

CENY LONGHI REZENDE

**QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIAS DE *COPING DE*
GESTANTES DE ALTO RISCO E RISCO HABITUAL**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO - UCDB
DOUTORADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS**

2018

CENY LONGHI REZENDE

**QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIAS DE *COPING* DE
GESTANTES DE ALTO RISCO E RISCO HABITUAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom
Bosco (UCDB) como exigência parcial para obtenção do
título de Doutor em Psicologia, área de concentração:
Psicologia da Saúde, na Linha de Pesquisa Avaliação e
Assistência em Saúde sob a orientação da Professora Dra.
Heloísa Bruna Grubits.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO - UCDB
DOUTORADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2018**

Ficha catalográfica

Emitida pela Biblioteca da UCDB

Solicitação pelo site: <http://site.ucdb.br/campus/3/biblioteca/588/>

A ficha catalográfica deverá ser preenchida e encaminhada para o endereço eletrônico bibcg@ucdb.br

Todos os campos do formulário deverão ser obrigatoriamente preenchidos pelo
(a) aluno (a) de Pós-Graduação

A tese apresentada por **CENY LONGHI REZENDE**, intitulada “**Qualidade de Vida e Estratégias de *Coping* de gestantes de risco habitual e alto risco**”, como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Heloísa Bruna Grubits
Orientadora (UCDB)

Profa. Dra. Lourdes Missio (UEMS)

Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza (UEMS)

Profa. Dra. Liliana A.M. Guimarães (UCDB)

Prof. Dra. Luciane Pinho de Almeida (UCDB)

Campo Grande, MS, ____ / ____ / 2018

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

AGRADECIMENTOS

A Deus que me iluminou e capacitou para a realização desta pesquisa.

Agradeço à minha orientadora do doutorado, Profa. Dra. Heloísa Bruna Grubits, 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.

Aos queridos docentes: Prof. Dra. Lourdes Missio, Prof, Dr. José Carlos Pires de Souza, Prof. Dra. Liliana A.M. Guimarães e Prof. Dra Luciane Pinho de Almeida que aceitaram participar da minha banca examinadora e que foram muito importantes durante toda essa jornada não só de estudo, mas de vida.

Ao meu finado marido, Rogério Junqueira Rezende, por, incansavelmente, ter me incentivado a alcançar as metas e sempre colaborar para a realização dos meus objetivos. Dedico todo este trabalho a ele, que não mediu esforços para que eu nunca desistisse dos meus sonhos.

À Nicole Longhi Rezende, minha amada 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.

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

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

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

RESUMO

Introdução: Embora a gestação seja um evento comum na vida reprodutiva feminina, pouca atenção tem merecido quanto às modificações normais percebidas nos domínios físicos e psicológicos do estado de saúde da mulher e de sua qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento (*Coping*) das gestantes de alto risco e risco habitual, do segundo e terceiro trimestre de gestação, do município de Dourados, MS. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, quantitativo e de coorte do tipo transversal. A amostra desta pesquisa compôs-se de 79 gestantes, sendo 32 gestantes de alto risco, atendidas na Clínica da Mulher e 47 gestantes de risco habitual, atendidas nas ESFs, sendo 22 no Jôquei Clube e 25 no ESF Ramão Vieira Cachoeirinha. Foram aplicados três instrumentos de coleta de dados: um questionário sociodemográfico, o Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers adaptado* e o Inventário de *Coping* de *Billings e Moos*. **Resultados:** Das 79 participantes da pesquisa, a média de idade foi de 25,7 anos, com renda média familiar de R\$ 1.617,00. Em todos os fatores significativos, o *score* médio das gestantes de “alto risco” está maior que o das gestantes de “risco habitual”. Nas comparações por meio do teste t-student, foram significativos os domínios do instrumento de Qualidade de vida de *Ferrans & Powers adaptado*, os domínios saúde/funcionamento no terceiro trimestre ($p=0,005$) e Família no terceiro trimestre ($p<0,001$). Referente às comparações entre o cruzamento dos dois instrumentos (Inventário de *Coping* e Qualidade de vida), apenas dois cruzamentos tiveram relação e dados significativos: o fator emoção ($p<0,028$) e o domínio saúde/funcionamento ($p<0,045$), ambos no terceiro trimestre com valor significativo ($p>0,019$), quando relacionado à variável raça com o fator saúde/espiritual, no terceiro trimestre, em que as brancas também possuem piores escores, comparadas às outras. Referente ao estado civil relacionado com o fator psicológico (questionário de qualidade de vida de *Ferrans & Powers adaptado*), no terceiro trimestre, houve valor significativo ($p>0,033$), em que as gestantes casadas possuem piores escores comparadas as outras (solteiras, sem nenhum compromisso). Quanto à gestante trabalhar ou não, relacionado com o fator psicológico (questionário de qualidade de vida de *Ferrans & Powers*), no segundo trimestre, houve valor significativo ($p>0,047$) no terceiro trimestre, foi ($p>0,041$), ou seja, as gestantes que não trabalham possuem escores piores em relação às gestantes que trabalham fora de casa. Houve também correlação entre o domínio psicológico e a idade, sendo essa uma correlação positiva, ou seja, quanto maior a idade, maior o domínio psicológico ($p=0,026$). **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, tanto de risco habitual quanto de alto risco, melhorando, assim, a qualidade de vida dessa população. Conclui-se que os resultados deste estudo são de extrema relevância para ações educativas e práticas assistenciais, contemplando positivamente essas mulheres.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Gestação de alto risco; *Ferrans & Powers*; *Coping*; Enfrentamento.

ABSTRACT

Introduction: Although pregnancy is a common event in the female reproductive life cycle, it has been given little attention as to the normal changes perceived both physically and psychologically in terms of women's health conditions and quality of life. **Objective:** To assess the quality of life and coping strategies of high-risk and average-risk pregnant women along the second and third trimesters of pregnancy in the city of Dourados, MS. **Method:** This is an exploratory, descriptive, quantitative, cross-sectional study. The sample consisted of 79 pregnant women; 32 of them were regarded as high-risk pregnant patients and were assisted at Clínica da Mulher. The other 47 pregnant women were considered as average-risk patients and were assisted at ESFs, 22 of them at Jôquei Clube and the other 25 at ESF Ramão Vieira Cachoeirinha. Three instruments of data collection were applied: a social-demographic questionnaire, the adapted Ferrans & Powers Quality of Life Index, and Billings & Moos Coping Inventory. **Results:** The average age of the 79 participants was 25.7 years, with an average family income of R\$ 1,617.00. In all of the significant factors, the average score of "high-risk" pregnant women is higher than the score obtained by the "average-risk" patients. In comparisons using Student's t-test, the domains of Ferrans & Powers Quality of Life instrument, the health/functioning in the third semester domains ($p=0.005$) and family in the third semester ($p<0.001$) were significant. Regarding the comparisons between the two instruments (Coping Inventory and Quality of Life), only two of them showed significant relation and data: the emotion factor ($p<0.028$), the health/functioning domain ($p<0.045$), both in the third semester with a significant value ($p>0.019$), when related to the race variable with the health/spiritual factor, in the third semester, in which white women also had the lowest scores in comparison to the others. As to the marital status related to the psychological factor (Ferrans & Powers Quality of Life questionnaire), in the third semester, there was a significant value ($p>0.033$), in which married pregnant women evidenced the lowest scores if compared to the others (single, uncommitted women). Concerning work, when related to the psychological factor (Ferrans & Powers Quality of Life questionnaire), in the second semester, there was a significant value ($p>0.047$), and it was $p>0.041$ in the third semester, i.e. unemployed pregnant women have lower scores than those that work outside the home. There was also a correlation between the psychological domain and age, in a positive correlation, i.e. the older the women were, the higher their psychological domain was ($p=0.026$). **Conclusion:** These results show the need to follow up the participants in special programs along the pre-natal period in order to help them cope with either average or high-risk pregnancy, thus enhancing the quality of life of that population. It has been concluded that the results of this study are extremely important for educative actions and care practices by positively affecting those women.

Keywords: Quality of life; High-risk pregnancy; Ferrans & Powers; Coping.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Perfil das gestantes de alto risco e risco habitual, atendidas no ano de 2017, em um Centro de Atendimento à Mulher e em duas ESF de um município de Mato Grosso do Sul.....	82
TABELA 2 – Comparação do perfil das gestantes de alto risco e risco habitual....	94
TABELA 3 – Resultados obtidos em relação às variáveis quantitativas das gestantes de alto risco e risco habitual.....	96
TABELA 4 – Resultados obtidos em relação à comparação entre os grupos de risco das gestantes em relação aos fatores de Coping por trimestre de gestação.....	97
TABELA 5 – Resultados obtidos em relação à comparação entre os grupos de risco das gestantes e em relação aos fatores do QLI e por trimestre de gestação.....	99
TABELA 6 – Resultados obtidos a partir das comparações entre o cruzamento dos dois instrumentos (Inventário de <i>Coping</i> de <i>Billins e Moos</i> e Qualidade de vida de <i>Ferrans e Powers</i> adaptado.....	104
TABELA 7 – Resultados obtidos em relação ao Inventário de <i>Coping</i> de <i>Billings e Moos versus</i> Sociodemográfico das gestantes de alto risco e risco habitual.....	107
TABELA 8 – Resultados obtidos em relação ao Instrumento de Qualidade de Vida de <i>Ferrans e Powers versus</i> Sociodemográfico das gestantes de alto risco e risco habitual.....	109
TABELA 9 – Resultados obtidos entre o Instrumento de Qualidade de Vida de <i>Ferrans e Powers versus</i> Sociodemográfico.....	111

SUMÁRIO

JUSTIFICATIVA/INTRODUÇÃO	11
1. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO BRASIL	19
1.1 ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL.....	21
1.2 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO MATO GROSSO DO SUL	25
1.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	27
2. GESTAÇÃO DE RISCO HABITUAL	33
3. GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	40
4. QUALIDADE DE VIDA	47
5. ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i>	53
5.1 <i>COPING</i> E GESTAÇÃO.....	59
6. PSICOLOGIA OBSTÉTRICA	62
7. OBJETIVOS	69
7.1 OBJETIVO GERAL	70
7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	70
8. CASUÍSTICA E MÉTODO	71
8.1 TIPO DE ESTUDO	72
8.2 LOCAL DA PESQUISA	72
8.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	73
8.3.1 Critérios de inclusão.....	73
8.3.2 Critérios de exclusão.....	73
8.4 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	74
8.5 INSTRUMENTOS DA PESQUISA	75
8.5.1 Questionário sociodemográfico.....	75
8.5.2 Índice de Qualidade de Vida de <i>Ferrans e Powers</i> adaptado.....	76
8.5.3 Escala de Coping de Billings e Moos.....	79
8.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	80
9. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	81
9.1 PRIMEIRA PARTE: PERFIL DAS GESTANTES AMOSTRADAS.....	82
9.1.1 Perfil da Amostra	82
9.2 SEGUNDA PARTE: PERFIL DAS GESTANTES DE RISCO.....	94
9.3 TERCEIRA PARTE: INVENTÁRIO DE <i>COPING</i> DE <i>BILLINGS E MOOS</i>.....	96

9.4 QUARTA PARTE: INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA DE	
<i>FERRANS E POWERS</i>.....	99
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112
REFERÊNCIAS.....	116
APÊNDICES.....	136
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	137
Apêndice B – Instrumento para a coleta de dados.....	138
Apêndice C – Inventário de Coping.....	139
Apêndice D – Termo de Assentimento.....	141
ANEXOS	143
Anexo I – Autorização para coleta de dados	144
Anexo II – Instrumento de coleta de dados	146
Anexo III – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	149

JUSTIFICATIVA/INTRODUÇÃO

Como enfermeira obstetra, trabalhando há 20 anos com gestantes, tanto de risco habitual quanto de alto risco e acompanhando estágios na maternidade, com alunos da graduação e pós-graduação em enfermagem obstétrica, 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 e dificuldades de enfrentamento frente a sua gestação. A pesquisadora também tem observado que alguns fatores sociodemográficos como: situação conjugal e financeira desfavorável, um número grande de filhos, ausência de apoio familiar, entre outros fatores, afetam, de maneira importante, os aspectos psicológicos de grande parte das gestantes.

Baseado, portanto, na vivência da autora em seu campo social (área hospitalar, acompanhando diariamente as gestantes internadas e conversando com as mesmas, além de pesquisas apontadas em artigos científicos) a mesma pôde constatar que os três elementos: comportamento, pensamento e emoções são interligados entre si, muitas vezes levando a comportamentos como chorar, isolamento, culpabilidade, alguma patologia associada à gestação, levam a pensamentos como “ não vou conseguir levar a gestação a diante”, “sou culpada por não planejar essa gravidez”, induzindo a gestante sentir emoções como medo, angústia, estresse e tristeza.

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. Um estudo realizado nos Estados Unidos por Hueston e Kasik-Miller (1998), do 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.

A redução das desigualdades a que estão sujeitas as mulheres e a elevação da qualidade da atenção obstétrica, são peças fundamentais para reduções adicionais da mortalidade materna (Pacetti, Prudhomme, & Franca, 2015). Do ponto de vista global, e considerando que mulheres podem desenvolver complicações imprevistas durante o ciclo gravídico-puerperal, diversos países vêm implementando políticas fundamentadas no aumento da cobertura da atenção obstétrica oferecida em instituições de saúde, por profissionais

treinados (Gabrysch & Campbell, 2009, Souza, 2015).

A gestação é um evento fisiológico na vida da mulher, caracterizado por intensas transformações que cada mulher lida 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 envolve, também, o apoio dos familiares.

A gravidez, sendo uma ocorrência normal, na maioria dos casos, sua evolução ocorre sem complicações e, sendo que gestação de baixo risco, é mais comumente conhecida como “gravidez de risco habitual”. Já 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 a qualidade de sua vida.

De acordo com Tedesco (2000), a gravidez compreende um período de mudanças relacionadas aos aspectos emocionais, fisiológicos 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 deve estar presente durante toda a assistência (Enkin et al., 2005).

No Brasil a prática de atenção pré-natal recebeu reconhecimento de sua importância dentro da saúde materno-infantil principalmente após a criação, do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Ministério da Saúde, em junho de 2000 (Serruya, Cecatti, & Lago, 2004). O PHPN proporciona uma estruturação com três componentes: o primeiro trata da assistência pré-natal; o segundo exhibe as questões relativas à organização, regulação e investimentos, na assistência obstétrica e neonatal na área hospitalar; e o terceiro constitui nova sistemática de pagamento da assistência ao parto (Coutinho, 2006).

A identificação das gestantes de alto e risco habitual 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 eles identificados o quanto antes para uma evolução gestacional favorável (Buchabqui, Abeche, & Nickel, 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 comprometimento da sua qualidade de vida.

Conforme Aumann e Baird (1996), para se obter um resultado perinatal positivo, é

necessário identificar e dar total assistência, o quanto antes, a todos os fatores de risco que possam contribuir 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 a 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 é necessária a total atenção, o apoio e o incentivo ao pré-natal (Brasil, 2010a). Certamente, a presença de situações que colocam 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 et al., 2007).

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 seriam evitáveis, se as gestantes fossem 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 é as de menor renda e escolaridade (Martins, 2006). De acordo com a Organização Mundial da Saúde OMS, a cada minuto morre uma mulher de alguma complicação durante a gravidez e no momento do parto, o 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.

No 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 registradas 870 mortes. De 1990 a 2010, a mortalidade materna no Brasil caiu pela metade, de 141 para 68 óbitos para cada 100.00 nascidos vivos, porém ainda é elevada se 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, podem reduzir a proporção desse grave problema (Magalhães et al., 2006).

O número de óbitos maternos de um país propõe excelente indicador de sua realidade social, estando, inversamente, ligado ao grau de desenvolvimento humano. Incide, além dos fatores biológicos, na qualidade de assistência médica, no nível socioeconômico, na iniquidade entre gêneros e na determinação política de promoção da saúde pública (Soares, Coutinho, Queiroz, Sousa, & Néto, 2010). Conforme dados do Painel de Sistema de Informações de Mortalidade Materna (SIM) de dezembro de 2014, a taxa de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos no Brasil foi de: 51.194, sendo que houve um decréscimo em aproximadamente 13 mil óbitos ao serem comparados aos últimos nove anos, os quais se mantiveram em linha constante, apresentando aproximadamente 65.162 óbitos. Por região no Brasil, o número de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos foi: Norte: 4.241; Nordeste: 13.685; Sudeste: 21.986; Sul: 7.045 e Centro-Oeste: 4.237. No Mato Grosso do Sul, a taxa de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos, em 2014, foi de 755 óbitos (Brasil, 2017a).

Em 2016, o resultado segundo o Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna no Brasil, referente ao número de óbitos, foi de: 30.161, ou seja, houve um decréscimo de metade, ao ser comparado aos anos de 2007 a 2015. Por região, no Brasil, o número de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos foi: Norte: 2.473; Nordeste: 8.161; Sudeste: 12.905; Sul: 4.272; Centro-oeste: 2.350. No Mato Grosso do Sul, a taxa de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos, em 2016, foi de 456 óbitos, sendo que especificadamente em Dourados-MS foi de 152 óbitos (Brasil, 2017b).

O ano de 2015, marcou o fim da iniciativa Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) de desenvolvimento global promovida pelas Nações Unidas. Todavia, o combate à mortalidade materna permanece no topo da agenda da Saúde Global e Desenvolvimento Internacional. Os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) são uma iniciativa global que sucederá os ODM e convocam o mundo para o empenho na erradicação da mortalidade materna evitável, entre os anos de 2016 e 2030 (Gabrysch & Campbell, 2009). E uma de suas metas é reduzir a razão de mortalidade materna global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, o que, atualmente, se situa por volta de 210 mortes por 100 mil nascidos vivos. No caso do Brasil, a meta conforme a OMS, para 2030, é reduzir a mortalidade materna para aproximadamente 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos,

considerando a razão oficial de mortalidade materna no Brasil para o ano de 2010 (World Health Organization, 2015).

A meta global e local para 2030 pode ser atingida, desde que seja implementada uma agenda de trabalho abrangente e que vá além do combate à mortalidade em si, como ações que garantam que a saúde prestada a essas mulheres e crianças sejam eficazes e, acima de tudo, com qualidade.

A pesquisa foi realizada em 3 locais distintos: Clínica da Mulher, na qual foi realizada a coleta de dados das gestantes com diagnóstico de alto risco e 2 locais onde foram coletados dados de gestantes de risco habitual: Estratégia de Saúde da Família, ESF Jóquei Clube e ESF Ramão Vieira Cachoeirinha. O ESF Jóquei Clube oferece cobertura para 4 bairros extensos, e a média de atendimento é de 2.733 pessoas e o ESF Cachoeirinha oferece cobertura para 9 bairros e a média de atendimentos é de 7.167 pessoas (Brasil, 2017a).

A Saúde da família é descrita como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número estabelecido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes operam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, além da manutenção da saúde desta comunidade. A Saúde da família, como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, tem incitado um importante movimento com a finalidade de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade no emprego dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes de saúde da família (Brasil, 2011).

Na ESF do Jóquei clube, as gestantes são atendidas no pré-natal por um médico e duas enfermeiras. Às terças e quartas-feiras, no período da manhã, pelo médico e no período da tarde, pelas enfermeiras. Na quinta-feira pela manhã, são atendidas por duas enfermeiras coordenadoras da ESF. Na ESF do Cachoeirinha, as gestantes são atendidas no pré-natal por duas enfermeiras e um médico. Às terças-feiras (manhã e tarde), por uma enfermeira e às quintas-feiras (manhã e tarde), por outra enfermeira e pelo médico.

Em Dourados, 49 equipes estão distribuídas pela zona urbana e 5 estão na zona rural. Há também 4 equipes que compõem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O horário de funcionamento de todas as equipes é das 7:00h às 11:00h e das 13:00h às 17:00h. Todas são compostas por um médico, um odontólogo, que realiza trabalho preventivo e curativo, um ou dois enfermeiros que realizam a consulta de enfermagem, coleta de

preventivo, dois auxiliares de enfermagem que realizam vacinas, curativos, medicação e coleta de exames e, ainda, por agentes comunitários de saúde que acompanham as famílias. A cobertura populacional das equipes da ESF, em Dourados, corresponde a 50%, ou seja, 99.489 habitantes (Dourados, 2014).

A Clínica da Mulher, do município de Dourados, MS, é um centro de referência para o pré-natal de alto risco, que atende a gestantes oriundas das 35 microrregiões, incluindo o município estudado. O atendimento se constitui 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 400 gestantes de alto risco, ou seja, uma média de 20 atendimentos por dia. O pré-natal de alto risco possui atendimento de segunda a sexta-feira período matutino, por dois médicos ginecologistas. Em 2016, foram realizados cerca de 2.153 atendimentos no pré-natal de alto risco (Brasil, 2017b).

A Clínica da Mulher possui também outros serviços destinados à saúde da mulher: mamografia, colposcopia, inserção do dispositivo intrauterino, planejamento familiar, densitometria 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.

Faz parte desse estudo também, assuntos referentes às Estratégias de enfrentamento das gestantes. Entende-se por Estratégias de enfrentamento o conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, empregados pelos indivíduos com o intuito de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que nascem em situações de estresse, avaliadas como sobrecarga ou excesso a seus recursos pessoais (Lazarus & Folkman, 1984). Em suma, podem-se classificar as estratégias de enfrentamento como focadas na emoção e no problema, segundo revisão da literatura feita por Antoniazzi, Dell'Aglío, & Bandeira (1998). O enfrentamento, baseado no problema, abrange o esforço de tentar transformar a situação que deu origem ao estresse, seja operando no meio externo (resolvendo conflitos, buscando ajuda de outras pessoas) ou internamente (com reestruturação cognitiva).

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). Constatou-se também que o conceito de QV se encontra cada vez mais abrangente, adotando fatores e setores dos mais variados relacionados à vida dos indivíduos, bem como ao seu estado de saúde.

Diante de toda alteração ocorrida durante uma gestação, despertou na pesquisadora o interesse em avaliar quais as estratégias de *Coping*, utilizadas pelas mesmas a fim de que todos os envolvidos nesse processo (familiares e equipe de saúde), possam, de alguma maneira, auxiliar no período gestacional, tentando amenizar o estresse das mesmas. Vale a pena salientar, portanto, que nem sempre a gestação de alto risco pode significar pior qualidade de vida ou esquiva das estratégias de enfrentamento, pois, muitas das vezes, a patologia associada à gestação não influencia negativamente a vida dessas mulheres, mas a presença de problemas pessoais, vivenciados por algumas, podem sim influenciar negativamente a QV das mesmas e suas estratégias de enfrentamento.

Com o objetivo de contribuir para as pesquisas sobre Estratégias de *Coping* e qualidade de vida de gestantes, consideradas de alto risco e de risco habitual e de conhecer a realidade do município de Dourados, MS, e região, procura-se, neste estudo, não somente buscar um novo enfoque para a qualidade de vida e estratégias de enfrentamento frente à gravidez, mas resgatar o significado desse conceito, elaborado pelas próprias mulheres, durante todo período de transformação e construção do seu papel de mãe, contribuindo para melhorar a prática assistencial.

1. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO BRASIL

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

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, 2015). 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 esperada especialmente, quando é a sua primeira gravidez. O desconhecido para a mulher pode levá-la 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).

A preocupação com a atual situação no Brasil, referente à assistência pré-natal oferecida a toda população feminina usuária do SUS, despertou na autora desta pesquisa, o desejo de enfatizar a valiosa ferramenta na atenção a essas mães e seus bebês relacionadas a todo cuidado prestado pela equipe de saúde, durante o processo gravídico-puerperal, em especial durante a assistência ao pré-natal.

Nos últimos 30 anos, o Brasil investiu muito na melhoria da atenção ao parto e ao nascimento, fruto de uma série de esforços e iniciativas do governo e da sociedade. Todavia a redução da morbimortalidade materna e infantil permanece um desafio para o país (Brasil, 2012).

Embora o acesso ao pré-natal seja praticamente universal, a qualidade dessa atenção ainda está um pouco distante de se tornar satisfatória, sendo necessário que o Governo Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, bem como os municípios e Estados, estabeleçam meios que possibilitem a organização dos sistemas de atenção com o estabelecimento de responsabilidade e pactuação pelo cuidado em todos os níveis de atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Em muitos lugares, a mulher ainda transita por diversos serviços para se deparar com uma vaga no momento de dar à luz. Por outro lado, o modelo de atenção nos serviços não utiliza toda a tecnologia adequada e recomendada para a assistência humanizada e segura ao parto e nascimento. É de suma importância garantir, ainda, a continuidade dos cuidados, assegurando o seguimento da mulher e do recém-nascido no pós-

parto, bem como no acompanhamento do desenvolvimento da criança para que ela adquira todo seu potencial intelectual, cognitivo e motor, em especial no seu primeiro ano de vida (Brasil, 2012).

1.1 HISTÓRICO DO PRÉ-NATAL

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*, que estabelecia programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, estímulo ao aleitamento materno e à nutrição, a atenção à saúde da mulher é retomada. O Ministério da Saúde, em 1978, cria o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, preocupado em prevenir as gestações nessa condição (Brasil, 2005).

Assim, a saúde da mulher voltou a ser o centro das atenções 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 maneira de abordagem, acerca da saúde da mulher, veio romper com a visão tradicional sobre esse tema que sempre foi focalizada na reprodução. No contexto do PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais se restringir à reprodução, mas sim, abranger todos os outros fatores que possam prejudicar sua saúde (Osis, 1998).

Nesse contexto de necessidades vivenciadas pela população brasileira, foi lançada no Brasil, em 2011, a Rede Cegonha, uma estratégia do Ministério da Saúde, pactuada e articulada na Comissão Intergestores Tripartite que tem como meta ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde por meio de redes de cuidados, visando assegurar às mulheres,

aos homens e aos adolescentes o direito à saúde reprodutiva e sexual nos vários ciclos de vida, bem como a atenção humanizada à gestação, parto, aborto e puerpério e às crianças, o direito ao nascimento sem violência, humanizado, seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Essa estratégia investe na forma de assegurar o acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, a vinculação da grávida à unidade de referência para o parto, incorporação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento. Também o direito ao acompanhamento de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto e puerpério e garantia de seguimento da puérpera e da criança até o segundo ano de vida, proporcionando a vivência destas experiências com segurança, dignidade e o respeito pelos serviços de saúde às dimensões social, afetiva e sexual do parto e nascimento e as singularidades raciais, étnicas e culturais (Brasil, 2012).

A partir da Rede Cegonha, a autora desta pesquisa, em sua vivência profissional no universo das gestantes, observou e constatou que a segurança, a tranquilidade e a adesão às práticas realizadas durante o ciclo gravídico-puerperal ajudaram muito em relação à participação das mesmas em todo o processo.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) se baseia nos princípios de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primária para o apropriado acompanhamento do parto e do puerpério (Brasil, 2002a). 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).

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 socioeconômicos 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 à 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), a assistência pré-natal não só objetiva os cuidados com a saúde das gestantes e dos seus conceitos, mas atua em caráter preventivo, assistencial e educacional.

Na primeira consulta de pré-natal, devem ser realizados os pedidos de exames complementares, vacinação e uma anamnese investigando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gestação atual. O exame físico deverá ser completo, incluindo avaliação de cabeça, pescoço, tórax, abdome, membros e inspeção da pele e mucosas, seguido de exames ginecológicos e obstétricos e a situação da gestação atual. Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Inicialmente, deverão ser ouvidas as dúvidas e ansiedades da gestante, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e questionar sobre a presença de corrimentos ou perdas vaginais (líquido amniótico, sangramento). As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade quanto no cartão da gestante. Em cada consulta, deve-se reavaliar o risco obstétrico e perinatal (Brasil, 2006).

