



CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

QUALIDADE DE VIDA NA GRAVIDEZ.

MILENA BUTOLO VIDO

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosa Áurea Quintella Fernandes

Guarulhos
2006



CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

QUALIDADE DE VIDA NA GRAVIDEZ

MILENA BUTOLO VIDO

Dissertação apresentada à
Universidade Guarulhos para a
obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosa Áurea Quintella Fernandes

Guarulhos
2006

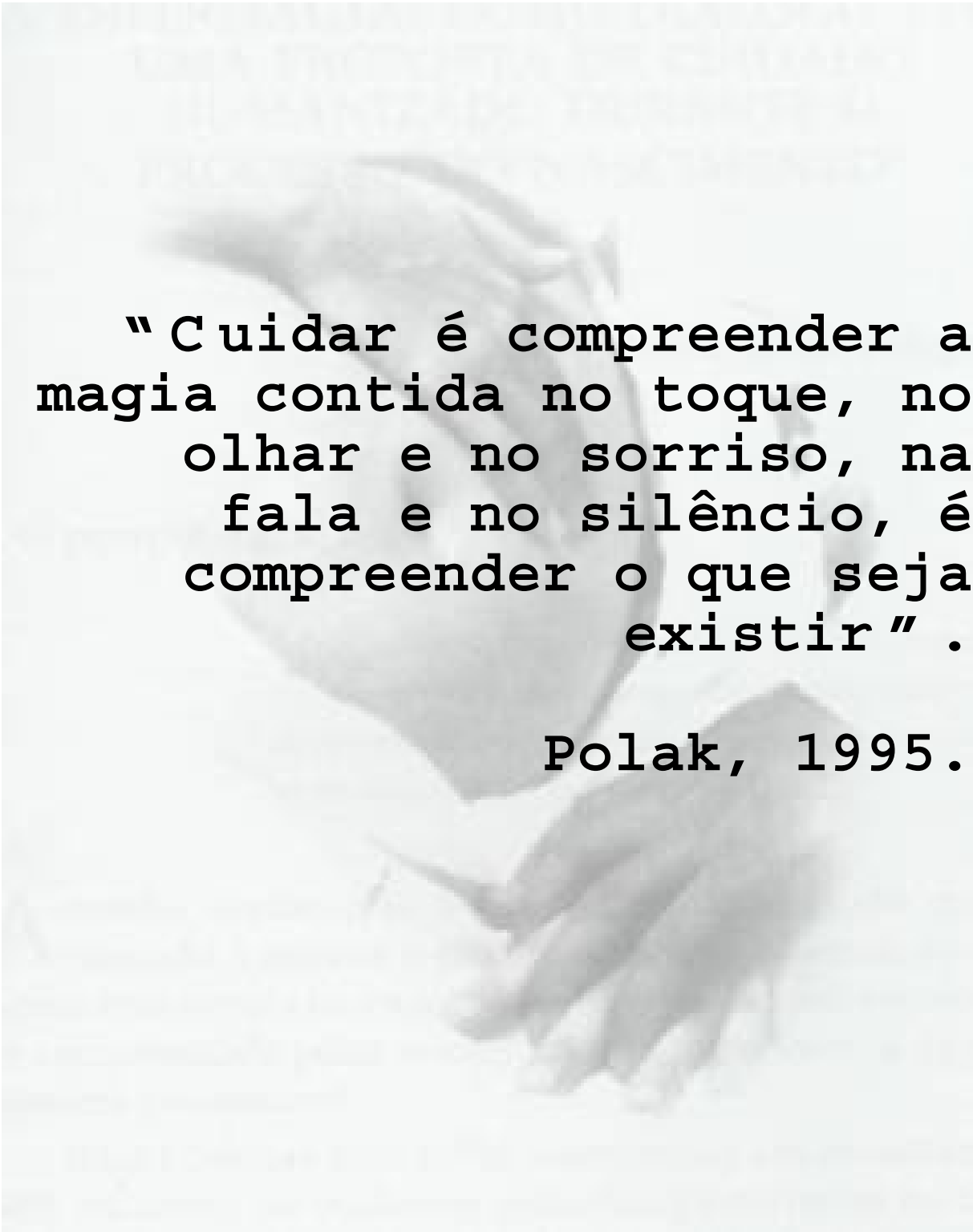
**CEPPE**Centro de Pós-Graduação,
Pesquisa e Extensão

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO, intitulada “QUALIDADE DE VIDA NA GRAVIDEZ”, em sessão pública realizada em 27 de Setembro de 2006, considerou a candidata MILENA BUTOLO VIDO aprovada.

1. Profa. Dra. Rosa Aurea Quintella Fernandes _____

2. Profa. Dra. Miako Kimura _____

3. Profa. Dra. Tamara Iwanow Cianciarullo _____



“ Cuidar é compreender a magia contida no toque, no olhar e no sorriso, na fala e no silêncio, é compreender o que seja existir ” .

Polak, 1995.

Dedicatória

À Deus por permitir que eu esteja aqui.

Ao meu querido marido José Badra, cuja dedicação, carinho e paciência amorosa sempre me impulsionou nos momentos que vacilei. Com você vivo uma oportunidade de transformação e de busca constante. Amo você!

Ao meu filhote Guilherme, que silenciosamente compreendeu minha ausência freqüente e meus momentos de irritação. É muito bom ter você!

Aos meus pais queridos, Zenildo e Liliam, que nunca pouparam esforços ou estímulos para minha formação. Tudo isso é fruto de vocês....

À minha querida orientadora Profa. Dra. Rosa Áurea Quintella Fernandes que me acolheu durante estes dois anos. Agradeço o apoio e o incentivo para trilhar um novo conhecimento. Obrigada pela paciência nos meus momentos de ansiedade.

Agradecimentos

À Universidade de Guarulhos, instituição onde tive a oportunidade de dar um importante passo rumo ao crescimento científico e profissional.

Aos professores do Mestrado Acadêmico em Enfermagem, pelos ensinamentos transmitidos, pelo exemplo profissional e pela amizade constante.

As professoras Dra. Miako Kimura e Dra. Tamara I. Cianciarullo pelas sugestões dadas no exame de qualificação que contribuíram para o enriquecimento deste trabalho.

A querida amiga e companheira Dulce S. Franco, obrigada pelo apoio e solidariedade em todos os momentos, especialmente nos mais difíceis. Você me ajudou a ter mais coragem e acreditar que sou capaz.

A amiga Rosa M. Scanavini, agradeço o companherismo, apoio e amizade.

A Coordenadora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Hermínio Ometto - Uniararas, Jaira Lopes B. Crepischí que me ofereceu a oportunidade do exercício da docência. Exemplo de esperança e alegria.

A todo corpo docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Hermínio Ometto - Uniararas. Obrigada pelo apoio, amizade e convivência.

A todas as gestantes que participaram deste pesquisa, sem elas este trabalho não se concretizaria.



Resumo

Vido MB. Qualidade de Vida na Gravidez. [Dissertação]. Guarulhos(SP):Universidade de Guarulhos;2006.

Estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa que teve como objetivos; identificar o índice de Qualidade de Vida para gestantes, utilizando uma adaptação do instrumento de Ferrans & Powers; identificar o índice de qualidade de vida para mulheres grávidas no 1º, 2º e 3º trimestres gestacionais; analisar se o índice de qualidade de vida das gestantes variou no 1º, 2º e 3º trimestres. A amostra foi constituída por 198 gestantes que realizaram o pré-natal em duas unidades básicas de saúde, de municípios do interior paulista, no ano de 2005. Os dados sócio-demográficos podem ser assim caracterizados: idade média 25,69 anos; a maioria completou o ensino médio (52,50%); 62,40% eram casadas e 38,9% residiam com o marido e os filhos; o percentual de empregadas e desempregadas foi idêntico 50%; com renda média de R\$ 423,48. As características obstétricas foram: a maioria (62,12%) teve mais de uma gestação, 44,94% eram primíparas, a maioria nunca abortou (80,80%) e 35,35% tinham 1 filho vivo e 18,68% dois ou mais. A maioria 95,95% era Gestação de Baixo Risco. O coeficiente Alfa de Cronbach Geral encontrado foi 0,83489 podendo-se admiti-lo como satisfatório. Na análise de consistência interna, considerando os quatro domínios, o que obteve a menor correlação foi o domínio "Família" com valor Alfa 0,5712, seguido do domínio Sócio/Econômico, com Alfa 0,6566. Os domínios Saúde/Funcionamento e o Psicológico/Espiritual foram os que apresentaram maiores correlações, com valores Alfa de 0,7318 e 0,7304 respectivamente. Em relação aos escores de Qualidade de Vida, considerando-se a satisfação e a importância juntos, os itens 31, "Sua fé em Deus"(28,83),29, "Ter essa criança"(28,50)e o item 12 "Seus filhos" (28,46) e o 2 "Sua gravidez" (27,81) foram os que obtiveram as maiores médias. A média do IQV Geral foi 23,84 e as médias dos domínios apresentaram uma variação de 21,44 a 27,24. O domínio Família apresentou a maior média do escore de Qualidade de Vida (27,24), o Psicológico/Espiritual (26,00) o Saúde/Funcionamento (23,27), sendo que o domínio Sócio/Econômico apresentou a menor média (21,44), Na comparação entre os trimestres gestacionais o IQV do domínio Família apresentou diferença estatística entre as gestantes do 1º trimestre e as do 3º. As gestantes do 1º trimestre apresentaram índices maiores de qualidade de vida. Há uma tendência de diferença estatística entre as gestantes do 1º trimestre em relação às do 2º, mas não houve diferença significativa na comparação das gestantes do 2º trimestre com as do 3º. O IQV do domínio Sócio-Econômico apresentou diferença estatística entre as gestantes do 1º trimestre com relação às gestantes do 2º e 3º. As gestantes do 1º trimestre apresentaram índices maiores de qualidade de vida. Não houve diferença significativa na comparação das gestantes do 2º trimestre com as do 3º trimestre..Analisando o IQV Geral, houve diferença estatística entre as gestantes do 1º trimestre com relação às do 2º. As gestantes do 1º trimestre apresentaram índices maiores de qualidade de vida. Não houve diferença significativa na comparação das gestantes do 2º trimestre com as do 3º, assim como entre as do 1º e 3º trimestre.

Descritores: Gestação; Qualidade de Vida.

Abstract

Vido MB. Quality of Life in Pregnancy. [Dissertation]. Guarulhos(SP):Universidade de Guarulhos;2006.

Exploratory descriptive study on a quantitative basis which objectives were: Identify the index of the quality of life of pregnant women, using an adaptation of the Ferrans and Powers instrument, identify the index of the quality of life on pregnant women in the 1st, 2nd and 3rd trimesters of gestation, analyze if the index variation in the 1st, 2nd and 3rd trimesters. The sample was made after 198 pregnant women which had made pre-natal exams in two basic health centers, in the country side of Sao Paulo State, in 2005. Socio demographic data can be distinguished as follows: average age 25,69 years, the majority completed high school (52,50%); 62,40% were married and 38,9% lived with their spouses and kids, the percentage of employed and unemployed was identical: 50%; the average income of R\$423,48. The obstetric characteristics were: the majority (62,12%) had more than one gestation, 44,94% were in their first gestation, the majority never had an abortion (80,80%) and 35,35% had on child alive and 18,68% two or more. The majority 95,95% had a low risk gestation. The General Alfa Cronbach coefficient found was 0,8348, what can be considered satisfactory. In the internal consistency analysis, taking the four domains into consideration, the lowest was the "family" domain: 0,5712, followed by social /economic, 0,6566. The health and psychological/spiritual domains were the highest: 0,7318 and 0,7304 respectively. The items 31: Your faith in God(28,28); 29: Having this child (28,50); 12: Your children (28,46) and your pregnancy (27,81) were the ones with better marks. The average of General IQV was 23,84 and marks of the domains presented a variation of 21,44 and 27,24. The family domain presented the highest score of quality of life (27,24), the psychological/spiritual 26,00 and the health (23,27), also the social/economic presented the lowest rate(21,44). Comparing the gestation trimesters the IQV of the family domain presented a statistic difference between 1st trimester and 3rd. Those from the 1st presented better quality of life index. There is a tendency of difference between those from the 1st compared to the 2nd, but there was no difference from those from the 2nd and the 3rd. The pregnant women analyzed in the 1st trimester presented better quality of life index but there was no difference comparing those from the 2nd and 3rd. Analyzing the General IQV, there was an statistics difference between pregnant women of the 1st an 2nd trimesters. Those from the 1st presented better quality of life index. There was no significant difference comparing pregnant women from the 2nd and 3rd trimesters, as well as those from 1st and 3rd.

Descriptors: Pregnancy; Quality of Life.

Lista de Tabelas

Tabela 1	Distribuição da frequência das mulheres segundo a escolaridade, o estado civil, situação empregatícia e trimestre de gestação.	42
Tabela 2	Distribuição da frequência das mulheres segundo a zona residencial, Unidade Básica de Saúde, pessoa com quem reside e trimestre de gestação.	44
Tabela 3	Estatística descritiva das variáveis quantitativas: idade, renda e trimestre de gestação.	46
Tabela 4	Distribuição da frequência das mulheres segundo gestação, paridade, aborto, número de filhos vivos e trimestre de gestação.	48
Tabela 5	Resultados da análise de consistência interna do domínio Saúde/Funcionamento.	50
Tabela 6	Resultados da análise de consistência interna do domínio Família.	51
Tabela 7	Resultados da análise de consistência interna do domínio Sócio/Econômico.	53
Tabela 8	Resultados da análise de consistência interna do domínio Psicológico/Espiritual.	54
Tabela 9	Análise de Consistência Interna dos domínios do Índice de Qualidade de Vida.	55
Tabela 10	Estatística descritiva das médias dos escores de Qualidade de Vida englobando satisfação e importância.	57
Tabela 11	Estatística descritiva dos escores de Qualidade de Vida Geral e por domínio.	63
Tabela 12	Comparação das médias dos escores de Qualidade de Vida Geral e por domínio, nos trimestres de gestação.	64
Tabela 13	Resultado das comparações múltiplas.	69

Lista de Gráficos

Gráfico 1	Comparativo das médias dos escores do IQV Geral e por domínio em Intervalo de confiança.	63
Gráfico 2	Intervalo de confiança das médias dos escores do Índice de Qualidade de Vida Geral e por domínios, separados por trimestre de gestação.	65
Gráfico 3	Intervalo de confiança das médias do Índice de Qualidade de Vida no domínio Saúde/ Funcionamento em cada trimestre de gestação.	66
Gráfico 4	Intervalo de confiança das médias do Índice de Qualidade de Vida no domínio Família em cada trimestre de gestação.	66
Gráfico 5	Intervalo de confiança das médias do Índice de Qualidade de Vida no domínio Sócio/ Econômico em cada trimestre de gestação.	67
Gráfico 6	Intervalo de confiança das médias do Índice de Qualidade de Vida no domínio Psicológico/Espiritual em cada trimestre de gestação.	68
Gráfico 7	Intervalo de confiança das médias do Índice de Qualidade de Vida Geral em cada trimestre de gestação.	68

Sumário

1.0	INTRODUÇÃO	01
2.0	REVISÃO DA LITERATURA	04
2.1.	Conceitos: Definição, Construção e Análise	05
2.2.	O conceito de Qualidade de Vida no decorrer dos tempos	07
2.3.	Qualidade de Vida: Instrumentos de medida	13
2.4.	Considerações sobre a Saúde da Mulher e a questão da Qualidade de Vida.	16
2.5.	O processo da Gestação	22
3.0	OBJETIVOS	28
3.1.	Objetivo Geral	29
3.1.1.	Objetivos Específicos	29
4.0	MÉTODO	30
4.1.	Tipo e Local da Pesquisa	31
4.2.	População e Amostra	33
4.3.	Coleta de Dados	34
4.3.1.	Instrumento para a Coleta de Dados	34
4.3.2.	Procedimento para Coleta de Dados	36
4.3.3.	Teste Piloto	37
4.3.4.	Procedimentos Éticos	37
4.4.	Tratamento dos Dados	38
5.0	RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.1.	Dados Sócio-Demográficos	42
5.2.	Dados Obstétricos	48
5.3.	Índice de Qualidade de Vida	49
5.3.1.	Análise da Consistência Interna por domínios	49
5.3.2.	Análise de Consistência Geral	54
5.3.3.	Índice de Qualidade de Vida Geral-Satisfação e Importância	56
5.3.4.	Análise comparativa do IQV nos trimestres de gestação	62
		63
6.0	CONCLUSÕES	71
7.0	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
8.0	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
9.0	ANEXOS	84

Introdução

A gravidez marca um processo de intensas transformações na vida da mulher em sua preparação para a maternidade.

Apesar de se tratar de um fenômeno biológico, cada mulher lida com as mudanças advindas da gestação de uma forma muito particular. A gravidez altera o seu senso físico, e exige uma reorganização de vários aspectos de sua identidade, como a relação com o seu corpo, com o pai da criança e com o seu plano de vida.

Neste processo, destaca-se a influência de alguns fatores como a história de vida pregressa, o desejo ou não da gravidez, o contexto existencial, socioeconômico, emocional, assistencial, bem como as características próprias da evolução da gravidez a que cada mulher está exposta.

A relação estabelecida entre a gestante e o feto é absolutamente pessoal. Habitando o corpo da mulher, ele assume, no imaginário de cada uma delas, de diferentes formas. A necessidade de vivenciar adequadamente esse novo momento da vida exige adaptações constantes que podem gerar conflitos, medos, angústias, alternados com momentos de satisfação, alegria e prazer.

Em razão desse processo intenso de transformações internas e externas, se faz necessária, a presença do profissional de saúde como um ponto de apoio e de acolhida à gestante e a sua família, considerando o momento específico de cada uma delas, respeitando-a acima de qualquer julgamento e buscando entender todo o contexto, sócio-econômico, cultural e familiar.

Com o passar do tempo, a evolução tecnológica acabou de certa forma distanciando o relacionamento entre o profissional e a gestante, tendendo cada vez mais para a dicotomia mente e corpo, dificultando assim a compreensão e a percepção das necessidades, das dificuldades e anseio das gestantes. Por isso a comunicação entre o profissional de saúde e a gestante é fundamental para que se estabeleça um relacionamento interpessoal adequado, envolvido por sentimentos de respeito e confiança a fim de melhorar a assistência prestada e a qualidade de vida dessas mulheres.

Atualmente o conceito de Qualidade de Vida refere-se ao resultado de percepções individuais, que podem variar de acordo com a experiência pessoal e o momento que cada pessoa está vivendo.

Embora a gravidez seja considerada como um evento comum na vida reprodutiva da mulher, pouca atenção tem sido dada às modificações normais nos domínios físico e psicológico de seu estado de saúde e à percepção quanto a sua qualidade de vida nesta fase. Para se conhecerem tais aspectos, seria importante a própria mulher definir suas expectativas sobre a gravidez, gerando dados para a melhoria da assistência à saúde da mulher.

Poucos estudos contemplam esta temática: gestante e qualidade de vida, daí a importância deste trabalho que pretende identificar o Índice de Qualidade de Vida para mulheres grávidas.

REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CONCEITOS: DEFINIÇÃO, CONSTRUÇÃO E ANÁLISE.

Todo conhecimento é comumente expresso em termos de conceitos e teorias, especialmente na área das ciências sociais ou do comportamento.

A Enfermagem é uma área cujo conhecimento científico vem evoluindo e se preocupa com questões relativas ao desenvolvimento de conceitos.

O que se pretende, ao analisar um conceito é estabelecer a relação dele com o desenvolvimento teórico, clareando e examinando a nomenclatura genérica do conceito; de modo a eliminar as múltiplas interpretações ou determinar com exatidão o significado único, relacionado com a teoria e suas associações com valores, atitudes e sentimentos que representem.

Assim, é essencialmente uma oportunidade científica de integrar o conhecimento empírico, estético, ético e pessoal.

O desenvolvimento de conceitos na área da enfermagem que incorpora características de uma profissão eminentemente prática, envolve processos que vão além da transformação de idéias em palavras, ou seja, os conceitos devem ser testados e validados empiricamente para que possam ser incorporados à base teórica, sedimentando assim a profissão¹.

Conceitos são também chamados de “constructos” e recebem diversas definições como a seguir:

“Objeto concebido pelo espírito, opinião, reputação, máxima, síntese, parte da charada em que se faz referência a palavra completa que constitui a solução”².

Autores³ sustentam que “conceito expressa uma abstração, formada mediante a generalização de observações particulares”. Relatam que alguns estudiosos privilegiam a teoria em detrimento da prática e preferem entendê-la como técnicas utilizadas para obter ou medir alguma coisa para além do próprio fenômeno que descreve.

Inversamente, outros estudiosos privilegiam os fatos em detrimento da teoria, afirmando que o conceito significa uma série de operações realizáveis física e/ou mentalmente, empreendidas com a finalidade de justificar ou reproduzir os referentes do fenômeno o qual está sendo definido.

Conceito refere-se a uma formulação mental complexa de um objeto, propriedade ou acontecimento, originária da percepção e experiência individual⁴.

