

Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher

The quality of life of high-risk pregnant women assisted at a center for women assistance

CENY LONGHI REZENDE*

JOSÉ CARLOS SOUZA**

Resumo

A gestação, embora seja um evento comum na vida reprodutiva da mulher, pouca atenção tem merecido quanto às modificações normais percebidas nos domínios físicos e psicológicos de seu estado de saúde e percepção de sua qualidade de vida. Essa pesquisa teve o objetivo de avaliar a qualidade de vida das gestantes de alto risco de um Centro de Atendimento à Mulher de um município do Mato Grosso do Sul. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de corte transversal. A coleta de dados foi feita mediante aplicação de dois instrumentos: um relacionado à qualidade de vida e um sociodemográfico. Pelos questionários, avaliou-se a qualidade de vida de 110 gestantes consideradas de alto risco. Os resultados demonstraram que as gestantes solteiras têm pior qualidade de vida em relação às gestantes casadas e, quanto maior for o número de filhos, pior a qualidade de vida. Esses resultados demonstram a necessidade de acompanhamento dessas participantes em programas especiais inseridos no pré-natal, de modo

* Enfermeira, professora especialista pela Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS); mestre em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande, MS. (cenilonghi@yahoo.com.br).

** Psiquiatra, doutor em Saúde Mental pela Unicamp, PhD pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; docente da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande, MS, Brasil. (josecarlossouza@uol.com.br).

a contribuir para o enfrentamento da gestação de alto risco. Conclui-se que, apesar dos desconfortos físicos e emocionais vivenciado pelas gestantes, elas perceberam sua qualidade de vida positivamente. Palavras-chave: qualidade de vida; gestação de alto risco; pré-natal.

Abstract

Although pregnancy is considered to be a common event in women's reproductive life, little attention has been given to their normal physical and psychological changes concerning their health condition and the perception of their quality of life. This research aimed at assessing the Quality of Life of high-risk pregnant women assisted at the Center for Women Assistance. This is a quantitative, descriptive and cross-sectional study. The data collection was performed by means of two instruments: one related to the quality of life, and questionnaire sociodemographic one. The applied questionnaires assessed the quality of life of 110 high-risk pregnant women. The results showed that single pregnant women have poorer quality of life compared to married women, and the greater the number of children, the worse the quality of life. These results have shown the need for monitoring participants in these special programs during their prenatal care, to contribute to assisting high-risk pregnancies, thereby improving the quality of life of this population. Despite the physical and emotional discomfort experienced by these pregnant women, they had a positive perception of their quality of life.

Keywords: quality of life; high risk pregnancy; prenatal care..

Introdução

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

O processo de desenvolvimento da mulher parece ser acompanhado por conflitos como a sobrecarga e a descontinuidade de tarefas, afetando sua saúde física e mental, bem como sua vida social. Para encontrar uma nova maneira de viver dignamente, é imprescindível identificar o nível de qualidade de vida, de bem-estar e satisfação das mulheres (VIDO, 2006).

Sendo a gravidez um fenômeno normal, na maioria dos casos sua evolução ocorre sem complicações. Cerca de 10% a 20% das gestações podem ocasionar problemas relativamente graves, as chamadas gestações de alto risco (BRASIL, 2000). Apesar de a gestação não ser considerada uma doença, representa uma fase especial e delicada na vida da mulher, determinada por mudanças físicas e psicológicas cruciais que podem influenciar sua qualidade. Entretanto, desconhece-se, na cultura vigente, o significado da qualidade de vida nessa fase do ciclo vital (FERNANDES; NARCHI, 2007).

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

Atualmente, no Brasil, de 70 a 150 mulheres em cada 100 mil morrem por alguma causa relacionada à gestação e ao parto, evidenciando que 90% delas são evitáveis se as gestantes forem socorridas a tempo (BRASIL, 2010a). A mortalidade materna é considerada uma das mais graves violações dos direitos humanos por ser uma tragédia evitável, na maioria dos casos, e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2007). No Brasil, a morte materna representa um problema de saúde pública. Há um consenso de que a maioria das mulheres acometidas tem menor renda e escolaridade (MARTINS, 2006). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a cada minuto morre uma mulher de alguma complicação durante a gravidez e no momento do parto, o que significa mais de 500 mil mortes ao ano (BRASIL, 2010b). Nos países em desenvolvimento, a gravidez e o parto são a segunda causa de morte de mulheres em idade fértil.

No Brasil, a proteção da saúde materno-infantil teve seu principal marco na década de 1920, mas somente em 1953 houve a criação do Ministério da Saúde, que coordenou, no território nacional, a assistência materno-infantil. Na década de 1970, por meio do documento *Diretrizes gerais da política nacional de saúde materno-infantil*, que estabelecia programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, o estímulo ao aleitamento materno e à nutrição, a atenção à saúde da

mulher é retomada. O Ministério da Saúde, em 1978, cria o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, preocupado em prevenir as gestações nessa condição (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

A assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério compreende um conjunto de procedimentos com a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios mais adequados e em maior disponibilidade que visam acompanhar os processos fisiológicos, naturais e espontâneos, bem como rastrear o desencadeamento de morbidades, cujo diagnóstico precoce e a adequada terapêutica objetivam preservar a saúde e o futuro biológico do binômio mãe e filho (BRASIL, 2000). Conforme Nakamura e Amed (2003), a assistência pré-natal não só objetiva os cuidados com a saúde das gestantes e dos seus conceitos, mas atua em caráter preventivo, assistencial e educacional.