De acordo com Zugaib (2008), o número de consultas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde, para que se tenha uma boa assistência pré-natal, é de seis ou mais. É sabido que o número, por si só, não pode representar um fator de qualidade do pré-natal. É necessário que as consultas sejam organizadas, com uma equipe treinada, e que o sistema de saúde tenha 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 36ª semana. Da 36ª 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).

A assistência no pré-natal, além do cuidado, deve incluir a qualidade do atendimento pré-natalista que, além de ser competente, deve 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. Deve permitir que a gestante expresse seus sentimentos a fim de oferecer explicações detalhadas, claras e objetivas (Buchabqui, Abeche, & Nickel, 2006).

De acordo com Nakamura et al. (2007), 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, dentre 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).

Pesquisa realizada por Figueiró-Filho et al (2007), em Campo Grande, MS, com o objetivo de relatar a prevalência de sífilis congênita em quatro principais maternidades conveniadas ao Sistema Único de saúde (SUS) e verificar os dados epidemiológicos, obstétricos e perinatais da população geral e das portadoras de sífilis estudadas, destacando o seu papel como fator de qualidade de assistência pré-natal, constatou que os achados obtidos no estudo reafirmam a importância da utilização das taxas de sífilis congênita como indicador de qualidade de assistência perinatal, visto ser esta doença totalmente evitável por meio da assistência pré-natal.

A assistência pré-natal visa adequar higidez ao organismo materno, pesquisar e tratar estados mórbidos porventura existentes, orientar a gestante, ampará-la, social e psicologicamente e educá-la para o parto; visa, enfim, assegurar a perfeita estruturação somatopsíquica do nascituro (Basegio et al., 2000). O enfermeiro adquire, durante sua formação, conhecimentos e habilidades que o tornam um profissional capacitado 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, enquanto que as consultas de pré-natal e puerpério podem ser realizadas pelo profissional médico ou de enfermagem. 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).

Além da consulta de pré-natal é de suma importância o desenvolvimento de um grupo terapêutico, conhecido como “Grupo de gestantes”, 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 hábitos de vida, reduzir ansiedades 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 emocional pode se encontrar um pouco alterado durante a gravidez, podendo haver 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).

1.2 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO MATO GROSSO DO SUL

O acúmulo técnico-político dos três níveis de gestão do SUS, na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família,

elementos primordiais para a reorientação do modelo de atenção, tem permitido a identificação de uma série de questões referentes às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado “Atenção Básica à Saúde” no Brasil e de suas ligações com os demais níveis do sistema. Essa discussão se fundamenta nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação constitucional e infraconstitucional (Dourados, 2014).

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela Estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esse conceito supera a antiga visão exclusivamente dirigida à doença. Os princípios fundamentais da atenção básica, no Brasil, são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. As equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, permitindo o compromisso e a corresponsabilidade desses profissionais com os usuários e a comunidade. Sua meta é ampliar suas fronteiras de atuação, elencando uma maior resolubilidade da atenção, em que a Saúde da Família é compreendida como estratégia principal para mudança desse modelo, que deverá, sempre, integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde (Brasil, 2011).

Em Mato Grosso do Sul, o procedimento para construção da Política de Humanização do Estado se iniciou em maio de 2008, com a concretização 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. Em Mato Grosso do Sul, avanços foram conquistados, permanecendo desafios que devem ser atingidos para a efetivação de mudanças e construção de novos caminhos, que objetivam institucionalização, difusão e apropriação de seus resultados pela sociedade (Brasil, 2010a).

Em Dourados, local da pesquisa, a Coordenação Geral de Atenção Básica, estrutura vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, tem o objetivo institucional de operacionalizar essa política no âmbito da gestão municipal. A Atenção Básica desenvolve mecanismos de controle e avaliação, presta cooperação técnica às equipes para a sua gestão na implementação e organização do município (Cartilha Dourados, 2014).

Em relação ao Sistema Nacional de Regulação¹ do Ministério da Saúde do Brasil,

¹ 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

todas as 35 microrregiões devem realizar o agendamento dos procedimentos na Atenção Básica e, a partir da justificativa de tais exames, esses, 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 acrescenta 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 de 2007 e implantado no município em que está a Clínica da Mulher em questão, no ano seguinte, devido à alta demanda que gerava sobrecarga nas solicitações dos procedimentos.

Existem, atualmente, em Dourados, 49 ESF, sendo 5 distribuídas na zona rural e uma Clínica da Mulher (destinadas ao atendimento das gestantes de alto risco e exames complementares). Desses locais, poucos realizam grupos de gestantes, ou seja, reuniões mensais com o intuito de transmitir as mesmas experiências e ensinamentos que são primordiais para todo o entendimento e prática do período gravídico-puerperal. No grupo de gestantes é convidado algum membro da família que se interesse em aprender junto com ela. Além das gestantes conhecerem todas modificações gravídicas que ocorrem no seu organismo, durante a gestação, elas aprendem também como se dá o processo durante o trabalho de parto, parto e puerpério, além de aprenderem os cuidados que devem ter com seu recém-nascido (RN) e com a amamentação. Ela tem 9 meses, durante todo o ciclo gravídico, para aprender situações primordiais o que facilita seu entendimento durante as poucas 48 horas de internação hospitalar pós-parto.

1.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Segundo a OMS, a educação em saúde é entendida como sendo uma combinação de ações e experiências de aprendizado planejado, com o intuito de habilitar as pessoas a obterem controle sobre fatores determinantes e comportamentos de saúde. Na busca da saúde de forma integral, a educação tem tido um significado muito importante, por colaborar na orientação de ações práticas, trazendo, com isso, resultados e melhorias na qualidade de vida e

no fortalecimento do sujeito como um todo.

Durante a vivência diária profissional da autora desta pesquisa no Centro Obstétrico de um Hospital Público do município de Dourados, MS, a mesma percebeu o quão difícil é para as gestantes em trabalho de parto, a falta de conhecimentos para realização da força e respiração necessárias durante as contrações uterinas. A falta de preparo atrapalha muito a evolução do trabalho de parto, o medo pela falta de informações gera, muitas vezes, desespero. A inexperiência vale, também, no momento da amamentação. Seria muito mais tranquilizador, se todas essas informações fossem transmitidas durante o pré-natal e/ou no grupo de gestantes.

Segundo Andrade e Duarte (2008), em um estudo cujo objetivo foi de conhecer 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 importância está voltada à saúde do bebê. Demonstraram a representação social negativa frente ao pré-natal, justificando sentimentos negativos. Isso evidencia que, para uma assistência pré-natal de qualidade, é preciso conhecer o que pensam as gestantes sobre o pré-natal, praticar o acolhimento, criar vínculos com elas e oferecer-lhes acesso às informações necessárias, de modo que passem a visualizar o pré-natal em toda a sua totalidade.

As gestantes, de um modo geral, sentem-se fragilizadas, principalmente as que se encontram em sua primeira gestação. Contudo, é de suma importância o acolhimento de maneira holística (como um todo) por parte dos profissionais de saúde, a fim de suprir suas dúvidas e anseios frente à chegada do bebê.

As principais dificuldades, ouvindo as falas dos profissionais (médicos e enfermeiros) que realizam o pré-natal das gestantes em Unidades de Saúde e hospitais, são na maioria a falta de tempo em atender um número grande de gestantes, mensalmente, nas consultas de pré-natal, fazendo com que o tempo de cada consulta seja escasso, devido à alta demanda de pacientes, falta de recursos humanos para realização do grupo de gestantes, ausência de recursos materiais para manter a adesão das mesmas durante as palestras e espaço físico inadequado. Existem algumas unidades como Estratégias de Saúde da Família, em Dourados, MS, como por exemplo, o ESF Jôquei Clube que realiza há anos, continuamente, grupo de gestantes mensalmente, em parceria com alunos da Universidade Estadual (curso de enfermagem), realizando aula teórica e prática com as gestantes e familiares, fornecendo um lanche da tarde e brindes sorteados (com custeio deles próprios e doações).

A experiência vivenciada, quando se participa como educadores, fornecendo

explicações às gestantes, é gratificante para todos os participantes, inclusive para a equipe de enfermagem, durante as atividades desenvolvidas em grupo, pois se cria um vínculo entre profissional e paciente, favorecendo a participação ativa dos membros do grupo. Os questionamentos são espontâneos por parte das gestantes que se sentem incentivadas a participar e expressar suas ideias, compartilhando as suas vivências, expectativas, temores e dúvidas que fazem parte de sua vida gestacional. Durante a consulta de pré-natal, pelo fato de o tempo ser muito restrito, fica difícil o profissional realizar todas as orientações necessárias para gestante. Portanto, há necessidade de se implantar a educação em saúde, em forma de grupo de gestantes, abordando todos os assuntos necessários para o período gravídico-puerperal, permanecendo durante o pré-natal apenas as informações básicas da consulta.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2001a) recomenda que, durante o pré-natal, a gestante receba orientações, principalmente, em relação aos seguintes temas: importância do pré-natal, processo gestacional, mudanças corporais e emocionais durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério, cuidados com o RN e amamentação. É importante, também, a participação do pai no pré-natal, devendo sua presença ser estimulada, durante as atividades de consulta e de grupo, para o preparo do casal para o parto.

Estudo realizado em um presídio feminino em Campo Grande, MS, com nove gestantes e três puérperas, com o objetivo de descrever as características sociodemográficas, história penal, assistência pré-natal e puerpério dessas detentas, constatou que a assistência pré-natal e puerperal, disponível no presídio, se revelou inadequada em relação aos critérios estabelecidos pelo Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Merece destaque a inadequada realização do exame de Papanicolau e o insuficiente fornecimento de orientações quanto ao aleitamento materno. Não obstante, os resultados obtidos se destinam a subsidiar o aprimoramento das ações de atenção ao pré-natal e ao puerpério do sistema carcerário (Pícoli et al., 2014). É primordial o desenvolvimento e reorganização de reuniões, ou seja, educação permanente das equipes de saúde para lidar com as especificidades do atendimento a essa população com qualidade e humanização.

É notório a necessidade de comprometimento de todos os profissionais de saúde, quando o objeto de discussão é a saúde da população, incentivando sempre a educação permanente dos profissionais e pesquisas para que continuamente, possa haver um atendimento de qualidade prestado a esse público de mulheres, provendo atenção à saúde em todo ciclo gravídico-puerperal.

Estudo realizado por Pires, Alves, Oliveira e Teixeira (2015), com o objetivo de demonstrar a relevância do grupo de gestantes da Unidade Básica de Saúde, município de

Sobral, CE, teve como metodologia o desenvolvimento de oficinas com um grupo de mulheres grávidas, que são assistidas pelo o Centro de Saúde da família, onde são tratadas temáticas relacionadas a fase gestacional da mulher. Os resultados desse estudo evidenciam a troca de experiência e compartilhamento de sentimentos de mulheres que se encontram nesse momento especial, em que passam por mudanças corporais e emocionais. Segundo os autores, o grupo de gestantes funciona como uma estratégia que permite assistir de maneira integral as gestantes e aponta também que esse projeto teve grande relevância educacional e social.

Desse modo, destaca-se a importância da promoção de grupos educativos e momentos de escuta nos serviços de saúde que assistem mulheres gestantes e as auxiliam no entendimento e troca de experiências com outras gestantes. Nesse sentido, os grupos de gestantes em Unidades Básicas de saúde é um espaço dinâmico que tem como meta a promoção da saúde integral-individual-coletiva das gestantes, mediada pelas interações que no grupo ocorrem. É de competência do enfermeiro a promoção e prevenção da saúde (Pires, Alves, Oliveira, & Teixeira, 2015).

O ideal seria que houvesse, nos grupos educativos, a presença e colaboração do educador físico, realizando exercícios físicos com as gestantes, também o fisioterapeuta avaliando os músculos do assoalho pélvico, focando na sua coordenação, tônus, resistência e força para o parto, além do psicólogo fornecendo todo o aparato necessário para uma evolução psicológica tranquila para o momento do parto, ainda o nutricionista cuidando de sua alimentação, e mais o enfermeiro orientando sobre todos os cuidados e sanando as dúvidas sobre o período gravídico puerperal, e acima de tudo o médico dando suporte durante todo o pré-natal.

Teixeira, Amaral, & Magalhães (2010) realizaram um estudo exploratório, com o objetivo de respaldar a importância da educação para a saúde gestacional e para redução da morbimortalidade da gestante. Frente aos resultados encontrados, a ação educativa, realizada pela enfermagem durante a consulta de pré-natal, se caracteriza como uma ação que tem como propósito educar e proporcionar uma melhor qualidade de vida para gestante. O estudo aponta para a reorientação do serviço de enfermagem, na atenção à gestante: a criação de um ambiente físico adequado para o atendimento da consulta de enfermagem e a participação da gestante em grupos ou individualmente. Segundo os autores, esses resultados reforçam uma preocupação no que diz respeito à forma com que as ações educativas na consulta do pré-natal são realizadas.

Destacam-se, nas diferentes maneiras de realização do trabalho educativo, as discussões em grupo, dinâmicas de experiências entre as gestantes, dramatizações, entre

outras abordagens. O enfermeiro, ao desenvolver seu papel enquanto facilitador, deve conduzir as reuniões de maneira simples. Ouvir com atenção e respeito as gestantes, evitar aulas cansativas. Deve ter o intuito de direcionar as ações educativas de maneira positiva, estabelecendo um elo de confiança com as gestantes a fim de ajudá-las a conduzir a experiência da maternidade com maior autonomia (Teixeira, Amaral, & Magalhães, 2010).

Falcone et al (2005) realizaram um estudo com 103 gestantes, em um programa comunitário na capital de Estado de São Paulo, realizando 10 encontros semanais, de duas horas de duração, a fim de identificar os transtornos afetivos não psicóticos em gestantes, intervindo com grupos psicoprofiláticos e avaliando as possíveis alterações após intervenções, apontaram que a atuação multiprofissional, no grupo de gestantes, previne, detecta e trata transtornos afetivos presentes no período gravídico.

Durante a consulta de pré-natal, pelo tempo ser muito restrito, fica difícil o profissional realizar todas as orientações necessárias para gestante. Portanto, há necessidade de se implantar a educação em saúde, em forma de grupo de gestantes.

A literatura aponta que o período gravídico-puerperal é a fase de maior ocorrência de transtornos psíquicos da mulher, precisando de muita atenção para recuperar ou manter o bem-estar e prevenir dificuldades futuras para o filho. A intensidade das transformações psicológicas dependerá de fatores familiares, sociais, conjugais, culturais e da personalidade da mulher grávida (Maldonado, 1997).

O método psicoprofilático, como por exemplo no grupo de gestantes (processo educativo), oferece além de informações, alívio, em relação ao aspecto emocional, devido à orientação ser antecipada. Essa técnica é usada na intervenção de crises, com o intuito de preparar o indivíduo para enfrentar uma crise previsível, de maneira mais saudável, por meio do domínio cognitivo da situação e do fortalecimento dos mecanismos adaptativos do ego. Os indivíduos que conseguem expor abertamente seus sentimentos negativos, parecem possuir melhores condições de elaboração mental dos mesmos (Maldonado, 1997).

O enfermeiro realiza tarefas que propiciam o aprendizado contínuo da gestante e trabalha com o intuito de evoluir a qualidade da atenção ao pré-natal. As gestantes são consideradas o foco principal do processo de aprendizagem, porém o enfermeiro deve atuar, igualmente, entre os familiares e companheiros (Teixeira, Amaral, & Magalhães, 2010).

Desse modo, o enfermeiro, juntamente com toda equipe multiprofissional, se torna capaz de promover orientações gerais, referentes aos cuidados na gestação, alterações fisiológicas e emocionais, cuidados com o recém-nascido, amamentação e também um assunto de suma importância que é o planejamento familiar. O pai deve ser envolvido no

processo, facilitando assim seu entendimento frente ao período gravídico-puerperal todo, garantindo suporte também emocional à gestante (Teixeira, Amaral, & Magalhães, 2010).

É evidente, na prática vivenciada diariamente pela autora desta tese, que a presença de uma pessoa escolhida pela gestante para participar do pré-natal, grupo de gestante e estar ao seu lado no momento do parto, seja seu companheiro ou alguém que lhe dê apoio e confiança, é muito importante para transmitir para a mesma segurança e apoio emocional.

2. GESTAÇÃO DE RISCO HABITUAL

Quando ocorre uma gestação, desperta na gestante expectativas. Surgem os pais, nasce uma família e novas interações entre seus membros. Também nasce um lar, que comporta a percepção de um novo ser. A mulher adquire uma intuição com sensibilidade acentuada e mudanças corporais significativas, com nova vida (novos hábitos, alimentos e convívio social) e nova casa (quarto da criança e seu enxoval) (Nakamura & Amed, 2003).

Gestação de risco habitual é quando, durante todo processo gestacional, não há nenhum fator de risco envolvido, ou seja, quando a gravidez evolui naturalmente sem gravidade envolvida (Brasil, 2012).

A gestação se inicia, quando o espermatozoide se funde com o óvulo para dar origem ao ovo, célula que representa o início do novo ser (Rezende, 2008).

A expectativa de gerar filhos, física e mentalmente sadios, é sonho de toda mulher. Todas as mães têm direito não só à assistência pré-natal, mas também à pré-concepcional. Os serviços de saúde devem 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 et al., 2006).

Em contato diário com as gestantes, a autora desta tese, observou que, devido às alterações fisiológicas e psíquicas, a gestação é uma importante fase na vida da mulher. Todo o período gestacional é regado de intensas transformações quanto ao funcionamento e forma do corpo feminino. De acordo com Cunha, Ricken, Lima, Gil, & Cyrino (2012), a mulher, no período gestacional, tem o surgimento de mudanças de identidade e uma nova definição de papéis na família e na sociedade. Tais transformações se associam, ainda, a alterações sociais, psíquicas, culturais e espirituais.

A partir dessas alterações, ocorre a probabilidade da aquisição de novos níveis de integração da personalidade, ou a adoção de soluções patológicas para os conflitos (Maldonado, 2013). Associado a todas essas alterações, há sobrecarga social do mundo moderno que aumentou as responsabilidades da mulher fora do ambiente doméstico, permanecendo a gestante ainda mais vulnerável (Saraiva, 2007).

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 única, torna-se a concretização de um desejo 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).

Por ser a gravidez um evento fisiológico, traz 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 (Hoga & Reberte, 2005). Tais 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 elas podem se tornar 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 cujo objetivo é 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 se sentarem e evitarem o uso de sapatos de salto alto e atividades físicas exaustivas. De acordo com Montenegro e Rezende Filho (2007), 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, que produzem 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 que são situações 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 psicológico de algumas gestantes se encontra 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 se preocupar em demasia com seus hábitos de vida.

Nos próximos parágrafos, serão descritos alguns fatores que, geralmente, aparecem como sintomas e modificações gravídicas, baseados em artigos científicos e em revisões bibliográficas, ficando claro o que está inserido nos quatro domínios do instrumento citado acima: Saúde/funcionamento, Psicológico/espiritual, Socioeconômico e família.

Estudos sobre a relação sexual na gravidez concluem que, do ponto de vista feminino, embora o prazer feminino aumente nesse período, há também o desconforto físico, da mulher que 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. É estimando que 50 a 80% das gestantes experimentem esse desconforto, devendo terminar entre a 16^a a 20^a semanas. Porém em 20% das mulheres as náuseas persistem, sendo que de 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).

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 aspectos psicológicos influenciando 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 salivação pode provocar desidratação que impõe reposição hídrica (oral ou, raramente, venosa) (Neme, 1994, citado por 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, ocorre devido à ação da progesterona na musculatura uterina. É muito comum e piora à medida que a gestação evolui (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 a 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 tonos muscular. As varizes dos membros inferiores proporcionam dor, edema, ulcerações e graves complicações como tromboflebite e flebotrombose. As varizes vulvo-vaginais, por vezes, sangram no momento do parto vaginal, obrigando a 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, é necessário enfatizar a importância das orientações vindas dos profissionais de saúde, quanto ao repouso, evitando exercícios físicos em excesso, e 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 (2007), 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).

Em relação ao trabalho, de uma maneira geral, as gestantes de risco habitual podem continuar suas atividades até o momento do parto, mas em serviços que não proporcionem 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, de uma maneira geral, dependendo do tipo de serviço, deve ser dada atenção aos limites de esforço, principalmente permanecer em uma posição só (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. Podem auxiliar a gestante a se sentir confortável com o seu corpo à medida que o bebê se desenvolve em seu útero, além de contribuir para: a melhora na circulação sanguínea, redução de edemas, alívios das câimbras e 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, dentre outros que, se portadoras, as gestantes não devem realizá-los (Batista et al., 2003).

De um modo geral, uma grande parcela de mulheres que vivencia esses sintomas naturais da gravidez, 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. Aumann & 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, encontrou nas gestantes de baixo poder aquisitivo, fatores como: analfabetismo, falta de conhecimentos a respeito de higiene e cuidados com a gravidez e, algumas vezes, até 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.

Assim 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 para cada desconforto, aumentando assim o bem-estar da mãe e do filho (Oliveira et al., 2010).

3. GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Como citado no capítulo anterior, a Assistência Pré-Natal de qualidade é de suma importância. Neste capítulo abordaremos a gestação de alto risco e risco, devendo ressaltar sempre a excelência no cuidado dessas mulheres.

Enquanto Enfermeira Obstetra, a autora desta pesquisa pode afirmar que, quando a gestante recebe o diagnóstico de que sua gestação é de alto risco, sentimentos como: ansiedade, medo, tristeza, insegurança, dentre outros, surgem podendo permanecer durante todo o período gravídico, ocasionando, muitas vezes, além do problema fisiológico já diagnosticado, o surgimento de possíveis sintomas psicológicos devido à sua preocupação de não conseguir manter uma gestação de risco habitual.

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).

Gestação de alto risco, diz respeito a todas as situações que podem intervir na evolução normal de uma gestação, focalizando tanto aspectos relativos à saúde materna quanto a 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 pode constituir o grupo denominado de alto risco (Brasil, 2000b). Para alcançar um ótimo prognóstico perinatal, os fatores de alto risco devem 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 transformam uma gestação normal em gestação de alto risco. Por isso, logo no início do pré-natal, e durante toda a gestação, deve-se proceder a uma “avaliação de alto risco” (ou seja, o médico deve realizar o diagnóstico de gestação de alto risco, por meio de sinais e sintomas 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 deve estar 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 (Espírito Santo, 2005).

O enfoque de risco é um instrumento metodológico idôneo 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 de alto risco pode ser dividido em duas categorias: demográficos e comportamentais.

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 à 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 (Souza et al., 2007). Também cabe salientar que uma intervenção psicológica, tanto durante a gestação, quanto no puerpério, visa prevenir a saúde mental e física do binômio mãe e filho, com o intuito de instigar uma ligação mais saudável e prazerosa entre ambos (Trucharte & Knijnik, 1997).

Ao realizar um trabalho sobre gestação de alto risco, Oliveira (2008) entrevistou um grupo de 16 gestantes que realizavam seu pré-natal de alto risco em uma policlínica do município de Divinópolis, MG. 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 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 dividi-los em quatro grandes grupos, procurando suprir as diferenças socioeconômicas e culturais existentes no Brasil e evidencia fatores de risco, originando-se especificidades bem características. Sendo essa classificação,

descrita abaixo em quatro grupos, considerada como referência para as unidades básicas de saúde, para o encaminhamento ao pré-natal de alto risco (Brasil, 2006).

Serão designados, portanto, designar os grupos da seguinte maneira: o primeiro grupo será o grupo “A” o segundo grupo o “B”, o terceiro será o “C” e o quarto será o “D”.

O grupo “A”: 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).

No grupo “B”: estão inseridas a história reprodutiva anterior à gestação atual: morte perinatal (com ou sem justificativa); recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado; abortamento habitual (de repetição); esterilidade/infertilidade; intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; nuliparidade ou multiparidade; síndromes hemorrágicas; pré-eclâmpsia/eclâmpsia e macrosomia fetal (excesso de peso em recém-nascidos).

O grupo “C”: 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).

No grupo “D”: 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; amenorreia 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, sendo que 10 a 20% das grávidas podem ser consideradas de alto risco e responsáveis por 50% da mortalidade fetal antes do parto (Tedesco, 2000, Brasil, 2000b, Montenegro & Rezende Filho, 2006). 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. A adolescente grávida, além de alterações psicossociais, tem maior chance de apresentar depressão, diminuição da autoestima e, quando já possuía antes da gravidez alterações psicológicas, pode apresentar ideação suicida (Freitas & Botega, 2002).

Estudos estatísticos de grande porte demonstram que cerca de 19% dos recém-nascidos de mães adolescentes pesam menos de 2,5 kg. Essa agravante se deve a um somatório de razões, tais como a imaturidade fisiológica e emocional, a irregularidade do hábito alimentar, o abandono social, dentre 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 bio-psico-existenciais, inclusive o seu entorno familiar e social (Magalhães et al., 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 céfalo-pélvica. Na visão da pesquisadora, é nítido observar que quanto menor a idade da adolescente, maiores são as complicações, pois seu corpo está ainda em desenvolvimento, principalmente no que diz respeito aos órgãos reprodutores.

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, frequentemente, vistas como uma crise. Por toda essa “pressão” emocional, é muito comum que gestantes previamente sadias desenvolvam quadros psiquiátricos pós-parto, como a depressão (Eizirik, Kapczinski, & Bassols, 2001).

Mulheres com intercorrências obstétricas em gestações prévias (eclampsia, 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 et al., 2006). Fica claro, portanto, a associação entre os fatores fisiológicos (patológicos) e psicológicos, permanecendo um ao lado do outro, o fator fisiológico reflete no psicológico e vice-versa.

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 et al., 2006). A pré-eclâmpsia é uma síndrome multissistêmica, caracterizada por hipertensão e proteinúria (presença de proteína na urina), após a 20ª semana de gravidez, em mulheres com pressão arterial previamente normal (Montenegro & Rezende Filho, 2008).

O estudo realizado no Centro de Atendimento à Mulher do município de Dourados, MS, em 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 significativo 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 (Engelmann & Rezende, 2008).

Recentemente, 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 citado por Ores et al., 2005), em uma amostra de 806 gestantes de alto risco, mostraram um risco aumentado para a ansiedade e a depressão. Para esses autores, os resultados sugeriram que 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 estabelece uma ampla gama de estressores psicológicos sobre o indivíduo e a unidade familiar. O tratamento de apoio que pondere as necessidades da família, é um dever. Com a ausência de suporte apropriado, as famílias que possuem uma gestante nessas condições, estão também em risco de separação, divórcio, abuso de substâncias e de situações maléficas física e emocionalmente. Com apoio adequado, os membros da família podem alcançar uma sensação de equilíbrio e se tornarem emocionalmente mais próximos (Gilbert & Harmon, 2002).

Com o objetivo de reduzir as complicações nos casos de gestação de alto risco notificados no país, o Ministério da Saúde vem incentivando 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 de os cuidados estarem focados mais na parte emocional e espiritual que na parte física da paciente, pois os cuidados de enfermagem, por exemplo, não apenas se resumem no corpo físico, mas também ao corpo como um todo (Boemer & Mariutti, 2003).

A portaria do Ministério da Saúde n. 3.477, de 20 de agosto de 1998, dispõe que o atendimento à gestante de alto risco deve ser constituído por uma equipe interdisciplinar com os seguintes profissionais: Psicólogo, Neurologista, Cardiologista, Endocrinologista, Nefrologista, Cirurgião geral, Clínico Geral, Ultrassonografista, Enfermeiro, Assistente social, Farmacêutico, Nutricionista e Neurocirurgião. Conforme More, Crepaldi, Queiroz, Wendt e Cardoso (citado por Cardoso, Santos, & Mendes, 2004), a integração dos diferentes saberes, proposta do serviço interdisciplinar, pressupõe a resolução conjunta dos problemas. Toda a equipe desempenha papel fundamental conhecendo as implicações das condições clínicas e obstétricas, estando esses atentos à psicodinâmica normal da gestação, favorecer o vínculo mãe-bebê-família, identificar, potencializar e desenvolver suportes na rede de (Caldas et al, 2013).