Conceito é algo concebido na mente, um pensamento ou uma noção. São palavras que representam a realidade e facilitam a nossa capacidade de comunicação sobre ela. Podem ser empíricos ou abstratos, dependendo da capacidade de serem observados no mundo real. Empíricos são aqueles que podem ser observados ou percebidos pelos sentidos, já os abstratos não são observáveis e quanto mais abstrato for o conceito, mais difícil é a compreensão clara de seu significado. Todos os conceitos tornam-se abstrações na ausência de um objeto⁵.

Conceito é como uma formulação mental completa de objetos, propriedades que derivam da experiência individual e também de atitudes, sentimentos e valores que vão sendo incorporados ao conceito. O mesmo símbolo ou nomenclatura pode ser utilizado para representar mais de um fenômeno⁶.

Os conceitos são basicamente veículos de idéias que envolvem imagens. Constituem noções abstratas e são semelhantes às idéias por definição. As impressões que percebemos pelas sensações despertadas pelo ambiente tornam-se conceitos⁷.

As pessoas apresentam variabilidade na formação das imagens e noções específicas quanto à percepção de um determinado conceito.

A análise de conceito considera três aspectos: a interpretação genérica ou coerente do conceito, as bases empíricas do conceito genérico e as percepções que busca entrelaçar o próprio conceito com o conceito genérico, que são as responsabilidades do conceito formulado⁶.

No processo de análise do conceito existe uma proposta de um roteiro metodológico composto por etapas não necessariamente seqüenciais que define o fenômeno de interesse. Quanto às etapas: 1. determinação do objetivo da análise, 2. usos e definições do conceito, 3. seleção dos atributos clínicos, 4. antecedentes, 5. conseqüências, 6. casos ilustrativos e 7. referentes empíricos^{1,8}.

Desta maneira, a análise de conceito é um exercício intelectual que auxilia na definição precisa de um conceito a ser utilizado na prática, teoria, educação e pesquisa em enfermagem.

2.2 O CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA NO DECORRER DOS TEMPOS.

Temos observado que o conceito de qualidade de vida tem merecido atenção cada vez maior não apenas na literatura científica, como nos campos da economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades, mas também nos meios de comunicação, campanhas publicitárias e até em discursos políticos, tornando-se um tema em destaque na sociedade atual.

Segundo a literatura específica, entretanto, trata-se de um fenômeno complexo, com uma gama variada de significados, com diversas possibilidades de enfoque e inúmeras controvérsias teóricas e metodológicas.

A busca pelo significado da expressão Qualidade de Vida parece ser tão antiga quanto a civilização. Diferentes referenciais filosóficos, desde a Antiguidade, conceituam o que seja vida com qualidade. O desenvolvimento histórico-cultural da humanidade traz referências às tentativas de se definir a qualidade de vida, mesmo antes da Era Cristã. Em escritos como *Nicomachean Ethics*, Aristóteles (384-322 a.C) mencionava que as pessoas distintas concebem boa vida ou bem-estar como sendo a mesma coisa que felicidade, e que o significado de felicidade torna-se uma questão de contestação, pois alguns afirmam ser uma coisa, outros dizem ser outra e, de fato muito freqüentemente o mesmo homem lhe dá atribuições diferentes, de acordo com a situação que vivencia: quando adoece concebe saúde como sendo felicidade, quando empobrece, como riqueza e prosperidade^{9,10}.

Portanto, nota-se que a Qualidade de Vida, desde as épocas mais remotas, já era compreendida como resultado de percepções individuais, podendo variar de acordo com a experiência da pessoa em um dado momento.

Sócrates já se referia à Qualidade de Vida, quando ao encarar a pena de morte na corte ateniense, afirmou temer coisas piores além da morte,

porque não era a vida que contava e sim a qualidade de vida. Para o filósofo, o mérito moral determinava essa qualidade¹¹.

O termo Qualidade de Vida foi mencionado pela primeira vez, em 1920, por Pigou, em um livro sobre economia e bem-estar material, onde relacionou a Qualidade de Vida ao suporte governamental oferecido às classes menos favorecidas e avaliou seu impacto na vida das pessoas e finanças nacionais¹².

Há indícios de que, na literatura médica, o termo surgiu pela primeira vez na década de 30, em um levantamento baseado em estudos cujo objetivo era definir o termo ou referenciá-lo na avaliação da Qualidade de Vida¹³.

Assim, em decorrência do uso constante por filósofos e pesquisadores, a expressão Qualidade de Vida se tornou genérica.

Nos EUA, por exemplo, após a Segunda Guerra Mundial o conceito de “boa vida” foi usado para descrever a posse de bens materiais como casa própria, carros e outros bens de consumo. Com o passar do tempo, o crescimento econômico e industrial ampliou esse conceito, integrando as áreas da saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho, crescimento individual, segurança, diminuição da morbimortalidade infantil¹³.

Com a integração destas variáveis ao conceito Qualidade de Vida as graves deficiências decorrentes do desenvolvimento econômico transformaram-se em objeto de consciência social¹⁴.

Assim sendo a discussão sobre o referido tema vem ganhando destaque mas, embora o questionamento sobre seu verdadeiro conceito tenha sido intenso nas últimas décadas, nota-se que não se chegou a um consenso definitivo acerca do assunto, por se tratar de um conceito evasivo e abstrato, subjetivo, complexo, indiretamente medido e que admite inúmeras tendências levando, portanto, a distintas definições¹⁴.

As revisões de literatura¹⁴ que cobriram períodos anteriores a 1995 revelam que, ao lado dos esforços direcionados para a definição e avaliação da QV na área de saúde, havia espaços e desafios teóricos e metodológicos a serem galgados.

Vale salientar os estudos de Gill e Feisnstein¹⁵, que encontraram 75 artigos que continham o termo QV em seus títulos, publicados em revistas médicas. Procuraram então, identificar como QV estava sendo definida e

mensurada na área da saúde. A pesquisa mostrou que apenas 15% dos trabalhos apresentavam uma definição conceitual do termo e 36% explicitavam as razões para a escolha de determinado instrumento de avaliação, concluindo assim que havia falta de clareza e de consistência quanto ao significado do termo e à sua mensuração.

Outro estudo importante¹⁶ foi a taxonomia para as definições sobre Qualidade de Vida então existentes, embasada na revisão da literatura até o início da década de 90. Esse estudo apresentou os seguintes dados:

I – definição global – são as primeiras referências que aparecem na literatura, em meados da década de 80, e são muito gerais, não abordam dimensões e operacionalização do construto e centram-se na avaliação de satisfação/insatisfação com a vida.

II – definição com base em componentes surge nos anos 80, fracionando o conceito global em componentes e dimensões e prioriza estudos empíricos e a operacionalização do conceito.

III – definição focalizada valoriza componentes específicos, em geral voltados para habilidades funcionais e de saúde, dando ênfase a aspectos empíricos e operacionais. Apresentam instrumentos de avaliação da QV para pessoas acometidas por diferentes agravos.

IV – definição combinada, que incorporava aspectos do tipo II e III, desenvolve instrumentos de avaliação global e fatorial.

A nomenclatura referente à Qualidade de Vida varia conforme os diferentes autores que utilizam sinônimos como “sentido da vida”, “felicidade”, “estado funcional”, “ajustamento social”, “satisfação”, “saúde”, “bem-estar”, entre muitos outros que são tão abstratos quanto os anteriores e provocam, da mesma forma, uma grande indefinição e falta de clareza¹⁷.

Em meados da década de 70, Campbell tentou mostrar as dificuldades que envolviam a conceituação do termo Qualidade de Vida definindo-o como algo que muita gente verbaliza, mas não sabe ao certo o que é¹³. A citação feita há cerca de 30 anos ilustra a ênfase dada, na literatura mais recente, às controvérsias sobre o conceito desde que começou a ser utilizado, associado a trabalhos empíricos.

A definição de Qualidade de Vida, de seus conceitos e de suas propostas baseou-se em diferentes fundamentações teóricas e práticas, até

que após a II Guerra Mundial, a Organização Mundial de Saúde redefiniu saúde, incorporando a noção de bem-estar físico, emocional e social e desencadeou uma discussão considerável a respeito da possibilidade de medir o bem-estar. Sendo assim, o termo Qualidade de Vida ressurgiu, iniciando um ciclo de formação do seu conceito que, apesar de parecer difícil de ser completado, já permite reciclagem técnico-científica de acordo com a área profissional¹⁸.

Atualmente, Qualidade de Vida (QV) é definida de acordo com a área de aplicação, englobando duas tendências: a primeira como um conceito genérico, que enfatiza de forma ampla os estudos sociológicos, sem fazer referência à disfunção ou agravos. Ilustra, com excelência, essa conceituação a adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ou seja, a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações¹⁹.

Neste estudo¹⁹ multicêntrico, o objetivo principal foi elaborar um instrumento que avaliasse a QV em uma perspectiva internacional e transcultural. Um aspecto importante que caracteriza estudos que partem de uma definição genérica do termo QV é que as amostras estudadas incluem pessoas saudáveis da população e nunca se restringem a amostras de pessoas portadoras de agravos específicos.

Na mesma linha de pensamento, QV é definida como noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial e pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar²⁰. A mesma autora ainda coloca que o termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades, que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural²⁰.

Flanagan²¹ conceitua QV de forma muito semelhante aos autores citados englobando, também, os recursos econômicos, o tempo para o trabalho, o lazer e o estado de saúde.

A segunda tendência do conceito QV é a relacionada à saúde (QVRS), em inglês, Health-Related Quality of Life (HRQL), que considera também aspectos relativos às enfermidades, às disfunções e às necessárias intervenções terapêuticas em saúde, identificando o impacto destes na QV^{13, 18}.

QVRS é o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções²².

Outra definição para QVRS é o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorizações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamento e a organização política e econômica do sistema²⁰.

Ambas as definições oferecem uma visão holística, englobando aspectos sociais, emocionais e de bem-estar físico de pacientes, durante e após o tratamento, e o impacto da saúde do indivíduo na sua habilidade para conduzir sua própria vida.

O termo QVRS é freqüentemente utilizado para se distinguir do termo QV no sentido mais geral e dos parâmetros médicos e clínicos.

As afirmações acerca das definições de Qualidade de Vida têm incluído indicadores subjetivos e objetivos de fenômenos físicos e psicológicos. Identificam como indicadores objetivos: salário, moradia e funções físicas, comumente utilizados como medida de qualidade de vida. Consideram como indicadores subjetivos mais precisamente a experiência de vida, ou melhor, a percepção do significado das experiências individuais²³.

Há necessidade de parâmetros objetivos e subjetivos para se medir adequadamente qualidade de vida de um indivíduo, por serem dados diferentes que possibilitam medir a mesma coisa. Os parâmetros objetivos avaliam a situação econômica, as condições de moradia, a ocupação, a situação familiar e o estado de saúde somático. Os subjetivos referem-se às situações externas, assim como o estado emocional e ânimo geral²⁴.

Na trajetória conceitual do tema qualidade de vida, o constructo é abrangente, pois interliga diversas abordagens e problemáticas. No domínio da produção técnica, destacam-se três âmbitos complementares que são fundamentais para a análise da Qualidade de Vida¹⁸.

O primeiro âmbito, conforme os mesmos autores, trata da distinção entre os aspectos materiais e imateriais da QV. Os materiais dizem respeito às necessidades humanas básicas, como condições de habitação, abastecimento de água e sistema de saúde, ou seja, os aspectos de natureza física e infra-estrutural. Historicamente, para sociedades menos desenvolvidas, essas questões materiais eram decisivas ou pelo menos tinham uma focalização muito grande. Atualmente, as questões imateriais, mais ligadas ao ambiente, ao patrimônio cultural e ao bem-estar, tornaram-se centrais.

Um segundo âmbito faz a distinção entre os aspectos individuais e os coletivos. Os individuais relacionam-se principalmente à condição econômica, pessoal e familiar; já os coletivos estão diretamente ligados aos serviços básicos e públicos.

O terceiro âmbito se baseia na diferença entre os aspectos objetivos da QV, que são facilmente apreendidos por meio da definição de indicadores de natureza quantitativa, e os aspectos subjetivos, que remetem à percepção subjetiva que os indivíduos têm sobre QV, o que varia conforme a pessoa e o estrato social¹⁸.

Desta forma percebe-se que não existe um consenso claro sobre a definição de qualidade de vida dada a sua grande subjetividade na concepção individual do que significa ter uma boa vida.

Em trabalho realizado¹³, no ano de 2004, sobre a descrição da evolução histórica, os aspectos conceituais e metodológicos do conceito Qualidade de Vida no campo da saúde, baseado na revisão de literatura, concluiu-se que o termo parece consolidar-se como variável importante na prática clínica e na produção de conhecimento na área da saúde e que os esforços teórico-metodológicos têm contribuído para a clarificação do conceito e sua relativa maturidade.

Reafirma¹³ também que seu desenvolvimento poderá resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença, o que pode ser essencial para a superação de modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que negligenciam aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais importantes nas ações de promoção, prevenção e tratamento e reabilitação em saúde.

2.3 QUALIDADE DE VIDA: INSTRUMENTOS DE MEDIDA.

Os primeiros instrumentos destinados a medir a QV apareceram na literatura na década de 1970 e, desde então, têm mostrado um desenvolvimento considerável.

A medida da qualidade de vida é um fato irreversível que vai, provavelmente, pertencer ao nosso universo, trata-se de um instrumento recente, vindo de uma tradição estrangeira, anglo-saxônica, empirista e utilitarista²².

Os instrumentos requerem do profissional da saúde um bom conhecimento do paciente e a valorização de suas capacidades ou limitações funcionais.

A literatura apresenta diferentes instrumentos de mensuração da qualidade de vida, Bowling²⁴ faz uma revisão sobre as escalas de qualidade de vida relacionadas à saúde, incluindo medidas de capacidade funcional, do estado de saúde, de bem-estar psicológico, de redes de apoio social, de satisfação e estado de ânimo de pacientes. Em geral, conclui que, de forma explícita ou implícita, toda medida repousa sobre teorias que guiam a seleção de procedimentos de mensuração.

Três correntes orientam a construção dos instrumentos hoje disponíveis: o funcionalismo, que define um estado normal para certa idade e função social e seu desvio, ou morbidade, caracterizado por indicadores individuais de capacidades de execução de atividades; a teoria do bem-estar, que explora as reações subjetivas das experiências de vida, buscando a competência do indivíduo para minimizar sofrimentos e aumentar a satisfação pessoal e de seu entorno, e a teoria da utilidade, de base econômica, que pressupõe a escolha dos indivíduos ao compararem um determinado estado de saúde a outro²⁰.

Os instrumentos de medida de QV consistem em questionários que medem sentimentos, autovalorização ou condutas, por meio de interrogatório direto com o paciente (entrevista) ou questionário auto-aplicável.

Em relação ao campo de aplicação, autores citam²⁰ que as medidas podem ser classificadas como genéricas, as quais utilizam questionários de

base populacional sem especificar patologias, sendo mais apropriadas para estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação dos sistemas de saúde.

As específicas são utilizadas para situações relacionadas à qualidade de vida cotidiana dos indivíduos, subseqüentes à experiência de doenças, agravos ou intervenções médicas. Refere-se a doenças crônicas ou a conseqüências crônicas de doenças ou agravos agudos.

Os instrumentos genéricos têm sido citados nos últimos 20 anos em diversas publicações, sendo que uma das suas características fundamentais é avaliar também a população geral, podendo ser utilizados como referência para interpretar as pontuações. Já os instrumentos específicos, que não são poucos, facilitam a padronização e a quantificação da medida dos sintomas e seu impacto como a precisão das medidas no momento de valorizar os efeitos dos tratamentos¹⁸.

Na obra *Directory of instruments to measure quality of life and correlate áreas*, publicado em 1998, o autor²⁵ identifica 446 instrumentos utilizados para avaliação da QV, num período de 60 anos, sendo que 322 destes apareceram na literatura a partir dos anos 80, e destaca que esse acentuado crescimento nas duas últimas décadas atesta os esforços voltados para o amadurecimento conceitual e metodológico do uso do termo na linguagem científica.

Alguns instrumentos podem ser mencionados como: SF- 36 (The Medical Outcomes Study 36 itens) um instrumento genérico, atualmente um dos mais utilizados internacionalmente, aplicável a diversos tipos de doenças. Por ser composto de questões gerais que incluem o funcionamento físico, as limitações causadas por problemas de saúde física e emocional, o funcionamento social, a saúde mental, a dor, a vitalidade (energia/fadiga) e as percepções da saúde geral avalia, portanto, a qualidade de vida relacionada à saúde. Foi adaptado para o português por Ciconelli²⁶ e aplicado a pacientes portadores de artrite reumatóide.

A Organização Mundial de Saúde desenvolveu um instrumento WHOQOL-100 itens (The World Health Organization Quality of Life Assessment)¹⁹, cuja versão em português foi desenvolvida por Fleck²⁷ para avaliar Qualidade de Vida numa perspectiva transcultural. Considera o conceito de qualidade de vida subjetivo, multidimensional, incluindo facetas da vida

positivas, como mobilidade, desempenho de papel, contentamento, e negativas, como fadiga, dor, dependência de medicação e sentimentos negativos.

Seis domínios fazem parte da abordagem proposta pelo WHOQOL¹⁹ Group: psicológico, físico, nível de independência, relações sociais, ambiente, espiritualidade/ religião/ crenças pessoais. Cada domínio é sintetizado por vários sub-domínios que são avaliados por quatro questões. Assim, o instrumento é composto por 24 sub-domínios específicos e um domínio geral que inclui questões de avaliação global de qualidade de vida.

No âmbito médico, desenvolveram-se também instrumentos de avaliação de qualidade de vida, focalizados, primeiramente, na idéia de complementar as análises de sobrevida. Com a evolução dos estudos, estes instrumentos integraram análises de custo-utilidade, ou seja, a qualidade de vida dos pacientes deveria avançar um patamar melhor do que o anterior à intervenção²⁰.

No âmbito específico da enfermagem, destacam-se os trabalhos da Dra. Carol Estwing Ferrans, pesquisadora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de Illinois, Chicago, que, desde 1982, vem desenvolvendo estudos sobre qualidade de vida, em colaboração com outros pesquisadores.

Ferrans faz uma crítica às abordagens tradicionais de desenvolvimento de conceitos, porque considera que os resultados produzidos carecem de coesão e poder explicativo. Por isso desenvolveu um modelo conceitual de qualidade de vida baseado numa variedade de abordagens metodológicas, cujo objetivo foi subsidiar a criação de um instrumento de medida deste conceito⁸.

Optou por uma abordagem individualística, ou seja, uma visão ideológica em que os próprios sujeitos pudessem definir o que representa qualidade de vida para eles. O sujeito é questionado sobre a avaliação que faz de sua própria qualidade de vida em relação a domínios específicos da vida⁸.

A essência da qualidade de vida baseia-se na experiência de vida de cada pessoa e só a ela cabe julgá-la, de acordo com seus valores e preferências²³.

Após uma ampla revisão da literatura, Ferrans e Powers²⁸ destacaram seis grandes núcleos intrínsecos ao conceito de qualidade de vida: capacidade de viver uma vida normal, capacidade de viver uma vida socialmente útil (utilidade social), capacidade natural (física e mental), alcance de objetivos pessoais, felicidade/ afeto e satisfação com a vida.

Dentre eles, a satisfação com a vida foi considerada pela autora como o núcleo que converge para a abordagem individualística, uma vez que os outros aspectos como vida normal, utilidade social, capacidade natural e alcance de objetivos não necessitam obrigatoriamente de avaliação pessoal, podendo acontecer por outrem²⁸.

A percepção subjetiva do nível de felicidade e de satisfação quanto aos diferentes aspectos da vida é o principal determinante no julgamento positivo ou negativo da qualidade de vida²³.

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. É composto por duas partes: a primeira permite a mensuração da satisfação com vários domínios e a segunda, a importância de cada um desses domínios para o respondente. Quatro são os domínios propostos neste instrumento: Saúde / Funcionamento, Psicológico / Espiritual, Sócio / Econômico e Família⁸.

2.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE A SAÚDE DA MULHER E A QUESTÃO DA QUALIDADE DE VIDA

As condições de vida e de saúde vêm melhorando de forma contínua e sustentada na maioria dos países, no último século, graças aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, assim como aos avanços na saúde pública e na medicina²⁹.

Estudos de diferentes autores e relatórios sobre a saúde mundial WHO¹⁹ e da região das Américas OPAS³⁰ são conclusivos a esse respeito apontando a melhoria das condições de vida na maioria dos países, principalmente na Região da América Latina, onde a expectativa de vida, após a II Guerra Mundial, cresceu de 50 anos para 69 em 1995. Contudo, as mesmas organizações não deixam de ressaltar que, a par dessas melhorias, é

evidente a permanência de profundas desigualdades nas condições de vida e de saúde entre países subdesenvolvidos, em determinadas regiões e grupos sociais.

Muitos estudos no panorama mundial comprovam que existe uma relação entre saúde e qualidade de vida e condições inadequadas e doenças. Uma boa saúde influencia favoravelmente a qualidade de vida; já a doença dificulta vários aspectos da vida humana; diminui a produção, aumenta os gastos e o número de pessoas empobrecidas²⁹.

