18. Sua capacidade para cumprir c/ as responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
19. Sua capacidade p/ ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
20. O nível de estresse ou preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6
21. Seu lar	1	2	3	4	5	6
22. Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
23. Suas condições sócioeconômicas?	1	2	3	4	5	6
24. Seu trabalho?	1	2	3	4	5	6
25. O fato de não ter um trabalho?	1	2	3	4	5	6
26. Sua escolaridade?	1	2	3	4	5	6
27. Sua independência financeira?	1	2	3	4	5	6
28. Suas atividades de lazer?	1	2	3	4	5	6
29. A possibilidade de ter uma criança?	1	2	3	4	5	6
30. Sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
31. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
32. A realização de seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
33. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
34. Sua vida de modo geral?	1	2	3	4	5	6
35. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
36. Com você mesma, de modo geral	1	2	3	4	5	6

PARTE II - Para cada uma das perguntas a seguir, por favor escolha a resposta que melhor descreve o quanto importante é para você aquele aspecto de sua vida. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.

Quanto é importante para você...	Sem nenhuma importância	Moderadamente insatisfeito	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
1.Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. Esta gravidez?	1	2	3	4	5	6
3. O cuidado pré-natal?	1	2	3	4	5	6
4. Estar completamente livre de desconforto?	1	2	3	4	5	6
5. Estar completamente livre de mudanças de humor?	1	2	3	4	5	6
6. Estar completamente livre de irritação	1	2	3	4	5	6
7. Ter energia suficiente para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
8. Sua independência física	1	2	3	4	5	6
9. Ter condições físicas p/ controlar sua vida	1	2	3	4	5	6
10. Viver por longo tempo.	1	2	3	4	5	6
11. A saúde de sua família?	1	2	3	4	5	6
12. Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
13. A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
14. Seu relacionamento c/ o esposo ou companheiro?	1	2	3	4	5	6
15. Sua vida sexual	1	2	3	4	5	6
16. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
17. O apoio que você recebe das pessoas?	1	2	3	4	5	6
18. Cumprir c/ as responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
19. Ter capacidade p/ ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
20. Ter um nível aceitável de estresse ou preocupação em sua vida?	1	2	3	4	5	6
21. Seu lar?	1	2	3	4	5	6
22. Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
23. Ter condições sócio-econômicas?	1	2	3	4	5	6
24. Seu trabalho?	1	2	3	4	5	6
25. Ter um trabalho?	1	2	3	4	5	6
26. Sua escolaridade?	1	2	3	4	5	6
27. Sua independência financeira?	1	2	3	4	5	6
28. Suas atividades de lazer?	1	2	3	4	5	6
29. Ter uma criança?	1	2	3	4	5	6
30. Sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
31. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
32. Realizar seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
33. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
34. Estar satisfeito c/ a vida?	1	2	3	4	5	6
35. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
36. Ser você mesma?	1	2	3	4	5	6