4. QUALIDADE DE VIDA

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 utilizada 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 “boa-vida ou bem-estar” e felicidade, porém concluiu que há divergências sobre o significado de felicidade, podendo variar de indivíduo para indivíduo 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).

É preciso considerar, ainda, que Beck, Budó e Gonzales (1999) afirmam 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 indivíduo “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.

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 1958, como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples 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.

Souza e Guimarães (1999) conceituaram qualidade de vida em três níveis, e organizaram-nos 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 Assembleia 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 à 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, viuvez, 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 das 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

peçoal.

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 tanto pela tentativa de diminuição de mal-estar quanto 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.

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

Os instrumentos, de acordo com Fleck (2008), devem passar por um processo de tradução e validação para posterior utilização em diferentes culturas. No Brasil, há uma carência de instrumentos validados, mas dentre eles estão: *SF-36*, *WHOQOL-100*, Índice de

Qualidade de Vida de Ferrans & Powers, além de outros. 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 & Powers destina-se a medir a qualidade de vida tanto de pessoas sadias 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 (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 da 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, nas 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 ao mundo da mulher, observa-se que sua vida tem passado por grandes mudanças seja no plano político, no cultural, no econômico ou no 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 (1999), ainda há probabilidade de que as mulheres venham a sofrer, adoecer e morrer em decorrência dos problemas motivados pela desigualdade de gênero. 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 (Cárdenas & Cianciarullo, 1999).

5. ESTRATÉGIAS DE *COPING*

A gravidez revela-se como importante desencadeante de ansiedade, induzindo as mulheres, (futuras mães) a vivenciarem de maneira ímpar esta experiência. Quando há algum fator que interfira na idealização da maternidade, a mulher pode apresentar sentimentos de tristeza, raiva, medo e perdas com resultados que podem ir além do próprio bem estar físico (Gorayeb, 2008). Para enfrentar todas essas e outras possíveis implicações durante a gestação, a mulher utiliza estratégias de enfrentamento para conseguir encarar seus problemas, o que é conhecido como *Coping*.

Coping pode ser definido como um conjunto de estratégias de enfrentamento de problemas, as quais podem ajudar as pessoas no manejo interno e externo de eventos ou episódios estressantes que exijam delas esforços cognitivos e comportamentais excedentes aos seus recursos (Compas, 1987, Costa, Somerfield Jr., & Mc Crae, 1996, Hollahan, Moos, & Schaefer, 1996, Antoniazzi, Dell’Aglío, & Bandeira, 1998, Zanini, 2003, Folkman & Moskowitz, 2004, Zanini, Forns, & Kirchner, 2005).

Para Savoia (2000), as habilidades desenvolvidas pelo indivíduo, para o domínio das situações de estresse e adaptação a essas situações, são denominadas *coping*. Nesse sentido, Folkman e Moskowitz (2000) afirmam que um estado crítico significativo molda as emoções que as pessoas vivenciam em uma situação estressante.

De fato, conforme Savoia (2000), o *coping* representa uma resposta com o intuito de aumentar, criar ou manter a percepção de controle pessoal das pessoas sobre o evento estressante tendo, com isso, a tendência a escolher determinada estratégia de *coping*, conforme o repertório individual e com experiências anteriores.

Definições sobre *coping* abrangem tentativas para manipular situações ou necessidades estressantes, independentemente dos resultados. Estilo são maneiras do indivíduo interagir com o ambiente (amigáveis, dependentes, controladoras, negativas, reprimidas), e traço são características das pessoas que as fazem reagir de determinada forma (rudeza, raiva internalizada) pior ou melhor (Lazarus & Folkman, 1984). O *coping* altera, de alguma maneira, a evolução do estresse, seja evitando a situação ou confrontando-a. Por vezes, as estratégias de *coping* podem não obter sucesso ou pela escolha dos mecanismos de *coping*, ou porque a situação é difícil, fazendo com que os resultados se tornem outras fontes de estresse (Hymovich & Hagopian, 1992).

Lazarus (citado por Zanini, 2003) define que o processo de *coping* é resultado da avaliação que o indivíduo faz do problema, organizada em dois níveis: o primário, quando o problema a enfrentar está relacionado com compromissos, valores e crenças da pessoa sobre si sobre o mundo; e o secundário, que está integrado com o processo cognitivo, levando o

indivíduo a refletir a respeito do que há de estressante entre ele e seu ambiente.

Boekarts (1996), diferencia as táticas para o enfrentamento dos eventos estressores, em controle primário, que admite transformar os aspectos da situação e controle secundário, que admite a adaptação às circunstâncias inalteráveis.

As respostas neuroendócrinas que incidem no indivíduo estressado, são consideradas um processo de adaptação ao ambiente interno ou externo com o intuito de restaurar o equilíbrio do organismo, e os mecanismos de *coping* deparam-se entre o estímulo estressor e os resultados sobre o indivíduo, sendo um determinante primordial na produção do estresse. O indivíduo não é um ser passivo diante das contingências da vida. Ele compreende, emite pensamentos e ações para alterar, diminuir ou controlar as demandas sobre ele. Em razão disso, é possível salientar que há mediadores não só biológicos, responsáveis pelas respostas frente ao estresse (Folkman, 1986).

Dentre alguns desses mediadores já conhecidos, está a avaliação cognitiva eliciada, quando a pessoa percebe um evento, recebe um estímulo (Lazarus & Folkman, 1984) e definem como “um processo de categorização de um encontro e suas diversas facetas, com respeito a esse significado para o “bem-estar”, sendo analisada como um determinante importante no processo de estresse, pois não será a qualidade do evento, mas a maneira com que ele será compreendido que o categorizará como estressor ou não. O processo avaliativo se dá nas estruturas do sistema límbico que tem papéis inter-relacionados entre cognição, emoção e comportamento automático.

Lazarus e Folkman (1984) afirmam que Gardner, Klein, Linto e Spence (1959) desenvolveram o conceito de controle cognitivo para o enfrentamento de problemas, que é um estilo admitido na interposição entre a percepção da consistência do problema e suas maneiras e orientações para enfrentá-los. Podem ser compreendidos no controle cognitivo: o exame do problema, que exige atenção espontânea em diversas situações; a organização dos problemas por categoria própria do indivíduo, permitindo a ele julgar as situações; a flexibilidade e o controle limitado, que o faz obter novas respostas para uma mesma situação, quando analisada a ineficácia da estratégia; a tolerância por experiências não reais, com a percepção de situações e que a resposta está aquém de uma realidade externa.

Moos (1995) amplia a definição de *coping*, delineando as influências pessoais e ambientais na avaliação do problema e suas consequências para a saúde. Nos processos de *coping* e estresse, o ambiente está representado pelos estressores atuais e os recursos sociais, e o sistema pessoal, por recursos como a autoestima e a habilidade cognitiva, interagindo e influenciando a vivência de crises ou de grandes mudanças da vida. É esse conjunto, segundo

o autor, que regula a análise do problema e as respostas pessoais de *coping*, tal como o estado de saúde e de bem-estar do indivíduo (Zanini, 2003).

Há diversos conceitos teóricos a respeito do *coping*. Para a Psicologia Analítica do Ego, *coping* é um traço ou estilo de agir que controla e determina o conflito da situação, e para o Modelo Animal, *coping* é um resultado, resumindo-se em comportamentos de fuga ou luta diante uma situação de ameaça. Para o Modelo Interacionista Cognitivo descrito por Lazarus e Folkman (1984), *coping* é um processo, definido como “uma constante mudança cognitiva e esforços comportamentais para manusear específicas demandas externas e ou internas que são avaliadas como algo que excede os recursos da pessoa.

Conforme Compas (1987), Boekarts (1996) e Holahan et al., (1996), as estratégias de *coping* estão divididas em duas funções: foco no problema e foco na emoção. Para Moos (1993), situa-se em como a pessoa se norteará, qual será sua atividade em resposta ao estressor e qual o método de esforço cognitivo ou comportamental que será utilizado para encarar os eventos vitais.

Coping, centrado no problema, refere-se aos esforços para administrar, ou alterar o problema, ou melhorar o relacionamento entre o indivíduo e o ambiente (Compas, 1987). São estratégias que se voltam mais para a realidade, assim, são consideradas mais adaptativas por alguns autores, pois são capazes de alterar as pressões ambientais, quando se interligam com uma fonte externa de estresse, e ou dirigidas ao self. As estratégias direcionadas ao ambiente constituem-se na definição do problema, levantamento e avaliação de soluções para resolução de problemas e habilidades sociais alternativas, escolha de alternativas e ação (competências). As demais categorias que são as estratégias direcionadas ao self, são ambientais e somam recursos materiais (financeiros) e recursos sociais (rede direcionadas para a fonte interna do suporte social, estresse alterando os estados cognitivos e motivacionais do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984).

Denominados, também, de estratégias de aproximação, os esforços cognitivos e comportamentais, facilitados pela regulação emocional, fazem com que o indivíduo se envolva mais com o problema para posteriormente enfrentá-lo. Conclui-se, então, a partir daí que aqueles indivíduos que se utilizam mais dessa estratégia têm uma tendência maior em apresentar melhor adaptação ao problema, diminuindo tanto a sua força no funcionamento psicológico quanto a influência negativa dos eventos vitais (Compas, 1987).

Coping, centrado na emoção, é descrito como a tentativa de substituir ou regular o impacto emocional do estresse da pessoa. De acordo com Hymovick e Hagopian (1992), as estratégias de *coping*, focadas na emoção resultam, principalmente, de processos defensivos, o

que faz com que a pessoa evite confrontar conscientemente com a realidade ameaçadora.

Conforme Lazarus e Folkman, (1984), nem todas as estratégias de *coping*, centrado na emoção, devem ser consideradas como reavaliação cognitiva, pois algumas não apresentam a propriedade de alterar o significado do evento, como exemplo, negar um fato ou evadir-se dele, o que pode ser compreendido como uma maneira de o indivíduo se proteger, quando há possibilidade de grande ameaça e não acreditar que possa mudar a situação.

As maneiras pelas quais o indivíduo utiliza os mecanismos de *coping*, dependem em grande parte dos recursos que estão disponíveis e das forças que impedem o uso desses recursos. Mc Haffie (1992) afirma que recurso é o que está disponível para as pessoas construírem seus próprios repertórios de *coping*.

Hollahan et al. (1996) citam quatro categorias de *coping*, consideradas básicas. Os mesmos autores descrevem que o *coping* pode ter a qualidade de aproximar o indivíduo do problema, o que classificam como estratégia de aproximação, ou de levá-lo a evitar o problema, o que é denominado de estratégia de evitação. A aproximação é denominada como cognição, ação e comportamento individuais, direcionados ao estressor, podendo o sujeito monitorá-lo, controlá-lo e até trazer, por exemplo, melhores conhecimentos sobre ele. A qualidade de evitação implica esforços cognitivo, emocional e comportamental, que são destinados para fora do estressor com o intuito de evitá-lo, podendo o indivíduo afastar-se dele ou até mesmo ignorá-lo.

De acordo com (Compas, 1987, Zanini, 2003), determinadas variáveis podem influenciar as respostas de *coping*, tais elas: sexo, idade e características de personalidade.

Existem recursos terapêuticos propostos a facilitar o processo de *coping*, diminuindo os custos somáticos e psicológicos advindos do estresse (Goldberger & Breznitz, 1982). Há dois enfoques terapêuticos nesta área (a psicológica e a fisiológica) as quais apresentam objetivos e direções bem distintas.

As terapias psicológicas têm, por alvo principal, a alteração dos pensamentos e dos comportamentos que agravam e mantêm as respostas ao estresse e a avaliação das estratégias de *coping* potencialmente úteis para diminuir o estresse (Goldberger & Breznitz, 1982).

De acordo com Mc Haffie,(1992), dentre algumas ações realizadas pelo enfermeiro, estão citadas aquelas que colaboram para a reavaliação cognitiva, quando se sugere atuar na percepção do paciente sobre o problema, frente a informações providas a respeito da condição clínica e de tratamento. Essas informações carecem de ser progressivas e, após cada etapa, ponderar os efeitos sobre o paciente e como ele modifica sua percepção sobre o evento, pois as informações podem causar efeitos neutros ou deletérios à pessoa. Outro ponto seria

trabalhar com o paciente no intuito de que ele tenha controle sobre si, ao mesmo tempo, sobre a doença, dando a chance de realizar opções pelo tratamento que atenda melhor suas necessidades e anseios, podendo obter êxito com o mesmo. Consentir que o paciente faça escolhas e realize decisões sobre si, aumenta o olhar sobre seu corpo e o faz raciocinar sobre suas expectativas e o que pode ser feito para sentir-se melhor, enxergando-se como um indivíduo responsável por si próprio, com capacidade para interferir no problema.

Os profissionais de saúde, em especial os psicólogos e enfermeiros, contribuem com esse contexto, incentivando e estimulando a externalização das emoções e compreendendo-as na tentativa de adaptação, como exemplo, motivando o paciente a expressar seu sentimento, pois, quando se expõe uma emoção por meio de fala, o mesmo reflete sobre o assunto, aumentando a probabilidade de repensar sobre ele (Chaves, Cade, Montovani, Oleite, & Spire, 2000).

As atitudes fisiológicas englobam a meditação, o relaxamento, o condicionamento físico, tanto quanto a dieta, exercícios, dentre outros, o que é comprovado que causam bem-estar do indivíduo, conseqüentemente, melhorando sua qualidade de vida.

Estudo realizado por Amorin (1999), com o objetivo de avaliar o efeito do relaxamento sobre o sistema imunológico de mulheres, acometidas por câncer de mama, concluiu que há uma correlação entre a atividade das células natural Killer (responsáveis pela defesa imunológica contra metástases) e, com a intervenção proposta, houve melhora na maneira dessas mulheres reagirem frente à doença.

Em outro estudo realizado por Dobbro (1998), o mesmo constatou que a musicoterapia diminuiu significativamente a intensidade e percepção da dor, em mulheres com fibromialgia e em mulheres com hipertensão, promoveu o relaxamento físico por meio de redução da tensão muscular. Ainda o estudo concluiu que houve melhora no estado de ânimo e liberação de emoções, colaborando, desse modo, para melhor enfrentamento da doença.

Voltando-se para o universo das gestantes, pesquisas sobre suporte social têm demonstrado que as mulheres com baixo suporte social na presença de estresse, como por exemplo, uma relação não amigável com o companheiro, apresentam três vezes mais probabilidade de possuir complicações durante a gestação, quando comparadas com as que possuem elevado suporte social (Cobb, 1976).

Pesquisa realizada por Pereira, Santos e Ramalho (1999), com uma amostra de 60 gestantes do primeiro e terceiro trimestre de gestação, teve como objetivo explorar a relação entre relacionamento conjugal, Suporte Social, estilo de *Coping* e a saúde física e psicológica da grávida. Os resultados revelaram que: quanto melhor é o relacionamento conjugal menor é

a sintomatologia psicológica. A mesma relação foi verificada nas variáveis de suporte social e sentido de coerência (quanto maior o suporte ou o *coping*, menor a sintomatologia experienciada). Os autores, portanto, concluíram que a adaptação à gravidez parece estar também associada aos recursos de *Coping*, Suporte Social e à qualidade do Relacionamento Conjugal das grávidas. Os resultados obtidos sugerem que os níveis diminuídos dessas variáveis despertem, na gestante, uma vulnerabilidade física e psicológica e que o sentido de coerência parece ter um efeito mediador nos fatores de risco para a saúde física e psicológica da mesma).

Os estudos a respeito de *coping* e estresse têm alcançado um grande desenvolvimento nas últimas duas décadas, e, conforme Somerfield e McCrae (2000), as pesquisas de *coping* representam um dos estudos mais amplamente pesquisados pela psicologia contemporânea.

Para Billings e Moos, (1981), grande parcela dos conhecimentos sobre *coping* decorre de pesquisas de eventos específicos como: doenças físicas, encarceramento, desastres naturais, bem como pesquisas de estressores relacionados ao ambiente ocupacional.

Embora seja compreensível que as estratégias de *coping* instituem necessidades adaptativas do indivíduo, emitindo comportamentos no intuito de neutralizar ou diminuir suas emoções negativas, não estando, deste modo, pautadas as expectativas dos profissionais de saúde, admite-se que algumas estratégias vão ao encontro dos objetivos delineados pelos enfermeiros e psicólogos para melhor condução da doença e tratamento. Dessa forma, faz-se necessário que os profissionais de saúde envolvidos compreendam todo o processo que abrange *estresse-coping* adaptação para intervir neste de forma positiva, tanto no que diz respeito aos resultados sobre a saúde, mas principalmente, em gerar maior adaptação ao estresse, o que, por diversas vezes, é incompatível com a situação clínica.

5.1 COPING E GESTAÇÃO

A gestação é uma trajetória do desenvolvimento humano que incide em diversas modificações psíquicas, físicas e socioeconômicas (Maldonado, 2012). Em decorrência dessas transformações, é um dos períodos de maior susceptibilidade e conflitos psicológicos, uma vez que diversas vezes as gestantes não dispõem de condições psicossociais favoráveis para habituar-se com o papel de ser mãe (Cantilino, Zambaldi, Sougey, & Rennó Jr., 2010).

Algumas particularidades da gestante podem colaborar para o evento de dificuldades de desajustamento psicológico, como: histórico de transtornos psiquiátricos (Aktan, 2012), pouca idade e pouca identificação com o fato de se tornar mãe (Le Strat, Dubertret, &, 2011),

baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, estado civil solteiro (Fall, Goulet, & Vézia, 2013). Outros fatores também podem estar interligados a um desajustamento psicológico, durante a gravidez, tais como: relação conjugal desfavorável, acontecimentos diários estressantes (O' Hara & Swain, 1996), inadequado suporte social e familiar (Le Strat, Dubertret, & Le Foll, 2011).

Conforme Ontiveros-Pérez e López-Espanã (2010), uma boa aceitação às mudanças ocorridas durante o período gravídico, como: ansiedade e depressão, durante essa fase, estão associadas a um ajustamento psicológico apropriado. A terminação “ajustamento psicológico” traz referência a uma postura dinâmica e funcional diante dos acontecimentos da sua história de vida, com condutas pró-sociais, emoções de bem-estar e diminuição de problemas psicossociais (Reppold, 2005).

Estudos evidenciam que o neuroticismo (tendência para experimentar emoções negativas, como raiva, ansiedade ou depressão, por vezes, também chamado de instabilidade emocional) funcionaria como um moderador entre o desajustamento psicológico e características sociodemográficas (Engelhard, Van Den Hout, & Kindt, 2003) ou como um preditor de depressão na gestação (Bunevicius et al., 2009) e no puerpério (Lee, Yip, Leung & Chung, 2000).

Outros moderadores importantes são as estratégias de enfrentamento (*coping*) utilizadas durante a gestação, as quais aparecem como esforços direcionados à adaptação a situações estressantes ou adversas (Antoniazzi, Dell' Aglio, & Bandeira, 1998). A mobilização de estratégias de enfrentamento menos adaptativas, durante a gestação, pode resultar em níveis elevados de desajustamento psicológico (Major, Richards, Cooper, Cozzarelli, & Zubek, 1998). Já o uso de estratégias mais adaptativas, como por exemplo, a busca de informações de apoio social, podem neutralizar o efeito de fatores sociodemográficos e obstétricos considerados de risco (Pereira, Santos, & Ramalho, 1999).

Foi realizada por Wechsler, Reis e Ribeiro (2016), uma pesquisa com 30 gestantes que frequentavam uma Unidade básica de saúde, com o objetivo de explorar alguns fatores de risco que podem contribuir para o desgaste psicológico de gestantes, assim como a incidência de sintomas ansiosos e depressivos nesses indivíduos. Os resultados apontaram que uma maior escolaridade das participantes e uma maior participação dos pais na preparação para o parto apresentavam uma relação estatisticamente significativa, com menores níveis de ansiedade e depressão nas gestantes, respectivamente. Por outro lado, a estratégia de enfrentamento de conversar com um profissional de saúde revelou moderar a relação entre escolaridade e os níveis de depressão das participantes; já o neuroticismo moderou a relação

entre depressão e idade, e entre depressão e o número de semanas gestacionais. Esse estudo concluiu sobre a importância da elaboração de protocolos de intervenção psicológica, direcionados a grupos de gestantes em risco psicológico.

Estudo realizado por Pereira, Santos e Ramalho (1999) com 60 grávidas recrutadas da unidade de obstetrícia do Hospital São Marcos, clínicas privadas e de um Centro de saúde de Braga, incluiu grávidas do primeiro e terceiro trimestres, com o objetivo de explorar a relação entre relacionamento conjugal, Suporte social, estilo de *Coping* e a saúde física e psicológica da grávida. Apontou que a adaptação à gravidez é afetada pela forma como a mulher e o companheiro reagem à gravidez e pela presença ou ausência de complicações durante a mesma. A adaptação à gravidez parece estar também associada aos recursos de *Coping* (SOC), Suporte Social e à qualidade de Relacionamento Conjugal das grávidas. Os resultados desse estudo, sugerem que os níveis reduzidos nestas variáveis criam, na gestante, uma vulnerabilidade física e psicológica e que o sentido coerência parece ter um efeito mediador nos fatores de risco para a saúde física e psicológica da grávida.

Conforme estudos, acredita-se que características específicas da realidade brasileira possam interferir no processo de adaptação à gestação e desencadeiam problemas psicológicos e obstétricos no pré e pós-natal. Com isso, algumas pesquisas apontam que problemas de desgaste psicológico são fatores de risco para complicações obstétricas (Conde & Figueiredo, 2003), assim como baixo peso do bebê ao nascer (Araújo, Vilarim, Sabroza, & Nardi, 2010), também alterações psiquiátricas pós-parto (Pereira et al., 1999) e, enfim, problemas comportamentais na infância (Bunevicius et al., 2009).

6. PSICOLOGIA OBSTÉTRICA

A organização do trabalho em equipes interdisciplinares apresenta características que fazem parte da excelência no trabalho prestado nos hospitais, dentre as quais se destacam: a construção de um projeto compartilhado de atenção ao usuário, com base na atenção integral à saúde; aproximação do trabalhador com os resultados do trabalho; melhores relações entre trabalhadores; maior satisfação no trabalho e relações mais solidárias dos trabalhadores entre si e, destes, com os usuários, produzindo principalmente efeitos positivos na satisfação dos usuários. Discorrer-se-á neste capítulo, sobre a psicologia obstétrica que está intimamente ligada com outros profissionais de saúde, envolvidos no cuidado do binômio mãe e filho, em especial o enfermeiro que está diretamente em contato com a gestante, os familiares e o psicólogo, todos interligados a fornecer o bem-estar para todos os envolvidos no processo gravídico-puerperal.

Atualmente, no Brasil, fica claro que os profissionais que se ocupam das gestantes são, em sua maioria, enfermeiros e obstetras. Todavia é de grande valia que os psicólogos também se envolvam nessa temática, uma vez que, é evidente a seriedade que tem essa fase de gestação na formação emocional do indivíduo. Desse modo, torna-se necessário compor equipes interdisciplinares mais completas, para um acompanhamento mais integral às gestantes (Hioki, Hosomi, Moraes, & Nakamura, 2015).

A Psicologia Obstétrica é um conjunto de ações psicoprofiláticas que se utiliza da fundamentação teórica da Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal para confecção do diagnóstico intrapsíquico/situacional do casal que está aguardando a chegada do seu bebê, intervindo preventiva e terapeuticamente, conforme os protocolos psicológicos especificamente desenvolvidos para assistir essa clientela, seja numa trajetória natural ou em circunstâncias singulares do processo reprodutivo (Nakamura, Azevedo, & Bortoletti, 2007). A origem da psicologia obstétrica foi na psicologia da saúde e psicologia hospitalar, associada aos princípios do método psicoprofilático (Bortoletti, Silva, Tirado, & Nakamura, 2013).

De acordo com Campos (1995), tanto a gestante quanto sua família devem ser preparados para a internação hospitalar, pois precisa-se de um tempo para a elaboração do processo, esclarecendo a mulher e sua família sobre aspectos da hospitalização, a rotina da maternidade, o tempo de internação, a importância da mesma, entre outros. As explicações iniciais necessitam ser fornecidas pelo médico, sendo reforçadas pela equipe, incluindo o psicólogo, que contribuirá para reduzir a ansiedade da gestante.

O período gravídico puerperal é um ciclo de crise previsível, caracterizado por transformações na psicodinâmica feminina e masculina que abrangem aspectos biopsicossociais, evidenciando-se uma profunda inter-relação entre as questões físicas e

psíquicas, podendo funcionar como doenças orgânicas preexistentes (Bortoletti, Silva, Tirado, & Nakamura, 2013).

A função parental necessita de apoio e essa não necessariamente está relacionada à questão familiar, mas envolve parceiros e até instituições. O grau de aceitação da gestação pelo ambiente social, influencia notavelmente na experiência da mulher (Gutfreind, 2010). Além disso, a gravidez desencadeia, nos pais, sentimentos ambíguos, ao mesmo tempo que se sentem férteis, sentem-se angustiados pela mudança nas suas vidas, já que é uma nova fase na vida de ambos. A importância da equipe de profissionais da saúde é de fazer com que os pais entendam que essa ambivalência de sentimentos é natural, proporcionando, desse modo, uma prevenção de sentimentos como angústia e ansiedade (Eizirik, Kapczinski, & Bassols, 2001).

Nakamura, Azevedo e Bortoletti (2007), definem sobre o que significa Pré-Natal Psicológico, como uma assistência psicoprofilática e psicoterápica personalizada, sendo aconselhado em toda e qualquer gestação, priorizam a abordagem do conteúdo psíquico sem detrimento da orientação psicopedagógica e conscientização corporal terapêutica.

São seis os principais objetivos traçados na psicologia obstétrica: Primeiro objetivo a ser o desempenhado pelo psicólogo obstétrico tem como foco a facilitação do envolvimento do casal frente à gestação. O segundo objetivo está interligado ao primeiro, o qual objetiva solicitar a participação do pai em todo o processo gravídico. O terceiro objetivo é resultado dos objetivos anteriores, a facilitação do vínculo materno-paternal-filial. O quarto objetivo propõe a preparação para a maternidade e paternidade que se bem iniciada, promete resultados mais favoráveis e promissores. O quinto objetivo é desenvolver o empoderamento da gestante frente ao parto, assumindo a maternidade de forma plena. O sexto objetivo é a prevenção da depressão pós-parto e psicose puerperal (Bortoletti, Silva, Tirado, & Nakamura, 2013).

Vale a pena salientar que ao se tratar de uma gravidez de alto risco ou anomalias fetais, os objetivos específicos devem ser traçados de acordo com a realidade e particularidade de cada casal. (Bortoletti, Silva, Tirado, & Nakamura, 2013).

Estudo realizado por Negri, Meneses, Santos e Santos (2011), com gestantes e puérperas de idade entre 12 e 44 anos, de diferentes classes sociais, com o objetivo de apresentar a atuação do psicólogo, em um hospital público universitário de Campinas-SP, apontou que, durante os atendimentos, percebeu-se que mulheres na fase gravídico-puerperal se encontram mais sensíveis e com necessidade de serem compreendidas. O nível de estresse apresentado por essas mulheres é exacerbado. A psicoprofilática e a psicopedagógica são as formas de atuação diante da gestação, parto e da maternidade. O estudo concluiu, portanto,

que diante da realidade encontrada na instituição, o acompanhamento psicológico é de fundamental importância, por abrir espaço de escuta e de reflexão diante da situação vivenciada, facilitando a elaboração dos conflitos e diminuindo ansiedade presente.