A principal ação social para resolver os problemas de saúde é a assistência curativa e individual, embora já tenha sido identificado que as medidas preventivas e a promoção da saúde, assim como a melhoria das condições de vida em geral foram, em muitos países, de fato, as razões fundamentais para a melhoria desta questão de saúde^{29,31,32}.

Segundo vários autores, a relação entre qualidade de vida /condições de vida e saúde parece suficientemente evidenciada. Assim, a pobreza, as más condições de vida, de trabalho, de nutrição são causas de doenças e necessitam mais do que ações curativas de saúde, necessitam de amplas reformas sociais e econômicas. É preciso que o setor da saúde, para influenciar de forma positiva a qualidade de vida, necessita investir no campo da promoção à saúde^{29,31}.

Para tanto, buscam-se na literatura internacional estudos acerca destas afirmações como o trabalho realizado na Dinamarca, com 6127 pessoas. Por meio de um estudo randomizado que relacionou estilo de vida, qualidade de vida e saúde obteve como resultado uma forte correlação entre saúde e qualidade de vida do que saúde com estilo de vida. Conclui que esforços devam estar voltados para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e que repercutam diretamente na saúde delas³³.

A promoção da saúde representa, atualmente, uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas que afetam as populações humanas. Para tanto, é necessária a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para o enfrentamento e a resolução dos problemas.

Levando-se em conta o “viver saudável”, mesmo na ocorrência de situações de doença, faz-se necessária a mudança de paradigmas para

outros, que possibilitem novas formas de pensar-fazer o mundo, especialmente rever nossos conceitos de qualidade de vida, percebendo a saúde como processo e produto desta. A proposta é repensar nas nossas formas de cuidar da vida individual e coletiva, seja em casa, no trabalho, na comunidade e na sociedade de uma maneira geral³¹.

A mesma autora³¹ coloca que, quando se pensa em qualidade de vida, há que se compreender o processo de transformação do ser humano, que tem início antes mesmo de sua concepção, pelo modo de viver de seus pais e depois, no útero materno e por meio de sua atuação no mundo, em um movimento de momentos de felicidade e infelicidade, prazer e dor, alegrias e tristezas, satisfação ou não de desejos.

Desta forma a saúde da população depende muito mais de fatores preventivos como: acesso a serviços e bens públicos, alimentação e condições de higiene, do que da quantidade de postos de saúde e leitos hospitalares disponíveis.

Transpondo todas essas questões relevantes ao mundo da mulher, ou melhor, à saúde da mulher, observa-se que a sua vida tem passado por grandes mudanças, seja no plano político, seja no cultural, econômico ou social, e que refletem na organização da vida doméstica e no espaço público em busca dos seus direitos à cidadania.

Resgatando o processo de trabalho sob a óptica de gênero, vemos que já na Grécia antiga existia marcada divisão sexual do trabalho, pois tanto as mulheres consideradas livres, como as escravas eram responsáveis pela manutenção das atividades referentes ao espaço doméstico como a comida dos homens, o cuidado das crianças, a busca de água e a lavagem das roupas. Na Idade Média, as atividades domésticas eram divididas segundo o status civil das mulheres, as solteiras lavavam e teciam, as mães cuidavam das crianças pequenas, as de meia idade se ocupavam dos adolescentes e da cozinha. Uma clara divisão de classes sociais se estabelecia entre as próprias mulheres, no que diz respeito às atividades. Eram as mulheres dos servos e dos camponeses as que mais trabalhavam, pois, além de dividir as tarefas da agricultura com seus maridos, também realizavam as tarefas domésticas³⁴.

Percebe-se que, dentro do contexto de vida dessas mulheres em épocas mais antigas, de uma forma indireta, através do seu trabalho, elas

acabavam se exercitando, trabalhando a musculatura perineal por meio de certos movimentos, se alimentavam do que era plantado e colhido, o agrotóxico passava longe, o ar que se respirava era mais puro e o meio ambiente mais preservado, tudo isso influenciando na qualidade de vida.

No final do século XVIII, acentua-se a migração campo-cidade, consolida-se a burguesia e paralelamente surge o proletariado feminino caracterizado pelo trabalho em domicílio das mulheres, em decorrência da objeção dos homens ao trabalho delas nas fábricas³⁵.

Atualmente as mulheres conquistaram o direito de freqüentar escolas e universidades, de votar e de serem votadas. A participação feminina na economia do país cresce a cada ano e um número cada vez maior de mulheres assume a chefia da família, conquistando o acesso ao emprego e à licença maternidade.

Nas últimas décadas, as mulheres conseguiram introduzir na agenda política nacional e internacional, os problemas relacionados à saúde sexual e reprodutiva. Estas questões vêm sendo tratadas no contexto dos direitos humanos e reivindica-se dos governos a garantia das condições para o exercício pleno desses direitos. Antigamente as mulheres eram vistas como as únicas responsáveis em cuidar da casa e da família como já citado anteriormente.

Hoje há indícios de que os homens começam a perceber que também é prazeroso cuidar dos filhos, compartilhar emoções e ficar mais em casa, porém, a divisão equilibrada das tarefas domésticas ainda não é uma constante na vida de milhares de brasileiras e, apesar dos avanços, ainda pesa sobre elas a maior carga de trabalho doméstico, configurando uma dupla jornada de trabalho.

Ainda há possibilidade de que as mulheres venham a sofrer, adoecer e morrer em conseqüência dos problemas gerados pela desigualdade de gênero³⁵.

Em estudo realizado, no município de São Paulo, com mulheres donas de casa de uma comunidade de baixa renda, identificou-se que a percepção de Qualidade de Vida estava fortemente relacionada a fatores de ordem sócio-econômicos, físicos e psicológicos³⁶.

As autoras³⁶ afirmam que falar de saúde da mulher, não só se restringe à ausência de doença mas abrange um universo muito maior. As questões de ordem interpessoal, social e econômica são as causas de suas preocupações. O processo de desenvolvimento da mulher parece ser acompanhado pelo conflito de papéis como a sobrecarga e descontinuidade de suas tarefas afetando a sua saúde física, social e mental. Para buscar uma nova maneira de viver digna e solidária, é imprescindível identificar o nível de qualidade de vida, de bem-estar e satisfação das mulheres.

As políticas de saúde da mulher também mudaram, pois os primeiros programas enfocavam apenas o momento da gravidez e do parto, levando a crer que o mais importante era proteger a criança ao nascer.

Nos anos 80, o governo criou o PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher) que introduz a perspectiva de atender à mulher em todas as fases de sua vida, considerando sua individualidade, necessidades e direitos, sem discriminação de raça e classe social.

Este programa propõe ao setor da saúde que assuma suas responsabilidades na promoção da qualidade de vida da mulher, na ampliação de seu conhecimento sobre o próprio corpo e sexualidade – reforçando que cada cidadã deve ser tratada de acordo com o contexto social em que vive e que os seus direitos devem ser respeitados³⁷ Os princípios do PAISM são os mesmos do Sistema Único de Saúde e, ainda, não estão implantados em todo o país.

Uma das propostas do PAISM, assegurada com sucesso em muitos municípios, é a garantia do direito à informação.

De maneira geral, são as mulheres que mais utilizam os serviços públicos de saúde. A crescente pobreza, a dependência econômica, a violência, a discriminação, assim como a falta de controle sobre a vida sexual e reprodutiva geram efeitos altamente prejudiciais à saúde de muitas mulheres e adolescentes. Em muitos casos, a falta ou distribuição desigual dos alimentos no ambiente doméstico, o acesso insuficiente à água potável e saneamento, bem como condições inadequadas de moradia são fatores que contribuem para a deteriorização permanente de sua saúde. Além disso, seu papel na procriação faz com que seu organismo apresente demandas específicas ao

longo da vida, o que aumenta a necessidade de atenção por parte dos serviços públicos.

Ações educativas e de controle social, quando perpassam todas as fases do atendimento, promovem troca de informação, permitindo identificar demandas, melhores escolhas e diminuir a distância comum entre profissionais da saúde e a população. Além disso, permitem a muitas mulheres melhor conhecimento do corpo e de seus direitos, contribuindo para a superação de preconceitos e medos infundados que, muitas vezes, acarretam prejuízos à saúde. Ao mesmo modo, a participação dos profissionais de saúde nesses grupos influencia a sensibilização frente aos problemas das mulheres, ajudando a humanizar o atendimento.

Garantir o atendimento integral à saúde da mulher em todas as faixas etárias é respeitá-la como cidadã, e não apenas como responsável pela reprodução da espécie humana. Desta forma, abre-se espaço na rede de saúde pública para que haja atendimento em todas as fases da vida da mulher, juntamente com as ações preventivas, diminuindo assim, gradativamente, as doenças como câncer de mama e cérvico-uterino, osteoporose, depressão, infecções vaginais e outras.

Portanto é de grande relevância o que afirma Cianciarullo³⁸: *“a qualidade de vida é um espelho que reflete os resultados dos serviços de saúde prestados ao cliente, principalmente por ser determinante pelo processo da doença ou agravos, como pelos procedimentos vinculados para o seu tratamento, cuidado e cura”*.

2.5 O PROCESSO DA GESTAÇÃO

Prenhez, gestação ou gravidez é o estado peculiar à mulher que concebeu e no qual evoluciona o produto da concepção³⁹.

Este processo é uma parte fundamental do ciclo biológico da mulher, devendo-se, portanto, considerá-lo normal. Neste particular, deve-se ter em mente que, embora as modificações fisiológicas que ocorrem durante a gravidez afetem principalmente os órgãos da reprodução, todo complexo feminino se altera⁴⁰.

A gestação modifica o organismo materno porque altera a bioquímica e a anatomia de todos os seus aparelhos e sistemas, podendo agravar entidades mórbidas, preexistentes ou produzir sintomas, que embora fisiológicos, são por vezes molestos⁴¹.

O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade/ paternidade. É uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento da mulher e envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões de sua vida. Em primeiro lugar, verificam-se mudança de identidade e uma nova definição de papéis, a mulher passa a ser olhada de uma maneira diferente e a vinda de cada filho altera a composição da rede de intercomunicação familiar.

A nova definição de papéis traz à tona antigos conflitos de relacionamento. A mulher e o homem podem querer ser melhores do que os próprios pais ou se sentirem incapazes de competir com eles, ou encararem o bebê como irmão mais novo, rivalizando pelo afeto do pai ou da mãe⁴².

A complexidade das mudanças provocadas pela vinda do bebê não se restringe apenas as variáveis psico-biológicas, mas também a fatores sócio-econômicos que são fundamentais neste processo de mudança. Numa sociedade em que, sobretudo nas áreas urbanas a mulher costumeiramente trabalha fora, sendo responsável também pelo orçamento familiar e cultiva interesses diversos, sejam eles profissionais sejam sociais, o fato de ter um filho acarreta conseqüências bastante significativas.

Privações reais, afetivas ou econômicas, provocam a tensão, intensificam a regressão e a ambivalência. A preocupação com o futuro

aumenta as necessidades da gestante e pode intensificar sua frustração gerando, em consequência, raiva e ressentimento que, muitas vezes, a impedem de encontrar gratificação na gravidez.

Quanto ao casamento, a gestação, por um lado, pode levar a maiores níveis de integração e aprofundamento no relacionamento do casal, mas, por outro lado, pode romper uma estrutura frágil e neuroticamente equilibrada. Para a mulher que quer excluir o marido de sua vida, para o homem que sente ciúme do filho que vai nascer, assim como sentiu em relação aos irmãos mais novos, para a mulher que não superou sua dependência infantil da própria mãe, ou para a que se sente inferior pelo fato de ser mulher, a gestação pode constituir uma ameaça ao casamento ou ao equilíbrio pessoal⁴².

Sendo assim, percebe-se que cada mulher é um ser único, com idealizações e significados pessoais do que é estar grávida e do que é ser mãe, construídos a partir do seu contexto sócio-cultural e familiar. É neste momento que o profissional de saúde se faz necessário como ponto de apoio e acolhida, buscando entender essa gestante no seu contexto sócio-cultural e familiar. Um ambiente favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano.

As consultas de pré-natal regulares, começando, idealmente, logo após a ausência da última menstruação, oferecem oportunidade para assegurar a saúde da futura mãe e de seu bebê. Além disso, esse acompanhamento regular permite detectar distúrbios maternos que podem ser preexistentes ou desenvolver-se durante a gestação. A mulher e sua família podem procurar apoio para o estresse gerado por inúmeros fatores relacionados, direta ou indiretamente, ao processo da gestação e aprender as habilidades inerentes à maternidade/ paternidade⁴³.

A assistência pré-natal também deve incluir o âmbito sócio-cultural, pois quando proporciona, além do controle biológico, a segurança para a mulher e sua família, constitui fator de coesão social, viabiliza o cuidado de enfermagem humanizado e integral e pode tornar-se um eficiente fator de redução da morbimortalidade materna e perinatal, transformando, desta forma, a realidade em qualidade⁴⁴.

A gestação prolonga-se por nove meses do calendário solar, 10 meses do lunar ou aproximadamente 40 semanas. Divide-se em 3 períodos chamados de trimestres. O primeiro trimestre compreende da 1^o a 12^o semana; o segundo da 13^o a 24^o e o terceiro da 25^o até a 40^o semana da gestação⁴³.

As mulheres de qualquer idade, durante os meses da gestação, tratam de adaptar-se ao papel materno, um processo complexo de aprendizado social e cognitivo. A gestação é uma crise maturacional que pode ser estressante, mas compensadora, pois prepara a mulher para um outro nível de cuidados e de responsabilidades. Seu autoconceito se modifica para a mudança de papéis. Gradualmente passa de um ser independente e auto-suficiente para ter um compromisso de vida inteira com outro ser humano. Tal crescimento exige domínio de determinadas etapas de desenvolvimento: a aceitação da gestação, a identificação com o papel de mãe, a reorganização dos relacionamentos e a preparação para o parto⁴².

Discutindo um pouco mais sobre cada uma destas etapas, o primeiro passo na adaptação ao papel materno é aceitar a idéia da gestação e assimilar o status de gestante em seu estilo de vida. Muitas mulheres inicialmente ficam abaladas ao descobrirem a gravidez, mas com o decorrer do processo, passam, gradativamente, a aceitá-la⁴².

Embora um estado geral de bem-estar predomine, muitas ficam surpresas ao apresentar instabilidade emocional, rápidas e imprevisíveis mudanças de humor, as quais estão relacionadas às profundas mudanças hormonais. Estas oscilações emocionais e a crescente sensibilidade aos outros são desconcertantes para a futura mãe e para os que a cercam. A maior irritabilidade, as explosões de lágrimas e raiva e os sentimentos de grande alegria e contentamento alternam-se com alguma ou nenhuma provocação⁴².

As gestantes são afetadas emocionalmente pelas alterações que ocorrem em sua aparência física e nas funções de seu corpo. Durante o primeiro trimestre, a forma do corpo altera-se pouco, as novas sensações de desconforto quanto às modificações das mamas podem incomodá-la, o aumento da urgência e da frequência urinária também é muito comum, bem como o mal-estar e a fadiga. Náuseas, vômitos, enjôo matutino, ptialismo ocorrem em 50 a 70% das gestantes entre o 1^o e 2^o trimestre. Devido à

estimulação hormonal, a cérvix torna-se hipertrófica e hiperativa aumentando a lubrificação vaginal, o que, muitas vezes, acaba incomodando as gestantes⁴³.

Não se pode ignorar que a sexualidade durante a gestação é um ponto crítico durante este processo. O desejo sexual durante a gestação é altamente individual, e o relacionamento pode ser afetado por todas estas modificações fisiológicas, psicológicas e até interacionais, incluindo mitos, tabus sobre o sexo na gravidez, uma vez que neste período o desejo sexual da mulher pode diminuir⁴⁵.

No segundo trimestre, normalmente o volume do abdome fica mais perceptível, a cintura alarga e as mamas aumentam, os movimentos fetais tornam-se perceptíveis à mãe tornando concreta a gestação. A mulher desenvolve uma sensação de aumento generalizado no tamanho de seu corpo e de estar ocupando mais espaço. A ambivalência de sentimentos muitas vezes é conflitante e simultânea, sendo considerada uma resposta normal para essas mulheres. Pode-se destacar neste período um aumento na pigmentação, oleosidade da pele e em algumas até acne. A hipotensão supina e a bradicardia são muito comuns, induzidas pela pressão desse útero gravídico sobre a veia cava ascendente, reduzindo a perfusão útero-placentária e renal; algumas chegam a desmaiar, tornando o processo de gestação incômodo⁴⁵.

Desejos por certos alimentos, pirose ou indigestão ácida são queixas muito freqüentes e, por isso, as orientações são de grande valia.

Constipação e flatulência são explicadas pela diminuição da motilidade do trato gastrintestinal, fazendo com que a gestante modifique muitas vezes seus hábitos alimentares e aumente sua ingestão hídrica.

Entrando na etapa final do processo gestacional, ou seja, no terceiro trimestre, destaca-se a intensidade dos sentimentos de ambivalência, indicando um conflito não-resolvido relacionado ao papel materno. As modificações mais acentuadas nas formas, a imagem corporal e nível de desconforto influenciam a expressão do desejo dos parceiros, diminuindo assim o interesse pelo sexo⁴².

Ao aproximar-se do final do terceiro trimestre, a respiração fica mais difícil, os movimentos do feto são vigorosos, a insônia é mais comum, as dores lombares, o aumento da freqüência urinária, câibras, constipação, edemas e varizes podem ser incômodos e representar desconfortos para as mulheres⁴³.

Nesta fase final, a maioria das gestantes apresenta-se impaciente, desejosa de que o trabalho de parto tenha início, e afloram sentimentos como medo, alegria ou uma mistura de ambos.

Poucos estudos têm se dedicado a avaliar a qualidade de vida da gestante, no Brasil.

Segundo Evans⁴⁶, a importância de se estudar a população em geral, não doente, desenvolveu-se de um desejo de poder comparar unidades culturais diferentes, estabelecer padrões normativos da população e estabelecer programas para melhorar a qualidade de vida em geral.

Dentre os estudos sobre a qualidade de vida na gestação, a grande maioria utiliza instrumentos genéricos com o objetivo de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde quanto às modificações fisiológicas ou as queixas freqüentes vinculadas a processos patológicos do período de gravidez.

Cite-se como exemplo, um estudo⁴⁷ realizado nos EUA com o objetivo de verificar até que ponto a gravidez normal afeta a vida das gestantes, no qual foi utilizado o instrumento SF-36 que avalia as mudanças em relação à Qualidade de Vida. Participaram do estudo 125 mulheres gestantes saudáveis e o resultado apontou estado funcional alterado durante a gravidez para a dimensão física de saúde, já os fatores sócio-demográficos tiveram limitada influência no estado funcional relacionado a saúde.

Outro trabalho⁴⁸ relevante encontrado refere-se às perspectivas de controle dos sintomas comuns na gravidez, destacando que embora, a gravidez traga uma série de desconfortos para a mulher são poucos os estudos que enfocam o controle e alívio destes sintomas, e que eles são mais numerosos do que freqüentemente mencionados nos textos obstétricos.

A influência da dor lombar na habilidade física e sua repercussão na Qualidade de Vida das mulheres, foi estudada em pesquisa⁴⁹ que envolveu 160 gestantes e o resultado demonstrou baixa Qualidade de Vida, ao se comparar com os dados de mulheres saudáveis, concluindo que a dor lombar afeta principalmente sua habilidade física.

Estudo longitudinal⁵⁰ realizado nos Estados Unidos comparou mulheres gestantes americanas e japonesas e observou que, para as mulheres gestantes japonesas, garantia social é uma variável que influi na sua visão de bem-estar. Já para as americanas, a aceitação da gravidez foi o fator de maior

destaque no tocante ao bem-estar concluindo, desta forma, que a noção de bem-estar está relacionada a variáveis individuais.

Dolan⁵¹ et al realizaram estudo para estabelecer a prevalência e efeito da incontinência urinária na qualidade de vida durante a gravidez e depois do parto, concluíram que, durante a gravidez, o impacto da incontinência urinária foi mínimo na qualidade de vida para a maioria das mulheres.

O presente trabalho tem como finalidade colaborar para mensurar o conceito de Qualidade de Vida, no que diz respeito à satisfação, e a importância na perspectiva das mulheres gestantes, considerando seus valores e crenças durante o processo gestacional. Dada à incipiente bibliografia a respeito desta temática numa importante fase da vida da mulher, procura-se não só buscar um novo enfoque para a qualidade de vida, resgatando o significado de Qualidade de Vida, elaborado pelas próprias mulheres durante todo o período de transformação e de construção do seu papel social, mas também contribuir para melhorar a prática assistencial de qualidade, resultantes da pesquisa e das investigações clínicas.

Embora, a gravidez seja um evento comum na vida reprodutiva da mulher, pouca atenção tem sido dada às modificações normais percebidas nos domínios físico e psicológico de seu estado de saúde e sua percepção quanto a sua qualidade de vida, ou seja, as interferências das alterações próprias da gravidez em sua qualidade de vida. A importância de se conhecer tais aspectos seria a própria mulher definir suas expectativas sobre a gravidez de modo a prover dados para identificar fatores de risco para grandes ou persistentes declínios no estado funcional da mulher grávida.

OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar o Índice de Qualidade de Vida para gestantes, utilizando uma adaptação do instrumento de Ferrans & Powers específico para esta população.

3.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o Índice de Qualidade de Vida para gestantes no 1º, 2º e 3º trimestres de gravidez.

- Analisar se o índice de qualidade de vida das gestantes varia no 1º, 2º e 3º trimestres de gravidez.

MÉTODO

4.1 TIPO E LOCAL DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa não-experimental, descritiva, exploratória e quantitativa, que foi desenvolvida com mulheres gestantes que realizam Pré-Natal em Unidades Básicas de Saúde de dois municípios próximos, no interior Paulista.

Embora pertençam à Rede Pública de Saúde, as duas unidades de saúde, apresentam características diferentes, sobretudo, no que diz respeito à atenção à saúde da mulher.

Uma destas unidades de atendimento, denominada agora Unidade I, destina-se ao atendimento da mulher nas diferentes fases do ciclo vital e conta com a especificidade da assistência ao Pré-Natal de Baixo Risco e adota o modelo proposto pelo Ministério da Saúde⁵². O atendimento constitui-se de ações integradas na área obstétrica e ginecológica, para as mulheres que residem no seu território de abrangência ou encaminhadas por outros serviços, pois a unidade é referência no município.

Esta Unidade atende mensalmente 150 gestantes, assim distribuídas: em média, 20 mulheres atendidas estão no 1º trimestre de gravidez; 80, no 2º trimestre e 50, no 3º trimestre. Apesar desta Unidade apresentar aquelas características, que são fundamentais para o atendimento à mulher na fase gestacional, o Pré-Natal, mesmo o de Baixo Risco, não é acompanhado por enfermeiras obstétricas. É o profissional médico o responsável pelo acompanhamento destas mulheres, em todas as consultas.

A outra Unidade Básica, agora Unidade II deste estudo desenvolve as atividades específicas direcionadas à saúde feminina como : coleta de Papanicolaou para prevenção do câncer de colo uterino, exame clínico das mamas, exames complementares para prevenção do câncer de mama, planejamento familiar e assistência ao pré- natal de baixo risco. Além disso, atende outras especialidades em áreas gerais como: Odontologia, Pediatria e Clínica Geral.

Nesta Unidade, são atendidas, em média, 142 gestantes por mês, dentre as quais aproximadamente 42 encontram-se no 1º trimestre de gravidez; 44, no 2º e 86, no 3º trimestre.

Quando a mulher com suspeita de gravidez chega pela primeira vez a esta Unidade, é acolhida pela equipe de enfermagem, que realiza o teste de Pregnosticon. Se o resultado for positivo é agendada uma consulta de enfermagem, onde a enfermeira busca compreender os múltiplos significados da gestação para a mulher e sua família. A história que cada mulher grávida traz deve ser acolhida integralmente, a partir do relato da gestante e de seus acompanhantes. Contudo sua história, as grávidas esperam partilhar experiências e obter ajuda.

O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o Pré- Natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e sua família, caracterizando assim as ações de acolhimento, preconizadas pelo Ministério da Saúde⁵²

Nesta primeira consulta de enfermagem, é preenchido o histórico de enfermagem em impresso próprio e solicitados os exames laboratoriais preconizados para o primeiro trimestre de gravidez. Após a consulta com a enfermeira, é agendado, com o médico obstetra, o primeiro retorno que ocorre por volta de trinta (30) dias após a consulta inicial. É o médico obstetra que dará seguimento às consultas da gestante até o final da gravidez.

A coleta de dados foi realizada nos dois municípios, para viabilizar uma amostra quantitativamente maior no tempo determinado para a coleta e possibilitar tratamento estatístico adequado.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Fizeram parte da população deste estudo todas as gestantes que estiveram em acompanhamento Pré-Natal nas referidas Unidades Básicas de Saúde, durante o período determinado para a coleta dos dados, independentemente da idade, classificação de risco, número de gestações anteriores ou semana do trimestre gestacional.

Os critérios de inclusão para que as gestantes integrassem a amostra foram:

- Pregnosticon positivo até 12^o semana de gestação, para as mulheres que estivessem no 1^o trimestre de gestação.
- Não ter participado da amostra do trimestre anterior quando no 2^o ou 3^o trimestres de gravidez pois se tratava de mulheres diferentes em cada trimestre.
- Saber ler e escrever.
- Aceitar participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. (Anexo I).

4.3 COLETA DE DADOS

4.3.1 INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

O instrumento é composto de duas partes: a primeira traz dados que caracterizavam o perfil sócio-econômico demográfico das mulheres gestantes como: município de residência, área urbana ou rural, logradouro, idade, escolaridade, estado civil, condições de moradia, profissão, empregada ou não, renda mensal familiar, renda per capita, além dos antecedentes obstétricos; variáveis de interesse para o estudo, como gestação, paridade, aborto, filhos vivos, data da última menstruação (DUM), data provável de parto (DPP) e idade gestacional (IG), trimestre gestacional no qual se encontrava. A segunda parte refere-se ao Índice de Qualidade de Vida propriamente dito.

O Índice de Qualidade de Vida original de Ferrans & Powers⁵³ é constituído de duas partes e apresenta 34 itens em cada uma delas. A parte I mensura a satisfação nos vários aspectos da vida, e a parte II, a importância desses mesmos aspectos.

Inúmeros trabalhos sobre a qualidade de vida das pessoas têm sido desenvolvidos por profissionais de saúde utilizando o índice de Ferrans e Powers, assim como outros instrumentos de mensuração. Contudo, no Brasil, há poucos estudos sobre a qualidade de vida da mulher no ciclo gravídico.

A gestação não é doença, mas representa um momento especial e delicado na vida da mulher e determina mudanças físicas e psicológicas importantes que podem influenciar sua qualidade. Entretanto, desconhece-se, em nossa cultura, o significado da qualidade de vida para as mulheres nesta fase do ciclo vital⁵⁴.

Fernandes; Narchi; Cianciarullo⁵⁵ adaptaram o instrumento original de Ferrans e Powers de modo que possibilitasse medir a qualidade de vida de gestantes.

As autoras⁵⁵ adaptaram alguns itens e introduziram outros, considerados específicos para a mulher nesta etapa da vida tendo em vista que, nesta fase do ciclo vital, ocorrem modificações no organismo feminino,

que podem interferir em sua qualidade de vida ou na percepção que a mulher tenha de si.

Os itens acrescentados 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.

Mudanças de humor e irritação são também queixas bastante freqüentes das gestantes e entende-se que possam interferir em sua percepção de qualidade de vida, por isto foram introduzidas no instrumento. Há estudos⁵⁶ que apontam estas queixas em 55,7% das mulheres grávidas nominando-as como transtornos emocionais, entretanto, as repercussões destas queixas na qualidade de vida das gestantes não estão devidamente exploradas⁵⁴.

Assim foram adaptados, o item 2 que, originalmente, era “A assistência à saúde que você está recebendo” passando a ser “A assistência pré-natal que você está recebendo como item 3; o item 3, “A intensidade de dor que você sente” para “A intensidade de desconforto que você sente” como item 4 e “A possibilidade de ter uma velhice feliz” passou para “A possibilidade de ter uma criança” como item 29.

No desconforto foram englobadas as ocorrências fisiológicas como: náuseas, vômitos, urgência miccional, azia, dor lombar, fadiga e movimentos fetais. Estes sintomas são comuns na literatura^{39,40,41} obstétrica e geralmente apontados como queixas normais decorrentes do estado gravídico, não caracterizando para os profissionais da área estados patológicos, por isto foram agrupados no item referente a desconforto⁵⁴.

O item 29; “Sua disposição para passear” foi incorporada ao item 28, “Suas atividades de lazer”⁵⁴.

A mensuração da qualidade de vida proposta por Ferrans & Powers⁵³ agrupa os itens que compõem o instrumento, em domínios da qualidade de vida. Assim identificam 4 domínios inter-relacionados: saúde e funcionamento composto por 14 ítems, psicológico e espiritual composto por 7 ítems, sócio-econômico composto por 9 ítems e família composto por 4 ítems. Os domínios serão também considerados neste estudo.

Domínios da vida são definidos como lugares, coisas e atividades, pessoas e papéis que representam os vários fatores objetivos que podem afetar a percepção dos indivíduos sobre qualidade de vida⁵³.

Desta maneira, o instrumento permitirá avaliar as percepções das mulheres sobre sua posição em relação a cada um dos quatro domínios identificados.

O instrumento para gestantes ficou constituído por 36 itens distribuídos da seguinte maneira: Domínio Saúde/Funcionamento com 17 itens; Família com 4, Sócio/Econômico com 9 e Psicológico/Espiritual com 6 itens para mensurar a satisfação, com igual número de itens para mensurar a importância, que a mulher atribui as áreas da vida.

Neste instrumento as pessoas respondem aos itens atribuindo um escore a cada um deles, em uma escala de seis pontos, que variam de “muito satisfeito” a “muito insatisfeito” na parte I e, de “muito importante” a “sem importância” para a parte II, sendo que os maiores escores correspondem à alta satisfação e importância atribuídas a cada item e os menores a baixa satisfação e importância. (AnexoII).

4.3.2 PROCEDIMENTO PARA COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados no período de agosto a novembro de 2005 pela própria pesquisadora e por colaboradores voluntários, que foram devidamente treinados e orientados por ela, para a aplicação do instrumento.

Para a coleta dos dados, todas as gestantes presentes, nas Unidades Básicas de Saúde, para consulta médica, tanto no período da manhã, quanto da tarde, eram abordadas e recebiam orientação sobre a pesquisa. Após aceitarem participar do estudo recebiam orientação individual quanto ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido, assim como sobre o preenchimento do instrumento.

O instrumento foi auto-aplicado, ou seja, a própria gestante respondia ao questionário após orientação prévia. Tanto a pesquisadora quanto os colaboradores estavam disponíveis para esclarecimento de eventuais dúvidas durante o preenchimento do instrumento sem, entretanto, induzir as respostas.

As gestantes foram divididas em 3 grupos, de acordo com o trimestre da gravidez em que se encontravam, no período da coleta de dados(1º, 2º ou 3º) e não participaram da amostra mais de uma vez.

4.3.3 TESTE PILOTO

Realizou-se um teste piloto, com mulheres das mesmas Unidades onde o estudo foi desenvolvido e que não fizeram parte da amostra, para verificar o grau de compreensão ou dificuldade no preenchimento do instrumento.

Participaram deste teste piloto 3 gestantes da Unidade I e 4 da Unidade II.

As gestantes da Unidade I foram orientadas em conjunto na sala de espera e as gestantes da Unidade II foram orientadas individualmente.

Das 7 gestantes que participaram do teste piloto, 3 apresentaram dificuldade no preenchimento da escala psicométrica, ou seja, no relacionar os números com o grau muito satisfeito, pouco satisfeito e quanto às questões que envolviam “ter um trabalho”.

Percebeu-se que as gestantes que receberam orientação individual envolveram-se mais com o preenchimento do instrumento, provavelmente por terem se sentido mais à vontade para dirimir dúvidas, do que aquelas que receberam orientação em grupo. Assim, optou-se por realizar a orientação individual e nenhum dos itens propostos para o instrumento foi alterado.

4.3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

De modo a cumprir as exigências éticas estabelecidas pela Resolução 196/96 para o desenvolvimento de pesquisa em seres humanos, foi solicitado às mulheres, que aceitaram participar do estudo, que assinassem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo I).

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Guarulhos (Anexo III). Além disso, foi solicitada autorização formal ao Secretário da Saúde do Município, onde as Unidades Básicas estão instaladas, para realizar a coleta de dados (Anexo IV)

4.4 TRATAMENTO DOS DADOS

Foram utilizados na tabulação e análise estatística dos dados coletados, os softwares: MSOffice Excel versão 2000 para o gerenciamento do banco de dados; SPSS for Windows versão 10.0 - Statistical Package for the Social Science, para a execução dos cálculos estatísticos, elaboração e edição de gráficos e na elaboração das tabelas e redação do texto o MSOffice Word versão 2000.

Para as variáveis quantitativas utilizou-se médias e medianas com intuito de resumir as informações e o desvio-padrão, mínimo e máximo, para indicar a variabilidade dos dados.

Com relação à distribuição da frequência das variáveis qualitativas entre os grupos (1º, 2º e 3º trimestre de gestação) utilizou-se para compará-las o teste Qui-Quadrado de Pearson⁵⁷. O teste exato de Fisher foi utilizado nas situações onde os valores esperados das variáveis foram inferiores a 5. Abaixo de cada tabela de cruzamento das variáveis apresentou-se os resultados da significância do teste através do p-valor, sendo que, para valores menores do que 0,05 (p-valor<0,05) considerou-se a associação estatisticamente significativa entre as variáveis.

Quando as associações entre essas variáveis foram encontradas, para a identificação de pares de categorias que correspondem a um valor acima do esperado, foi utilizado o valor do resíduo padronizado (Zres) acima de 2,0 ou baixo de -2,0, indicando significância estatística na casela (categorias associadas) a um nível de significância de 5%.

Empregou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov⁵⁸ e utilizou-se a metodologia de Análise de Variância - ANOVA⁵⁹ para a comparação das mulheres gestantes nos três trimestres, com relação a variável Idade e o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para a renda.

Para as variáveis cujo valor do teste foi significativo (p-valor < 0,05), foi feito uma análise de comparações múltiplas, com a finalidade de determinar em quais pares de grupos se encontra a diferença. As duas metodologias citadas acima testam se a média da variável quantitativa em estudo é semelhante para os diferentes grupos.

Para comparar os escores de qualidade de vida geral e por domínios com relação ao trimestre de gestação foi aplicado o teste não paramétrico de Krukal-Wallis⁶⁰.

Aplicou-se a metodologia não paramétrica, para os escores de qualidade de vida que não apresentaram distribuições normais, que é uma pressuposição para o uso de métodos paramétricos.

A confiabilidade do instrumento IQV de Ferrans e Powers adaptado foi testada pela análise de consistência interna em cada domínio e geral utilizando o coeficiente Alfa de Cronbach⁶⁰. Este coeficiente varia entre 0 e 1, e quanto maior este valor melhor a confiabilidade. Os critérios para a retirada dos itens inconsistentes foram: a correlação de cada item com o escore e com os outros itens (itens com correlações negativas devem ser excluídos) e o acréscimo no coeficiente alfa quando o item é retirado (acréscimos inferiores a 1% foram desconsiderados).

Para todos os testes foi assumido o nível de significância de 5%.

A consistência interna é um termo usado para dizer se há confiabilidade no instrumento, ou seja, analisar se o instrumento é capaz de medir ou avaliar aquilo a que se propõe medir; para tanto, é necessário analisar a validade do conteúdo, do construto e do critério, para os quais existem outras técnicas¹⁸.

As principais propriedades de medida dos questionários de Qualidade de Vida são a confiabilidade ou a reprodutibilidade, a validade e a responsividade.

Sendo a Qualidade de Vida um conceito multidimensional, os instrumentos proporcionam uma série de pontuações, também denominada de perfil.

Autores consideram aceitáveis coeficientes iguais ou maiores que 0,70¹⁸. No presente estudo, o limite de aceitação de consistência interna foi de 0,70 e a análise da consistência interna foi realizada por domínios e geral.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse estudo foram analisados 198 instrumentos preenchidos por gestantes que estiveram em acompanhamento Pré-Natal nas Unidades Básicas de Saúde I e II (UBS) caracterizadas anteriormente, com o objetivo de identificar o índice de qualidade de vida para mulheres no 1º, 2º e 3º trimestres de gravidez e verificar se há variação do índice de qualidade de vida para as mulheres no 1º, 2º e 3º trimestres.

Os resultados estão apresentados como segue:

5.1 - dados sócio-demográficos.

5.2 - dados obstétricos.

5.3 - índice de qualidade de vida - satisfação e importância, por domínio e geral.

Os resultados obtidos estão disponibilizados em forma de tabelas e figuras.

5.1 DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

Tabela 1. Distribuição da freqüência das mulheres segundo a escolaridade, o estado civil, situação empregatícia e trimestre de gestação. São Paulo, 2005.

Variáveis	Trimestre			Total	
	1°	2°	3°		
	N%	N%	N%		
	64	67	67	198	
Escolaridade	Fund. incomp.	1 01,6	2 03,0	2 03,0	5 02,5
	Fund. comp.	13 20,3	12 17,9	11 16,4	36 18,2
	Med. incomp.	6 09,4	13 19,4	17 25,4	36 18,2
	Med. compl.	38 59,4	33 49,3	33 49,3	104 52,5
	Sup. incomp.		3 04,5	2 03,0	5 02,5
	Sup.Comp.	6 09,4	4 06,0	2 03,0	12 06,1
	p – valor 0,304 Teste Exato de Fisher				
Est.Civil	Casada	54 84,4	36 53,7	33 50,0	123 62,4
	Solteira	4 06,3	15 22,4	12 18,2	31 15,7
	União Consensual	6 09,4	16 23,9	21 31,8	43 21,8
p – valor <0,001 Teste Qui-Quadrado					
Emprego	Não	23 35,9	31 46,3	45 67,2	99 50,0
	Sim	41 64,1	36 53,7	22 32,8	99 50,0
p – valor <0,001 Teste Exato de Fisher					

Segundo o Ministério da Saúde⁵⁵, o acompanhamento ao Pré-Natal deve ser iniciado o mais precocemente possível ou seja no 1º trimestre para que diante de qualquer alteração a conduta adequada seja tomada garantindo a saúde e o bem estar do binômio mãe e filho. Os dados da Tabela 1 inferem que mulheres que fizeram parte da amostra em cada trimestre gestacional podem estar aderindo precocemente ao acompanhamento pré-natal.

Acredita-se que esta adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelos serviços e pelos profissionais de saúde, o que, em última instância repercute na redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal verificados no Brasil⁵⁵.

Verifica-se na Tabela 1 que em todos os trimestres de gestação o grau de escolaridade de maior porcentagem foi o ensino médio completo (52,5%) não havendo diferença estatisticamente significativa entre as mulheres nos três trimestres gestacionais com relação a esta variável.

Estes dados podem ser comparados a estudos brasileiros acerca das conquistas femininas ao longo de todo o século XX, quanto ao acesso à educação. No Brasil, diferente de outros países em desenvolvimento, as mulheres estão em igualdade de condições em relação aos homens ou apresentam níveis de escolaridade superiores.

A situação educacional no Brasil sofreu uma sensível melhora nos últimos anos, beneficiando as mulheres principalmente no que se refere à queda das taxas de analfabetismo, que caiu de 20,28% em 1991, para 13,50% em 2000, entre aquelas com mais de 15 anos de idade⁶¹.

Os avanços observados na sociedade brasileira não devem mascarar as desigualdades que afetam um grande contingente da população. Uma análise com base nas variáveis de gênero revela que, em 2001, a média geral de anos de estudo dos homens era de 5,6 anos e a média das mulheres era de 5,9 anos⁶¹.

Estes dados são semelhantes aos encontrados em outra pesquisa realizada com mulheres gestantes, que apontou um percentual 53,9% de grávidas com tempo de escolaridade entre 9 a 11 anos de estudos, o que corresponde atualmente ao ensino médio⁶² e está compatível com a média de anos de estudos da mulher brasileira⁶¹.

No que se refere ao estado civil das gestantes houve diferença estatisticamente significativa entre as mulheres principalmente no 1º trimestre, onde 84,4% delas são casadas. Dados semelhantes são verificados em estudo realizado com mulheres gestantes na Capital Paulista onde 89,6% tinham

parceiro fixo englobando neste percentil as casadas⁶². Percebe-se assim que as mulheres, ainda buscam relações conjugais estáveis como o casamento.

No que tange a variável emprego houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de mulheres. Conforme mostra a Tabela 1 no 1º trimestre 64,1% das gestantes encontravam-se empregadas, no 2º trimestre 53,7% tinham emprego, entretanto no 3º trimestre a situação foi inversa 67,2% das gestantes não estavam empregadas.

Tabela 2. Distribuição da freqüência das mulheres, segundo a zona residencial, Unidade Básica Saúde, a pessoa com quem reside e trimestre de gestação. São Paulo. 2005.

Variáveis		Trimestre			Total
		1º	2º	3º	
		N%	N%	N%	
		64	67	67	
Zona	Rural	02 03,1	01 01,5	04 06,0	07 03,5
	Urbana	62 96,9	66 98,5	63 94,0	191 96,5
p-valor = 0,407 Teste Exato de Fisher					
Município	Unidade I	05 07,8	21 31,3	22 32,8	48 24,2
	Unidade II	59 92,2	46 68,7	45 67,2	150 75,8
p-valor = 0,001 Teste Qui-Quadrado					
Reside com	M+filhos	28 43,8	25 37,3	24 35,8	77 38,9
	Filhos+família	01 01,6			01 00,5
	Filhos	01 01,6	02 03,0		03 01,5
	Família	07 10,9	11 16,4	08 11,9	26 13,1
	M+Família	10 15,6	13 19,4	16 23,9	39 19,7
p- valor = 0,811 Teste Exato de Fisher					

Optou-se por separar as mulheres segundo a área de residência, pois é característica da região a mulher da zona rural quando engravida, passar a residir temporariamente na cidade, moradia de familiares mais

próximos, a fim de realizar o acompanhamento pré-natal e facilitar o acesso aos serviços de saúde.