Durante todo o processo de trabalho com a gestante, é necessário distinguir ansiedade de angústia. Ansiedade é um sentimento desconfortável, todavia, não imobiliza o indivíduo, o qual sente que há um caminho a seguir que lhe trará o bem-estar, mesmo que não o identifique conscientemente. Já a angústia é sentimento difuso, em que o indivíduo sente um incômodo que o imobiliza, não conseguindo descobrir a origem, impossibilitando-o de utilizar seus mecanismos egóicos (mecanismos de defesa), ou seja, a pessoa, não visualiza caminhos que possam conduzi-la ao bem-estar. (Bortoletti, Silva, Tirado, & Nakamura, 2013).

No pré-natal psicológico, devem-se iniciar sessões investigando angústias por meio de sintomas emocionais. Esses se manifestam por meio de medos, dúvidas, sonhos, agressões, conversas sociais, acompanhados ou não de choro. Todos esses sintomas devem ser trabalhados e compreendidos de acordo com a psicodinâmica específica do período gravídico-puerperal, uma vez que o comportamento esperado nesse ciclo difere expressivamente daquele observado em outros períodos. (Bortoletti, Silva, Tirado, & Nakamura, 2013).

Estudo realizado por Arrais, Cabral e Martins (2012) teve como objetivo comparar o pré-natal psicológico e pré-natal tradicional e analisar as percepções de dois grupos de gestantes: um composto pelas participantes de um grupo de pré-natal psicológico; o outro por mulheres não participantes. Teve como resultado, que o pré-natal psicológico pode configurar-se como um espaço importante de apoio às mulheres, para a escuta e troca de experiências, com a mediação do psicólogo da saúde, nas relações de comunicação e interação entre casal, família e equipe multiprofissional.

Durante o trabalho realizado com a gestante ou com o casal, sugere-se utilizar materiais visuais simples e que prendam a atenção, uma vez que a gestante tem dificuldade de abstração em função da regressão, trabalhando a eliminação do medo do desconhecido, elemento naturalmente desencadeador da angústia. O trabalho corporal também é utilizado durante esse processo, o relaxamento autógeno de Schultz, iniciando com sensibilização corporal e respiração abdominal, seguida do treinamento de automatização das fases muscular, vascular e cefálica, é de grande valia em diversos períodos da gravidez, minimizando vários sintomas como: cansaço, falta de energias, insônia, auxilia no período de dilatação do colo uterino durante o trabalho de parto, minimiza a percepção da sensação dolorosa, entre outros, em todos os períodos gravídicos puerperais. O treinamento autógeno é instrumento que pode ser útil em situações de grande tensão. O ensinamento da respiração e

as massagens na região sacra, durante todo o trabalho de parto, aliviam a dor durante as contrações uterinas. Os exercícios físicos, quando recomendados, devem focar as regiões de sobrecarga pela gestação, com intuito de melhorar tanto a parte física quanto a psíquica. (Bortoletti, Silva, Tirado, & Nakamura, 2013).

Portanto, a proposta do pré-natal psicológico deve envolver todo o período gravídico, estendendo-se, no mínimo, até o terceiro mês pós-parto. Caso haja uma internação, o psicólogo obstétrico deve assistir diariamente o casal na maternidade, estando atento a todo sentimento expresso pelo casal. É de suma importância que toda a equipe interdisciplinar (enfermeira obstetra, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros) esteja atuante, propiciando atenção integral para suporte necessário em todo período gravídico-puerperal, em especial para as gestantes com diagnóstico de alto risco que permanecem por um tempo internadas durante a gestação.

Conforme Moura, Carneiro e Monteiro (2002), na gestação de alto risco, aumentam as dificuldades de adaptação emocional, agregadas à gestação, além do que, há um acréscimo de várias outras emoções atreladas à condição clínica. O fator de risco incide medo real sobre si mesma e em relação ao filho que está por vir (medo de um possível parto prematuro, possíveis sequelas no bebê, decorrentes a prematuridade, medo da morte, entre outros). Em concomitância, a gestação, nesse contexto de risco, costuma estar ligada à hospitalização, o que constitui um estressor psicossocial, predispondo à angústia relacionada à organização familiar (perda do emprego, cuidados com a casa, outros filhos para cuidar).

Contudo, a implantação de um serviço de psicologia, numa perspectiva interdisciplinar, na área obstétrica, é um trabalho dinâmico e desafiador, sendo que sua continuidade envolve reavaliações constantes. Caldas (2013) corrobora essa ideia ao citar que “o planejamento e a implementação de um trabalho, se dá num contexto de flexibilidade, questionamentos e permanente revisão de sua eficácia”. O trabalho interdisciplinar faz-se indispensável na atenção integral à saúde da gestante e responde às diretrizes das políticas públicas de saúde. Enquanto membro da equipe, o psicólogo auxilia na busca da integração dos diferentes saberes, favorecendo o diálogo e as trocas entre os profissionais (Caldas et al., 2013).

De acordo com Arrais (2015), a atuação do psicólogo hospitalar, em um Centro Obstétrico, é recente e rara, seja em hospitais públicos ou privados. Sugere-se que o psicólogo deva, continuamente, refletir sobre sua atuação, contribuindo com os pesquisadores da área de psicologia da saúde, especialmente da área obstétrica, no trabalho com a equipe de saúde, atendendo às demandas dos pacientes específicos, como gestantes, parturientes e puérperas.

As principais atividades que podem ser desenvolvidas pelo psicólogo em um Centro Obstétrico são: acompanhamento psicológico durante o trabalho de parto e parto para o alívio não farmacológico da dor; atendimento psicológico em casos de prematuridade e malformação fetal, em caso de óbito perinatal, gestantes com diabetes, gestantes adolescentes, hipertensas e dar suporte também para os acompanhantes das parturientes.

É notória, a importância da promoção de saúde no atendimento psicológico ambulatorial às gestantes, pois a vida começa no útero materno. O recém-nascido possui registros de memória, desde esse período de vida, o qual irá influenciar no seu desenvolvimento psíquico. Ao dar uma assistência humanizada à mãe e à família é possível beneficiar a formação e/ou o fortalecimento do vínculo afetivo com o novo ser vivo em formação e proteger, dessa forma, seu desenvolvimento (Caldas et al, 2013).

É de extrema importância, portanto, o atendimento a gestantes e familiares durante todo processo gravídico-puerperal, já que esses, na maioria dos casos, chegam psiquicamente fragilizados na maternidade. Durante todo os momentos da gestação, as misturas de expectativas com o medo vão gerando, na gestante e familiares, angústia e ansiedade. Esses sentimentos, apesar de serem naturais, faz-se necessário o suporte psicológico em parceria com o suporte da enfermagem a qual destina seu tempo todo de trabalho ao lado da gestante, amenizando, passo a passo, a ansiedade e angústia, por meio de excelência do serviço humanizado prestado, por meio do acolhimento e da escuta dos profissionais envolvidos, atuando por meio de particularidade de cada gestante.

Convém ressaltar que, na interação enfermeiro-gestante, é importante que haja um vínculo de confiança e clareza no que será elaborado, para que a assistência prestada seja executada com excelência.

Durante a graduação de enfermagem, a disciplina de psicologia que o curso apresenta, pode auxiliar na reflexão sobre o processo saúde-doença, na compreensão do indivíduo como ser integral, na discussão sobre os limites da atuação profissional e na problematização de discursos científicos, buscando a construção de uma relação de vínculos profissional-usuário que motive novos discursos, construindo, assim, novas práticas profissionais e de saúde (Webster & Carvalho, 2011).

Na vivência clínica da autora desta tese, enquanto enfermeira assistencial do Centro Obstétrico, a mesma ressalta o quão importante é o serviço em parceria com o psicólogo em relação à gestante em trabalho de parto, tanto na sala de pré-parto, onde as gestantes permanecem até dar à luz, quanto no momento do parto em sala de parto. A gestante encontra-se, na maioria das vezes, fragilizada, devido às sensações vivenciadas durante todo o

trabalho de parto. Muitas vezes, na ausência do psicólogo, o enfermeiro deve fornecer todo o suporte psicológico necessário a mesma, a fim de acalmá-la e treinar a força necessária a se fazer para o período expulsivo do bebê. As gestantes são admitidas no hospital, geralmente, com um certo receio de como serão tratadas e, devido a isso, devem sentir confiança para que possam ter a tranquilidade necessária durante toda sua permanência no hospital. O trabalho de parto, dependendo de cada mulher, pode durar algumas horas. Devido à intensidade da dor durante todo esse processo, as mesmas precisam manter um certo equilíbrio para que tudo ocorra da maneira mais tranquila possível.

O ideal é que, durante o pré-natal psicológico, sejam abordados todos os procedimentos que serão vivenciados pelas gestantes no momento da internação da mesma no hospital, lembrando que nem sempre a mesma poderá ter um parto normal, então também relatar sobre a possibilidade de a mesma poder vir a ter o parto cesária, a fim de que as mesmas possam saber antecipadamente tudo que poderá ocorrer durante sua internação e permanecerem mais tranquilas.

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento (*Coping*) de uma amostra de gestantes de alto risco e risco habitual, no segundo e terceiro trimestre de gestação, do município de Dourados, MS.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a amostra por meio das variáveis sociodemográficas: idade, escolaridade, ocupação, situação conjugal, renda familiar, profissão, número de filhos, vícios, trimestre e problemas da gestação.
- Analisar a qualidade de vida de gestantes de alto risco e de risco habitual, no 2º e 3º trimestre de gestação, utilizando o instrumento 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.
- Categorizar as estratégias de enfrentamento, utilizadas pelas gestantes de alto risco e de risco habitual no 2º e no 3º trimestre de gestação, utilizando a Escala de *Coping* de Billings e Moos.
- Correlacionar os domínios Qualidade de vida no 2º e no 3º trimestre das gestantes de risco habitual com as de alto risco.
- Relacionar foco e método do *Coping* com os domínios da Qualidade de vida pelas gestantes no 2º e no 3º trimestre de gestação.
- Identificar em qual dos trimestres gestacionais (2º ou 3º), as gestantes de alto risco e de risco habitual possuem melhor qualidade de vida e estratégias de enfrentamento mais eficazes.

8. CASUÍSTICA E MÉTODO

8.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, comparativo e de coorte do tipo transversal.

Segundo Selltitz et al. (1965), adequam-se, na categoria dos estudos exploratórios, todos aqueles que visam descobrir ideias, no intuito de adquirir maior familiaridade com o fenômeno pesquisado. Nem sempre há a necessidade de formulação de hipóteses nesses estudos. Eles possibilitam aumentar o conhecimento do pesquisador sobre os fatos, permitindo a formulação mais precisa de problemas, criar novas hipóteses e realizar novos estudos mais estruturados. Neste caso, o planejamento do estudo necessita ser flexível o bastante para consentir a análise dos diversos aspectos relacionados com o fenômeno. De forma semelhante, Gil (1999) relata que a pesquisa exploratória tem como objetivo principal desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Segundo o autor, esses tipos de pesquisas são os que apresentam menor rigidez no planejamento, pois são planejadas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato.

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.

Atribui-se a adoção do método quantitativo à 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. Lakatos e Marconi (2008).

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

8.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em 3 locais distintos: Clínica da Mulher (atendimento público) onde foi realizada a coleta de dados das gestantes com diagnóstico de alto risco, e 2 locais onde foram coletados dados de gestantes de risco habitual: Estratégia de Saúde da

Família, ESF Jôquei Clube e ESF Ramão Vieira Cachoeirinha. Supracitados anteriormente e de forma detalhada na página 15 da introdução, parágrafo 19.

8.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa um total de 79 gestantes, sendo 32 gestantes de alto risco, atendidas na Clínica da Mulher e 47 gestantes de risco habitual, atendidas nas ESFs, sendo 22 no Jôquei Clube e 25 na ESF Ramão Vieira Cachoeirinha, sendo a amostra por conveniência, com as gestantes presentes, na manhã, para consulta de pré-natal. A idade das participantes foi entre 18 – 41 anos, tendo como média de idade 24 anos.

8.3.1 Critérios de inclusão

Foram critérios de inclusão as gestantes que realizaram seu pré-natal na Clínica da Mulher, com diagnóstico confirmado de gestação de alto risco, gestantes de risco habitual que fizeram seu pré-natal nas ESFs: Jôquei Clube e Ramão Vieira Cachoeirinha, maiores de 18 anos e menores de 18 anos com acompanhante (assinando ambas do TCLE e o termo de assentimento para as menores de 18 anos), e que aceitaram participar do estudo, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (conforme a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de saúde- CNS) (Brasil, 2012) e que estiveram no segundo trimestre da gestação, na primeira etapa da pesquisa e subsequentemente no terceiro trimestre. Sendo a aplicação do questionário assistida pela pesquisadora.

8.3.2 Critério de exclusão

Foram critérios de exclusão gestantes que não realizaram seu pré-natal na Clínica Mulher, sem diagnóstico confirmado de gestação de alto risco, gestantes de risco habitual que não realizaram seu pré-natal nas ESFs: Jôquei Clube e Ramão Vieira Cachoeirinha, menores de 18 anos sem acompanhantes, e as que não concordaram em participar, se recusando em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o termo de assentimento.

8.4 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Em um primeiro momento, foi programado, pela pesquisadora, realizar a pesquisa com gestantes de alto risco e risco habitual, desde o primeiro trimestre da gestação, estendendo-se até o terceiro trimestre, porém, quando em conversa com a enfermeira chefe da clínica da mulher, a mesma relatou que as gestantes de alto risco, em sua maioria, recebem seu diagnóstico a partir do início do segundo trimestre. Então, devido a esse fato, a coleta de dados da população foi estabelecida a partir do segundo trimestre.

A coleta de dados foi feita com as gestantes de alto risco e de risco habitual no 2º trimestre de gestação, 14ª a 26ª semanas de gestação (4 – 6 meses) e 3º trimestre, 27ª a 40ª semanas de gestação (7-9 meses), foram repetidos os mesmos três instrumentos de pesquisa para que fossem coletados os dados e posteriormente comparados. A primeira coleta de dados deu início em junho, julho e agosto de 2016, com as gestantes que estavam no segundo trimestre de gestação. Em setembro, outubro e novembro de 2016, foi dado início ao segundo momento da coleta de dados, ou seja, foram redistribuídos os mesmos questionários para as mesmas gestantes, porém no terceiro trimestre de gestação. Todo esse processo foi realizado em parceria com as enfermeiras de cada ESF e Centro de atendimento à mulher, a fim de que fossem recrutadas todas gestantes do segundo trimestre. A pesquisadora manteve contato com as enfermeiras de cada local de coleta de dados, bem como acompanhou as datas de consultas às quais as gestantes fizeram no decorrer do seu pré-natal, a fim de poder saber, com exatidão, o momento da entrega dos mesmos questionários, em dois momentos distintos da sua gestação (2º e 3º trimestre de gestação).

Antes de dar início à pesquisa, o projeto foi encaminhado contendo, em anexo, o pedido de autorização ao Secretário de Saúde do município, onde seria realizada a pesquisa.

O projeto de pesquisa foi encaminhado à Plataforma Brasil. Depois de ter sido aprovado pelo Comitê de Ética, foi realizado um Estudo Piloto (o qual só foi utilizado em caráter experimental) com cinco gestantes, com diagnóstico de alto risco, que faziam seu pré-natal na Clínica da Mulher, na sala de espera antes da consulta e, em cinco gestantes de risco habitual, em cada ESF (Jóquei e Ramão Vieira Cachoeirinha), com o intuito de verificar a viabilidade, adaptação, grau de compreensão ou dificuldade no preenchimento do instrumento e seu tempo de duração.

Com a autorização da enfermeira da Clínica da Mulher, e das ESFs citadas, foi iniciada a coleta de dados, no período matutino e/ou vespertino, pela própria pesquisadora e com o auxílio de duas acadêmicas de enfermagem as quais foram treinadas pela própria

pesquisadora durante uma semana, acompanhando as mesmas nos primeiros dias de coleta de dados do estudo piloto. As acadêmicas escolhidas permaneciam no período matutino e vespertino, nas ESF escolhidas (realizando estágio pela faculdade), por isso a pesquisadora achou ser viável a presença das mesmas na coleta de dados. Toda semana a pesquisadora se encontrava, pessoalmente, com as acadêmicas a fim de conhecer as dificuldades e andamento da coleta de dados. Foi esclarecido, semanalmente, o que e como ocorria a coleta de dados de todos os envolvidos na pesquisa (acadêmicas e pesquisadora).

Para a coleta dos dados, todas as gestantes presentes, para consulta de pré-natal tanto no período da manhã, quanto da tarde, foram comunicadas e receberam orientações sobre a pesquisa. Após aceitarem participar do estudo, receberam orientação individual quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como sobre o preenchimento do instrumento sem, todavia, induzir as respostas.

Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido às participantes da pesquisa, a fim de preencherem e assinarem. A seguir, as gestantes que aguardaram na sala de espera para o atendimento médico e/ou de enfermagem foram solicitadas a firmar o Termo, o qual lhes garantia o sigilo dos dados e a possibilidade de se retirar da pesquisa, a qualquer momento, caso se sentissem sob qualquer risco de constrangimento. Não houve gestantes analfabetas, mas se houvesse alguma que participasse da pesquisa (aplicação assistida) seria lido pela pesquisadora/ou acadêmicas o questionário, a fim de que fossem respondidas as questões, sem interferir nas respostas.

8.5 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: um questionário sociodemográfico, o questionário Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers*, *adaptado* e a Escala de *Coping* de Billings e Moos.

8.5.1 Questionário sociodemográfico

Esse instrumento foi elaborado 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, hábitos, trabalho, renda familiar, local onde realiza o pré-natal e problemas apresentados na gestação. (APÊNDICE B).

O questionário sociodemográfico aplicado contém 16 questões, sendo 12 questões

fechadas (idade, escolaridade, estado civil, hábitos, trabalho, atividade física, religião, com quem reside, moradia, trimestre gestacional, número de gestações e local do pré-natal) e 4 abertas (cor da pele, profissão, renda familiar e problema apresentado na gestação). Essas questões foram importantes para a investigação acerca da saúde da gestante, pois cada uma delas possui uma ligação relevante, relacionada à prevenção e medidas de cuidados, durante o pré-natal, parto e puerpério.

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).

Uma característica que diferencia esse instrumento dos demais refere-se à sua estrutura peculiar: 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 diferentemente os diversos aspectos da vida (Kimura, 1999). O instrumento abarca dimensões representativas do construto que pretende medir, com itens formulados de forma simples e compreensível, evitando cansaço ou desmotivação dos respondentes, sobretudo no caso de indivíduos debilitados, idosos e com baixo nível de escolaridade (Kimura, 1999).

Para este estudo, foi utilizado o *Ferrans and Powers Quality of Life Index* adaptado por Fernandes e Narchi (2007), que está sendo denominado “Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers adaptado*”. Esses 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 são às 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 (ou seja, a possibilidade de viver por um longo tempo),

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). O domínio Psicológico/espiritual abrange as questões da escolaridade, paz de espírito, fé em Deus, objetivos pessoais, felicidade, satisfação com a vida, aparência pessoal e satisfação consigo própria de um modo geral (7 itens; questões 30-36). No último domínio, as Famílias, 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 do que preconiza Fernandes et al. (2004).

Para o cálculo dos escores, cada item de satisfação é ponderado pelo seu correspondente de importância. Isto resulta em valores combinados, sendo que os mais altos representam alta satisfação e alta importância e os mais baixos, baixa satisfação e alta importância. Esse esquema de pontuação baseia-se na premissa de que pessoas satisfeitas com áreas que consideram importantes, desfrutem de melhor qualidade de vida do que pessoas insatisfeitas com áreas que consideram importantes.

O procedimento para atribuição dos escores requer, primeiramente, que a pontuação

dos itens de satisfação seja recodificada, com a finalidade de centralizar o zero da escala. Isto é obtido subtraindo-se o valor 3,5 das respostas a cada item de satisfação, resultando em pontuações de -2,5, -1,5, -0,5, +0,5, +1,5 e +2,5 para pontuações iniciais de 1, 2, 3, 4, 5 e 6, respectivamente. Em segundo lugar, os escores recodificados de satisfação são ponderados pelos seus correspondentes de importância, multiplicando-se o valor recodificado de cada item, pelo valor bruto da resposta à importância (1, 2, 3, 4, 5, 6).

A seguir, o escore total é calculado somando-se os valores ponderados de todos os itens respondidos e dividindo-se pelo total de itens respondidos. Até esse ponto, a variação possível é de -15 a +15. Para eliminar pontuações negativas, no escore final, somam-se 15 aos valores obtidos, resultando no escore total do instrumento, que poderá variar de 0 a 30. Os maiores valores indicam melhor qualidade de vida.

Os passos, para o cálculo dos escores de cada domínio, são exatamente os mesmos acima descritos, devendo-se apenas considerar o total de itens do domínio em questão. O escore total de cada domínio varia também de 0 a 30.

Em resumo, para o cálculo do QLI (total e por domínio) adota-se a seguinte fórmula, seguindo as orientações anteriormente descritas: $QLI = (SAT \text{ rec} \times IMP) \text{ de cada item} \div \text{número de itens respondidos} + 15$, onde: SAT rec = valor recodificado de cada item de satisfação (-2,5 a +2,5) IMP = valor bruto de cada item de importância (1 a 6). As instruções para o cálculo dos escores do QLI e a sintaxe computadorizada estão disponíveis na Internet.

O instrumento não tem itens invertidos e nem pontos de corte. Os escores de cada um dos quatro domínios podem ser considerados de forma independente ou em conjunto. Quanto à aplicação do instrumento, são descritas as formas autoadministradas e por entrevistas, dependendo da situação e do tipo de população. Para facilitar a aplicação, o respondente é orientado a avaliar, inicialmente, se está satisfeito ou insatisfeito com o item questionado e, a seguir, indicar, em cada caso (satisfação ou insatisfação), o grau que melhor corresponde à sua condição: muito, moderadamente ou pouco.

Os itens relativos à importância são respondidos da mesma forma. No estudo de avaliação psicométrica do QLI (5), a confiabilidade foi analisada pela consistência interna dos itens, utilizando-se o coeficiente Alfa de Cronbach. Os valores obtidos foram de 0.93 para a totalidade dos itens e, para as subescalas, como segue: Saúde/funcionamento = 0.87; socioeconômico = 0.82; psicológico/espiritual = 0.90 e Família = 0.77.

A validade convergente foi avaliada pela correlação entre o escore de uma questão, sobre satisfação geral com a vida e o escore total do instrumento. O coeficiente de correlação para o instrumento, como um todo, foi de 0.77 e de 0.63, 0.55, 0.88 e 0.44, respectivamente,

para as sub-escalas. Após esse estudo, o QLI tem sido utilizado por pesquisadores de diversos países, atestando a sua validade e confiabilidade em mais de uma centena de estudos. No Brasil, os resultados de estudos, desenvolvidos com a versão genérica do Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers*, têm também evidenciado propriedades psicométricas satisfatórias, nas diferentes situações pesquisadas. Baseados nessa versão genérica, pesquisadores brasileiros relatam o desenvolvimento de versões específicas para mensuração da qualidade de vida de indivíduos com feridas e mulheres gestantes (Kimura & Silva, 2009).

8.5.3 Escala de *Coping* de *Billings e Moos*

A Escala de *Coping* de *Billings e Moos* (1981) foi a opção de escolha para avaliar as estratégias de enfrentamento das participantes desta pesquisa. Essa escolha deve-se ao fato de ser uma escala sintetizada, composta de 19 itens a serem respondidos com sim/ não, de fácil compreensão e com possibilidade de pouco tempo de duração ao serem respondidas.

As 19 questões, apresentadas no instrumento, referem-se à forma como o indivíduo enfrenta os eventos estressantes e são introduzidas ao participante por meio da pergunta “quando você tem um problema ou dificuldade, o que tenta fazer? ”. De acordo com *Billings e Moos* (1981), os itens que compõem o instrumento, foram selecionados baseados em uma revisão da literatura sobre as respostas de *coping*, em uma variedade de situações.

Os itens a serem respondidos são agrupados nas três categorias de método de *coping*, sendo 6 itens relacionados ao método ativo-cognitivo, 6 itens ao ativo-comportamental e 5 itens ao evitamento. Os itens também são focados no problema e 11 itens, no emocional. A pontuação para cada medida de *coping* é a porcentagem de itens respondidos com um sim.

Para utilização dessa Escala de *Coping* de *Billings e Moos* (1981), nesta pesquisa, será comparado cada item desse instrumento, com os itens apresentados no Inventário de Estratégias de *Coping* de *Folkman e Lazarus*, já traduzido e validado para o português, por se tratar de um instrumento que aborda os mesmos itens, porém de maneira mais extensa (*Savoia*, 2000).

Seus itens são agrupados de acordo com o método de *Coping* e sua função além de categorizados em subescalas, divididas em três métodos e dois focos, quais sejam: método ativo cognitivo, em que há ênfase no controle do valor da situação de estresse (lado positivo/experiências anteriores), se a pessoa apresenta uma atitude positiva; ativo comportamental, com ênfase no comportamento diretamente relacionado com a situação de estresse (o indivíduo vê o problema e seus efeitos/tomada de decisão rápida); evitação, em

que há ênfase na evitação do problema (esquiva-se de confronto, busca outros meios de aliviar a tensão / e.g. comer, fumar; preparar-se para o pior, guardar os sentimentos para si); foco no problema, com utilização de esforços cognitivos e comportamentais para modificar ou administrar a origem do problema; e foco na emoção, em que há a utilização de esforços cognitivos e comportamentais, dirigidos a reduzir ou administrar o estresse emocional.

Em geral, as formas de *Coping*, centradas na emoção, são mais passíveis de ocorrer, quando já houve uma avaliação de que nada pode ser feito para modificar as condições de dano, ameaça ou desafio ambientais. Formas de *Coping* centrado no problema, por outro lado, são mais prováveis, quando tais condições são avaliadas como fáceis de mudar (Lazarus, & Folkman, 1984). Cada um dos 19 itens que compõem a escala só diz respeito a um método e um foco. As medidas de *Coping* são relatadas por meio da magnitude e tipo de evento, por meio dos quais as respostas são avaliadas. Pede-se ao respondente que especifique uma crise que tenha experimentado e, depois, para responder as 19 questões, evidenciando como lida com a situação estressante, usando o formato de resposta dicotômica (sim/não).

No estudo de validação, Billings e Moos (1981) encontraram o coeficiente de consistência interna (alfa de Cronbach) para todo questionário (19 itens) de, 0,62. Para este estudo, na presente amostra, foi realizada uma validação brasileira da ECBM por Freire (2006), no qual se obteve um alfa de Cronbach = 0,62 que indicou uma boa consistência interna do instrumento.

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), e o Inventário de *Coping* de *Billings e Moos* o teste *t* de Student e o *qui-quadrado*. 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 a participação das gestantes de alto risco, atendidas em um Centro de Atendimento à Mulher de um município do Mato Grosso do Sul, e risco habitual, atendidas em duas Estratégias de Saúde da Família (ESFs) durante a coleta de dados. Participaram da pesquisa 79 gestantes, sendo 32 gestantes consideradas de alto risco e 47 gestantes de risco habitual, indicando estatisticamente um bom patamar referente ao interesse e disponibilidade em contribuir para o estudo, baseado no número de atendimentos dos locais em que foi realizada a coleta de dados.

A análise estatística foi dividida em quatro partes, sendo a primeira, a apresentação por meio de estatística descritiva do perfil das gestantes. Na segunda parte, serão apresentados os resultados estatísticos referentes à diferença ou não entre o perfil das gestantes com “Alto Risco,” em relação às gestantes com “Risco Habitual”, ou seja, se os perfis das gestantes são diferentes ou não

Na terceira parte, serão apresentados os resultados das gestantes de “Alto Risco” e de “Risco Habitual” e trimestre de gestação (2º e 3º trimestres), em relação ao Inventário de *Coping* de Billings e Moos.

Na quarta e última parte, serão apresentados os resultados das gestantes de “Alto Risco” e de “Risco Habitual” e trimestre de gestação (2º e 3º trimestres) em relação ao Instrumento de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers*.

Para as análises estatísticas, foram utilizados os testes: *Qui – quadrado* (χ^2) e teste *t-student* de diferenças de médias, sendo ambos feitos com 95% de confiabilidade.

9.1 PRIMEIRA PARTE: PERFIL DAS GESTANTES AMOSTRADAS

Os dados sociodemográficos das gestantes amostrados estão na Tabela 1.

9.1.1 Perfil da amostra

TABELA 1

Perfil das gestantes de alto risco e risco habitual, atendidas no ano de 2017, em um Centro de Atendimento à Mulher e em duas ESF de um município de Mato Grosso do Sul n=77

Variáveis		Quantidade	Percentual
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	22	28,6%
	Ensino Fundamental completo	19	24,7%
	Ensino Médio Incompleto	30	39,0%
	Ensino médio Completo	1	1,3%
	Curso técnico / superior	5	6,5%
Religião	Não	14	18,4%
	Sim	62	81,6%

Cor	Branca	39	53,4%
	Parda	26	35,6%
	Preta	7	9,6%
	Indígena	1	1,4%
Estado Civil	Casada	59	74,7%
	Solteira	16	20,3%
	Namorando	4	5,1%
Trabalha	Não	43	54,4%
	Sim	36	45,6%
Hábitos	Não	20	25,3%
	Sim	59	74,7%
Tipos de Hábitos	Álcool	2	2,5%
	Fumar	6	7,6%
	Café	30	38,0%
	Tereré	45	57,0%
	Chimarrão	11	13,9%
Atividade Física	Não	63	80,8%
	Sim	15	19,2%
Reside	Família	65	86,7%
	Sozinha	5	6,7%
	Outros	5	6,7%
Moradia	Própria	38	48,1%
	Alugada	35	44,3%
	Outros	6	7,6%
Primeira gravidez	Não	52	65,8%
	Sim	27	34,2%
Local pesquisa	Clínica da Mulher – alto risco	32	40,5%
	ESF1 – risco habitual	25	31,6%
	ESF 2 – risco habitual	22	27,8%

Fonte: Elaborado pela autora.

As 77 participantes da pesquisa possuem média de idade de 24,6 anos, com renda média de R\$ 1.617,00. Constatou-se que a média da idade das mulheres deste estudo é semelhante à encontrada em outros estudos de qualidade de vida envolvendo gestantes. Um estudo realizado em uma cidade do interior de São Paulo, acerca de qualidade de vida com 198 gestantes, mostrou idade média de 25,7 anos (Vido, 2006). A gravidez tem melhores condições biológicas dos 18 aos 20 anos de idade. O período de melhor desempenho dura cerca de uma década, até os 30 anos, quando os riscos para a mãe e para o recém-nascido começam a crescer (Montenegro & Rezende Filho, 2008). A idade materna, a partir dos 35 anos, está associada ao aumento dos riscos gestacionais, tanto pela elevação do risco de problemas genéticos no feto como pela presença de doenças maternas prévias como: o diabetes e a hipertensão arterial (Zugaib, 2008). Neste estudo, 13,6% das gestantes apresentou idade igual ou superior a 35 anos. Esse dado é compatível com o que a pesquisadora observou

durante as internações das gestantes na maternidade, ou seja, um número expressivo de mulheres gestantes com essa idade.

Estudo qualitativo, realizado por Oliveira, Galdino, Cunha e Paulino (2011), com 6 gestantes com idade entre 35 e 45 anos, com o objetivo de identificar o enfrentamento de mulheres que passaram pela experiência de engravidar tardiamente, seus medos, anseios, suas descobertas, tristezas e alegrias, evidenciou que nem todas as mulheres terão o mesmo enfrentamento diante de uma gravidez tardia. Quando questionadas sobre possíveis medos ou receios em relação à idade, foi notado que 60% das entrevistadas relataram medo por conta da idade e possíveis riscos. Contudo, foi observado que a idade não é mais uma barreira para a mulher que planeja ser mãe aos 35 anos. Os seus sonhos e desejos vão além de seus medos e anseios. A análise dos relatos evidenciou que a gravidez tardia trouxe maior condição da mulher adaptar o seu estilo de vida para estar mais perto da criança. Com carreira profissional garantida e união estabilizada, essa mãe é capaz de optar de maneira consciente por diminuir a carga de trabalho ou adaptar seu ritmo profissional.

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, há uma ou duas décadas, 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 (Engelmann & Rezende, 2008).

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. Há um número cada vez mais expressivo de mulheres que trabalha fora de casa e contribui, muitas vezes, com a renda familiar ou até garante o sustento da família.

A Tabela 1 evidencia o predomínio de 39,0%, para o Ensino Médio incompleto, 28,6%, Ensino Fundamental incompleto, 24,7% para o Ensino fundamental completo, 1,3% para Ensino médio completo e 6,5% para curso técnico e/ou superior. Esses dados 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 nível de escolaridade superior (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 um 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). O analfabetismo entre mulheres de 15 anos ou mais, no ano de 2007, foi aproximadamente 10%, em 2011 caiu para 8,6%, em 2013 manteve os 8,5% e em 2015 abaixou para 8,0% (Instituto Brasileiro de Geografia Estatística, 2016).

Entre 2000 e 2010, o analfabetismo entre mulheres recuou 28,8% e entre os homens, 24,7%. Além da discrepância de perfil entre regiões, há diferenciação entre as raças. Enquanto 8,8% das brancas de 15 a 19 anos de idade tinham ao menos um filho nascido vivo, entre as pretas ou pardas, o indicador foi de 14,1%, em 2010 (Instituto Brasileiro de Geografia Estatística, 2011). Uma parcela de mulheres com acesso à escolaridade tem crescido no Brasil 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 à altas taxas de morbidade e mortalidade infantis, influenciando, conseqüentemente, a qualidade de vida do ser humano. A pesquisadora, enquanto enfermeira obstetra, vivenciando grupos de gestantes e pré-natais, encontrou nas gestantes de baixo poder aquisitivo uma gama de fatores como: analfabetismo, 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 (81,6%) possuem alguma religião enquanto que 18,4% professam nenhuma religião. 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 por meio da fé, contribuindo para melhorar a saúde mental, por meio da alta autoestima, portanto, influenciando positivamente a qualidade de vida.

Estudo com 198 gestantes, ocorrido em um município do interior de São Paulo, apontou com maior escore e, portanto, com importante influência na vida das gestantes que participaram do estudo, a fé em Deus (importância da espiritualidade presente em sua vida) (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 à orações, faz com que as esperanças de um resultado positivo, diante dos problemas enfrentados durante a gravidez, se faz presente, aumentando significativamente sua saúde mental, refletindo numa melhora da saúde física e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida durante o ciclo gravídico puerperal. Neste estudo, foi constatado que 81,6% das gestantes entrevistadas possui alguma religião.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2013a), cor ou raça são características declaradas pelas pessoas de acordo com as seguintes opções: branca, preta, amarela, parda ou indígena. De acordo com Ramos et al. (2003), o risco de mortalidade materna é maior em mulheres negras o que corrobora os dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2001b). A raça não 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). Conforme dados identificados nesse estudo, 53,4% das gestantes pertencem a raça branca, seguido de 35,6%, pardas, 9,6% pretas e 1,4 indígenas. Para Montenegro e Rezende Filho (2008), a cor é importante, considerando-se ser o vício pélvico (distócias da pelve materna) mais comum na raça negra e nas mestiças.

Segundo o Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente, conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2001b), concentra-se no Brasil "a maior população negra (englobando pretos e pardos) fora da África e a segunda do mundo, superada apenas pela da Nigéria," mais de 40% da população brasileira corresponde a afrodescendentes. Em geral, essa fração da população, do ponto de vista econômico e social, é mais pobre e menos instruída que o restante da população brasileira. Entre os afrodescendentes, apenas 2% recebem mais de dez salários mínimos mensais. Grande parte vive na periferia de centros urbanos, com moradias inadequadas, baixa cobertura de

saneamento básico, proporção elevada de analfabetismo, pouca qualificação profissional e pouca perspectiva de ascensão social. É uma população marginalizada, discriminada socialmente e mais vulnerável à violência e às doenças.

Em relação ao estado civil das gestantes, foram agrupadas em: 74,7% casadas (as gestantes que eram casadas no cartório ou possuíam uma união estável), 20,3% solteiras (sem nenhum compromisso, ou seja, sem nenhum relacionamento e namorando, 5,1% as que tinham um parceiro fixo, porém sem conviverem na mesma casa juntos).

Dados verificados, em estudo com 202 gestantes, na capital paulista, apontaram que 89,6% tinham parceiro fixo, incluindo nesse perfil as casadas (Lima, 2006). 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 das casadas. A influência dessa condição é evidente, uma vez que crescem estatísticas mostrando a morbimortalidade materna e fetal entre as solteiras (Montenegro & Rezende Filho, 2008). 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).

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. Em relação ao trabalho das gestantes, 54,4% não trabalham ou estão afastadas do emprego e 45,6% 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). Conforme Gomes (2007), para o trabalho abranger produtividade e qualidade, é indispensável ter indivíduos saudáveis e atribuídos de qualidade. Em contrapartida, comumente a organização do trabalho pressiona o indivíduo, ocasionando estado de doença, insatisfação e desmotivação, induzindo a um comprometimento da sua qualidade de vida (Souza & Carvalho, 2010). Dessa forma, não foi o que ocorreu com esta amostra de mulheres, pois independente de trabalharem ou não isso não, influenciou sua qualidade de vida, em nenhum dos domínios atribuídos.

Percebe-se na pesquisa que a maioria das gestantes que trabalha fora de casa está sujeita a realizar um esforço físico considerável, como no caso das domésticas, auxiliares de

produção ou ainda, algumas permanecem muito tempo em uma só posição, como as balconistas e professoras. Salienta-se, ainda, que existem aquelas mulheres que realizam seus afazeres domésticos (não possuem empregadas, ou alguém para ajudá-las), também tem seus pressupostos de esforço físico e estresse emocional, tornando-se, também, um fator de risco para a gestação.

Conforme o hábito das participantes (de ingerir bebida alcoólica, café, tereré, chimarrão e fumar), 74,7% possuem algum desses hábitos e 25,3% não. Vale ressaltar que a maior prevalência de hábitos foi em relação ao café, tereré² e chimarrão³, sendo que apenas duas gestantes relataram ter o hábito de beber, seis o hábito de fumar, 45 ingerem diariamente Tereré, 11 ingerem chimarrão e 30 ingerem café diariamente. Parada, Possato e Tonete (2007) explicam que o hábito de fumar, durante a gestação, ocasiona baixo peso ao nascer (recém-nascido), além da restrição do crescimento intrauterino e, ainda, risco maior de prematuridade e por fim morte perinatal. Tabagismo, alcoolismo e uso de drogas ilícitas podem ser prejudiciais tanto para mãe quanto para o feto. O tabagismo tem sido associado ao abortamento, à prematuridade, ao descolamento prematuro da placenta, à restrição do crescimento fetal e à bolsa rota (Magalhães et al., 2006). 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).

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

Para a cessação tabágica, durante a gestação se tornar uma realidade, é necessário desenvolver uma política de incentivo à cessação do tabagismo, nas consultas de planejamento familiar e durante a gestação (Dempsey & Benowitz, 2001). As consultas pré-natais devem proporcionar uma oportunidade de reforço para os profissionais de saúde promoverem a cessação tabágica, abordando, de maneira incentivadora, a gestante, proporcionando um espaço para dialogar com a gestante sobre seus objetivos de vida, motivar sua autoestima, direcionando estratégias para enfrentar a ansiedade, em razão de ter deixado de fumar e, se necessário, encaminhar para o acompanhamento psicológico ou grupos de

² Erva mate – *Ilex paraguayensis*. Bebida ingerida fria.

³ Erva mate, ingerida quente, O chimarrão, ou mate, é uma bebida característica da cultura do sul da América do Sul, legada pelas culturas indígenas caingangue, guarani, aimará e quíchua

apoio, com o intuito de ajudar a manter a abstinência durante a gestação e no período pós parto (Rigotti, 2002).

Quanto ao hábito de tomar café, tereré e chimarrão, por produzirem cafeína que 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). Mato Grosso do Sul, sendo um estado que permeia características de diversas culturas, é caracterizado pelo consumo de tereré e do chimarrão, pela influência da cultura paraguaia e da gaúcha. Há um número relevante de pessoas que possuem esses hábitos rotineiramente e que, por vezes, não têm o conhecimento dos malefícios que eles causam à saúde, quando ingeridos em excesso.

Conforme a realização ou não de alguma atividade física, 80,8% das gestantes da amostra afirmaram não realizar nenhuma atividade física e 19,2% relaram 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 o 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 restringir as 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 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 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, 86,7% responderam residir com familiares, enquanto 6,7% relatam morarem sozinhas e 6,7% responderam 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, torna-se 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 nesta pesquisa a maioria das mulheres (48,1%) possuem moradia própria, sendo que 44,3% não possuem e 7,6 responderam outros. Nesse caso a moradia própria colabora para aprimoramento da qualidade de vida familiar.

De acordo com o IBGE (2013a), família é definida como conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar. Entende-se por dependência doméstica, a relação estabelecida entre a pessoa de referência e os empregados domésticos e agregados da família, e por normas de convivência as regras estabelecidas para o convívio de pessoas que moram juntas, sem estarem ligadas por laços de parentesco ou dependência doméstica. Consideram-se, como famílias conviventes, as constituídas de, no mínimo, duas pessoas cada uma, que residam na mesma unidade domiciliar (domicílio particular ou unidade de habitação em domicílio coletivo) (PNAD 1992, 1993, 1995, 1996).

Quando questionadas em relação ao quesito primeira gravidez, 65,8% responderam não ser essa sua primeira gravidez e 34,2% se encontravam em sua primeira gestação. 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, que diminuíram 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).

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no período de 2000 à 2015

houve um decréscimo referente à taxa de fecundidade no Brasil de 2,2 filhos por mulher no ano de 2000, reduzindo para 1,8 em 2012 e 1,7 no ano de 2015 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013b).

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 ou fora de casa, não se preocupando tanto em trabalhar para ajudar a readequar uma família grande, aumentando, muitas vezes, sua carga horária em prol do sustento dos filhos. Mesmo a mulher não trabalhando fora de casa, por exemplo, 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, enquanto docente, realizando visitas domiciliares, juntamente com os 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 por não suportarem a rotina desgastante de ter que criar os filhos, sem a ajuda do marido e/ou familiares, pois seus parceiros trabalhavam para dar o sustento à família e retornava por vezes exausto, tendo que repousar para dar conta do serviço no dia seguinte.

Vale salientar 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 à saúde do binômio mãe e filho, que faz parte das condições básicas dos direitos reprodutivos. O objetivo do planejamento familiar é 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).

Em relação aos problemas apresentados na gestação, referentes às gestantes

diagnosticadas como gestantes de alto risco 40,5%, para conhecimento do motivo da classificação da gestação de alto risco, as patologias mais citadas foram: hipertensão arterial, diabetes gestacional e problemas relacionados à placenta. 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 e problemas renais, sendo que 2 não apresentavam patologias, apenas estavam grávidas de gêmeos e 1 não respondeu 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-hidrânio 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 se encontra presente em diversos estudos, em uma porcentagem considerável, demonstrando a predominância das complicações obstétricas diretas, ou seja, resultantes de complicações obstétricas relativas à gravidez, as quais, segundo o Ministério da Saúde, são as maiores causas de morte materna no Brasil e que, infelizmente, é reflexo da má qualidade de atendimento no ciclo gravídico-puerperal.

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, decorrente de diversos fatores a respeito das condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior à gestação atual, intercorrências clínicas crônicas e doença obstétrica atual.

Existem diversos fatores que aumentam o risco de desenvolver as síndromes hipertensivas na gestação, como a 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 ao não ser 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 riscos que corre, 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 que 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, conseqüentemente, refletirá no bem-estar emocional dos seus familiares, aumentando a saúde física e mental, reduzindo possíveis complicações durante a gestação, parto e puerpério.

Estudo realizado na França demonstrou que 66% dos óbitos ocorridos 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 significativa 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, Coutinho, Queiroz, Sousa e Nétto (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.

Em relação ao local onde realizam o pré-natal, 32 (40,5%) foram gestantes de alto risco, atendidas na Clínica da mulher, 25 (31,6%) gestantes de risco habitual, atendidas no

ESF Ramão Vieira Cachoeirinha e 22 (27,8%) gestantes de risco habitual, atendidas no ESF Jóquei Clube do município de Dourados-MS.

9.2 SEGUNDA PARTE: PERFIL DAS GESTANTES

Por meio do teste *Qui-quadrado* (χ^2), não há relação estatística significativa entre as variáveis qualitativas e o risco das gestantes, ou seja, o perfil dos dois grupos (“Alto Risco” e “Baixo Risco”) é estatisticamente igual. O mesmo ocorreu com a análise *t-student* em relação à idade e à renda familiar, ou seja, os dois grupos possuem média de idade e de renda familiar estatisticamente iguais.

TABELA 2

Comparação do perfil das gestantes de alto risco e risco habitual

Variável		Alto Risco		Risco Habitual		χ^2	P
		N	%		%		
Escolaridade	Até Fundamental	6	39,0%	25	1,0%	0,056	0,814
	Médio ou mais	15	1,7%	21	58,3%		
Religião	Não	6	2,9%	8	57,1%	0,004	0,95
	Sim	26	1,9%	36	58,1%		
Cor	Branca	13	3,3%	26	66,7%	2,084	0,149
	Outras	17	0,0%	17	50,0%		
Estado Civil	Casada	22	7,3%	37	62,7%	1,002	0,317
	Outros	10	0,0%	10	50,0%		
Trabalha	Não	19	4,2%	24	55,8%	0,53	0,467
	Sim	13	36,1%	23	63,9%		
Hábitos	Não	10	50,0%	10	50,0%	1,002	0,317
	Sim	22	37,3%	37	62,7%		
Atividade Física	Não	25	39,7%	38	60,3%	0,244	0,621
	Sim	7	46,7%	8	53,3%		
Moradia	Própria	13	34,2%	25	65,8%	1,204	0,272
	Outros	19	46,3%	22	53,7%		
Primeira gravidez	Não	19	36,5%	33	63,5%	0,994	0,319
	Sim	13	48,1%	14	51,9%		

*com quem reside ou não foi possível fazer o cruzamento em decorrência do valor esperado
Fonte: Elaborado pela autora.

Apesar da tabela acima não ter demonstrado nenhum resultado significativo, é importante ressaltar o número elevado 37,3% - grupo de gestantes de alto risco e 62,7%-

grupo de gestantes de risco habitual que possuem algum dos hábitos como fumar, ingerir bebidas alcoólicas, tereré, chimarrão. Qualquer um desses hábitos, corresponde a malefícios não só referentes à saúde materna, mas também ocorrem, na maioria dos casos, consequências ruins para o bebê, como problemas respiratórios e prematuridade.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabagismo na gravidez é considerado um grave problema de saúde pública, devido aos efeitos negativos que pode provocar no desenvolvimento fetal e na saúde da gestante (Brasil, 2015).

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 “ingestão de excesso de cafeína presentes no café, tereré e chimarrão” 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.

O empoderamento do gênero feminino o torna alvo para a indústria do tabaco, que passou a divulgar o cigarro como símbolo da independência. Sé e Amorim (2009) realizaram o estudo sobre as ações de enfermagem junto a mulheres, frente a implicações clínicas do tabagismo na gestação, no período de 1986-2007, obteve como principais consequências: recém-nascidos com baixo peso ao nascer, prematuridade, alterações uteroplacentárias, 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.

Estudo realizado por Melo (2009), com 73 gestantes no segundo trimestre de gravidez, com o objetivo de comparar os níveis de ansiedade de grávidas que cessaram o hábito tabágico, com gestantes que não cessaram e correlacionar os níveis de ansiedade com os níveis de dependência tabágica e foram analisadas também as estratégias de coping utilizadas pelas mesmas que cessaram o hábito tabágico. Constatou-se que não houve diferenças significativas entre a cessação tabágica e os níveis de ansiedade das gestantes. Quanto a estratégias de coping, constataram-se diferenças significativas entre o grupo de grávidas que deixou de fumar e o grupo de grávidas que continuou a fumar.

As implicações não só do tabagismo, mas também de hábitos como ingerir bebidas alcoólicas, tomar em grandes quantidades o tereré e chimarrão, no que diz respeito à saúde são inúmeras e, por essa razão, a prevenção e divulgação dos malefícios dessas substâncias durante a gestação deve ser difundida por meio dos profissionais de saúde para população no geral, em especial durante o pré-natal das gestantes.

De acordo com Teras (2014), o consumo de tereré em excesso faz diminuir a absorção de ferro e aumentar a pressão arterial. Devido a isso, o indivíduo pode ficar anêmico e hipertenso, portanto, devem ter cautelas ao consumir a bebida, pois o consumo pode implicar, também, a distensão das paredes gástricas produzindo ácido clorídrico no estômago e, posteriormente, vindo a causar gastrites leves.

TABELA 3

Resultados obtidos em relação às variáveis quantitativas das gestantes de Alto risco e risco habitual

Variável		N	Média	D.P.	t	P
Idade	Alto Risco	32	23,8	5,4	1,5	0,225
	Risco Habitual	47	25,5	6,4		
Renda Familiar	Alto Risco	21	R\$ 1.501,0	R\$ 745,0	0,73	0,396
	Risco Habitual	32	R\$ 1.733,0	R\$ 1.086,0		

Fonte: Elaborado pela autora.

9.3 TERCEIRA PARTE: INVENTÁRIO DE COPING DE BILLINGS E MOOS

Por meio do teste t-student, foi significativa a diferença entre os scores do inventário de Coping de Billings e Moos no fator Cognitivo + Problema no 3º trimestre ($p = 0,039$), Comportamental + Problema nos dois trimestres ($p = 0,030$ e $p = 0,008$) e no fator Comportamental em ambos trimestres ($p = 0,010$ e $p = 0,012$). Em todos os fatores significativos, o score médio das gestantes de “Alto Risco” está maior que das gestantes de “Risco Habitual”.

TABELA 4

Resultados obtidos em relação à comparação entre os grupos de risco das gestantes relacionados aos fatores de *Coping* e por trimestre de gestação.

Fator	Trimestre	Risco	N	Média	D.P.	t	P
Cognitivo + Emoção	2º Trimestre	Alto Risco	32	64,6	28,0	0,01	0,928
		Risco Habitual	47	65,3	37,4		
	3º Trimestre	Alto Risco	32	70,8	25,0	1,36	0,247
		Risco Habitual	47	62,4	39,1		
Cognitivo + Problema	2º Trimestre	Alto Risco	32	67,7	27,4	0,89	0,348
		Risco Habitual	47	61,0	35,7		
	3º Trimestre	Alto Risco	32	71,9	24,1	4,41	0,039
		Risco Habitual	47	56,7	39,9		
Comportamental + Problema	2º Trimestre	Alto Risco	32	60,9	32,3	4,89	0,030
		Risco Habitual	47	44,7	31,7		
	3º Trimestre	Alto Risco	32	60,2	27,6	7,45	0,008
		Risco Habitual	47	41,0	34,8		
Comportamental	2º Trimestre	Alto Risco	32	75,0	44,0	6,93	0,010
		Risco Habitual	47	46,8	50,4		
	3º Trimestre	Alto Risco	32	78,1	42,0	6,69	0,012
		Risco Habitual	47	51,1	50,5		
Comportamental + Emoção	2º Trimestre	Alto Risco	32	15,6	36,9	0,39	0,533
		Risco Habitual	47	10,6	31,2		
	3º Trimestre	Alto Risco	32	15,6	36,9	0,16	0,688
		Risco Habitual	47	19,2	39,8		
Esquiva + Emoção	2º Trimestre	Alto Risco	32	46,9	24,2	4,03	0,048
		Risco Habitual	47	35,3	26,5		
	3º Trimestre	Alto Risco	32	46,3	21,2	3,34	0,071
		Risco Habitual	47	36,6	25,5		
Emoção	2º Trimestre	Alto Risco	32	60,9	41,6	0,14	0,712
		Risco Habitual	47	57,5	40,4		
	3º Trimestre	Alto Risco	32	60,9	41,6	2,22	0,141
		Risco Habitual	47	46,8	40,9		

Fonte: Elaborado pela autora.

Segundo os dados da tabela acima, relativos ao fator Cognitivo com foco no problema, houve uma diferença significativa com ($p = 0,039$), do grupo de gestantes de alto risco do terceiro trimestre, ou seja, elas utilizam o método cognitivo no foco do problema. Em relação às gestantes de risco habitual, há ênfase no controle do valor da situação de estresse (lado positivo / experiências anteriores), as gestantes de alto risco apresentam uma atitude positiva. Em relação ao foco no problema, as mesmas utilizam esforços cognitivos e comportamentais para modificar ou administrar a origem do problema, o que significa uma boa estratégia de enfrentamento, frente ao problema vivenciado.

Já o fator Comportamental, com foco no problema, apresentou uma diferença significativa em relação às gestantes de alto risco e risco habitual do segundo trimestre, um valor de ($p = 0,030$) e, no terceiro trimestre, as gestantes de alto risco e risco habitual um valor de ($p = 0,008$), ou seja, o fator comportamental, com ênfase no comportamento diretamente relacionado com a situação do estresse (a gestante vê o problema e seus defeitos / tomada de decisão rápida). Em relação ao problema, houve a mesma explicação acima citada.

De uma maneira geral, as formas de *Coping*, focadas na emoção, são mais passíveis de ocorrer, quando já houve uma avaliação de que nada pode ser realizado para alterar as condições de dano, ameaça ou desafios ambientais (Lazarus & Folkman, 1984).

No fator comportamental, em ambos os trimestres ($p = 0,010$ e $p = 0,012$), houve diferença significativa, ou seja, as gestantes, de uma maneira geral, enxergam seus problemas de uma maneira rápida.

No fator esquiva, com foco na emoção, ambos os grupos de gestantes apresentaram, no segundo trimestre um ($p = 0,048$), ou seja, há uma ênfase na evitação do problema, as gestantes esquivam-se de confronto, buscam outros meios de aliviar a tensão (fumando, comendo), preparando-se para o pior, guardando os sentimentos para si. Esse fator é o pior item do Inventário de *Coping*, o indivíduo “foge” dos problemas. Referente ao fator emoção, há a utilização de esforços cognitivos e comportamentais dirigidos para reduzir ou para administrar o estresse emocional.

A estratégia de enfrentamento, focada na emoção, envolve uma reinterpretação positiva de uma situação inicialmente vista como negativa e favorece a utilização da experiência vivenciada como forma de crescimento e aprendizagem (Straub, 2002). A reavaliação é uma resposta a mudanças nas condições internas e externas, a partir de novas reflexões sobre as evidências, ou feedback do impacto da reação do indivíduo e das estratégias de enfrentamento utilizadas (Gimenez, 1997).

Estudo realizado por Wechsler, Reis e Ribeiro (2016), com 30 gestantes, tendo como objetivo explorar alguns fatores de risco que podem contribuir para o desajustamento psicológico de gestantes, assim como a incidência de sintomas ansiosos e depressivos nesses indivíduos, apontou que uma maior escolaridade das participantes e uma maior participação dos pais na preparação para o parto apresentavam uma relação estatisticamente significativa, com menores níveis de ansiedade e depressão das gestantes, respectivamente. Em contrapartida, a estratégia de enfrentamento de conversar com um profissional da saúde revelou moderar a relação entre escolaridade e os níveis de depressão das participantes; já o neuroticismo moderou a relação entre depressão e idade e entre depressão e número de semanas de gestação. Os autores concluíram, portanto, a importância da elaboração de protocolos de intervenção psicológica, direcionados a grupos de gestantes em risco psicológico.