Nota-se que a maioria das mulheres (96,5%) residem na área urbana e uma pequena parcela na área rural (03,5%) proporção esta compatível com estudos realizados pelo Ministério da Saúde⁶³, onde as mulheres representam 51,2% da população brasileira, sendo aproximadamente 89 milhões, das quais, 85,4% vivem em áreas urbanas, e o restante na área rural.

Dentro do contexto geral da população residente e trabalhadora rural, faz-se necessário visualizar as restrições e discriminações referentes ao acesso da mulher a terra, à renda, ao crédito e às tecnologias, dentre outras.

A dificuldade das mulheres rurais no acesso às informações e ações de saúde está relacionada, dentre outros fatores, às desigualdades das relações de gênero e de trabalho, às grandes distâncias entre residência ou trabalho e os serviços de saúde, à maior precariedade dos serviços locais e a pouca sensibilização e organização da rede de saúde para lidar com a especificidade dos agravos decorrentes do trabalho no campo.

Os dados da PNDS⁶³ de 1996 retratam também as lacunas na efetividade das ações de saúde na área rural: 30% das mulheres da área rural e 8% das mulheres da área urbana não realizaram nenhuma consulta de pré-natal. Das mulheres residentes na área rural que receberam atendimento de pré-natal, apenas 36% tiveram acesso ao cartão da gestante.

Pesquisas nacionais⁶³, referentes à saúde da mulher residente e trabalhadora rural, devem ser realizadas no sentido de ampliar e adequar estratégias e conteúdos que subsidiem a elaboração de políticas públicas, evitando a perpetuação da invisibilidade das questões que determinam a boa ou a má qualidade de vida da mulher residente e trabalhadora rural.

A Tabela 2 apresenta também a distribuição das gestantes segundo a unidade de referência, apenas como ilustração, pois os dados foram coletados em dois municípios diferentes para que se conseguisse a amostra suficiente para o estudo em tempo hábil. A análise dos dados da qualidade de vida não considerou esta divisão, por não ser objetivo do trabalho. Observa-se que a maioria das gestantes (92,2%) está locada na Unidade II e no 1º trimestre.

Considerando a variável “com quem reside”, 38,9% das gestantes afirmam morar com o marido e filhos, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos com relação a variável descrita.

Na Tabela 3 estão apresentadas às variáveis quantitativas idade e renda. O objetivo foi verificar se as médias, das duas variáveis, eram semelhantes para os diferentes grupos de gestantes nos três trimestres.

Tabela 3. Estatística descritiva das variáveis quantitativas: idade, renda e trimestre de gestação. São Paulo, 2005.

Variáveis	Trimestre de Gestação	N	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	1º trimestre	64	27,3	5,7	27	16	46
	2º trimestre	67	25,4	5,6	25	13	42
	3º trimestre	67	24,4	5,8	24	15	37
	Total	198	25,7	5,8	25,5	13	46
Renda (reais)	1º trimestre	64	531,12	462,89	400,00	80,00	2500,00
	2º trimestre	67	388,65	316,81	266,66	20,00	1733,00
	3º trimestre	67	355,50	279,82	275,00	0	1500,00
	Total	198	423,5	366,24	300,00	0	2500,00

p-valor (Idade): 0,016 (ANOVA) p-valor (Renda): 0,015 (KW)

Nas comparações múltiplas observou-se que existe diferença das idades e da renda apenas quando comparadas as gestantes do 1º trimestre com as do 3º. Das gestantes que participaram do estudo a média de idade entre os três trimestres gestacionais é de 25,7 anos, (DP=5,8) sendo que a idade mínima encontrada foi de 13 anos e a máxima de 46 anos.

Amplia-se o segmento de mulheres em idade reprodutiva, ou seja, entre 15 e 49 anos, que em 2003 já representava 54,7% da população feminina⁶³.

A média da idade das mulheres deste estudo é semelhante à média de idade encontrada em outros estudos de Qualidade de Vida envolvendo gestantes. Estudo realizado nos EUA acerca de qualidade de vida com 125 mulheres gestantes saudáveis, mostrou idade média de 23,6 anos⁴⁷.

Dados de uma pesquisa realizada no município de Campinas com uma amostra de 248 mulheres gestantes de baixa renda aponta média de 26 anos, em outro estudo sobre Qualidade de Vida realizado em São Paulo 60,8% da amostra de 202 mulheres gestantes tinha 25 anos completos⁶².

Ao que se refere à Renda Familiar a Tabela 3 mostra que a média geral é de R\$ 423,48 (quatrocentos e vinte e três reais e quarenta e oito centavos), o que corresponde atualmente a 1,2 salários mínimos (base salário mínimo R\$350,00). Avaliando as médias por trimestre nota-se que no 1º trimestre estas são maiores e vão decaindo a cada trimestre, dados estes compatíveis com os da Tabela 1, onde a maioria das gestantes do 1º trimestre estavam empregadas (64,1%).

Em estudo recente com mulheres gestantes de baixa renda 50% delas apresentavam renda entre 0 e 3 salários e 67,2% percebia como inadequada ou pouco suficiente esta renda para o suprimento de suas necessidades básicas⁶². Uma das evidências mais significativas no mundo do trabalho entre homens e mulheres é a desigualdade de gênero fato encontrado nos rendimentos auferidos por cada um. Segundo a Pesquisa Mensal de emprego, divulgada em junho de 2004, o salário recebido por hora trabalhada em reais, era assim distribuído: homens: 7,16; mulheres 5,69⁶³.

As desigualdades sociais, econômicas e culturais são determinantes do processo de saúde-doença das populações e de cada pessoa em particular. Populações expostas a precárias condições de vida são mais vulneráveis e vivem menos. O Relatório sobre a Situação da População Mundial (2002) demonstra que o número de mulheres pobres é superior ao de homens, que a carga horária de trabalho das mulheres é maior e que pelo menos metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que reduz o acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde⁶¹. Acredita-se que estes dados possam influenciar na percepção da mulher sobre sua qualidade de vida.

5.2 DADOS OBSTÉTRICOS

Tabela 4. Distribuição da freqüência das mulheres segundo gestação, paridade, aborto, números de filhos vivos, risco e trimestre de gestação. São Paulo, 2005.

Variáveis	Trimestre			Total	
	1° N%	2° N%	3° N%		
	64	67	67		
Gestação	1	16 25,0%	28 41,8%	31 46,2%	75 37,8%
	>1	48 75,0%	39 58,2%	36 53,7%	123 62,1%
Paridade	0	21 32,8%	33 49,3%	35 52,2%	89 44,9%
	1	32 50,0%	18 26,9%	16 23,9%	66 33,3%
	>1	11 17,2%	16 23,9%	16 23,9%	47 21,7%
Aborto	0	47 73,4%	57 85,1%	56 83,6%	160 80,8%
	1	11 17,9%	7 10,4%	9 13,4%	27 13,6%
	>1	6 9,4%	3 4,5%	2 3,0%	11 5,5%
Filhos Vivos	0	23 35,93%	33 49,3%	35 52,2%	91 46,0%
	1	31 48,4%	19 28,4%	20 29,9%	70 35,4%
	>1	10 15,6%	15 22,9%	12 17,9%	37 18,7%
Risco	Baixo	62 96,9%	63 94,0%	65 97,0%	190 95,9%
	Alto	2 3,1%	4 6,0%	2 3,0%	8 4,1%

Observa-se pelos dados da Tabela 4 que em relação à gestação a maioria das mulheres (62,1%) apresentou mais de uma gestação. Quanto à paridade 50,0% delas eram primíparas e a maioria nunca abortou 80,8%. Com relação ao número de filhos vivos 46,0%, tinham 1 filho. Ao que se refere variável risco, a maioria 95,9% era gestante de baixo risco.

Desta maneira, os dados encontrados, estão condizentes com os apresentados pelo Ministério da Saúde acerca dos índices de fecundidade no Brasil, que pela primeira vez, chegou ao limite de 2,1 filhos por mulher, o que indica a tendência de reposição populacional. A fecundidade no Brasil, atualmente, se aproxima do padrão de países mais desenvolvidos⁶³.

Percebe-se que em diversos graus e modos, mulheres em diferentes países, ocupações, classes, raças, idades e situações conjugais encontram suas decisões reprodutivas estruturadas em um conjunto de condições sócio-econômico-culturais que influenciam no planejamento familiar.

5.3 ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA

5.3.1. ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA INTERNA POR DOMÍNIOS

Domínio Saúde e Funcionamento

Nesse domínio foram considerados 16 itens sendo que alguns deles continham dados faltantes; observações, (“missing”) como no item 3, “Assistência Pré Natal que você está recebendo”, pois para as gestantes do 1º trimestre a avaliação deste item ficou dificultada, pois no momento da pesquisa, muitas mulheres aguardavam sua 1º consulta de pré-natal. Assim, nesta análise foram considerados inicialmente 166 indivíduos (83,8%) com observações completas.

Vale destacar que, em estudo com o mesmo instrumento adaptado o item 3 “Assistência Pré Natal que você está recebendo” apresentou correlação baixa com o domínio e negativa com item 5, 28 e 29, resultando na sua exclusão⁶⁴.

Tabela 5. Resultados da análise de consistência interna do domínio Saúde / Funcionamento. São Paulo, 2005.

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
QV1	350,7922	4115,8035	0,3951	0,2444	0,8525
QV2	349,5090	4069,7802	0,5170	0,6035	0,8477
QV3	350,0542	4103,7152	0,4028	0,4088	0,8522
QV4	357,7741	4156,6562	0,2934	0,1912	0,8578
QV5	358,1958	3829,2690	0,5057	0,4703	0,8479
QV6	362,0211	3888,6708	0,4316	0,4079	0,8529
QV7	357,1386	3761,0716	0,5846	0,4608	0,8429
QV8	353,2771	3867,7530	0,6010	0,5168	0,8424
QV9	352,2259	3838,4684	0,6235	0,5337	0,8411
QV10	349,3705	4101,1998	0,5481	0,5446	0,8474
QV15	351,5361	3919,5381	0,5585	0,4272	0,8447
QV18	351,2440	4028,3356	0,5419	0,3732	0,8464
QV19	351,3313	4064,1502	0,5134	0,3849	0,8477
QV20	359,1235	3992,3619	0,4195	0,3054	0,8521
QV28	355,0783	3873,0393	0,5033	0,4268	0,8477
QV29	348,6325	4259,7823	0,4280	0,4684	0,8527

$\alpha = 0,8567$

Na análise de correlação entre os itens, destaca-se a questão 9, “Ter condições físicas para controlar sua vida” que apresentou a melhor performance (0,6235) demonstrando seu peso no domínio, juntamente com a questão 8 “Sua independência física” (0,6010).

Em estudo que analisa a interferência da dor lombar na habilidade física, os autores apontam à repercussão da dor na Qualidade de Vida das mulheres grávidas⁴⁹.

A questão 4 “Intensidade de desconforto que você sente” foi um item adaptado e obteve a pior performance de correlação no domínio (0,2934) e valor Alfa (0,8578) se fosse excluída. Optou-se por não retirar o item por não acrescer significativamente o valor de Alfa do domínio (0,8567).

O desconforto como entendido no estudo pode ter sido um item muito genérico e abrangente que não influenciou como o esperado neste domínio, pois pode não ter sido compreendido pelas mulheres. Neste item as autoras que adaptaram o instrumento para aplicação em gestantes, consideraram desconforto as ocorrências fisiológicas da gravidez como: náuseas, urgência miccional, azia e dor lombar.

Outro estudo que utilizou o mesmo instrumento adaptado com 101 gestantes de uma comunidade carente de São Paulo apresentou o item 8 “Sua

independência física” como o de maior correlação no domínio (0,6147) e o item 4 como o de menor correlação do domínio (0,3561), resultados estes semelhantes aos encontrados neste estudo⁶⁴.

Os itens 2 “Sua gravidez”, 3 “Assistência de Pré Natal que você está recebendo”, 5 “Mudanças de humor que você sente”, 6 “Irritação que você sente”, 29 “Possibilidade de ter essa criança” acrescidos e adaptados ao instrumento apresentaram valores de correlação satisfatórios, maior que 0,40. O mesmo pode-se dizer acerca dos itens adaptados e acrescidos em outro estudo que utilizou o mesmo instrumento adaptado, os itens apresentaram valores de correlação satisfatórios⁶⁴.

Considera-se que o domínio Saúde e Funcionamento têm uma consistência interna boa, não se observando correlações negativas entre os itens, assim como, a retirada de nenhum item aumentaria significativamente o alfa ($\alpha = 0,8567$).

Domínio Família

Nesse domínio foram considerados 4 itens sendo que alguns deles continham dados faltantes, observações (“missing”), acerca do item 12 “Seus filhos”.

Assim nesta análise foram considerados inicialmente 137 indivíduos (72,5%) com observações completas.

Tabela 6. Resultados da análise de consistência interna do domínio Família. São Paulo, 2005.

Scale	Scale Mean if Item Deleted	Corrected Variance if Item Deleted	Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
QV11	82,4270	211,5388	0,4780	0,2957	0,6405
QV12	80,4051	246,7814	0,5278	0,3522	0,6244
QV13	81,3139	216,9780	0,5877	0,3638	0,5748
QV14	82,4380	211,7296	0,3976	0,2149	0,7053

$\alpha = 0,6991$

Observa-se que apenas o item 14 “Seu relacionamento com esposo/companheiro” apresentou uma correlação baixa (0,3976), porém optou-

se por manter este item, já que o acréscimo no alfa se o item fosse excluído, seria de apenas de 0,0062.

A gestação é definida como um processo normal do desenvolvimento da mulher que demanda reestruturações e reajustamentos frente às modificações fisiológicas, psicológicas e emocionais. Para tanto, torna-se comum a ambivalência de sentimentos frente ao seu relacionamento com o companheiro, levando muitas vezes a uma maior integração e aprofundamento da relação, como também pode levar a um stress ou rompimento desta estrutura familiar, o que pode interferir na percepção da gestante, no que se refere a este quesito, de sua Qualidade de Vida. Este item não teve forte influência para estas gestantes como o esperado e como o descrito na literatura^{39,40,41,42}, a ponto de interferir em sua percepção de qualidade de vida.

Por outro lado, o item 13 “A felicidade de sua família” apresentou a correlação mais alta (0,5877). A noção de família, pela literatura^{65,66} encontrada, tem demonstrado forte representação na vida das mulheres, pois permeia a construção histórica, cultural e social, no que tange ao ser humano e a perpetuação da espécie. Este item demonstrou influência para as gestantes que participaram do estudo, justificando a alta correlação dentro do domínio.

Estes dados coincidem com os encontrados em outro trabalho⁶⁴, pois os itens 13 e 14 foram aqueles que apresentaram, no trabalho da autora, maior e menor correlação (0,6831), (0,3583) respectivamente.

Na análise não foram observadas correlações negativas entre os itens e o coeficiente alfa foi 0,6991. Em outros estudos^{8,64,67} que utilizaram o mesmo instrumento para mensurar a qualidade de vida este domínio foi o que apresentou também o menor Alfa.

Domínio Sócio-Econômico

Esta análise foi realizada com 9 itens, sendo que nenhum deles continham dados faltantes, considerando-se desta forma 100% da amostra, 198 indivíduos.

Tabela 7. Resultados da análise de consistência interna do domínio Sócio/Econômico. São Paulo, 2005.

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
QV16	162,8090	2003,9801	0,4587	0,2937	0,7653
QV17	160,8315	2115,9201	0,3086	0,1948	0,7806
QV21	161,7416	2044,5575	0,3502	0,2834	0,7764
QV22	165,7416	1946,7961	0,4845	0,3432	0,7608
QV23	166,4663	1861,0159	0,6108	0,4589	0,7449
QV24	169,1348	1689,2998	0,6128	0,5040	0,7381
QV25	176,7472	1838,5802	0,3510	0,2324	0,7869
QV26	168,1461	1705,1659	0,5611	0,4578	0,7473
QV27	169,0112	1731,9999	0,5519	0,4239	0,7487

Alfa = 0,7826

Na análise de correlação o item 17 “Apoio que recebe das pessoas” apresentou a pior performance (0,3086), porém nada que justificasse sua exclusão, pois o acréscimo no valor do Alfa seria de 0,002.

O item 24 “Seu trabalho” apresentou o maior valor de correlação neste domínio (0,6128), seguido do item 23 “Ter boas condições sócio econômicas” (0,6108) isto pode estar ligado ao fato de que, atualmente, um número cada vez mais expressivo de mulheres trabalha fora de casa e contribui com a renda da familiar, ou até garantem, inúmeras vezes, a subsistência familiar. O modelo da família tradicional de classe média brasileira, que consagrava uma divisão clara de papéis, em que geralmente o homem se envolvia com o trabalho remunerado, enquanto a mulher dedicava-se aos afazeres da vida familiar como: administração da casa e os cuidados com os filhos, passa a não ser mais comum em nossa realidade⁶⁸.

Em estudo com o mesmo instrumento adaptado o resultado encontrado foi: item 27 “Sua independência financeira” com maior valor de correlação (0,6227) e o item 26 “Sua escolaridade” com menor valor de correlação no domínio (0,3358)⁶⁴. Nota-se que os itens 24 e 27 com maior valor de correlação em ambos os estudos estão relacionados com poder aquisitivo.

Desta maneira não foram observadas correlações negativas, que sugerisse a exclusão de algum item. O alfa neste domínio foi 0,7826.

Domínio Psicológico e Espiritual

Neste domínio foram considerados 7 itens, sendo que nenhum deles apresentou dados faltantes, considerando 198 indivíduos (100%).

Tabela 8. Análise de consistência interna do domínio Psicológico/Espiritual. São Paulo, 2005.

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
QV31	155,4335	682,2696	0,6674	0,4993	0,8482
QV32	153,0080	824,8783	0,5182	0,3455	0,8679
QV33	157,1489	661,1970	0,6838	0,5050	0,8466
QV34	155,4548	709,3790	0,7305	0,5960	0,8401
QV35	155,8963	724,6189	0,7348	0,5737	0,8411
QV36	157,5053	718,2780	0,5479	0,4901	0,8659

Alfa = 0,8694

O item de melhor correlação neste domínio foi o 35 “Sua aparência pessoal”, 0,7348, e o item 34 “Estar satisfeito com a vida”, 0,7305 o que significa que o item pode influenciar em sua percepção de qualidade de vida. Na literatura alguns autores^{42,49} apontam as modificações na forma do corpo da mulher, como uma situação que interfere na percepção de sua auto-imagem ou de sua imagem corporal, com sentimentos negativos relacionados à sua forma física. Este item foi o que apresentou a menor correlação (0,48880) em estudo que utilizou o mesmo instrumento adaptado⁶⁴.

O item de menor correlação foi o 32 “Realizar seus objetivos pessoais” 0,5182, porém a sua exclusão não aumentaria o alfa.

Nenhum item apresentou correlação negativa e o coeficiente alfa, considerando-se todos os itens, foi alto (0,8694). Dessa forma, não foi excluído nenhum item no domínio psicológico/ espiritua.

5.3.2 ANÁLISE DE CONSISTÊNCIA GERAL.

Com base nesses resultados, para cada domínio foram criados índices que consistem em escores que variam de 0 a 30. Foi realizada análise de consistência interna considerando cada domínio, como um item. Os resultados encontram-se na Tabela 9.

Tabela 9. Análise de consistência interna dos domínios do Índice de Qualidade de Vida. São Paulo, 2005.

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
QVSF	74,6865	136,4310	0,7318	0,5679	0,7677
QVFA	71,1136	139,7153	0,5712	0,3287	0,8316
QVSC	76,9154	119,7424	0,6566	0,4409	0,8013
QVPE	72,3550	130,1736	0,7304	0,5702	0,7633

Alfa = 0,8348

É importante ressaltar que não foi excluído nenhum item dos domínios. Observando-se o Alfa de todos os domínios o de maior valor (0,8694) foi o do domínio Psicológico/Espiritual, seguido pelo domínio Saúde/Funcionamento com Alfa 0,8567. Os menores valores foram os do domínio Família com 0,6991 de Alfa e o Sócio/Econômico com 0,7826.

Na análise de consistência interna, considerando os quatro domínios, o domínio que obteve a menor correlação foi o domínio “Família” com valor Alfa 0,5712, seguido do domínio Sócio/Econômico, com Alfa 0,6566. Os domínios Saúde / Funcionamento e o Psicológico / Espiritual foram os que apresentaram maiores correlações, com valores de Alfa 0,7318 e 0,7304 respectivamente.

Os resultados encontrados coincidem com os apresentados por Kimura⁸, quando compara diversos estudos desenvolvidos com o mesmo instrumento e onde o domínio Família apresenta sistematicamente o menor Alfa.

Para outro estudo⁶⁴ que utilizou o mesmo instrumento adaptado para gestantes o domínio Família também apresentou o menor valor de correlação entre os domínios e o domínio Psicológico/ Espiritual o de melhor valor.

Considerando o Alfa Geral (0,8348) pode-se admiti-lo como satisfatório, ao aceitar o coeficiente de confiabilidade igual ou maior que 0,50. Caso o valor de aceite, adotado para o coeficiente de confiabilidade fosse 0,70, ou seja, o maior estabelecido pela literatura, o Alfa Geral (0,8348) também seria caracterizado como satisfatório.