No decorrer da coleta de dados, conversando com as gestantes de ambos os grupos estudados, a autora deste estudo observou que a ausência de apoio psicológico (tanto por parte dos familiares, quando dos profissionais de saúde) frente aos diversos problemas enfrentados pelas gestantes traz esquivas e muitas vezes falta de maturidade para enfrentar seus medos e angústias, buscando meios, muitas vezes, não saudáveis para suprir suas necessidades.

9.4 QUARTA PARTE: INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA DE FERRANS & POWERS

Nas comparações por meio do teste *t-student*, foram significativos os domínios do instrumento de qualidade de vida de *Ferrans & Powers* os domínios Saúde/Funcionamento no 3º trimestre ($p = 0,005$) e Família no 3º trimestre ($p < 0,001$). Em ambos os casos, o grupo de gestantes de “Alto Risco” está com *scores* médios maiores em relação às gestantes de “Risco Habitual”.

TABELA 5

Resultados obtidos em relação à comparação entre os grupos de risco das gestantes relacionados aos fatores do QLI e por trimestre de gestação

Domínio	Trimestre	Risco	N	Média	D.P.	t	P
Saúde/Funcionamento	2º Trimestre	Alto Risco	31	20,395	3,567	0,82	0,369
		Risco Habitual	45	21,136	3,429		
	3º Trimestre	Alto Risco	31	22,011	3,102	8,49	0,005
		Risco	46	19,851	3,317		

		Habitual					
Socioeconômico	2º Trimestre	Alto Risco	31	20,986	3,017	0,49	0,487
		Risco Habitual	45	20,413	4,127		
	3º Trimestre	Alto Risco	32	21,037	3,39	0,04	0,850
		Risco Habitual	46	21,185	3,36		
Psicológico/Espiritual	2º Trimestre	Alto Risco	31	23,3	3,088	0,55	0,462
		Risco Habitual	47	22,678	4,338		
	3º Trimestre	Alto Risco	32	22,806	3,538	0,07	0,791
		Risco Habitual	47	22,58	3,972		
Família	2º Trimestre	Alto Risco	31	21,596	4,313	2,7	0,105
		Risco Habitual	46	23,269	4,477		
	3º Trimestre	Alto Risco	31	23,348	3,502	13,52	< 0,001
		Risco Habitual	46	19,571	5,508		

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação ao domínio Saúde/Funcionamento, no 3º trimestre, houve uma diferença significativa, ($p = 0,005$), ou seja, quanto mais acentuado o domínio Saúde/ Funcionamento, mais escassa sua qualidade de vida no domínio significativo das gestantes de alto risco. O domínio Saúde/ Funcionamento engloba os seguintes itens relacionados à saúde física e mental das gestantes de alto risco de uma maneira geral: 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.

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).

Na maioria dos casos, as gestantes consideradas de alto risco permanecem durante todo ciclo gravídico puerperal impossibilitadas de realizar qualquer esforço físico, são liberadas, na maioria das vezes, apenas para atividades como yoga ou exercícios voltados para relaxamento. Porém a realidade de muitos ESF e pré-natais é que não possuem esse tipo de

serviços, ou seja, alguns ainda possuem um grupo de gestantes com educador físico, porém, a maioria são direcionadas à caminhada somente. Somado a isso, a situação financeira infelizmente da população que frequenta o SUS, não comporta esse tipo de atividade.

Na ausência de contraindicações, a grávida deve ser encorajada pelos profissionais de saúde, principalmente pelo médico obstetra, durante o pré-natal, a iniciar ou dar continuidade a um programa de exercícios físicos. Alguns benefícios da atividade física na gestação são: redução de complicações obstétricas, menor incidência de insônia, de ansiedade e de depressão, inclusive no pós-parto, melhora da autoimagem da gestante, diminuição do risco de desenvolvimento de diabetes gestacional, da hipertensão arterial, menor incidência de desconfortos como dor lombar, dor nos pés, edemas, menor tempo de hospitalização e de recuperação, menor duração do trabalho de parto, menor ganho de peso e melhora da capacidade física e do bem-estar da gestante (Lopes, 2016).

De acordo com Almeida e Tumelero (2003), um bom programa de exercícios pré-natais pode, ainda, aprimorar a postura, que é muitas vezes afetada pelo crescimento do útero e pela expansão do abdômen, causando uma inclinação anterior da pelve. Os exercícios para fortalecer os músculos das nádegas, costas, ombros e barriga podem auxiliar a manter o corpo alinhado e diminuir o desconforto associado à má postura. A yoga é uma atividade cada vez mais popular durante a gravidez. Apesar de haver muitas semelhanças entre algumas posições do yoga e os exercícios obtidos em outras modalidades esportivas, a ênfase colocada no estiramento e mobilidade pode não ser apropriada para todas as mulheres. As mulheres que expressam interesses nessas formas de exercícios, devem ser encaminhadas a professores treinados, para que realizem, de maneira correta, os exercícios aplicados de maneira individual.

Estudo realizado por Almeida e Tumelero (2003), com o objetivo de verificar como a prática do yoga auxilia, durante o período de gestação e quantificar as melhoras relatadas pelas gestantes que praticavam yoga, durante o período de gestacional obteve como resultados: as gestantes consideram que a atividade, quando realizada com intensidade de leve a moderada, já se apresenta cansativa para as mesmas (essa situação é extremamente relatada por outros autores que estudam a atividade física no período de gestação). As melhoras de maior importância, relatadas pelas voluntárias, foram quanto à melhora do fortalecimento muscular, a tranquilidade e a melhora na resistência física. Algumas gestantes, que já tinham outros filhos, relataram que a gestação foi bastante diferente, quando comparada à gestações anteriores. Para as gestantes que já realizavam a yoga antes da outra gestação, as mesmas relataram que voltaram ao peso ideal rapidamente e que puderam voltar às atividades de yoga

também, rapidamente, após o parto, sempre com a orientação e liberação médica. A centralização mente e corpo é completa, fazendo com que a mulher possa viver a sua gestação física e mentalmente perfeita, apenas esperando este novo ser que virá.

Outra prática, sugerida por médicos e educadores físicos para saúde física e mental das gestantes, são os exercícios em meio aquático. Os benefícios alcançados são: rápida recuperação da frequência cardíaca após esforço, aumento da mobilidade articular, redução da insônia, controle da temperatura corporal da gestante, menor estresse articular, diminuição das forças gravitacionais, facilidade para suportar o peso corporal, e melhoria do bem-estar físico e mental (Lopes, 2016).

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 haver um educador físico e/ou fisioterapeuta, inserido na equipe de pré-natal e grupos de gestantes para trabalhar, especificamente, com esse público de mulheres gestantes com ou sem risco gestacional. No entanto 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 em cima da saúde mental dessas mulheres, impossibilitadas de participarem da atividade física, seria dada atenção à parte psicológica a qual refletiria na qualidade de vida, nesse período de tensão, devido à gravidez de risco.

Já no domínio Família no 3º trimestre, tanto as gestantes de risco habitual, quanto as gestantes de alto risco, possuem diferenças significativas ($p < 0,001$), sendo as gestantes de risco habitual, com o *score* médio, piores, se comparadas com as gestantes de alto risco. No item família, estão inseridas as questões da saúde da família, filhos, felicidade da família, possibilidade de ter um filho, cônjuge e suporte familiar.

Estudo realizado com 60 gestantes por Pereira, Santos e Ramalho (1999), com os seguintes objetivos: explorar a relação entre o relacionamento conjugal e a saúde física e psicológica da grávida; a relação entre suporte social e saúde física e psicológica da grávida; a relação entre estilo de *coping* e saúde física e psicológica da grávida; descrever as relações entre estilo de *coping*, suporte social e relacionamento conjugal da grávida, apontou que a adaptação à gravidez é afetada pela maneira como a mulher e o companheiro reagem à gravidez e pela presença ou ausência de complicações durante a mesma. A adaptação à

gravidez, segundo esse estudo, parece estar também ligada aos recursos de *coping*, suporte social e a qualidade de relacionamento conjugal das gestantes. Esses resultados, segundo os autores, sugerem que níveis reduzidos nessas variáveis criam, na gestante, uma vulnerabilidade física e psicológica e que o sentido de coerência parece ter um efeito mediador nos fatores de risco para a saúde física e psicológica da gestante.

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 está casada está inserida na amostra de gestantes do primeiro trimestre as quais foram as que obtiveram, estatisticamente, melhor índice de qualidade de vida (Vido, 2006).

Na prática da pesquisadora, enquanto enfermeira e docente, 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 delas. Em se tratando de uma gravidez de risco, intensifica-se ainda mais o 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).

Dourado e Pelloso (2007) realizaram um estudo com 12 gestantes, com o objetivo de verificar o acontecimento da gestação, a programação e o desejo de ter um filho entre mulheres que vivenciam uma gestação de alto risco, em um serviço de pré-natal de referência, e obtiveram como resultados, que as ideias centrais identificadas foram: “gestação não programadas mas desejada, associada a não utilização ou uso incorreto de método contraceptivo”; gestação não programada, mas desejada, associada à questão da crença religiosa”; “gestação programada e desejada” e “gestação não programada e não desejada”. Concluiu-se, portanto, que frente às ideias centrais identificadas, a carência de educação em saúde, em especial com relação à saúde reprodutiva, foi evidenciada nesse estudo.

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.

Vale salientar 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 ao espaçamento entre eles, pois isso não se refere somente ao fator econômico e sim à saúde do binômio mãe e filho, que faz parte das condições básicas dos direitos reprodutivos. O objetivo do planejamento familiar é o 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).

TABELA 6

Resultados obtidos a partir das comparações entre o cruzamento dos dois instrumentos (Inventário de *Coping* de *Billins & Moos* e Qualidade de vida de *Ferrans & Powers adaptado*)

Fator		2º trimestre (domínios)				3º trimestre (domínios)			
		SF	SE	PSI	FAM	SSF	SE	PSI	FAM
Cognitivo + Emoção	Correlação	-0,025	-0,134	-0,106	-0,209	0,087	0,079	-0,107	0,064
	P	0,828	0,248	0,356	0,068	0,450	0,494	0,348	0,579
Cognitivo + Problema	Correlação	0,159	0,030	0,116	-0,003	0,156	0,010	-0,026	0,103
	P	0,170	0,799	0,314	0,980	0,175	0,931	0,819	0,372
Comportamental + Problema	Correlação	0,095	0,104	0,050	-0,114	0,029	-0,120	-0,025	0,042
	P	0,412	0,373	0,662	0,325	0,803	0,296	0,829	0,715
Comportamental	Correlação	0,071	-0,060	-0,090	-0,053	0,196	0,047	-0,036	0,216
	P	0,542	0,608	0,435	0,645	0,087	0,683	0,753	0,059
Comportamental + Emoção	Correlação	0,078	0,075	0,022	0,149	0,121	0,093	0,118	-0,036
	P	0,506	0,517	0,846	0,195	0,295	0,417	0,300	0,758
Esquiva + Emoção	Correlação	0,214	-0,091	-0,067	-0,177	0,057	-0,031	-0,127	0,135
	P	0,064	0,434	0,563	0,125	0,623	0,791	0,266	0,242
Emoção	Correlação	0,087	-0,105	0,010	-0,008	-0,250	-0,143	-0,127	-0,230
	P	0,457	0,368	0,929	0,942	0,028	0,213	0,265	0,045

*SF: domínio saúde /funcionamento; SE: domínio saúde/espiritual; Psi: domínio psicológico; FAM: domínio Familiar

Fonte: Elaborado pela autora.

Nas comparações entre o cruzamento dos dois instrumentos (Inventário de *Coping* e Qualidade de vida), apenas dois cruzamentos tiveram relação e dados significativos: o fator emoção com ($p < 0.028$), o domínio saúde/funcionamento e família ($p < 0.045$), ambos no terceiro trimestre.

Quanto maior for o fator emoção, menor o domínio saúde/funcionamento, ou seja, quanto menor a utilização de esforços cognitivos e comportamentais dirigidos a reduzir ou administrar o estresse emocional, maior a saúde física e mental da gestante de uma maneira geral, frente à gravidez, desconfortos (enjoo, queimação, sonolências, entre outros), energia para as atividades físicas, vida sexual, atividades de lazer, pensamentos positivos, entre outros. A mulher consegue vivenciar melhor a gestação. E quanto menor for o fator emoção, maior o domínio saúde/funcionamento, ou seja, quanto maior os esforços cognitivos e comportamentais, dirigidos a reduzir ou administrar o estresse emocional, menor a saúde física e mental da gestante de uma maneira geral. A mulher utiliza de ferramentas como ver o lado positivo das coisas, rezar utilizando de sua fé para superar melhor as dificuldades, falar com algum parente, amigo ou profissional da saúde sobre o que está lhe causando estresse, dentre outras alternativas para conseguir enfrentar suas preocupações.

O estresse consiste em qualquer situação pela qual o equilíbrio homeostático do corpo é perturbado, promovendo adaptações orgânicas como a liberação de grandes quantidades de hormônios na corrente sanguínea, preparando o indivíduo para algum tipo de reação (Nahas, 2001, Margis, Picon, Cosner, & Silveira, 2003). A resposta ao estresse não só depende da frequência e magnitude do provocador do estresse, mas, contudo, do modo de vida e da maneira que o indivíduo percebe a situação. Dessa forma, os indivíduos podem reagir diferentemente a situações semelhantes (Lipp, 1996, Andrade, 2001, Mulder et al., 2002, Margis, Picon, Cosner, & Silveira, 2003).

No convívio diário com gestantes do SUS, a autora deste estudo se depara com alguns relatos das mesmas, no momento de sua internação para dar à luz. As mesmas por permanecerem por no mínimo 48 horas no hospital, se encontram à vontade em contar um pouco da sua experiência, durante toda a gestação. Um número significativo delas se preocupa com a situação financeira (na maioria das vezes por já possuírem mais de um filho), brigas familiares, desconfortos vividos durante a gestação, insônia, sedentarismo e uma parcela dessas grávidas não possui um companheiro, assumindo sozinhas a maternidade.

Como já foi citado em capítulos anteriores, o período gestacional é considerado um estado específico de estresse emocional, devido a intensas alterações no cotidiano da mulher

sob o ponto de vista físico, psicológico e social (Huizink, Medina, Mulder, Buitelaar, 2002, Bjelica, 2004). O corpo em constantes transformações, o medo e ansiedades frente ao parto, a instabilidade emocional, a responsabilidade de adquirir o papel de ser mãe, o aumento dos gastos com a família, dentre outras preocupações influenciam a saúde psicológica da gestante predispondo-a em maior ou menor grau ao estresse (Segato, Andrade, Vasconcellos, Matias, & Rolim, 2009). Desse modo, pode utilizar diversas estratégias de enfrentamento para saber lidar com todo esse estresse.

Nas frases apresentadas como temas, as dificuldades físicas, alterações corporais, repercussões da gestação no relacionamento conjugal, planejamento da gravidez e envolvimento paterno, observou-se que nas primíparas a inexperiência trouxe insegurança, ao passo que, em algumas múltiparas houve espaço para ambivalência pelo fato de a gestação não ter sido planejada. Nas múltiparas, houve maior preocupação em termos do impacto da gravidez na estrutura familiar. Em relação às fontes de apoio, houve, como destaque, a participação ativa do companheiro, pai do bebê, demonstrando sua importância para o bem-estar psicológico da mulher.

Segundo Da Costa et al., (1999) e Mulder et al., (2002), a exposição materna ao estresse e consequentemente aos elevados níveis de adrenalina e cortisol, pode ser maléfica à saúde do binômio mãe e filho.

A gravidez é um período caracterizado por elevados níveis de estresse, e esse estresse é decorrente do estilo de vida em que a mulher vive, sendo constantemente influenciado por outros fatores como: apoio social, a administração do tempo, atividade profissional realizada e principalmente a maneira de encarar a vida (Segato, Andrade, Vasconcellos, Matias, & Rolim, 2009).

Cabe, portanto, aos profissionais de saúde, envolvidos nesse processo de contato direto com a gestantes, saber lidar com essa situação, proporcionado um atendimento em que a mesma se sinta confortável e confiante para poder contribuir com uma boa evolução do seu período gravídico-puerperal, salvaguardando não somente sua saúde física, mas psicológica também.

TABELA 7

Resultados obtidos em relação ao Inventário de *Coping de Billings e Moos versus* Sociodemográfico das gestantes de alto risco e risco habitual

	Fator	Trimestre	Variáveis	nn	Média	DD.P.	tt	pp
Trabalha	Comportamental + Problema	2º	Não	43	00,44	00,32	44,60	0,035
			Sim	36	00,60	00,32		
Hábitos	Cognitivo + Emoção	2º	Não	20	00,77	00,22	55,31	0,025
			Sim	59	00,61	0036		
	Comportamental	2º	Não	20	00,80	00,41	6668	0,014
			Sim	59	00,51	00,50		
Moradia	Cognitivo + Emoção	3º	Própria	38	00,58	00,38	44,02	0,049
			Outros	41	00,73	00,29		
Primeira Gravidez	Comportamental	3º	Não	52	00,71	00,46	55,28	0,026
			Sim	27	00,44	00,51		
	Emoção	2º	Não	52	00,52	00,42	5522	0,026
			Sim	27	00,72	0035		

Fonte: Elaborado pela autora.

Nas comparações entre o Inventário de *Billings e Moss* e o Questionário sociodemográfico, houve resultado significativo entre as questões (trabalho com fator comportamental) no segundo trimestre ($p < 0,035$); hábitos associados ao fator cognitivo com foco na emoção no segundo trimestre ($p < 0,025$); hábitos com fator comportamental ($p < 0,014$); moradia associado ao fator cognitivo com foco na emoção no terceiro trimestre ($p < 0,049$); primeira gravidez com fator comportamental no terceiro trimestre ($p < 0,026$) e primeira gravidez com fator emoção no segundo trimestre ($p < 0,026$).

A questão inserida na sexta pergunta do questionário sociodemográfico, (se a gestante trabalha ou não) relacionada com o fator comportamental, associado a um problema do Inventário de *Billings e Moos*, no segundo trimestre de gestação, apontou dados estaticamente significativos em que as gestantes que trabalham, possuem escores melhores relacionados às que não possuem um trabalho fora de casa. Quando a gestante se depara com algum problema a mesma enxerga seus efeitos e tomadas de decisões de maneira rápida, utilizando esforços cognitivos e comportamentais para modificar ou administrar a origem do problema. Demonstrado na tabela com ($p > 0,035$).

Conforme Gomes (2007), para o trabalho abranger 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 doença,

insatisfação e desmotivação, induzindo a um comprometimento da sua qualidade de vida (Souza & Carvalho, 2010)

Com relação à variável hábitos, as gestantes do 2º trimestre que possuem algum tipo de hábito (fumar, ingerir bebidas alcóolicas, tereré, café ou chimarrão), utilizam mais o fator cognitivo com foco na emoção e no fator comportamental. Esses dados apontaram um ($p > 0,025$), sendo que 59 delas possuem um desses hábitos e apenas 20 não, ou seja, as gestantes que não possuem nenhum dos hábitos questionados, possuem melhores escores relacionados às que possuem algum desses hábitos. A gestante, nesse caso, tem uma ênfase no controle do valor da situação de estresse, apresentando uma atitude positiva. Já as formas de *coping*, centradas na emoção, são mais passíveis de ocorrer, quando já houve uma avaliação de que nada pode ser feito para modificar as condições de dano, ameaça ou desafio ambiental.

Em relação à questão 12 do questionário sociodemográfico, se a gestante possui casa própria ou não (variável moradia verificou-se que as gestantes do terceiro trimestre que possuem casa própria utilizam mais o fator cognitivo com foco na emoção, obtendo valor significativo com ($p > 0,049$), onde 38 delas possui casa própria e 41 não, ou seja, estatisticamente as gestantes que não possuem moradia própria, estão com escores melhores, se comparadas com as que possuem moradia própria.

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.

A questão 13 do questionário sociodemográfico, em que “se encontra a variável se a gestante se encontra na sua primeira gravidez” (primigesta), em relação as que se encontram no terceiro trimestre e que não são primigestas, estas utilizam mais o fator comportamental ($p > 0,026$), ou seja, essas possuem melhores escores comparadas as primigestas. A gestante, nesse caso, enxerga o problema em que esteja vivenciando e reage de maneira rápida. Já as gestantes do segundo trimestre que são primigestas, utilizam mais o fator emoção ($p > 0,026$), ou seja, estatisticamente as primigestas possuem piores escores se comparadas às gestantes que possuem mais de um filho.

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 (devido ao fato de a mulher querer tardar a

gestação em virtude dos estudos). 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, por exemplo, 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.

TABELA 8

Resultados obtidos em relação ao Instrumento de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers* versus Sociodemográfico das gestantes de alto risco e risco habitual

	Fator	Trimestre	Variáveis	N	Média	DD.P.	t	p
Cor	SF	3º	Branca	38	119,86	3,52 ³	77,06	0,01
			Outras*	33	221,81	2,65 ²		
	SE	3º	Branca	38	220,08	3,19 ³	55,73	0,019
			Outras	34	221,94	3,36 ³		
Estado Civil	PSI	3º	Casada	59	23,39	2,82 ²	55,18	0,033
			Outros**	20	220,56	530 ⁵		
Trabalho	PSI	2º	Não	42	222,15	4,53 ⁴	44,08	0,047
			Sim	36	223,83	2,75 ²		
		3º	Não	43	221,91	4,41 ⁴	44,35	0,041
			Sim	36	223,58	2,63		

*Outras: preto, indígena, pardo

Fonte: Elaborado pela autora.

Continuando, ainda, os comentários relacionados a algumas questões referentes ao questionário sociodemográfico, a variável raça (branca, parda, indígena e preta), relacionada ao fator saúde/funcionamento (questionário de qualidade de vida de *Ferrans & Powers*), no terceiro trimestre, apontou que as gestantes brancas estão com escores piores que as outras

(pretas, pardas e indígenas) com um ($p > 0,01$). Houve também valor significativo, quando relacionado à variável raça com o fator saúde/espiritual, no terceiro trimestre, em que as brancas também possuem piores escores comparadas as outras ($p > 0,019$).

O fator saúde/espiritual abrange as questões da escolaridade, paz de espírito, fé em Deus, objetivos pessoais, felicidade, satisfação com a vida e aparência pessoal.

Apesar de 63,89% das entrevistadas serem caucasianas, uma parte (23,15%) é de negras e ficou evidente que esse público, se sofre ou não racismo, não há interferência no construto da saúde (biopsicossocial), não influenciando a qualidade de vida delas. Embora pacientes de raça negra 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 de vida. (Rezende, 2008).

Quanto ao estado civil, relacionado com o fator psicológico (questionário de qualidade de vida de *Ferrans & Powers*), no terceiro trimestre, houve valor significativo, em que as gestantes casadas possuem piores escores, se comparadas as outras (solteiras, sem nenhum compromisso) apontando um ($p > 0,033$).

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 está casada estão inserida na amostra de gestantes do primeiro trimestre que foi a que obteve estatisticamente melhor índice de qualidade de vida (Vido, 2006).

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).

Quanto a gestante trabalhar ou não, relacionado ao fator psicológico (questionário de qualidade de vida de *Ferrans & Powers*), no segundo trimestre, houve valor significativo, ou seja, as gestantes que não trabalham, possuem escores piores em relação as gestantes que possuem um trabalho fora de casa, apontando um ($p > 0,047$), no segundo trimestre e ($p > 0,041$), no terceiro trimestre.

Apesar da gravidez não ser considerada uma doença, boa parte das gestantes ainda trabalha para garantir o sustento da família, e com o passar dos meses gestacionais, as mesmas

vão permanecendo cada vez mais morosas pelo fato do aumento do abdômen e outras mudanças gravídicas já citadas anteriormente, fazendo com que cada vez mais o trabalho se torne algo difícil de ser realizado com uma boa saúde física e mental.

TABELA 9

Resultados Obtidos entre o Instrumento de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers versus* Sociodemográfico

	Idade		Renda	
	2° T	3° T	2° T	3° T
SF	0,224	0,102	0,15	0,093
	0,052	0,379	0,294	0,508
SE	-0,01	0,143	0,207	0,039
	0,935	0,212	0,145	0,782
PSI	0,128	0,251	0,119	-0,051
	0,266	0,026	0,399	0,715
FAM	0,111	0,069	0,103	0,16
	0,334	0,554	0,467	0,254

Fonte: Elaborado pela autora.

Nas comparações por meio do teste de correlação linear entre os grupos das gestantes de alto risco e risco habitual, houve também correlação entre o domínio Psicológico e a idade, sendo esta uma correlação positiva.

Essa correlação positiva entre o domínio Psicológico e a idade, significa que quanto maior a idade maior o escore Psicológico que abrange questões relacionadas à escolaridade, paz de espírito, fé em Deus, objetivos pessoais, felicidade, satisfação com a vida, aparência pessoal, apontando um ($p > 0,026$).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu verificar que a qualidade de vida das gestantes de alto risco é melhor comparada às de risco habitual. No enfrentamento de eventos estressantes, a amostra como um todo utiliza, predominantemente, estratégias ativas evidenciando que as gestantes, em sua maioria, apresentam estratégias eficazes no enfrentamento e manejo de situações de estresse, sendo que as gestantes de alto risco, em todos os fatores significativos, estão melhores que as gestantes de risco habitual. Os eventos estressores mais relatados pelas gestantes incluem problemas familiares e questões financeiras.

Vale ressaltar que os Questionário Sociodemográfico, o Índice de Qualidade de Vida e o Inventário de *Coping*, aplicados neste estudo, foram de fácil aplicação e compreensão (constatado por meio do estudo piloto) 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 verem nele, a possibilidade de ações de políticas públicas positivas, em prol desse cenário de mulheres, que referem um atendimento diferenciado.

No percurso da gestação, diversas modificações estão presentes na vida de cada mulher, sendo de suma importância à percepção desses fatores desconfortantes 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.

A partir dos objetivos gerais e específicos, pode-se chegar à conclusão que todos eles foram atingidos.

Das 79 participantes da pesquisa, a média de idade foi de 25,7 anos, com renda média familiar de R\$ 1.617,00. Foram significativos os domínios do instrumento de Qualidade de vida de *Ferrans & Powers adaptado*- domínios saúde/funcionamento no terceiro trimestre ($p=0,005$) e Família no terceiro trimestre ($p<0,001$), ou seja, quanto mais acentuado o domínio saúde funcionamento, mais escassa sua qualidade de vida no domínio significativo das gestantes de alto risco. Referente às comparações entre o cruzamento dos dois instrumentos (Inventário de *Coping* e Qualidade de vida), apenas dois cruzamentos tiveram relação e dados significativos: o fator emoção ($p<0,028$) e o domínio saúde/funcionamento ($p<0,045$), ambos no terceiro trimestre com valor significativo ($p>0,019$), ou seja, quanto menor a utilização de esforços cognitivos e comportamentais dirigidos a reduzir ou administrar o estresse emocional, maior a saúde física e mental da gestante de uma maneira

geral. Quando relacionado à variável raça as brancas também possuem piores escores, comparadas às outras raças. Referente ao estado civil relacionado com o fator psicológico, no terceiro trimestre, houve valor significativo ($p > 0,033$), em que as gestantes casadas possuem escores piores comparadas as outras (solteiras, sem nenhum compromisso). Quanto à gestante trabalhar ou não, relacionado com o fator psicológico houve valor significativo ($p > 0,047$) no terceiro trimestre, foi ($p > 0,041$), ou seja, as gestantes que não trabalham possuem escores piores em relação às gestantes que trabalham fora de casa. Houve também correlação entre o domínio psicológico e a idade, sendo essa uma correlação positiva, ou seja, quanto maior a idade, maior o domínio psicológico ($p = 0,026$).