5.3.3 ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA GERAL - SATISFAÇÃO E IMPORTÂNCIA.

Apresentam-se a seguir os resultados referentes às freqüências relativas e absolutas dos itens de satisfação e importância, separadamente no IQV das gestantes. As tabelas com os valores encontram-se em anexo. (Anexo 5)

Quanto à satisfação os itens que apresentaram os maiores percentuais foram: o 31, “Sua fé em Deus” (87,9%), o 29, “A possibilidade de ter uma criança” (84,3%) e o 2, “Sua gravidez” (80,3%) itens relacionados aos domínios psicológico / espiritual e saúde / funcionamento.

Observa-se que os itens 29 e 2 foram introduzidos no instrumento original e dizem respeito à especificidade deste momento na vida destas mulheres, a gestação. Os resultados obtidos neste item significam que a maioria das mulheres percebe a gravidez de maneira positiva.

Os itens com os quais as mulheres estão mais insatisfeitas em ordem decrescente são: o item 25 “Não ter um trabalho” que obteve o maior percentual de insatisfação 33,8%; o 6, “ A intensidade de irritação que você sente” (19,2%) e o 27, “Sua independência financeira” (15,7%); o 26, “ Sua escolaridade” (14,6%); o item 20, “O nível de estresse ou preocupações na sua vida” (14,1%); o 24, “Seu trabalho” (13,1%) e o item 5, “As mudanças de humor que você sente” (11,1%).

Note-se que dois itens introduzidos no instrumento (5 e 6) destacam-se entre os que obtiveram maiores percentuais de insatisfação e, portanto, podem estar influenciando na Qualidade de Vida das mulheres.

O item 3 “A assistência pré-natal que você está recebendo” demonstrou um percentual de 76,3% de satisfação e 93,9% de importância, ou seja, a maioria das gestantes caracteriza assistência ao pré-natal como muito importante, mas nem todas demonstraram estar satisfeita com esta assistência, pelo percentual obtido pelo item (76,3%). Estudo com gestantes⁶⁴ apresentou dados que envolviam assistência Pré Natal demonstrando que quanto maior a satisfação com a assistência ao Pré Natal maior os escore de Qualidade de Vida nos domínios Saúde/Funcionamento e Psicológico/Espiritual.

No que tange a importância, 41,6% dos itens apresentaram percentuais superiores a 90%. Em estudo com o mesmo instrumento adaptado somente 25% demonstraram este percentual⁶⁴.

Os itens com maiores percentuais, neste aspecto foram: o 13, “A felicidade de sua família” (97,5%); o 11, “A saúde de sua família”, (96,5%); o 29, “Ter essa criança” (96,5%) e o item 33, “Sua felicidade de modo geral”, (96,5%).

Enquanto os de menor importância foram: o 22, “Sua vizinhança” (4%), o 20, “Ter um nível aceitável de estresse ou preocupações em sua vida” (3,5%) e o 6, “Estar completamente livre de irritação”(2,5%), itens pertencentes aos domínios Saúde / Funcionamento e Sócio / Econômico.

O item 15 “Sua vida sexual” apresentou percentual de 83,8% de importância e 64,6% de satisfação, demonstrando que nem todas as gestantes estão muito satisfeitas com sua vida sexual, a literatura^{43,45} descreve que o desejo sexual pode estar diminuído no decorrer dos trimestres de gestação, principalmente no 1º e 3º trimestres.

Abaixo estão apresentadas as estatísticas descritivas dos escores de qualidade de vida, englobando, satisfação e importância de cada um dos itens do questionário de qualidade de vida (os escores variam de 0 a 30, sendo que quanto maior o escore melhor a qualidade de vida).

Tabela 10. Estatística descritiva das médias dos escores de qualidade de vida englobando satisfação e importância. São Paulo, 2005.

Qualidade de Vida	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
QV1	198	26,17	30,00	6,90	0,00	30,00
QV2	198	27,81	30,00	5,66	0,00	30,00
QV3	193	26,87	30,00	7,11	0,00	30,00
QV4	192	18,96	21,75	7,81	0,00	30,00
QV5	196	18,88	22,50	9,29	0,00	30,00
QV6	195	15,17	17,50	9,38	0,00	30,00
QV7	197	19,43	22,50	9,35	0,00	30,00

Qualidade de Vida	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
QV8	192	23,05	24,00	8,13	0,00	30,00
QV9	196	24,68	30,00	7,92	0,00	30,00
QV10	196	27,69	30,00	5,55	0,00	30,00
QV11	196	26,63	30,00	6,55	0,00	30,00
QV12	141	28,46	30,00	5,08	0,00	30,00
QV13	195	27,53	30,00	5,85	0,00	30,00
QV14	198	26,67	30,00	7,18	0,00	30,00
QV15	196	25,84	30,00	7,13	0,00	30,00
QV16	198	24,10	25,00	7,47	0,00	30,00
QV17	189	27,18	30,00	5,64	0,00	30,00
QV18	196	26,01	30,00	5,96	0,00	30,00
QV19	195	25,34	27,50	6,66	0,00	30,00
QV20	191	17,74	18,00	8,58	0,00	30,00
QV21	196	26,03	30,00	6,64	0,00	30,00
QV22	195	21,67	22,50	6,90	0,00	30,00
QV23	192	21,41	24,00	7,69	0,00	30,00
QV24	151	19,05	22,50	10,22	0,00	30,00
QV25	144	11,22	12,00	11,33	0,00	30,00
QV26	190	19,36	23,25	10,18	0,00	30,00
QV27	187	19,28	22,50	9,99	0,00	30,00
QV28	198	21,81	24,00	8,72	0,00	30,00
QV29	196	28,50	30,00	4,23	2,50	30,00
QV30	196	26,53	30,00	6,49	0,00	30,00
QV31	198	28,83	30,00	3,80	0,00	30,00
QV32	193	24,77	24,00	6,89	0,00	30,00
QV33	198	26,41	30,00	5,61	0,00	30,00
QV34	196	25,97	30,00	5,17	6,00	30,00
QV35	196	24,40	24,00	6,50	0,00	30,00
QV36	198	25,04	24,00	5,99	0,00	30,00

Segundo os valores apresentados na Tabela 10 em relação aos escores de Qualidade Vida, verifica-se que os itens 31, “Sua fé em Deus” (28,83), 29, “Ter essa criança” (28,50) e o item 12 “Seus filhos” (28,46) e o 2 “Sua gravidez” (27,81) obtiveram as maiores médias dos escores.

O item com maior média de escore e portanto, com importante influência na vida das gestantes que participaram do estudo foi a “Sua fé em Deus”. Defini-se religiosidade como uma aposta em algo que não se vê, uma força que faz criar novas opções, e que por um ato de fé modifica comportamentos, supera dificuldades de forma inacreditável. Em muitos casos, torna-se suporte para a vida e a existência⁶⁹.

Na Antropologia, o padrão religioso é dado como universal; não se conhece povo que não tenha suas crenças e que não realize seus rituais, existindo uma variedade muito grande no padrão de comportamento em cada povo⁶⁶.

Religião representa o sobrenatural, aquilo que foge do entendimento humano, estando acima das leis naturais e físicas⁶⁶.

Destacam-se dois elementos importantes em todas as religiões: a fé e o sobrenatural. Com relação à fé, sabe-se que a religião conta com um corpo doutrinário, um verdadeiro sistema de mitos. A crença é antes de tudo um ato de confiança, de respeito e reconhecimento, tornando-se de certo modo mais forte do que o conhecimento, pois, não supõe a compreensão. O conhecimento, ao contrário, existe para suprir a falta de entendimento com relação a muitos problemas existenciais humanos. Sendo assim a fé é a aceitação de certos enunciados tidos como certos e corretos, não porque sejam de fácil compreensão, mas porque alguém deu testemunho de que são verdadeiros⁶⁶.

Para aqueles que crêem, o sobrenatural é uma outra dimensão da vida, a mais importante e humana de todas. Essa idéia do que significa o sobrenatural pode variar entre as sociedades e culturas.

É bem possível que a concepção do sobrenatural tenha decorrido da constatação de vários conflitos que acompanham o existir humano. A humanidade se vê diante do binômio conflitante do bem e do mal, do certo e do

errado; há quem assegure que o problema do bem e do mal perpassa toda a realidade humana⁶⁶.

Percebe-se que o homem sempre procurou desenvolver um sistema global de conhecimentos que servisse para dar sentido à sua vida social. O conhecimento religioso tem este objeto, ao contrário da ciência, que restringe seu campo de conhecimento e de estudos apenas ao mundo sensível, isto é, suscetível de ser experimentado pelos sentidos, a religião existe para explicar tudo sem exceção, é tida como autoridade em todos os domínios, tem explicação para o sentido da vida, para a origem de tudo⁶⁶.

Diante do exposto infere-se que a religião é forte na vida das gestantes e que a fé no sobrenatural, supre a falta de entendimento do que não tem explicação, dando sentido a vida.

A possibilidade de gerar uma criança, os filhos, e a própria gravidez foram às questões subseqüentes que se destacaram com as maiores médias dos escores. Desta maneira faz-se necessário destacar o que os estudos revelam acerca destas questões.

A gestação e a fecundação do ser humano, desde tempos remotos, eram envolvidas por mistérios, tabus, preconceitos e rituais, que buscavam explicar o incompreensível, o não visto a causa geradora do ser humano, bem como o seu desenvolvimento. Os mitos em relação a gravidez eram e continuam sendo incontáveis, remontando aos tempos mais antigos, alterando-se de acordo com cada cultura e momento histórico⁶⁵.

Na Antiguidade, a gravidez era extremamente valorizada, em razão da sua finalidade, a perpetuação da espécie. Em determinadas culturas, as mulheres grávidas eram colocadas acima da humanidade vulgar, sendo escolhidas por Deus para dar continuidade à vida humana, respeitadas e cultuadas através da religião⁷⁰.

Faz-se aqui importante relacionar estas definições com os dados obtidos neste estudo, onde as questões de maiores médias dos escores atribuídas pelas mulheres gestantes foram a religiosidade e a possibilidade de ter um filho, ou seja, perpetuar a espécie gravidez.

Na época romana, a gestação representava a efetivação da união e dava direito a um dote ao cônjuge, aumentando seu legado⁷⁰.

O controle das mulheres e dos seus respectivos corpos é, em especial, um anseio que atravessa boa parte da história da humanidade. A apropriação do corpo feminino para as práticas de sobrevivência da espécie sempre existiu, em quase todos os povos desde a Antiguidade⁷¹.

A reprodução feminina sempre adquiriu formas de controle específicas em diferentes momentos e sociedades⁷².

A dominação do corpo feminino passa por sua condição de natureza biológica predominante que é a reprodução. Portanto, a idéia de natureza feminina baseia-se em fenômenos biológicos que ocorrem no corpo da mulher como: gestar, parir e amamentar⁷³.

Os filhos, a gravidez tem representações fortes na vida da mulher. Os dados encontrados corroboram, com o significado da maternidade e da relação mãe-filho encontrados na literatura.

Desde o século XVI, a medicina esforçava-se por tornar os laços entre mãe e filhos naturalmente indissolúveis, definindo a natureza da mulher como estritamente vinculada à maternidade⁷⁴.

No final do século XVIII, a medida que o corpo natural se converte na chave do discurso social, o corpo feminino torna-se no campo de batalha para a redefinição da relação social fundamental: a da mulher com respeito ao homem. Os corpos femininos foram convertidos em portadores de um novo eixo de significados com a instauração da medicina científica no século XIX⁷³.

As mudanças ocorridas no país desde o início do século do século XX, principalmente a partir do movimento de mulheres da década de 70, ainda hoje a maternidade é vista quase como um sinônimo de expressão da identidade feminina e continua sendo reconhecida e valorizada socialmente. Assim tanto no discurso oficial como na sociedade em geral, ser mulher significa ser mãe, com o dever de amamentar, pois existe uma correspondência perfeita entre os atributos físicos e as funções sociais⁷³.

Trabalho realizado na Suécia, com 200 gestantes demonstrou que a maior preocupação das mulheres durante a gravidez por ordem de importância seria a saúde do bebê, parto e a possibilidade de abortar seguida da sua própria saúde e assuntos como trabalho e dinheiro⁷⁵.

Outra pesquisa que utilizou o mesmo instrumento adaptado para gestação também apresentou os itens 12 “Seus filhos” e o item 31 “Sua fé em Deus” com as maiores médias⁶⁴.

Os itens que apresentaram as menores médias foram o 25 “Ter um trabalho” (11,22), o 6 “ A intensidade de irritação que você sente” (15,17) item este acrescido no instrumento, o 20 “ O nível de estresse e preocupação em sua vida” (17,74), 5 “As mudanças de humor que você sente” (18,88) e o 4 “A intensidade de desconforto que você sente” (18,96) itens estes acrescido e adaptado respectivamente.

Estes dados demonstram que, fatores relacionados aos domínios Sócio/Econômico e Saúde/Funcionamento, podem interferir na Qualidade de Vida das gestantes por apresentarem as menores médias do escore. Fato este, verificado em outro estudo⁶⁴ envolvendo gestantes, onde os domínios Sócio/Econômico e Saúde/ Funcionamento também apresentaram médias inferiores.

5.3.4 ANÁLISE COMPARATIVA DO IQV NOS TRIMESTRES DE GESTAÇÃO.

A estatística descritiva dos índices finais está apresentada na Tabela 11. Observa que as médias dos escores do IQV Geral e por domínio apresentaram uma variação de 21,44 a 27,24 valores estes demonstrados no Gráfico 1.

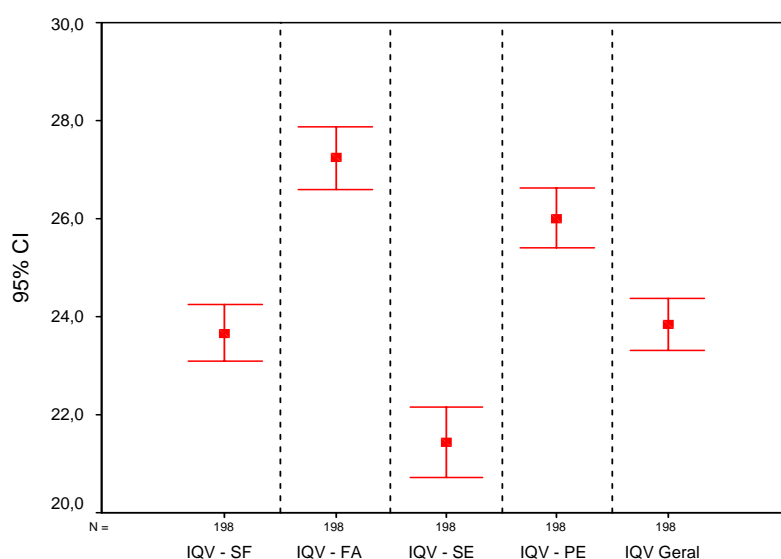
O domínio Família apresentou a maior média do escore de Qualidade de Vida (27,24), e desvio padrão de 4,54. Dando seguimento o domínio Psicológico / Espiritual (26,00) e Saúde / Funcionamento (23,27). O domínio Sócio / Econômico apresentou a menor média do escore (21,44), com desvio padrão de 5,20, ou seja, a sua média demonstrou uma variação maior em relação aos outros domínios.

Tabela 11. Estatística descritiva dos escores de qualidade de vida geral e por domínio. São Paulo, 2005.

Índices de Qualidade de Vida	N	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
IQV- Saúde/Funcionamento	198	23,67	4,03	24,35	5,44	30,00
IQV – Família	198	27,24	4,54	29,38	0,00	30,00
IQV – Sócio/Econômico	198	21,44	5,20	22,33	5,56	30,00
IQV – Psicológico/Espiritual	198	26,00	4,35	27,43	4,29	30,00
IQV Geral	198	23,84	3,81	24,42	5,86	29,67

O Gráfico1 ilustra melhor estes resultados em intervalo de confiança das médias. Observa-se que o domínio Família se destaca dos demais e o domínio Sócio / Econômico foi o que apresentou menor média.

Houve sobreposição de intervalo de confiança no IQV Geral e no domínio Saúde/Funcionamento, onde suas médias encontram-se no mesmo espaço, não havendo diferença do IQV Geral com o domínio Saúde/Funcionamento.

**Gráfico 1.** Comparativo das médias dos escores do Índice de Qualidade de Vida geral e por domínio em intervalo de confiança. São Paulo, 2005.

A Tabela 12 traz as médias dos escores de Qualidade de Vida Geral e por domínio nos trimestres de gestação e o Gráfico 2 ilustra melhor estes dados em intervalo de confiança.

Tabela 12. Comparação das médias dos escores de qualidade de vida geral e por domínio, nos trimestres de gestação. São Paulo, 2005.

IQV	Trimestre	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	p-valor
IQV - Saúde/ Funcionamento	1° trimestre	64	24,29	24,85	3,82	10,82	30,00	
	2° trimestre	67	23,03	24,21	3,79	10,74	29,65	
	3° trimestre	67	23,72	24,21	4,41	5,44	29,29	0,081
	Total	198	23,67	24,35	4,03	5,44	30,00	
IQV - Família	1° trimestre	64	28,29	30,00	3,21	15,00	30,00	
	2° trimestre	67	26,80	28,50	4,74	6,00	30,00	
	3° trimestre	67	26,69	28,50	5,25	0,00	30,00	0,029*
	Total	198	27,24	29,38	4,54	0,00	30,00	
IQV - Sócio- Econômico	1° trimestre	64	23,32	24,31	4,47	6,31	30,00	
	2° trimestre	67	20,48	20,88	5,20	5,56	28,31	
	3° trimestre	67	20,61	21,56	5,45	9,88	30,00	0,003*
	Total	198	21,44	22,33	5,20	5,56	30,00	
IQV - Psicológico/ Espiritual	1° trimestre	64	26,55	27,43	4,07	4,29	30,00	
	2° trimestre	67	25,41	26,36	4,13	8,57	30,00	
	3° trimestre	67	26,07	27,43	4,80	5,36	30,00	0,131
	Total	198	26,00	27,43	4,35	4,29	30,00	
IQV Geral	1° trimestre	64	24,80	25,10	3,43	9,19	29,67	
	2° trimestre	67	23,13	23,47	3,57	12,25	29,23	
	3° trimestre	67	23,65	24,43	4,24	5,86	29,47	0,015*
	Total	198	23,84	24,42	3,81	5,86	29,67	

* estatisticamente significante ($p < 0,05$)

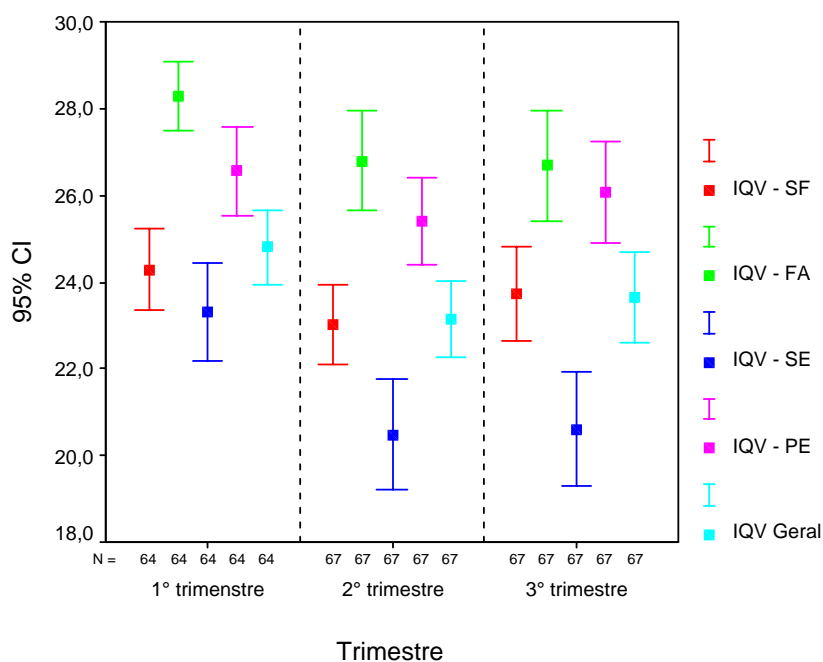


Gráfico 2. Intervalo de confiança das médias dos escores do Índice de Qualidade de vida geral e por domínios, separados por Trimestre de gestação. São Paulo, 2005.

No domínio Saúde / Funcionamento foi encontrada a média mais alta, no 1º trimestre (24,29) e a menor no 2º trimestre (23,03). Estes dados inferem uma possível correlação com as modificações fisiológicas próprias da gestação, as quais tendem a acentuar-se com o decorrer das semanas de gestação. Neste domínio estão agrupados itens que abordam essas mudanças.

O Gráfico 3 ilustra melhor estes achados. Embora no 1º trimestre e no 2º haja sobreposição de intervalos de confiança, nenhum dos intervalos de uma média inclui a outra média, ou seja existe diferença do IQV no 1º trimestre e no 2º neste domínio.

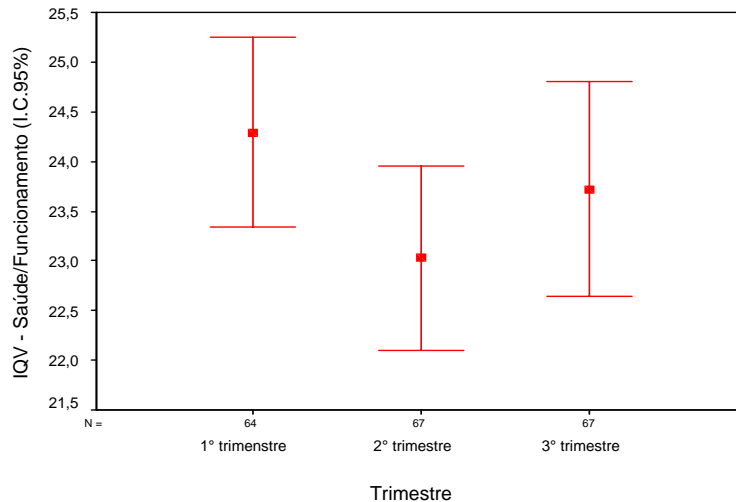


Gráfico 3. Intervalo de confiança das médias do Índice de Qualidade de Vida no domínio Saúde / Funcionamento, em cada trimestre de gestação.

O IQV no domínio Família segundo a Tabela 12 apresentou a maior média no 1º trimestre (28,29), e a menor no 3º trimestre (26,69). No esquema gráfico deste domínio nota-se sobreposição dos intervalos de confiança em todos os trimestres, mas somente no 1º trimestre e no 3º que os intervalos de uma média não inclui a outra média, inferindo diferença dos IQV.

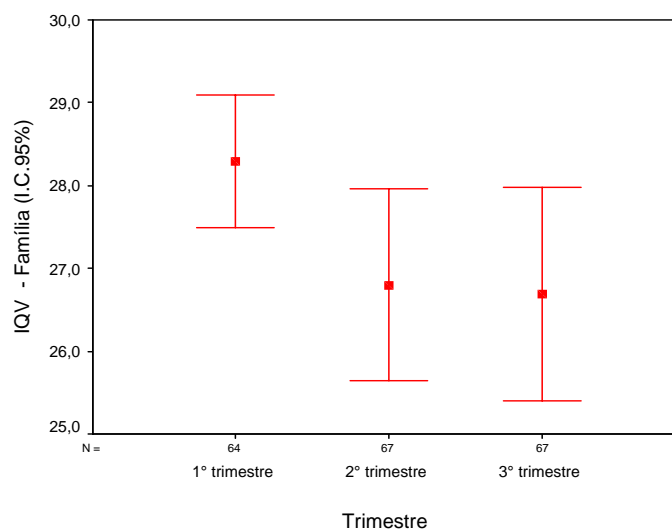


Gráfico 4. Intervalo de confiança das médias do Índice de Qualidade de Vida no domínio Família, em cada trimestre de gestação.

Estes resultados podem estar relacionados com o estado civil das mulheres gestantes que participaram do estudo, pois no 1º trimestre a maioria (84,40%) era casada e no 3º somente 50,00%.

Dando seqüência aos dados da Tabela 12 o IQV para o domínio Sócio / Econômico apresentou a média mais alta no 1º trimestre (23,32) e a menor no 2º trimestre (20,48).

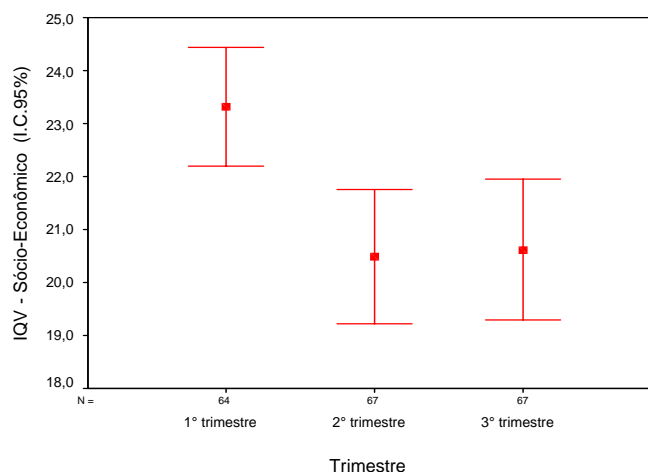


Gráfico 5. Intervalo de confiança das médias do Índice de Qualidade de Vida no domínio Sócio / Econômico, em cada trimestre de gestação. São Paulo, 2005.

O Gráfico 5 mostra sobreposição das médias nos intervalos de confiança somente no 2º trimestre e no 3º, ou seja o Índice de Qualidade de Vida neste domínio é maior no 1º trimestre, talvez porque as mulheres deste trimestre estivessem na sua maioria empregadas (64,10%).

Finalizando os dados da Tabela 12, o IQV no domínio Psicológico/ Espiritual com maior média foi no 1º trimestre (26,55) e a menor no 2º trimestre (25,41).

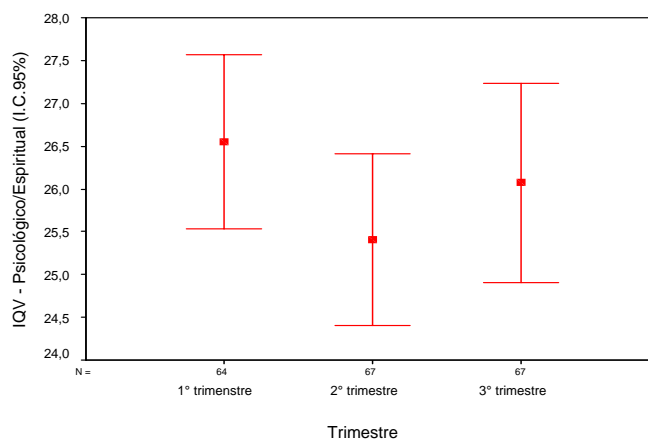


Gráfico 6. Intervalo de confiança das médias do Índice de Qualidade de Vida no domínio Psicológico/Espiritual, em cada trimestre de gestação. São Paulo, 2005.

O Gráfico 6 demonstra bem estes dados, somente o 1º trimestre tem sua média fora do intervalo de confiança dos outros trimestres, demonstrando a diferença do Índice de Qualidade de Vida deste trimestre em relação aos outros.

Quanto às médias do IQV Geral, a Tabela 12 mostra que o 1º trimestre obteve a maior média (24,80) em seguida o 3º trimestre (23,67) e finalizando o 2º trimestre (23,13). O Gráfico 7 apresenta melhor o comportamento destes dados.

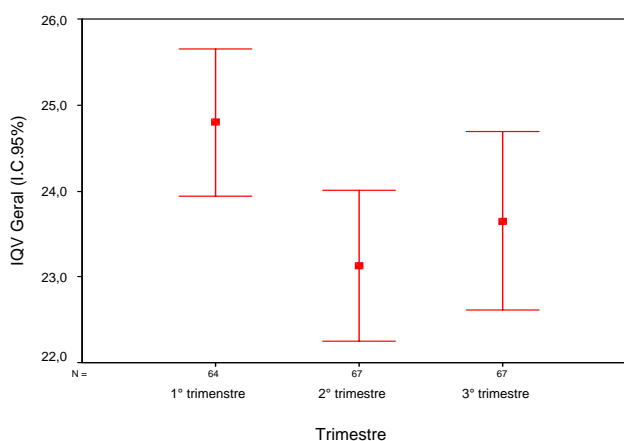


Gráfico 7. Intervalo de confiança das médias do Índice de Qualidade de Vida Geral, em cada trimestre de gestação. São Paulo, 2005.

A Tabela 12 mostra que existe diferença estatisticamente significativa do Índice de Qualidade de Vida Geral, Família, Sócio / Econômico onde o $p > 0,005$. Os domínios Saúde / Funcionamento e Psicológico / Espiritual, não apresentaram diferença estatisticamente significativa.

Desta maneira compararam-se os domínios que apresentaram diferença estatisticamente significativa. Estes dados encontram-se na Tabela 13.

Tabela 13. Resultado das comparações múltiplas. São Paulo, 2005.

Comparações Múltiplas	IQV – Família	IQV – Sócio/ Econômico	IQV Geral
1° trimestre X 2° trimestre	0,060	0,005*	0,037*
1° trimestre X 3° trimestre	0,044*	0,008*	0,252
2° trimestre X 3° trimestre	0,889	> 0,999	0,743

* estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

Pelos resultados obtidos destas comparações múltiplas, nota-se que no IQV domínio Família houve diferença estatística entre as gestantes do 1° trimestre com relação as gestantes do 3°. As gestantes do 1° trimestre apresentaram índices maiores de qualidade de vida. Nota-se uma tendência de diferença estatística entre as gestantes do 1° trimestre em relação as do 2° ($p \cong 0,05$). Não houve diferença significativa na comparação das gestantes do 2° trimestre com as do 3°.

O IQV para o domínio Sócio-Econômico apresentou diferença estatística entre as gestantes do 1° trimestre com relação as gestantes do 2° e 3° ($p < 0,05$). As gestantes do 1° trimestre apresentaram índices maiores de qualidade de vida. Não houve diferença significativa na comparação das gestantes do 2° trimestre com as do 3° trimestre de gestação.

Analisando o IQV Geral, houve diferença estatística entre as gestantes do 1° trimestre com relação as do 2°. As gestantes do 1° trimestre de gestação apresentaram índices maiores de qualidade de vida. Não houve diferença significativa na comparação das gestantes do 2° trimestre com as do 3° trimestre, assim como as do 1° trimestre X 3° trimestre de gestação.

Em outro estudo que utilizou o mesmo instrumento adaptado, a comparação das médias dos escores de Qualidade de Vida Geral e por domínio no 2º trimestre e 3º trimestre não demonstraram diferença estatisticamente significativa, ou seja as gestantes apresentaram as mesmas médias dos escores de Qualidade de Vida independente do trimestre⁶⁴.

Conclusões

A análise dos resultados obtidos permite concluir que:

- a maioria das gestantes (96,5%) residia na área urbana e tinha idade média de 25,69 anos variando de 13 a 46 anos de idade.
- o grau de escolaridade com maior percentual (52,5%) foi o ensino médio completo.
- a maioria era casada (84,4%), e predominaram as que residiam com o marido e os filhos (38,9%).
- a maioria das gestantes do 1º trimestre (64,10%) encontrava-se empregada e no 3º trimestre a maioria (67,20%) desempregada.
- a renda familiar média das gestantes nos três trimestres foi de R\$ 423,48 reais, o que corresponde 1 a 2 salários mínimos (salário vigente R\$ 350,00).
- a maioria das gestantes (62,12%) tinha mais de uma gestação, 44,94% eram primíparas e a maioria (80,80%) nunca havia abortado. A maioria (95,95%) era gestante de baixo risco e 45,95% tinham 1 filho.
- o valor de Alfa do IQV Geral, foi 0,8348.
- os domínios apresentaram boa consistência interna exceto o domínio Família com valor de Alfa mais baixo (0,699).
- os itens que alcançaram as maiores médias dos escores do Índice de Qualidade de Vida foram: o 31, “A sua fé em Deus” (28,83), o 29, “A possibilidade de ter uma criança” (28,50), 12, “Seus filhos” (28,46) e o 2 “Sua gravidez” (27,81).
- os itens com menores médias dos escores do Índice de Qualidade de Vida foram: o 25, “O fato de não ter um trabalho” (11,22), 6, “A intensidade de irritação que você sente” (15,17), o 20, “O nível de estresse e preocupações em sua vida” (17,74), 5 “As mudanças de humor que você sente” (18,88) e o 4 “Intensidade de desconforto que você sente” (18,96), itens estes acrescidos e adaptados.

-
- os domínios por ordem decrescente de média foram: Família (27,24), Psicológico/Espiritual (26,00), Saúde/ Funcionamento (23,27) e com a menor média o Sócio/Econômico (21,44).
 - a média do Índice de Qualidade de Vida Geral dessas gestantes é relativamente alta 23,84.
 - houve diferença significativa do Índice de Qualidade Vida das mulheres que participaram do estudo no domínio Família na comparação entre o primeiro trimestre de gestação e o terceiro, e no domínio Sócio/Econômico no primeiro trimestre em relação ao segundo e ao terceiro trimestres.
 - houve diferença significativa do Índice de Qualidade de Vida Geral das gestantes do primeiro trimestre de gestação e as do segundo.

Considerações

Finais

O estudo permitiu verificar que a Qualidade de Vida das gestantes que participaram da amostra, é relativamente boa e que os trimestres gestacionais podem ter influência em sua percepção de Qualidade de Vida.

Embora, os resultados deste estudo não possam ser generalizados e caracterizar a percepção de todas as gestantes sobre Qualidade de Vida, eles podem colaborar para a compreensão de certos aspectos individuais muitas vezes não percebidos ou não inferidos como importantes pelos profissionais da saúde.

No momento da gravidez muitas modificações e adaptações acontecem com cada mulher e é importante que o profissional de saúde saiba identificar e amenizar os fatores que podem influenciar negativamente neste processo. Desta maneira, há necessidade de se buscar outras populações para aplicar o mesmo instrumento, de modo a possibilitar comparações que consolidem os achados e possam enriquecer o conhecimento sobre a temática.

Vale destacar que para uma assistência de enfermagem com qualidade faz-se necessário conhecer a realidade da população e planejar o cuidado mediante suas necessidades que envolvem, também os aspectos sociais. O papel do enfermeiro neste processo é detectar, precocemente fatores que possam alterar a qualidade de vida das mulheres sob seus cuidados⁷⁶.

Qualidade de Vida é uma área individual e complexa, que pode receber influências ligadas à saúde e ao bem-estar, fazendo-se necessário o desenvolvimento de estudos que busquem identificar e avaliar os padrões de Qualidade de Vida estabelecidos pela população, permitindo uma compreensão acerca das áreas da vida percebidas pelo indivíduo como importantes e identificar os pontos nos quais gostariam de obter melhorias⁷⁷.

Cada pessoa tem valores, satisfações e planos tão essenciais quanto imprecisos, o que confere a cada indivíduo uma unicidade que não é previsível.⁷⁸

É essencial ressaltar que o Índice de Qualidade de Vida aplicado neste estudo, além de ser facilmente aplicado e compreendido, apresenta itens com características mais específicas acerca dos domínios, tornando-o um instrumento mais sensível às alterações que as pessoas possam apresentar.

Em contrapartida, grande parte dos estudos de avaliação da Qualidade de Vida utiliza, um instrumento genérico, o SF-36, também de fácil aplicação e compreensão, mas segundo alguns autores, com dimensões muito gerais que acabam sendo pouco sensíveis às possíveis alterações⁷⁹.

Desta forma, o presente estudo procurou colaborar com as investigações acerca do processo gravídico gerando informações para a melhoria da qualidade da assistência a gestante, à medida que apresenta as áreas de maior fragilidade para estas gestantes.

Referências Bibliográficas

1. Gift AG. Clarifying concepts in nursing research. Springer Publishing 1997.
2. Ferreira ABdeO. Pequeno Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. 11ªed. Rio de Janeiro: Editora Gamma; 1975.
3. Cervo AL, Bervian PA. Metodologia Científica. 5ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall editora; 2004.
4. Chinn PL, Jacobs MK. Theory and nursing: A systematic Approach. St.Louis: C.V. Mosby; 1983.
5. Hickman JS. Introdução à teoria de enfermagem. In: George JB e colaboradores. Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed editora; 2000.
6. Villalobos MMDde. Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo. 1ªed. Colombia: Proyecto INNOVAR; 1998.
7. Torres G. A posição dos conceitos e Teorias na Enfermagem. In: George JB e colaboradores. Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 2ªed. Porto Alegre: Artmed editora; 1998.
8. Kimura M. Tradução para o português e validação do “Quality of life index” de Ferrans e Powers. {Tese} São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1999.
9. Baylet, TJ. Quality assurance. Postgrad. Med.J. 64(752): 473-4, 1988.
10. Painter, P. The importance of exercise training in rehabilitation of patients with end-stage renal disease. Am. J. Kidney. Dis. 24:2-9, 1994.
11. Cohen C. On the quality of life: some philosophical reflections. Circulation 1982; 66: 29-33.
12. Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: From where are we going. J. Clin Epidemiol 1999; 4(52): 355-63.
13. Seidl EMF, Zannon CMLdaC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Caderno de Saúde Pública 2004; 20(2): 580-88.
14. Setién, ML. Indicadores sociales de calidad de vida. Um sistema de medición aplicado al País Vasco. Madrid. Siglo XXI de España Editores, 1993.
15. Gill, TM, Feisnstein, AR. A critical appraisal of the quality of quality of life measurements. JAMA ; 272(8):619-26, 1994.

16. Farquhar, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *J.Adv.Nurs.*; 22: 502-8, 1995.
17. Gusmão, JL de. A Qualidade de Vida da pessoa com Hipertensão Arterial. In: Pierin, AMG. *Hipertensão Arterial. Uma proposta para o cuidar.* São Paulo, SP.Ed. Manole, 2004.
18. Diniz, DP, Schor, N. *Qualidade de Vida. Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar – UNIFESP.* São Paulo. SP. Ed. Manole. 1ºed. 2006.
19. The WHOQOL group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41: 1403-10.
20. Minayo MCdeS, Hartz ZMdeA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e saúde Coletiva* 2000; 5(1):7-18.
21. Flanagan, J. Measurement of quality of life: current state of the art. *Arch. Physical Méd. Reab.*, v. 63, p. 56-9, 1982.
22. Gianchello, AL. Health outcomes research in Hispaniccs/Latinos. *Journal of Med. Systems.* 21(5): 235-54. 1996.
23. Oleson M. Subjectively perceived quality of life. *Image. J.Nurs Sch;* 22(3):187-90, 1990.
24. Bowling A. *La Medida de la Salud: Revisión de las Escalas de Medida de la Calidad de Vida.* Barcelona: Masson; 1994.
25. Costa Neto, SB. *Qualidade de vida dos portadores de câncer de cabeça e pescoço.* Brasília 2002. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília.
26. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36- item Short-Form Health Survey (SF-36)” {Tese} São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 1997.
27. Fleck MPA et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100); 1997.
28. Ferrans CE, Powers MJ. Psychometric assessment of the Quality of life index. *Res.Nurs. Health* 1992;15:29-38.
29. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 163- 77.

-
30. OPAS 1998. La Salud en las Américas, vol.1 OPAS, Washington. 368p.
 31. Patrício ZM. Qualidade de vida do ser Humano na perspectivas de novos paradigmas. In: Patrício ZM, Casagrande JL, Araújo MF (org). Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: Ed. Autor; 1999.
 32. Castellani Filho L. Lazer e qualidade de vida: In: Marcellino NC. Políticas públicas setoriais de lazer: o papel das prefeituras. São Paulo: Ed. Autores;1996.
 33. Ventegodt S, Merrick J. Lifestyle, quality of life and health. Scientific World Journal 2003;3:811-25.
 34. Perrot M. Os excluídos da história. 2º ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
 35. Oliveira EM de. A mulher, a sexualidade e o trabalho: In: Da pré-história da relação trabalho/saúde à dimensão de gênero. São Paulo: Ed. Hucitec; 1999.
 36. Cárdenas AMC de, Cianciarullo TI. Qualidade de vida da mulher dona de casa de uma comunidade de baixa renda. Texto Contexto Enf 1999; 8(3):183-99.
 37. Saúde Brasil. Uma análise da situação de saúde. Ministério da Saúde; 2004.
 38. Cianciarullo TI et al. A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial. São Paulo: Ed. Ícone; 1998.
 39. Briquet R. Obstetrícia Normal. São Paulo. Freitas Bastos 1939.
 40. Guariento A, Mamede JAV. Medicina Materno Fetal. Vol 1. São Paulo: Editora Atheneu 2001.
 41. Netto HC. Obstetrícia Básica. São Paulo: Editora Atheneu 2004.
 42. Maldonado MT. Psicologia da gravidez. Parto e puerpério. 15º.ed. São Paulo: Saraiva; 2000.
 43. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. O cuidado em Enfermagem Materna. São Paulo: ArtMed Editora; 2002.
 44. Bonadio IC. "Ser tratada como gente": a vivência de mulheres grávidas atendidas no serviço de pré natal de uma instituição filantrópica. [tese] São Paulo (SP). Escola de Enfermagem da USP, 1996. p.8-16.