Vinculando os resultados da pesquisa com a experiência prática da pesquisadora, pode-se concluir que, apesar dos resultados desta pesquisa não poderem ser generalizados, eles podem contribuir para o entendimento de certas características individuais que, por vezes, não são inferidas como importantes pela equipe de saúde.

Os resultados deste estudo são de extrema relevância para ações educativas e práticas assistenciais, contemplando positivamente essas mulheres. Como sugestão, implantação de parcerias com universidades do município, com o intuito de 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.

Enquanto enfermeira obstetra atuando com residentes da área de psicologia, enfermagem, medicina, fisioterapia e nutrição, observo o quanto é imprescindível a atuação de toda equipe multidisciplinar em prol da excelência do atendimento as gestantes e puérperas.

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 se favorecem 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, conheçam a realidade das gestantes de alto risco e de risco habitual para que sejam posteriormente planejados e executados cuidados com qualidade, mediante suas necessidades de maneira holística, suprimindo todos os fatores que possam contribuir para a qualidade de vida integral dessas mulheres.

É necessário que os serviços de saúde estabeleçam estratégias que viabilizem acesso e o ingresso precoce das gestantes no pré-natal, com vistas a garantir a oferta de serviços baseada nas necessidades da gestante e, principalmente, que promovam melhorias na qualidade da assistência prestada à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Diante disso, a identificação de componentes que apontem o possível desenvolvimento de psicopatologias durante a gravidez, pode servir de auxílio na prevenção dessas problemáticas associadas e no planejamento de políticas pública, destinadas para grupos que estejam em risco psicológico. Desse modo, o presente estudo corrobora o entendimento dessas estratégias, podendo contribuir com futuros estudos sobre essa temática.

Portanto, a autora deste estudo, após a defesa desta tese, apresentará além dos resultados obtidos neste estudo, propostas viáveis para Secretário de Saúde de Dourados-MS, com parcerias com a UNIGRAN, UEMS e UFGD, no curso de educação física para trabalho em educação permanente com esse público de gestantes, a fim de melhorar sua saúde, física, mental e tentando suprir suas necessidades com maneiras saudáveis, como o exercício direcionado ao relaxamento, viabilizando de maneira prazerosa sua qualidade de vida e trazendo apenas benefícios para todo o processo gravídico-puerperal.

Após apresentação deste estudo, os resultados serão divulgados à diretoria da Clínica da Mulher e demais ESFs estudados, bem como aos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados à gestante. Concomitantemente, esta pesquisa será apresentada em eventos, congressos, bem como transformada em artigo para publicação em revistas científicas, 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, a presente pesquisa procurou contribuir com as investigações acerca do processo gravídico de gestantes consideradas de alto risco e de risco habitual, proporcionando subsídios para melhoria da qualidade de assistência à gestante, priorizando além de sua saúde física, sua saúde mental, que se apresenta fragilizada nesse período tão marcante de sua vida.

REFERÊNCIAS

- Almeida, N. D., & Tumelero, S. (2003, Agosto). Prática da yoga durante o período gestacional. *Revista digital Buenos Aires*. Ano 9, (63). Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd63/yoga.htm>
- Aktan, N. M. (2012). Social support and anxiety in pregnant and postpartum women: A secondary analysis. *Clinical Nursing Research*, 21(2), 183-194. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22019712>
- Amorin, M. H. C. (1999). A enfermagem e psicoimunologia no câncer de mama. Rio de Janeiro. Tese (doutorado) - Escola de enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado de www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000088&pid
- Antoniazzi, A. S., Dell'Anglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de psicologia*, 3(2), 273-294. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- Araújo, D. M. R., Vilarim, M. M., Sabroza, A. R., & Nardi, A. E. (2010). Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(2), 219-227. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/02.pdf>
- Araújo, D. M. R., Pereira, N. L., & Kac, G. (2007). Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(4), 747-756. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/01>
- Arrais, A. R., Cabral, D. S. R., & Martins, M. H. (2012). Grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. *Revista de Psicologia*, São Paulo, 15(22), 53-76. Recuperado de <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/view/2480/2376>
- Arrais, A. (2015). *Atuação do psicólogo hospitalar em um Centro Obstétrico*. Brasília: Instituto de Psicologia de Brasília. Recuperado de: <https://unbcaep.wordpress.com/2015/05/14/atuacao-do-psicologo-hospitalar-em-um-centro-obstetrico/>
- Assis, T. R., Viana, F. P., & Rassi, S. (2008). Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, 9(1), 11-17. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n1/a02v91n1.pdf>
- Aumann, G. M. E., & Baird, M. M. (1996). Avaliação do risco em gestantes. In R. A. Knuppel & J. E. Drukker (Eds.), *Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar* (pp. 25-33). 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

- Barros, S. M. O. (2006). *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. São Paulo: Manole.
- Basegio, D. L. et al. (2000). *Manual de obstetrícia*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Batista, D. C. et al. (2003). Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, 3(2), 151-158, Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n2/a04v03n2.pdf>
- Beck, C. L. C., Budó, M. L. D., & Gonzales, R. M. B. (1999). A qualidade de vida na concepção de um grupo de professores da enfermagem-elementos de reflexão. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 33(4), 348-354. Recuperado de <http://www.ee.usp.br/reecusp/upload/pdf/468.pdf>
- Bezerra, K. V. (2006). *Estudo do cotidiano e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica (IRC), em hemodiálise*. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-19092006-112400/publico/MsBezerraKV.pdf>
- Bjelica, A. (2004). Pregnancy as a stressfull life event and strategies for coping with stress in women with pregnancy-induced hypertension. *Medicinski Pregled.*, 57(7-8), 363-368.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of the life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 139-157.
- Bittencourt, Z. Z. L. C. (2003). *Qualidade de vida e representações sociais em portadores de patologias crônicas: estudo de um grupo de renais crônicos transplantados*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, Brasil.
- Branden, P. S. (2000). *Enfermagem materno infantil*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.
- Brasil. (1998, Outubro 16) 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. Recuperado de <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196.doc>
- Brasil. (2000a). Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2000b). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Assistência pré-natal: manual técnico*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf

- Brasil. (2001a). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2001b). Ministério da saúde. *Manual de Doenças Mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-Descendente*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd06_09.pdf
- Brasil. (2005). 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: Ministério da Saúde. Recuperado de http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0151_M.pdf
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. *Manual Técnico-Pré-natal e Puerpério. Atenção qualificada e Humanizada*. 3 ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf
- Brasil. (2010a). 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: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
- Brasil. (2011, Outubro 21) Portaria de 2488 de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da união*, Brasília, DF. Recuperado de http://dtr2004.saude.gov.br/dabe/docs/legislacao/prt_2488_21_10_11
- Brasil. (2011, Fevereiro 4). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 184, de 3 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0184_03_02_2011_comp.html
- Brasil. (2012a). Ministério da Saúde. *Indicadores de mortalidade: c.3 razão de mortalidade materna*. Brasília, DF: DataSus. Recuperado de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/C03b.htm>

- Brasil. (2012b). Ministério da saúde. Secretaria da Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2015). 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: Ministério da Saúde, 2015. Recuperado de http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0151_M.pdf
- Brasil. (2017a). Sistema de Informações sobre mortalidade - SIM. Painel de monitoramento da mortalidade materna 2014. Brasília, DF: Portal do Governo Brasileiro. Recuperado de <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>
- Brasil. (2017b). Sistema de Informações sobre Mortalidade. Painel de Monitoramento da Situação de Saúde 2016. Recuperado de <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtv>
- Boekarts, M. (1996). Coping with stress in childhood and adolescence. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: theory, research, application* (pp. 485-501). New York: John Wiley & Sons.
- Boemer, M. R., & Mariutti, M. G. (2003). A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 37(2), 59-71. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/08.pdf>
- Bortoletti, F. F., Silva, M. S. C., Tirado, M. C. B. A., & Nakamura, M. U. (2013). (*Psicologia obstétrica*. 24. ed. São Paulo: Artes médicas.
- Bouvier-Colle, M. H. et al. (1991). 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, 20(3), 717-721. Recuperado de <http://ije.oxfordjournals.org/content/20/3/717.full.pdf+html?sid=65da7f1e-e770-40ec-ba32-1c9af55a4dc6>
- Buchabqui, J. A., Abeche, A. M., & Nickel, C. (2006). Assistência pré-natal. In F. Freitas et al., (Eds.), *Rotinas em obstetrícia* (25-39). 5. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Bunevicius, R., Kusminkas, A., Nadisauskiene, R. J., Jureniene, K., & Pop, V. J. M (2009). Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 88(5), 599-605. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19308810>

- Caldas, D. B., Silva, A. L. R., Boing, E., Crepaldi, M. A., & Custódio, Z. A. O. (2013). Atendimento psicológico no pré-natal de alto risco: a construção de um serviço. *Revista Psicologia hospitalar*, São Paulo, 11(1), 66-87.
- Campos, T. C. P. (1995). *Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.
- Campos, M. O., & Rodrigues Neto, J. F. (2008). Qualidade de vida: um instrumento para a promoção à saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Montes Claros, 32(2), 234-235.
- Candeias, N. M. F. (1980). Educação em saúde na prevenção do risco gravídico pré-natal e interconcepcional: algumas características do comportamento a serviços de atendimento pré-natal. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 14(3), 320-332. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v14n3/05.pdf>
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B., & Renoó, Jr. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Psiquiatria Clínica*, 37(6), 278-284. Recuperado de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol37/n6/288.htm>.
- Cárdenas, A. M. C., & Cianciarullo, T. I. (1999). Qualidade de vida da mulher dona de casa de uma comunidade de baixa renda. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, 8(3), 183-199.
- Cardoso, A. M. R., Santos, S. M., & Mendes, V. B. (2007). O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo?. *Diálogos Possíveis*, Brasília, 6(1), 141-159. Recuperado de www.faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/11.pdf
- Castellanos, P. (1997). Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In R. B. Barata (Org.), *Condições de vida e situações de saúde* (pp. 31-75). Rio de Janeiro: Abrasco.
- Castro, J. C., & Clapis, M. J. (2005). Parto humanizado na percepção de enfermeiras obstétricas envolvidas com assistência ao parto. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, 13(6), 960-967. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf>
- Chaves, C. E., Cade, V. N., Montovani, M. F., Oleite, C. R. B., & Spire, W. C. (2000, Dezembro). Coping: significados, interferência no processo saúde-doença e relevância para a enfermagem. *Revista da Escola de enfermagem da USP*, São Paulo, 34(4). 370-375. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342000000400008>.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological*

Bulletin, 101(3), 393-403.

- Conde, A., & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez: Fatores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clinica*, 24(3), 197-209. Recuperado de [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4217/1/Ansiedade%20na%20gravidez%20\(2003\).pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4217/1/Ansiedade%20na%20gravidez%20(2003).pdf)
- Costa, P. T., Somerfield Jr., M. R., & McCrae, R. R. (1996). Personality and coping: a reconceptualization. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: theory, research, applications* (pp. 44-61). New York: Wiley.
- Coutinho, T. (2006). Evolução da adequação da assistência pré-natal prestada às usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora - MG: análise do processo. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, RJ. Recuperado de <http://bases.bireme.br>
- Cunha, A. B., Ricken, J. X., Lima, P., Gil, S., & Cyrino, L. A. R. (2012). A importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto. *Saúde e pesquisa*, 5(3): 579-86, 2012.
- Cunha, S. P., Duarte, G., & Nogueira, A. A. (1998). Amniorrexe prematura. In S. P. Cunha & G. Duarte (Orgs.), *Gestação de alto risco* (pp. 441-470). São Paulo: MEDSI.
- Da Costa, D. et al. Variations in stress levels over the course of pregnancy Factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. *Journal of Psychosomatic Research*, London, 47(6), 609-621. Dezembro, (1999).
- Dempsey, D., & Benowitz, N. (2001). Risks and benefits of nicotine and other medications to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Saf.*, 24(4), 277-322.
- Dobbro, E. R. L. (1998). A música como terapia complementar no cuidado de mulheres com fibromialgia. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Recuperado de [file:///C:/Users/Camilla%20&%20Galeano/Downloads/ME Eliseth Ribeiro Leao Dobro .pdf](file:///C:/Users/Camilla%20&%20Galeano/Downloads/ME%20Eliseth%20Ribeiro%20Leao%20Dobro.pdf)
- Dourado, V. G. (2005). *Gravidez de alto risco: a vida e a morte entre os significados da gestação*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá. Recuperado de http://pse.uem.br/documentos/dissert_vivianidourado.pdf
- Dourado, V. G., & Pelloso, S. M. (2007). Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. *Acta Paulista de enfermagem*, 20(1), 69-74. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000100012&script=sci_abstract&tlng=pt

- Dourados. Programa Saúde da Família. Dourados: Prefeitura de Dourado-MS, 2014. Recuperado de <http://www.dourados.ms.gov.br/wp-content/uploads/2014/09/arquivo-5.pdf>
- Eizirik, C. L., Kapczinski, F., & Bassols, A. M. S. (2001). *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed Editora. Recuperado de <https://docsbarraespartana.files.wordpress.com/2012/03/ciclovidahumana1.pdf>
- Engelhard, I. M., Den Hout, M. A., & Kindt, M. (2003). The relationship between neuroticism, pre-traumatic stress, and post-traumatic stress: A prospective study. *Personality And Individual Differences*, 35(2), 381-388. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/49969872_The_relationship_between_neuroticism_pre-traumatic_stress_and_post-traumatic_stress_A_prospective_study
- Engelmann, C., & Rezende, C. L. (2008). *Gestação de alto risco: fatores predominantes em mulheres*. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, Dourados, Brasil.
- Enkin, M. et al. (2005). Apoio às gestantes. In M. Enkin et al., (Orgs), *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto* (pp. 10-13). 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Recuperado de <http://www.bionascimento.com/images/stories/Guanabara/cap003.pdf>
- Espírito Santo, L. C. (2005). Avaliação do risco na gestação. In D. L. Oliveira (Org.), *Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula* (pp. 103-108). Porto Alegre: UFRGS.
- Falcone, V. M., Mäder, C. V. de N., Nascimento, C. F. L., Santos, J. M. M., & Nóbrega, F. J. de. (2005). Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Revista de Saúde Pública*, 39(4), 612-618. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000400015>
- Fall, A., Goulet, L., & Vézina, M. (2013). Comparative study of major depressive symptoms among pregnant women by employment status. *Springerplus*, 2(1), 201. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3657078/>
- Fernandes, R. A. Q. et al. (2004) Qualidade de vida da mulher de baixa renda na fase gravídica. In Congress Women's Health (Issues, 15); Congress Obstetric And Neonatal Nursing, 4, São Pedro. *Anais...* Guarulhos: UnG. 1 CD-ROM.
- Fernandes, R. A. Q. et al. (2007). 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. 1 CD-ROM.

- Fernandes, R. A. Q., & Narchi, N. Z. (2007). *Enfermagem e saúde da mulher*. Barueri: Manole.
- Ferreira, F. G. (2011). *Aspectos culturais relacionados à gestação, parto e puerpério e sua importância para as estratégias de educação em saúde: um levantamento bibliográfico*. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade de Minas Gerais, Campo Gerais, Brasil. Recuperado de www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2742.pdf
- Figueiró-Filho, E. A., et al. (2007). Sífilis Congênita como fator de assistência Pré-natal no Município de Campo Grande-MS. *DST – J bras Doenças Sex Transm*, 19(3-4), 139-143. Recuperado de <http://www.dst.uff.br/revista19-3-2007/5.pdf>
- Fleck, M. P. A. (2008). Problemas conceituais em qualidade de vida. In M. P. A. Fleck (Org.), *Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde* (pp. 19-28). Porto Alegre: Artmed.
- Folkman, S. et al. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 50(5), 992-1003. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3712234>
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000, Junho). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist Association*, 55(6), 647-664.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55(1), 745-774. Recuperado de <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
- Freire, T. M. et al. (2005). Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, 27(7), 376-381. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n7/a02v27n7.pdf>
- Freitas, G. V. S., & Botega, N. J. (2002). Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, 34(2), 136-142. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v48n3/11824.pdf>
- Gabrysch, S., & Campbell, O. M. (2009). Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy Childbirth*, 9(34), 1-18. Recuperado de <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-9-34?site=bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com>
- Gardner, R. W., Holzman, P. S., Klein, G. S., Linton, H. B., & Spence, D. (1959). Cognitive control: A study of individual consistencies in cognitive behavior. In G. S. Klein (Ed.),

- Psychological issues* (1-185). Parte 4. New York: International Universities Press.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5.ed. São Paulo: Atlas.
- Gilbert, E. S., & Harmon, J. (2002). *Manual prático de gravidez e parto de alto risco*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter.
- Gimenez, M. G. (1997). A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psiconcologia. In M. G. Gimenez (Orgs.), *A mulher e o câncer* (pp.111-147). Campinas: PSY.
- Goldberger, L., & Breznitz, S. (1982). *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. New York, Free Press.
- Gomes, E. C. V. V. (2007). *Qualidade de vida profissional em assistentes sociais da cidade de Campo Grande/MS*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande.
- Gorayeb, R. P. (2008). *Intervenção psicológica com gestantes cujos fetos apresentam malformações congênita*. Tese (Doutorado em Psicologia. Hospital das clínicas) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil. Recuperado de www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645
- Goulart, Í. B., & Sampaio, J. R. (1999). Qualidade de vida no trabalho: uma análise da experiência de empresas brasileiras. In J. R. Sampaio (Org.), *Qualidade de vida, saúde mental e psicologia social: estudos contemporâneos II* (pp.19-37). Vol1. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Guazzelli, C. A. F., & Abrahão, A. R. (2007). Gravidez nos extremos reprodutivos. In F. C. Prado, J. Ramos, & J. R. Valle (Orgs.), *Atualização terapêutica* (pp. 1.165-1.279). 23. ed. São Paulo: Artes Médicas.
- Guerreiro da Silva, J. B. (2004). Acupuncture for low back pain in pregnancy – a prospective, quasi-randomized, controlled study. *Acupuncture in Medicine: Journal of the British Medical Acupuncture Society*, London, 22(2), 60-67.
- Gutfreind, C. (2010). *Narrar, ser mãe, ser pai e outros ensaios sobre parentalidade*. 2 ed. Rio de Janeiro: DIFEL.
- Hioki, S. A. O., Hosomi, J. K., Morais, M. M., & Nakamura, M. U. (2015, Dezembro). A gestante na visão da antroposofia: contribuições para um acompanhamento psicológico integral. *Arte médica ampliada*, 35(4), 158-65. Recuperado de <http://abmanacional.com.br/arquivo/a151b751c3d5bd302b41801063bf728a3619f95f-35-4-gestante.pdf>
- Hollahan, C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress resistance and growth:

- conceptualization adaptive functioning. In M. Zeidner, & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: theory, research, applications* (pp.24-43). New York: John Wiley & Sons.
- Hueston, W. J., & Kasik-Miller, S. (1998). Changes in functional health status during normal pregnancy. *The Journal of Family Practice*, New York, 47(3), pp. 209-212. Recuperado de http://findarticles.com/p/articles/mi_m0689/is_n3_v47/ai_21215647/?tag=mantle_skin;content
- Hoga, L. A. K., & Reberte, L. M. (2007). Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestante: a percepção dos participantes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 41(4), 559-566. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/03.pdf>
- Huizink, A. C., Medina, P. G. de, Mulder, E. J., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2002). Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Hagerstown, 41(9), 1078-1085.
- Hymovich, R. S., & Hagopian, G. A. (1992). Chronic illness in children and adults: a psychosocial approach. Philadelphia: W. B. Saunders. Recuperado de www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080.22/11/2016
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas*. Recuperado de http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013a). *Conceitos dos indicadores do IBGE-2013*. Recuperado de www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/.../conceitos.shtm
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013b). Taxa de Fecundidade Total – Brasil – 2000 a 2015. Recuperado de <https://brasilensintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>
- Kimura, M. (1999). *Tradução para o português e validação do “Quality of Life Index” de Ferrans e Powers*. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.
- Kimura, M., Silva, J. V. (2009). Índice de qualidade de vida de Ferrans & Powers. *Revista Esc. Enfermagem da USP*, 43(Esp.), 1098-104. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a14v43ns.pdf>

- Kondo, A. M. A consulta pré-natal. In R. M. Rucco, & M. Zugaib (Ed.), *Pré-natal: Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da USP* (pp. 196-2011). 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2008). *Fundamentos de metodologia científica*. 6. ed. São Paulo: Atlas.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer. Recuperado de www.springerpub.com/stress-appraisal-and-coping
- Le Strat, Y., Dubertret, C., & Le Foll, B. (2011). Prevalence and correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. *Journal of Affective Disorders*, 135(1-3), 128-138. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21802737>
- Lee, D. T. S., Yip, A. S. K., Leung, T. Y. S., & Chung, T. K. H (2000). Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Medicine Journal*, 6(4), 349-354. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11177155>
- Lima, F. R., & Oliveira, N. (2005). Gravidez e exercício. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, 45(3), 188-190. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v45n3/v45n3a19.pdf>
- Lima, M. O. P. (2006). *Qualidade de vida relacionada à saúde da mulher grávida com baixo nível socioeconômico*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, Brasil. Recuperado de http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7132/tde-02102006-142446/publico/Marlise_Oliveira_Pimentel.pdf
- Lipp, M. (1996). *Pesquisas sobre o estresse no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco*. São Paulo: papiros.
- Lopes, J. L., & Pontili, R. M. (2007). *Renda familiar e educação como fatores condicionantes do aumento da taxa de fecundidade: uma análise para o Paraná*. Artigos Aceitos. Encontro de Economia Paranaense, 5, Curitiba. Campo Mourão: Faculdade Estadual de Ciência e Letras de Campo Mourão. Recuperado de http://www.ecopar.ufpr.br/artigos/a5_008.pdf
- Lopes, M. A. B. (2016). Exercícios físicos: Riscos e benefícios. In M. Zugaib, R. E. Bittar, & R. P. V. Francisco (Orgs.), *Protocolos assistenciais*. 5. ed. São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte: Ed. Atheneu FMUSP.
- Loureiro, R. P. (2004). Pesquisa quantitativa: conceitos gerais e método epidemiológico. In D. R. Azevedo, M. C. M. Barros, & M. C. Müller (Orgs.), *Psicooncologia e*

- interdisciplinaridade: uma experiência na educação a distância* (pp. 315-331). Porto Alegre: EDPUCRS.
- Mac Haffie, H. E. Coping an essential elemento of nursing. *J. Adv. Nurs.*, 17, p. 933-40, 1992.
- Magalhães, D. R. B. et al. (2006). Assistências pré-concepcional e pré-natal. In N. Alves Filho et al. (Eds.), *Perinatologia básica* (pp. 37-51). 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Major, B., Richards, C., Cooper, M. L., Cozzarelli, C., & Zubek, J. (1998). Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: An integrative model of adjustment to adjustment to abortion. *Journal of Personality & social Psychology*, 74(3), 735-752. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9523416>
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 14 ed. São Paulo: Saraiva.
- Maldonado, M. T. (1999). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 15 ed. São Paulo: Saraiva.
- Maldonado, M.T. (2012). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 16 ed. São Paulo: Editora Saraiva.
- Maldonado, M. T. P. (2013). *Psicologia da gravidez*. Rio de janeiro: Jaguatirica Digital.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F. & Silveira, R. de O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *R. Psiquiatria*, Porto Alegre, 25(Supl. 1), 65-74. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a08v25s1>
- Martins, A. L. (2006). Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(11), 2.473-2.479. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/22.pdf>
- Melo, F. C. A. (2009). Tabagismo na gravidez: a relação entre a ansiedade, cessação tabágica e coping. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade) - ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4461/1/12967.pdf>
- Melson, K. A. et al. (2002). *Enfermagem materno-infantil: planos de cuidados*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 5(1), 7-18.
- Montenegro, C. A. B., & Rezende Filho, J. (2006). *Obstetrícia fundamental*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Montenegro, C. A. B., & Rezende Filho, J. (2007). *Obstetrícia fundamental*. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Montenegro, C. A. B., & Rezende Filho, J. (2008). *Obstetrícia fundamental*. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Moos, R. H. (1993). Coping response inventory youth form- professional manual. Odessa: PAR Psychological Assessment Resources.
- Moos, R. H. (1995). Development and application of new measures of life stressors, social resources, and coping responses. *European Journal of Psychological Assessment*, 11, 1-13.
- Moreira, M. S. M. (2006). Qualidade de vida: expressões subjetivas e histórico-sociais. *Serviço Social em Revista*, Londrina, 9(1), não paginado. Recuperado de http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v9n1_marilda.htm
- Moretti, S. (2007). *Qualidade de vida no trabalho x auto-realização humana*. Florianópolis: Instituto Catarinense de Pós-Graduação. Recuperado de <http://www.icpg.com.br/artigos/rev03-12.pdf>
- Moura, M. M. D., Carneiro, S. M., & Monteiro, A. C (2002). Psicologia médica em maternidade pública de alto risco. *Revista Femina*, 30(4), 210-223. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v11n1/v11n1a05.pdf>
- Mulder, E. J. et al. (2002). Pré-natal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Human Development*, Limerick, 70(1-2), 3-14, 2002.
- Nagahama, E. E. I., & Santiago, S. M. (2005). A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 10(3), 651-657.
- Nakamura, E. E. I. et al. (2007). Assistência pré-natal. In F. C. Prado, J. Ramos, & J. R. Valle (Orgs.), *Atualização terapêutica* (pp. 1.165-1.279). 23. ed. São Paulo: Artes Médicas.
- Nahas, M. (2001). *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 2 ed. Londrina: Midiograf.
- Nakamura, M. U., & Amed, A. M. (2003). Assistência pré-natal. In L. Camano et al. (Orgs.). *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: obstetrícia* (pp. 3-5). Barueri: Manole.
- Nakamura, M. U., Azevedo, A. R., & Bortoletti, F. F. (2007). Psicoprofilaxia em obstetrícia. In F. C. Prado, J. Ramos, & J. R. Valle (Orgs.), *Atualização terapêutica* (pp. 1.165-1.279). 23. ed. São Paulo: Artes Médicas.
- Negri, M., Meneses, A. F. P., Santos, M. G. G., & Santos, L. P. (2011, Outubro). *A inserção da Psicologia num serviço obstétrico*. Apresentação de pôsteres. Congresso de

- Profissionais da Universidade Estadual de São Paulo – CONPUESP, Campinas-SP. Recuperado de <http://sistemas.rei.unicamp.br/ggbs/conpuesp/posteres/2011924161655.pdf>
- Novaes, F. S., Shimo, A. K. K., & Lopes, M. H. B. M. (2006). Lombalgia na gestação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, 14(4), 620-624. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a22.pdf>
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression-a meta analysis. *International Review of psychiatry*, 8(1), 37-54. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.3109/09540269609037816>
- Oliveira, B. R., Galdino, D. P., Cunha, C. V., & Paulino, E. F. R. (2011, Novembro). Gravidez após os 35 anos: Uma visão de mulheres que viveram essa experiência. *Corpus et Scientia*, 7(2), 99-112. Recuperado de <http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/corpusetscientia/article/view/134/103>
- Oliveira, E. M. (1999). A mulher, a sexualidade e o trabalho. São Paulo: Hucited.
- Oliveira, V. J. (2008). *Vivenciando a gravidez de alto-risco: entre a luz e a escuridão*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil. Recuperado de www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/VirginiaJOliveira.pdf
- Oliveira, T., & Pinheiro, D. (2012, Fevereiro 27). *Mortalidade materna: Ministério prevê que 2011 terá redução recorde*. Brasília, DF: Portal da Saúde. Recuperado de <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>
- Ontiveros-Pérez, M., & López-España, J. (2010). Adaptación psicossocial y niveles de ansiedad em embarazadas primigestas de bajo riesgo obstétrico. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 27(2), 92-98. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2010/bis102b.pdf>
- Ores, L. C. et al. *Gestantes de alto risco e fatores psicológicos*. In Congresso de Iniciação Científica, 14, Pelotas. Trabalhos... Pelotas: Universidade Federal de Pelotas. Recuperado do http://www.ufpel.edu.br/cic/2005/arquivos/CH_00380.rtf
- Organización Mundial De La Salud. (2015). *10 datos sobre la salud materna*. Washington, DC. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/es
- Osis, M. J. M. (1998). Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(Supl.1), 25-32. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>

- Pacetti, J., Prudhomme, M., & Franca, E. (2015). The global strategy for women,s, childrens and adolescents health (2016-2030). New York: Unidet Nations. Recuperado de <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/>
- Paschoal, S. M. P. (2000). *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-09112001-162639/publico/tdesergio.pdf>
- Peixoto, A. C. G. (1999). *Mapa da qualidade de vida ou uma pequena viagem ao mundo dos seus sonhos*. 2. ed. Rio de Janeiro: QualityMark.
- Pereira, G. M., Santos, C. A., & Ramalho, V. (1999, Setembro). Adaptação à gravidez: Um estudo biopsicossocial. *Análise Psicológica*, Lisboa, 17(3), 583-590. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a18.pdf>
- Pícoli, R. P. et al. (2014, Março). Gestação e Puerpério no Cárcere: Estudo descritivo da atenção à saúde. *Baiana de Saúde Pública*, 38(1), 67-82. Recuperado de DOI: 10.5327/Z0100-0233-2014380100013
- Pinotti, J. A. & Faúndes, A. (1987). Saúde da mulher e planejamento familiar. In H. W. Halbe (Ed.). *Tratado de ginecologia* (pp. 399-408). Vol 1. São Paulo: Rocco, 1987
- Pires, B. T., Alves, C. C., Oliveira, E. N. & Teixeira, M. A. (2015) Grupo de gestante: Relato de experiência. *Sanare Mostra pet saúde*, Ceará, 14(2Suppl.), 123-125. Recuperado de <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/883/542>.
- Ramos, J. G. L. et al. (2003). 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, 25(6), 431-436, 2003. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n6/a08v25n6.pdf>
- Rajulton, F. (2001). The Fundamentals of Longitudinal Research: An Overview. Special Issue on Longitudinal Methodology, *Canadian Studies in Population*, 28(2), p. 169-185.
- Rang, H. P., & Dale, M. M. (1993). *Farmacologia*. 2. ed. Rio de janeiro: Guanabara Koogan
- Reppold, C.T. (2005). Construção, validação e normatização de uma bateria de cinco escalas para avaliação de ajustamento psicológico em adolescentes. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Rezende, J. (2008). *Obstetricia fundamental*. 11ed. Rio de Janeiro: Editora: Guanabara Koogan.
- Ricci, S. S. (2008). *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Rigotti, N. (2002). Clinical Practise.Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl Journal Medicine*, 346(7), 505-512.
- Scarpa, K. P. et al. (2006). Prevalência de sintomas urinários no terceiro trimestre da gestação. *Revista da Associação Médica Brasileira*, Campinas, 52(3), 153-156. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n3/a15v52n3.pdf>
- Saraiva, S. (2007). Introdução: nascer, viver, morrer... uma visão transcendental. In F. F. Bortoletti, A. F. Maron, J. Bortoletti Filho, M. U. Nakamura, R. M. Santana, & R. Mattar (Orgs.), *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar* (pp. xxiii-xxv). Barueri: Manole.
- Sarmiento, R. & Setúbal, M. S. V. (2003). Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Ciências Médicas*, 2(3), 261-68.
- Savoia, M. G. (2000). Instrumentos para avaliação de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping) em situações de estresse. In C. Gorenstein, L. H. Andrade, & A. W. Zuardi, A.W. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia* (p.377-85). São Paulo: Lemos-Editorial.
- Sé, C. C. S., & Amorim, W. M. (2009). Ações de enfermagem frente às implicações clínicas do tabagismo na saúde da mulher. *Revista Eletrônica Saúde Mental e Drogas*, Ribeirão Preto, 5(1), 1-18. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762009000100005
- Segato, L., Andrade, A., Vasconcellos, D. I. C., Matias, T. S., & Rolim, M. K. S. B. (2009). Ocorrência e controle do estresse em gestantes sedentárias e fisicamente ativas. *R. da Educação física/UEM*, Maringá, 20(1), 121-129. Recuperado de <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/download/6062/4005>
- Selltiz, C., Wrightsman, L. S., & Cook, S. W. (1965). *Métodos de pesquisa das relações sociais*. São Paulo: Herder
- Serruya, S. J., Cecatti, J. G., & Lago, T. G. (2004). O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública*, 20(5), 1281-1289.
- Schmidt, D. R. C., & Dantas, R. A. S. (2006). 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, 14(1), 54-60. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a08.pdf>
- Schirmer, J., Sumita, S. L. N., & Fustinoni, S. M. (2002). Cuidados especiais no ciclo gravídico-puerperal de alto risco. In S. M. O. Barros, H. F. Marin, & A. C. F. V. Abrão

- (Orgs.), *Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial* (pp. 186-190) São Paulo: Roca.
- Silva, L. R. & Santos, I. M. M. (2005). O corpo do pré-natal: cuidando da gestante. In N. M. A. Figueiredo (Org.), *Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido* (pp. 91-140). São Caetano do Sul: Yendis.
- Silva, S. C. F. (2008). *Ansiedade da mulher durante o último trimestre de gravidez*. Monografia (Licenciatura de Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Brasil. Recuperado de https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1375/5/mono_%20SusanaSilva.pdf
- Simas, F. B., Souza, L. V., & Comin-Scorsoline, F. (2013). Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. *Psicologia teoria e pratica*, São Paulo, 15(1), 19-34. Recuperado de <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/viewFile/2813/4047>
- Simões, G. et al. (2008, Setembro). Qualidade de vida na gestação: a importância da prática de atividade física aliada à nutrição saudável. *Revista Digital*, Bueno Aires, ano 13, (124), não paginado. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd124/qualidade-de-vida-na-gestacao-a-importancia-da-pratica-de-atividade-fisica.htm>
- Soares, N. S., Coutinho, R. F. C., Queiroz, R. D., Sousa, S. P.O., & Nétto, O. B. S. (2010). Publicação científica do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Ensino Universitário de Teresina – CEUT. *Observatório Epidemiológico | 11ª Semana Epidemiológica*, (4), Edição 20, 1-5. Recuperado de <http://www.ceut.com.br/observatorio/edicao%2020.pdf>.
- Somerfield, M. R., & McCrae, R. R. (2000, Junho). Stress and coping research: methodological challenges, theoretical advances and clinical applications. *American Psychologist Association*, 55(6), 620-5.
- Souza, F. F. (2004). *Avaliação da qualidade de vida do idoso em hemodiálise: comparação de dois instrumentos genéricos*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.
- Souza, J. C., & Carvalho, A. B. (2010). Pesquisas sobre qualidade de vida, desenvolvidas no mestrado em psicologia da Universidade Católica Dom Bosco. *Psicólogo inFormação*, São Paulo, ano 14, (14), 71-79. <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/viewFile/2341/2329>
- Souza, N. L. et al. (2007). Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclâmpsia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 41(5), 704-710, 2007.

- Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5965>
- Souza, P. J. A. (2015). Mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 37(12), 549-51
- Recuperado de www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n12/0100-7203-rbgo-37-12-00549.pdf.
- Souza, J. C. S., & Guimarães, L. A. M. (1999). *Insônia e qualidade de vida*. Campo Grande: UCDB.
- Straub, R.O. (2002). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Tachibana, M. et al. (2006). Hiperêmese gravídica: um estudo de caso dos aspectos psicológicos na gestante. *Psicologia Hospitalar (São Paulo)*, São Paulo, 4(2), 1-22.
- Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v4n2/v4n2a02.pdf>
- Tedesco, J. J. A. (2000). Gravidez de alto risco: fatores psicossociais. In J. J. A. Tedesco, M. Zugaib, & J. Quayle (Orgs.), *Obstetrícia psicossomática* (pp. 29-4). São Paulo: Atheneu.
- Teixeira, I. R., Amaral, R. M. S., & Magalhães, S. R. (2010). Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. *e-Scientia*, 3(2), 26-31. Recuperado de <http://revistas.unibh.br/index.php/dcbas/article/view/166>
- Teras, B. (2014). *Celebridades assim como você: viciados em terere*. [Blog post do teras]. Recuperado de <http://www.blogdoteras.com/2014/07/celebridades-tomando-terere-erva-mate>.
- Trucharte, F. A. R., & Knijnik, R. B. (1997). Estudos psicológicos do puerpério. In V. A. Angerami-Camon (Org.). *Psicologia hospitalar: teoria e prática* (pp. 65-90). 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Pioneira.
- Vido, M. B. (2006). *Qualidade de vida na gravidez*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de Guarulhos, Guarulhos-SP, Brasil. Recuperado de <http://tede.ung.br/bitstream/123456789/237/1/Milena+Butolo+Vido.pdf>
- Zampiere, M. F. M. (2001). Enfocando a concepção e a gestação em uma perspectiva histórica e social. *Nursing*, São Paulo, 4(37), 15-19.
- Zanini, D. S. (2003). Coping: influência de la personalidad y repercusiones en la salud mental de los adolescentes. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e da Saúde) - Universidad de Barcelona, Barcelona, Espanha.
- Zanini, D. S., Forns, M., & Kirchner, T. (2005). Coping response and problem appraisal in Spanish adolescents. *Perceptual and Motor Skills*, 100(1), 153-166.
- Zugaib, M. (2008). *Obstetrícia*. Barueri: Manole.

- Watanabe, R. T. M., & Ferri, E. K. (2007). *Grupos de pré-natal: uma proposta multiprofissional*. Dourados: Unigran.
- Webster, C. M. C., & Carvalho, A. M. P. (2011). Diálogos da psicologia com a enfermagem em tempos de transição paradigmática. *Revista Enfermagem da USP*, 45(4), 974-80. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a26.pdf>
- Wechsler, A. M., Reis, K. P., & Ribeiro, B. D. (2016, Jul/Set.). Uma análise exploratória sobre fatores de risco para o ajustamento psicológico de gestantes. *Psicologia Argumento*, 34(86), 273-288. Recuperado de <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=16434&dd99=view&dd98=pb>
- World Health Organization. (2015, Fevereiro). Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). Recuperado de http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do projeto: *Qualidade de vida e Estratégias de Coping de gestantes de alto risco e risco habitual*

Nome do pesquisador responsável: *Ceny Longhi Rezende*

Objetivo da pesquisa: Avaliar a qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento (Coping) das gestantes de alto risco e risco habitual do 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, estratégias de enfrentamento 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 e estratégias de coping em gestantes de alto risco e risco habitual, atendidas na Clínica da Mulher e em três ESFs do município de Dourados-MS.

Procedimentos metodológicos: serão aplicados três questionários, primeiramente o sociodemográfico; o segundo questionário Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans & Powers adaptado* e o terceiro o *Inventário de Coping - Billings & Moos*.

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 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 por meio do telefone e do e-mail abaixo.

Município, MS,/...../.....

.....

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Telefone p/ contato:.....

Documento de identidade:

.....

.....

Pesquisadora

Enfa. Mestre. Ceny Longhi Rezende

Fone: (67) 3425-0358 / 8136-7148

Orientadora

Profa.Dra. Heloísa Bruna Grubits Freire

e-mail: grubitshb@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa: www.ucdb.br/cep

APÊNDICE B – Instrumento para a coleta de dados

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

- 1) Idade :
- 2) Escolaridade:
 - ☐ ensino fundamental incompleto (não completou o 9º ano)
 - ☐ ensino fundamental completo (completou o 9ºano)
 - ☐ ensino médio incompleto(não completou o 1º,2º,3º ano)
 - ☐ ensino médio completo (1º,2º e 3º ano superior)
 - ☐ curso técnico
 - ☐ curso superior
- 3) Possui alguma religião:[☐ sim [☐ não ; É Praticante: (☐) sim (☐) não
- 4) Cor da pele:
- 5) Estado civil: [☐ solteiro [☐ casado/ mora junto [☐ possui um namorado [☐ viúva
- 6) Trabalha? [☐ sim [☐ não , se sim tipo de trabalho: -----
- 7) Profissão:
- 8) Renda mensal familiar: R\$
- 9) Possui hábitos? [☐ sim [☐ não
 - ☐ ingerir bebida alcoólica [☐ fumar [☐ tomar café [☐ tomar tererê
 - ☐ chimarrão [☐ outros
- 10) Pratica atividade física ? [☐ sim [☐ não
- 11) Reside com: [☐ família [☐ sozinha [☐ outros
- 12) Mora em casa: [☐ própria [☐ alugada [☐ outros
- 13) É sua primeira gravidez? (☐) SIM (☐) Não . Se não, quantos filhos possui:
- 14)Em qual trimestre de gestação está:
 - [☐ 1º trimestre (primeiros 3 meses de gestação)
 - [☐ 2º trimestre (depois de 3 meses de gestação)
 - [☐ 3º trimestre (depois de 6 meses de gestação)
- 15)Faz pré natal em que local:
 - [☐ Clínica da mulher
 - [☐ ESF Jóquei
 - [☐ ESF Ramão Vieira Cachoeirinha
 - [☐ ESF Vila Hilda
- 16)Se realiza seu pré-natal na Clínica da mulher, qual (is)problema(s) apresentado(s) nesta gestação ou seja por que sua gestação é considerada de risco?

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

APÊNDICE C – Inventário de Coping

INVENTÁRIO DE COPING – BILLINGS & MOOS

Indique uma crise pessoal recente ou um evento estressante que tenha acontecido com você: _____.

Agora, responda às questões abaixo que investigam diferentes maneiras de lidar com a situação, considerando a situação mencionada por você acima.

Não existem respostas melhores ou piores, a resposta a ser assinalada é aquela que expressa, veridicamente, sua experiência.

Estratégias de enfrentamento	Sim	Não
1) Tentei ver o lado positivo das coisas		
2) Tentei voltar atrás na situação e ser mais objetivo (a)		
3) Rezei para ter direção ou força		
4) Tentei dar um passo de cada vez		
5) Avaliei várias alternativas para lidar com o problema		
6) Relembrei minhas experiências passadas; já estive em situações semelhantes anteriormente		
7) Tentei conhecer mais detalhes sobre a situação		
8) Falei com algum profissional (médico, padre, advogado) sobre a situação		
9) Realizei alguma ação positiva		
10) Conversei com algum parente sobre o problema (marido, esposa, pai, mãe...)		
11) Conversei com algum amigo (a) sobre a situação		
12) Fiz mais atividades físicas, exercícios		
13) Me preparei para o pior		
14) Algumas vezes em que estava com raiva ou deprimido(a), descontei (descarreguei) em outras pessoas		
15) Tentei diminuir a tensão comendo mais		
16) Tentei diminuir a tensão fumando mais		
17) Guardei meus sentimentos para mim		
18) Me ocupei com outras coisas para afastar meus pensamentos do problema		
19) Não me preocupei com a situação, imaginei que as coisas provavelmente terminariam bem		

Coping Items	Yes	No
1) Tried to see the positive side		
2) Tried to step back from the situation and be more objective		
3) Prayed for guidance or strength		
4) Took things one step at a time		
5) Considered several alternatives for handling the problem		
6) Drew on my past experiences; I was in a similar situation before		
7) Tried to find out more about the situation		
8) Talked with professional person (e.g., doctor, clergy, lawyer)		
9) Took some positive action		
10) Talked with spouse or other relative about the problem		
11) Talked with friend about the situation		
12) Exercised more		
13) Prepared for the worst		
14) Sometimes took it out on other people when I felt angry or depressed		
15) Tried to reduce the tension by eating more		
16) Tried to reduce the tension by smoking more		
17) Kept my feelings to myself		
18) Got busy with other things in order to keep my mind off the problem		
19) Didn't worry about it; figured everything would probably work out fine		

Correção

- ✓ Método ativo cognitivo + focado na emoção = 1, 2, 3
- ✓ Método ativo cognitivo + focado no problema = 4, 5, 6
- ✓ Método ativo comportamental + focado no problema = 7, 8, 9, 10
- ✓ Método ativo comportamental = 11
- ✓ Método ativo comportamental + focado na emoção = 12
- ✓ Evitação/esquiva + focado na emoção = 13, 14, 15, 16, 17
- ✓ Focado na emoção = 18, 19
- ✓ O escore é a porcentagem de respostas "sim" para cada estratégia.

Para fazer as contas através da porcentagem

APÊNDICE D – Terno de Assentimento

TERMO DE ASSENTIMENTO (no caso do menor)

Você está sendo convidada, como voluntária, a participar da pesquisa “Qualidade de vida e Estratégias de *Coping* de alto risco e risco habitual”. Neste estudo, pretendemos avaliar a qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento (*Coping*) das gestantes de alto risco e risco habitual do município de Dourados, MS. O motivo que nos leva a estudar esse assunto, é contribuir para as pesquisas sobre Estratégias de *Coping* e qualidade de vida de gestantes consideradas de alto risco e de risco habitual e de conhecer a realidade do município de Dourados, MS e região. Para este estudo, adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): A coleta de dados será feita com as gestantes de alto risco e de risco habitual no 1º trimestre de gestação, posteriormente quando as mesmas completarem 24 semanas de gestação (6 meses/ 2º trimestre) e quando completarem 37 semanas (9 meses / 3º trimestre), será repetido os mesmos três instrumentos de pesquisa para que sejam coletados os dados e posteriormente comparados. A pesquisadora manterá contato com as enfermeiras de cada local de coleta de dados, bem como acompanhará as datas de consultas às quais as gestantes farão no decorrer do seu pré-natal, a fim de que se possa saber com exatidão o momento da entrega dos mesmos questionários, em três momentos distintos da sua gestação (1º, 2º e 3º trimestre de gestação). Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição NA SECRETARIA DE SAÚDE quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão

destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informada dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Dourados, ____ de _____ de 20____.

Assinatura da menor

Assinatura da pesquisadora

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UCDB

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UCDB

CAMPO GRANDE(MS) - CEP: 79004340

FONE:(67) / 33123602

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: CENY LONGHI REZENDE

ENDEREÇO: RUA: JANDÁIA, 1705 – VISTA ALEGRE

DOURADOS (MS) - CEP: 79813270

FONE: (67)34250358 / 81367148 / E-MAIL: CENILONGHI@YAHOO.COM.BR

ANEXO I - Autorização para coleta de dados



Prefeitura de
Dourados
Nossa Cidade no Rumo Certo

ANEXO I	
Solicitação de estágio curricular, extracurricular e não remunerado, aulas práticas, visitas, pesquisas, extensão e trabalhos.	
Dados da Instituição/Requerente:	
Curso: Doutorado em Psicologia da saúde – UCDB Campo Grande-MS	
Professor: Heloísa Bruna Grubits Freire	Cell.: (67)9901-4628
Disciplina: Projeto de pesquisa	
Nome Completo dos Alunos: Ceny Longhi Rezende	Cell.: (67) 81367148
Atividade:	
<input type="checkbox"/> Estágio Curricular <input type="checkbox"/> Estágio Extracurricular e não Remunerado	
<input type="checkbox"/> Aulas Práticas <input type="checkbox"/> Visitas <input checked="" type="checkbox"/> Pesquisa <input type="checkbox"/> Extensão <input type="checkbox"/> Trabalhos	
Proposta de Cronograma: Iniciar após aprovação da Secretaria da saúde do município de Dourados-MS e posteriormente aprovação do CEP através da Plataforma Brasil.	
Data: após aprovação do CEP	Período: M(<input checked="" type="checkbox"/>)T(<input checked="" type="checkbox"/>)I(<input type="checkbox"/>)
Local: Clínica da Mulher, ESF Ramão Vieira Cachoeirinha, ESF Jôquei Clube e ESF Vila Hilda	
Tema/Projeto/Solicitação: (Descrever sucintamente)	
Tema: Qualidade de vida e estratégias de coping: estudo comparativo entre gestantes de alto risco e risco habitual	
Projeto: O conhecimento acerca da utilização do Coping e qualidade de vida das gestantes de alto risco e de risco habitual serão ferramentas importantes para prognosticar alguma situação resulta em estresse, dificuldade de enfrentamento e alteração de sua qualidade de vida. Serão de grande valia também para elaboração de estratégias preventivas que visem o desenvolvimento de programas que fortaleçam as estratégias de Coping e qualidade de vida para que as gestantes minimizem e ou conduzam melhor o estresse em suas vivências pessoais, sociais e comunitárias, preparando-se para o ciclo gravídico-puerperal. Com o objetivo de contribuir para as pesquisas sobre Estratégias de Coping e qualidade de vida de gestantes consideradas de alto risco e de risco habitual e de conhecer a realidade do município de Dourados, MS, e região, a realização deste estudo justifica-se.	
Solicitação: Solicitamos que seja aprovada a realização desta pesquisa no município de Dourados-MS, pois após o término da mesma será entregue uma cópia para a secretaria da saúde, bem como serão sugeridas propostas de estratégias preventivas para melhoria do atendimento a essas gestantes.	
Objetivo: Avaliar a qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento (Coping) das gestantes de alto risco e risco habitual do município de Dourados, MS.	



<p>Atividade a ser realizada na Rede de Saúde Municipal: Será realizada a coleta de dados na sala de espera do pré-natal antes das gestantes fazerem suas consultas, respeitando a sua vontade de participar ou não participar da entrevista assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ficando uma cópia com as participantes).</p>	
<p>Apreciação da CEPET em: 01/10/14 15 (X) Aprovado</p>	
<p>Data: 01/10 a 12/16</p>	<p>Período: M() T() I (X) Local:</p>
<p>Quantidade de Alunos: 01</p>	
<p>*** Os Alunos deverão OBRIGATORIAMENTE apresentar a cópia deste ao coordenador da unidade, a FALTA, impedirá adentrar e realizar suas atividades.</p>	
<p>Devolutivas à CEPET:</p>	
<p>() Apresentar a SeMS:</p>	
<p>(X) Entregar cópia à SeMS: Após a conclusão da pesquisa entregar cópia digitalizada p/ o acervo desta secretaria.</p>	
<p>() Não Aprovado Justificativa:</p>	
<p>Presidente da CEPET</p>	


 Presidente da CEPET
 Gerente da Gestão na Saúde
 e da Educação na Saúde
 Matrícula: 114784192

ANEXO II – 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.

	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
Quanto está satisfeita com...						
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 as 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...	Se m ne nh u m a im po rtâ nc ia	M od er ad a m en te in sa tis fei to	U m po uc o se m im po rtâ nc ia	U m po uc o im po rtan te	M od er ad a m en te im po rtan te	M uit o im po rtan te
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 as 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

ANEXO III – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIAS DE COPING : ESTUDO COMPARATIVO ENTRE GESTANTES DE ALTO RISCO E RISCO HABITUAL

Pesquisador: Ceny Longhi Rezende

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54471216.4.0000.5162

Instituição Proponente: Universidade Católica Dom Bosco

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.482.981

Apresentação do Projeto:

A proposta é avaliar quais as estratégias de Coping utilizadas por gestantes consideradas de alto risco e de risco habitual no município de Dourados, MS, a fim de que todos os envolvidos nesse processo (familiares e equipe de saúde), possam de alguma maneira auxiliar no período gestacional tentando amenizar o estresse das mesmas.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento (Coping) das gestantes de alto risco e risco habitual do município de Dourados, MS.

Além disso propõe ainda: Caracterizar a amostra por meio das variáveis sociodemográficas: idade, escolaridade, ocupação, situação conjugal, renda familiar, profissão, número de filhos, vícios, trimestre e problemas da gestação; Analisar a qualidade de vida de gestantes de alto risco e de risco habitual, no 1º, 2º e 3º trimestre de

gestação, 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; Categorizar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas gestantes de alto risco e de risco habitual no 1º, 2º e 3º trimestre de gestação, utilizando a Escala de Coping de Billings e Moos; Correlacionar o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers

Endereço: Av. Tamandaré, 8000

Bairro: Jardim Seminário

CEP: 79.117-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3312-3615

Fax: (67)3312-3723

E-mail: cep@ucdb.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO



Continuação do Parecer: 1.482.981

adaptado no 1º, 2º e 3º trimestre de gestação por meio de seus quatro domínios: Saúde/funcionamento, Psicológico/espiritual, Socioeconômico e Família com as variáveis sociodemográficas; Relacionar a capacidade de enfrentamento com a Qualidade de vida percebida pelas gestantes no 1º, 2º e 3º trimestre de gestação; Comparar os dois questionários (Índice de qualidade de vida de Ferrans & Powers adaptado e a Escala de Coping de Billings e Moos), da amostra de gestantes de alto risco do 1º trimestre de gestação com o 2º e 3º trimestre gestacional; Comparar os dois questionários (Índice de qualidade de vida de Ferrans & Powers adaptado e a Escala de Coping de Billings e Moos), da amostra de gestantes de risco habitual do 1º trimestre de gestação com o 2º e 3º trimestre gestacional; Comparar a amostra de gestantes de alto risco com as gestantes de risco habitual; Identificar em qual dos trimestres gestacionais (1º, 2º ou 3º), as gestantes de alto risco e de risco habitual possuem melhor qualidade de vida e estratégias de enfrentamento mais eficazes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora informa que a pesquisa pode gerar desconforto aos participantes ao serem questionados sobre questões que envolvem sentimentos e aspectos psicológicos. Informa ainda que para minimizar estes riscos, caso alguma demanda emocional seja evidenciada, a pesquisadora fará sugestão de encaminhamento a psicoterapia, oferecida pela Secretaria Municipal de Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O cronograma está de acordo com o andamento do projeto, assim como outros documentos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não são necessárias.

Recomendações:

Verificar se não é necessária assinatura ou falta uma parte do anexo I.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acompanha o voto do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Tamandaré, 6000		
Bairro: Jardim Seminário		CEP: 79.117-900
UF: MS	Município: CAMPO GRANDE	
Telefone: (67)3312-3615	Fax: (67)3312-3723	E-mail: cep@ucdb.br

**UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO**



Continuação do Parecer: 1.482.981

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_672491.pdf	20/03/2016 20:08:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	20/03/2016 20:01:55	Ceny Longhi Rezende	Aceito
Outros	instrumento_demografico.pdf	20/03/2016 19:55:02	Ceny Longhi Rezende	Aceito
Outros	coping.pdf	20/03/2016 19:53:29	Ceny Longhi Rezende	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	20/03/2016 19:50:30	Ceny Longhi Rezende	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso.pdf	20/03/2016 19:48:12	Ceny Longhi Rezende	Aceito
Outros	instrumento_qualidade.pdf	20/03/2016 19:44:30	Ceny Longhi Rezende	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_secretaria.pdf	20/03/2016 19:36:27	Ceny Longhi Rezende	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_livre_esclarecido.pdf	20/03/2016 19:35:10	Ceny Longhi Rezende	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_assentimento.pdf	20/03/2016 19:34:53	Ceny Longhi Rezende	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	20/03/2016 15:35:00	Ceny Longhi Rezende	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 07 de Abril de 2016

**Assinado por:
Márcio Luís Costa
(Coordenador)**

Endereço: Av. Tamandaré, 6000

Bairro: Jardim Seminário

CEP: 79.117-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3312-3615

Fax: (67)3312-3723

E-mail: cep@ucdb.br