-
45. Barros SMO, Marin H de F, Abrão ACFV. *Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: guia para a prática assistencial*. São Paulo: Roca 2002.
 46. Evans DR. Enhancing quality of life in the population at large. *Social Indicators Research* 1994, 33:47-88.
 47. Hueston WJ, Kasik-Miller S. Changes in Functional health status during normal pregnancy. *J Fam Pract* 1998; 47(3):209-12.
 48. Zib M, Lim L, Walters WA. Symptoms during normal pregnancy: a prospective controlled study. *J Obstet Gynecol* 1999;3(4) 410-14.
 49. Olsson C, Nilsson-Wikmar L. Health-related quality of life and physical ability among pregnant women with and without back pain in late pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83(4): 351-7.
 50. Morling B, Kitayama S, Miyamoto Y. American and Japanese women use different coping strategies during normal pregnancy. *Pers Soc Psychol Bull* 2003. Dec;29(12):1533-46.
 51. Dolan LM, Walsh D, Hamilton S, Marshall K, Thompson K, Ashe RG. A study of quality of life in primi gravidae with urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2004 May-Jun; 15(3) 160-4.
 52. Ministério Saúde. *Assistência Pré Natal – Manual Técnico*. Brasília; 2000.
 53. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: development and psychometric properties. *Adv.Nurs.Sci* 1985; 8(1):15-24.
 54. Fernandes, RAQ , Cianciarullo TI, Vido MB, Narchi, NZ. Qualidade de Vida da mulher no ciclo gravídico puerperal: adaptação de um instrumento. *Rev. Online Brazilian Journal of Nursing*. (no prelo)
 55. Fernandes RAQ, Narchi NZ, Cianciarullo TI. Qualidade de vida da mulher de baixa renda na fase gravídica. In: 15TH Congress on Women's Health Issues e IV Congress on Obstetric and Neonatal Nursing, São Pedro, Novembro de 2004, CD-Rom.
 56. Silva JBG. Acupuncture for low back pain in pregnancy – a prospective, quase-randomized, controlled study. *Acupuncture in Med*. 2004 22(2).
 57. Vieira, S. *Introdução à Bioestatística*. Rio de Janeiro: Campus, 3ª ed. 1998.
 58. Siegel, S. and Castellan, N.J. *Nonparametric Statistics*. New York: McGraw-Hill. 2ed. 1988.

-
59. Neter, J., Kutner, M. H., Nachtsheim, C. J. and Wasserman, W. (1996). *Applied Linear Statistical Models*. 4ª ed. U.S.A.: Times Mirror Higher Education Group. 1408 p.
60. Armitage, P. and Berry, G. *Statistical Methods in Medical Research*. 3 ed. Oxford: Blackwell Science, 1994.
61. Brasil-Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes*. Brasília: Série C. Projetos, Programas e Relatórios; 2004.
62. Lima M de OP. *Qualidade de Vida relacionada a saúde de mulheres grávidas com baixo nível sócio-econômico [Dissertação]* São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2006.
63. Brasil, *Plano Nacional de Políticas para as mulheres*. Brasília, 2004.
64. Fernandes RAQ. *Qualidade de Vida para gestantes de uma comunidade carente do município de São Paulo. Relatório de Pesquisa – Universidade de Guarulhos – Ung/Junho 2006*.
65. Zampieri, MFM. *Enfocando a Concepção e a Gestação em uma perspectiva histórica e social*. Nursing. Junho, 2001.
66. Mello, LG de *Antropologia Cultural: Iniciação Teoria e Temas*. 11ª ed. Editora Vozes. Petrópolis. 2004.
67. Machado RCBR. *Validação do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers para a população geral do município de Londrina. [Dissertação]*. Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem 2000.
68. Fleck AC, Wagner A. *A mulher como a principal provedora do sustento econômico familiar*. *Psicologia em Estudo*, Maringá 2003;8 31-38.
69. Rocha, MJP. *Gênero e Religião*. Portal Brasileiro da Filosofia. www.filosofia.pro.br acessado em 30/04/2006.
70. Barbaut, J. *O nascimento através dos tempos e dos povos*. Portugal: Terramar, 1990.
71. Foucault, M. *Vigiar e punir*. 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 1987.
72. Barbieri, T. *Sobre la categoría de gênero: uma introducción teórico-metodológica*. In: Azeredo, S.; Stolcke, V. (coords). *Direitos Reprodutivos*. São Paulo: Prodir/FCC, 1991.
73. Moreira, KFA , Nakano, AMS. *Aleitamento Materno: Instintivo? Natural? O paradigma biológico x os direitos reprodutivos em*

-
- discussão. Rev.Bras. Enferm.,Brasília, v.55,n.6, p.685-690, nov./dez. 2002.
74. Del Priore, M. Ao sul do corpo: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia. 2ªed.Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.
75. Ohman SG, Grunewald C, Waldenström U. Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge worry scale on 200 swedish women. Scand J Caring Sci 2003; 17(2):148-52.
76. Nansel TR, Doyle F, Frederick MM, Zhang J. Quality of life in woman undergoing medical treatment for early pregnancy failure. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2005 Jul-Aug 34(4):473-81.
77. Symon A. A review of mothers' prenatal e postnatal quality of life. Health and Quality of Life Outcomes [serial on line] 2003; 1(3). Disponível em: <http://www.hqol.com/content/1/1/38> acessado em 29 agost 2006.
78. Brasil VV. Qualidade de Vida do portador de Marcapasso Cardíaco Definitivo: antes e após implante. {Tese} São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.
79. Fonseca ESM, Camargo ALM, Castro RA, Sartori MGF, Fonseca MCM, Rodrigues de Lima G, Girão MJBC. Validação do questionário de Qualidade de Vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. Ver Brás Ginecol Obstet: 2005; 27(5): 235-42.

Anexos

Anexo 1



UNIVERSIDADE GUARULHOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que recebi orientação sobre a pesquisa “Qualidade de Vida na gravidez” que será realizada com o intuito de melhorar a assistência à saúde da mulher e cujo objetivo é de identificar o índice de Qualidade de Vida para as mulheres gestantes, utilizando uma adaptação do instrumento de Ferrans & Powers.

Está claro para mim que minha participação no estudo limita-se a responder um formulário e entendo que nenhuma compensação será oferecida por eu participar e que minha assinatura neste documento, por livre e espontânea vontade, significa que concordo em agir como sujeito nas atividades de pesquisa que visam melhorar o tipo de atendimento efetuado. Por este termo ficou-me assegurado que as respostas obtidas serão mantidas em sigilo e que a qualquer momento posso interromper minha participação no referido Projeto. Declaro, ainda, que fui certificada de que os resultados deste trabalho poderão ser publicados ou utilizados em estudos futuros e que não há riscos para minha pessoa nas atividades a serem desenvolvidas.

de 2005.

Nome da participante
RG. _____

Assinatura da participante

Profa Dra Rosa Áurea Quintella Fernandes
Pesquisador Responsável – COREN 5532
Telefone (011) 91985847

Milena Butolo Vido
COREN 61610
Telefone (019) 97677699

Anexo 2

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA FERRANS & POWERS

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

QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM:	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. Sua gravidez	1	2	3	4	5	6
3. A assistência pré-natal que você está recebendo?	1	2	3	4	5	6
4. A intensidade de desconforto que você sente?	1	2	3	4	5	6
5. As mudanças de humor que você sente (tristeza e alegria)	1	2	3	4	5	6
6. A intensidade de irritação que você sente	1	2	3	4	5	6
7. A energia que tem para as atividades diárias	1	2	3	4	5	6
8. Sua independência física?	1	2	3	4	5	6
9. Sua capacidade para 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 com o(a) esposo(a)/companheiro(a)?	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

QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM:	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
18. Sua capacidade para cumprir com as responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
19. Sua capacidade para ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
20. O nível de estresse ou preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6
21. Seu lar?	1	2	3	4	5	6
22. Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
23. Suas condições sócio-econômicas?	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 mesmo, de modo geral?	1	2	3	4	5	6

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

QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importante	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. Esta gravidez	1	2	3	4	5	6
3. O cuidado pré-natal?	1	2	3	4	5	6
4. Estar completamente livre de desconforto?	1	2	3	4	5	6
5. Estar completamente livre de mudanças de humor	1	2	3	4	5	6
6. Estar completamente livre de irritação	1	2	3	4	5	6
7. Ter energia suficiente para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
8. Sua independência física?	1	2	3	4	5	6
9. Ter condições físicas para 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 com o(a) esposo(a)/companheiro(a)?	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

QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
	1	2	3	4	5	6
18. Cumprir com as responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
19. Ter capacidade para ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
20. Ter um nível aceitável 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. Ter boas 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 essa 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 com a vida?	1	2	3	4	5	6
35. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
36. Ser você mesmo?	1	2	3	4	5	6

Anexo 3

Anexo 4

Anexo 5

Freqüências relativas e absolutas das Questões de Satisfação. São Paulo, 2005.

Quanto você está satisfeito com: N (%)	NR/NP	Muito insatisfeito (1)	Moderadamente insatisfeito (2)	Pouco insatisfeito (3)	Pouco satisfeito (4)	Moderadamente satisfeito (5)	Muito satisfeito (6)
1) Sua saúde (N=198)	0 (0,0%)	7 (3,5%)	2 (1,0%)	6 (3,0%)	7 (3,5%)	49 (24,7%)	127 (64,1%)
2) Sua gravidez (N=198)	0 (0,0%)	5 (2,5%)	0 (0,0%)	3 (1,5%)	5 (2,5%)	26 (13,1%)	159 (80,3%)
3) A assistência pré-natal que você está recebendo? (N=198)	4 (2,0%)	8 (4,0%)	4 (2,0%)	2 (1,0%)	10 (5,1%)	19 (9,6%)	151 (76,3%)
4) A intensidade de desconforto que você sente? (N=198)	1 (0,5%)	12 (6,1%)	21 (10,6%)	26 (13,1%)	29 (14,6%)	82 (41,4%)	27 (13,6%)
5) As mudanças de humor que você sente? (N=198)	1 (0,5%)	22 (11,1%)	20 (10,1%)	20 (10,1%)	27 (13,6%)	58 (29,3%)	50 (25,3%)
6) A intensidade de irritação que você sente? (N=198)	2 (1,0%)	38 (19,2%)	19 (9,6%)	33 (16,7%)	40 (20,2%)	42 (21,2%)	24 (12,1%)
7) A energia que tem para as atividades diárias? (N=198)	1 (0,5%)	18 (9,1%)	14 (7,1%)	32 (16,2%)	30 (15,2%)	44 (22,2%)	59 (29,8%)
8) Sua independência física? (N=198)	5 (2,5%)	8 (4,0%)	9 (4,5%)	16 (8,1%)	21 (10,6%)	54 (27,3%)	85 (42,9%)
9) Sua capacidade para controlar sua vida? (N=198)	2 (1,0%)	7 (3,5%)	9 (4,5%)	10 (5,1%)	6 (3,0%)	52 (26,3%)	112 (56,6%)
10) A possibilidade de viver por longo tempo? (N=198)	2 (1,0%)	3 (1,5%)	3 (1,5%)	2 (1,0%)	6 (3,0%)	25 (12,6%)	157 (79,3%)
11) A saúde de sua família? (N=198)	0 (0,0%)	5 (2,5%)	3 (1,5%)	5 (2,5%)	9 (4,5%)	39 (19,7%)	137 (69,2%)
12) Seus filhos? (N=198)	55 (27,8%)	3 (1,5%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	4 (2,0%)	10 (5,1%)	125 (63,1%)
13) A felicidade de sua família? (N=198)	2 (1,0%)	4 (2,0%)	2 (1,0%)	4 (2,0%)	8 (4,0%)	25 (12,6%)	153 (77,3%)
14) Seu relacionamento com o(a) esposo(a)/companheiro?(N=198)	0 (0,0%)	10 (5,1%)	1 (0,5%)	2 (1,0%)	10 (5,1%)	28 (14,1%)	147 (74,2%)
15) Sua vida sexual? (N=198)	2 (1,0%)	6 (3,0%)	7 (3,5%)	3 (1,5%)	11 (5,6%)	41 (20,7%)	128 (64,6%)
16) Seus amigos? (N=198)	0 (0,0%)	8 (4,0%)	7 (3,5%)	6 (3,0%)	21 (10,6%)	55 (27,8%)	101 (51,0%)
17) O apoio que você recebe das pessoas? (N=198)	8 (4,0%)	2 (1,0%)	3 (1,5%)	4 (2,0%)	10 (5,1%)	28 (14,1%)	143 (72,2%)
18) Sua capacidade para cumprir com as responsabilidades familiares? (N=198)	2 (1,0%)	5 (2,5%)	1 (0,5%)	4 (2,0%)	13 (6,6%)	60 (30,3%)	113 (57,1%)

Quanto você está satisfeito com: N (%)	NR/NP	Muito insatisfeito (1)	Moderadamente insatisfeito (2)	Pouco insatisfeito (3)	Pouco satisfeito (4)	Moderadamente satisfeito (5)	Muito satisfeito (6)
19) Sua capacidade para ser útil às outras pessoas? (N=198)	1 (0,5%)	6 (3,0%)	2 (1,0%)	5 (2,5%)	17 (8,6%)	57 (28,9%)	109 (55,3%)
20) O nível de estresse ou preocupações em sua vida? (N=198)	4 (2,0%)	28 (14,1%)	15 (7,6%)	18 (9,1%)	34 (17,2%)	76 (38,4%)	23 (11,6%)
21) Seu lar? (N=198)	0 (0,0%)	3 (1,5%)	8 (4,0%)	6 (3,0%)	9 (4,5%)	44 (22,2%)	128 (64,6%)
22) Sua vizinhança? (N=198)	1 (0,5%)	12 (6,1%)	9 (4,5%)	9 (4,5%)	25 (12,6%)	79 (39,9%)	63 (31,8%)
23) Suas condições sócio-econômicas? (N=198)	4 (2,0%)	10 (5,1%)	6 (3,0%)	15 (7,6%)	39 (19,7%)	72 (36,4%)	52 (26,3%)
24) Seu trabalho? (N=198)	43 (21,7%)	26 (13,1%)	7 (3,5%)	10 (5,1%)	28 (14,1%)	41 (20,7%)	43 (21,7%)
25) O fato de não ter um trabalho? (N=198)	53 (26,8%)	67 (33,8%)	5 (2,5%)	16 (8,1%)	18 (9,1%)	16 (8,1%)	23 (11,6%)
26) Sua escolaridade? (N=198)	7 (3,5%)	29 (14,6%)	11 (5,6%)	13 (6,6%)	25 (12,6%)	56 (28,3%)	57 (28,8%)
27) Sua independência financeira? (N=198)	11 (5,6%)	31 (15,7%)	5 (2,5%)	9 (4,5%)	35 (17,7%)	59 (29,8%)	48 (24,2%)
28) Suas atividades de lazer? (N=198)	0 (0,0%)	16 (8,1%)	6 (3,0%)	11 (5,6%)	33 (16,7%)	61 (30,8%)	71 (35,9%)
29) A possibilidade de ter uma criança? (N=198)	2 (1,0%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	4 (2,0%)	4 (2,0%)	19 (9,6%)	167 (84,3%)
30) Sua paz de espírito? (N=198)	1 (0,5%)	4 (2,0%)	6 (3,0%)	4 (2,0%)	8 (4,0%)	42 (21,2%)	133 (67,2%)
31) Sua fé em Deus? (N=198)	0 (0,0%)	2 (1,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	2 (1,0%)	19 (9,6%)	174 (87,9%)
32) A realização de seus objetivos pessoais? (N=198)	5 (2,5%)	7 (3,5%)	2 (1,0%)	7 (3,5%)	17 (8,6%)	69 (34,8%)	91 (46,0%)
33) Sua felicidade de modo geral? (N=198)	0 (0,0%)	2 (1,0%)	4 (2,0%)	4 (2,0%)	14 (7,1%)	54 (27,3%)	120 (60,6%)
34) Sua vida de modo geral? (n=198)	2 (1,0%)	0 (0,0%)	5 (2,5%)	1 (0,5%)	19 (9,6%)	67 (33,8%)	104 (52,5%)
35) Sua aparência pessoal? (N=198)	1 (0,5%)	6 (3,0%)	1 (0,5%)	3 (1,5%)	29 (14,6%)	71 (35,9%)	87 (43,9%)
36) Com você mesmo, de modo geral? (N=198)	0 (0,0%)	4 (2,0%)	3 (1,5%)	2 (1,0%)	19 (9,6%)	85 (42,9%)	85 (42,9%)

Freqüências relativas e absolutas das Questões de Importância. São Paulo, 2005.

Quanto é importante para você: N (%) N=198	NR/NP	Sem nenhuma importância (1)	Moderadamente sem importância (2)	Um pouco sem importância (3)	Um pouco importante (4)	Moderadamente importante (5)	Muito importante (6)
1) Sua saúde	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	2 (1,0%)	5 (2,5%)	190 (96,0%)
2) Sua gravidez	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	4 (2,0%)	7 (3,5%)	186 (93,9%)
3) O cuidado pré-natal	1 (0,5%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	3 (1,5%)	6 (3,0%)	186 (93,9%)
4) Estar completamente livre de desconforto	5 (2,5%)	2 (1,0%)	3 (1,5%)	7 (3,5%)	18 (9,1%)	35 (17,7%)	128 (64,6%)
5) Estar completamente livre de mudanças de humor	1 (0,5%)	4 (2,0%)	1 (0,5%)	9 (4,5%)	14 (7,1%)	39 (19,7%)	130 (65,7%)
6) Estar completamente livre de irritação	1 (0,5%)	5 (2,5%)	1 (0,5%)	5 (2,5%)	17 (8,6%)	30 (15,2%)	139 (70,2%)
7) Ter energia suficiente para as atividades diárias?	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (1,5%)	2 (1,0%)	7 (3,5%)	26 (13,1%)	160 (80,8%)
8) Sua independência física?	1 (0,5%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	3 (1,5%)	5 (2,5%)	20 (10,1%)	167 (84,3%)
9) Ter condições físicas para controlar sua vida?	0 (0,0%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	3 (1,5%)	19 (9,6%)	174 (87,9%)
10) Viver por longo tempo?	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	3 (1,5%)	12 (6,1%)	181 (91,4%)
11) A saúde de sua família?	2 (1,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	3 (1,5%)	191 (96,5%)
12) Seus filhos?	15 (7,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)	2 (1,0%)	180 (90,9%)
13) A felicidade de sua família?	1 (0,5%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)	2 (1,0%)	193 (97,5%)
14) Seu relacionamento com o esposo(a)/companheiro(a)?	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	3 (1,5%)	9 (4,5%)	184 (92,9%)
15) Sua vida sexual?	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	7 (3,5%)	23 (11,6%)	166 (83,8%)
16) Seus amigos?	0 (0,0%)	2 (1,0%)	1 (0,5%)	4 (2,0%)	13 (6,6%)	48 (24,2%)	130 (65,7%)
17) O apoio que você recebe das pessoas?	5 (2,5%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	4 (2,0%)	17 (8,6%)	170 (85,9%)
18) Cumprir com as resp. familiares?	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	18 (9,1%)	177 (89,4%)
19) Ter capacidade para	1 (0,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (1,5%)	1 (0,5%)	28 (14,1%)	165 (83,4%)

Quanto é importante para você: N (%) N=198	NR/NP	Sem nenhuma importância (1)	Moderadamente sem importância (2)	Um pouco sem importância (3)	Um pouco importante (4)	Moderadamente importante (5)	Muito importante (6)
ser útil às outras pessoas?	(0,5%)	(0,0%)	(0,0%)	(1,5%)	(0,5%)	(14,1%)	(83,3%)
20) Ter um nível aceitável de estresse ou preocupações em sua vida?	4 (2,0%)	7 (3,5%)	6 (3,0%)	5 (2,5%)	9 (4,5%)	56 (28,3%)	111 (56,1%)
21) Seu lar?	2 (1,0%)	1 (0,5%)	2 (1,0%)	1 (0,5%)	2 (1,0%)	17 (8,6%)	173 (87,4%)
22) Sua vizinhança?	2 (1,0%)	8 (4,0%)	3 (1,5%)	8 (4,0%)	36 (18,2%)	69 (34,8%)	72 (36,4%)
23) Ter boas condições sócio-econômicas?	2 (1,0%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)	3 (1,5%)	8 (4,0%)	38 (19,2%)	146 (73,7%)
24) Seu trabalho?	27 (13,6)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	4 (2,0%)	8 (4,0%)	23 (11,6%)	135 (68,2%)
25) Ter um trabalho?	3 (1,5%)	4 (2,0%)	0 (0,0%)	5 (2,5%)	5 (2,5%)	10 (5,1%)	171 (86,4%)
26) Sua escolaridade?	2 (1,0%)	2 (1,0%)	3 (1,5%)	2 (1,0%)	4 (2,0%)	29 (14,6%)	156 (78,8%)
27) Sua independência financeira?	3 (1,5%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)	2 (1,0%)	5 (2,5%)	30 (15,2%)	157 (79,3%)
28) Suas atividades de lazer?	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,0%)	6 (3,0%)	39 (19,7%)	151 (76,3%)
29) Ter essa criança?	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	2 (1,0%)	4 (2,0%)	191 (96,5%)
30) Sua paz de espírito?	1 (0,5%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)	6 (3,0%)	189 (95,5%)
31) Sua fé em Deus?	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)	8 (4,0%)	189 (95,5%)
32) Realizar seus objetivos pessoais?	1 (0,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	8 (4,0%)	187 (94,4%)
33) Sua felicidade de modo geral?	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)	5 (2,5%)	191 (96,5%)
34) Estar satisfeito com a vida?	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	2 (1,0%)	12 (6,1%)	183 (92,4%)
35) Sua aparência pessoal?	1 (0,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (1,5%)	3 (1,5%)	42 (21,2%)	149 (75,3%)
36) Ser você mesmo?	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	3 (1,5%)	1 (0,5%)	7 (3,5%)	186 (93,9%)