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

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

No transcorrer da gestação, é de suma importância o acompanhamento caracterizado por alguns passos que devem ser observados pelos profissionais envolvidos no cuidado. No primeiro trimestre da gestação há muita preocupação das mulheres com o desenvolvimento e bem-estar fetal e temores atrelados à possibilidade de ter um filho com algum tipo de deficiência, levando essa gestante a preocupar-se

em demasia com seus hábitos de vida. No segundo trimestre, com a percepção dos movimentos fetais, surgem, nas gestantes, sentimentos de personificação do bebê; há alterações no desempenho e desejo sexual. Nesse período, a gestante tem maior necessidade de cuidado, proteção e afeto. No terceiro trimestre, o nível de ansiedade tende a crescer pela proximidade do parto e pela possibilidade de mudança na rotina de vida após o nascimento. O medo de não saber cuidar do bebê e o temor de ter um filho com algum problema expressam-se mais claramente (ALVES; SANTOS, 2005).

Assim, além das alterações afetivas e emocionais da gestante, é interessante que o profissional de saúde atente, também, para a qualidade de vida dessas pessoas.

O termo “qualidade de vida” é usado (SOUZA; GUIMARÃES, 1999) em vários setores da sociedade e em diversos campos de estudos: saúde, filosofia, política, cidadania, religião, economia, cultura, entre outros e é entendido como um conjunto harmonioso e equilibrado de realizações em níveis, como: saúde, trabalho, lazer, sexo, família, desenvolvimento espiritual..

Quando o conceito de qualidade de vida direciona-se à saúde (FLECK, 2008), ele deve ser dissociado da mensuração do “estado de saúde” em si. Além disso, deve-se ter em conta como determinar esse estado; deixando claro que o indivíduo é o centro dessa avaliação, na qual são relatadas as *experiências* de vida, e não a *condição* de vida. Segundo Potter e Perry (2002), a qualidade de vida é algo pessoal e particular a cada indivíduo e, ainda assim, a sociedade utiliza artifícios de qualidade de vida para ajudar e favorecer os benefícios da intervenção médica, resultando em grande discussão sobre o tema.

Transpondo todas essas questões relevantes ao mundo feminino, observam-se grandes mudanças, seja no plano político, seja no cultural, econômico ou social, e que ecoam na organização da vida doméstica e no espaço público em encontro aos seus direitos à cidadania (VIDO, 2006). De acordo com Oliveira (1999), ainda há probabilidade de que as mulheres venham a sofrer, adoecer e morrer em decorrência dos problemas motivados pela desigualdade de gênero. Em pesquisa realizada no município de São Paulo com mulheres donas de casa e de baixa renda, identificou-se que a percepção de qualidade de vida estava fortemente ligada a fatores de ordem socioeconômica, física e psicológica. As autoras relatam que

abordar a saúde da mulher não se restringe à ausência de doença, mas envolve um universo muito maior, sendo as questões de ordem social, interpessoal e econômica as causas de suas preocupações (CÁRDENAS; CIANCIARULLO, 1999).

Assim, sendo, diante da literatura apresentada, o presente estudo apresenta como objetivos:

- avaliar a qualidade de vida das gestantes consideradas de alto risco de um Centro de Atendimento à Mulher de um município do interior do Mato Grosso do Sul;
- caracterizar a amostra de gestantes de alto risco em um Centro de Atendimento à Mulher pelas variáveis sociodemográficas;
- comparar os domínios da adaptação como saúde, funcionamento socioeconômico, psicológico, espiritual e familiar com as variáveis sociodemográficas.

Método

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

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

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

Participantes – participaram da pesquisa 110 gestantes, ou seja, todas que contemplavam os critérios de inclusão.

Crítérios de inclusão: gestantes que realizaram seu pré-natal no Centro de Atendimento à Mulher, com diagnóstico confirmado de gestação de alto risco, maiores de 18 anos, alfabetizadas, não indígenas (em virtude de questão ética, que exige autorização da Fundação Nacional do Índio e do Comitê Nacional de Ética em

Pesquisa) e que aceitaram participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Local da pesquisa – a pesquisa foi realizada no Centro de Atendimento à Mulher, que é um centro de referência para o pré-natal de alto risco de um município do interior do Mato Grosso do Sul, que atende gestantes oriundas das 35 microrregiões, incluindo o município estudado.

Aspectos éticos da pesquisa – a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco de Campo Grande, MS, sob o protocolo nº 005/11.

Instrumentos – foi utilizado um questionário sociodemográfico e uma adaptação do questionário de Ferrans & Powers. Os dados sociodemográficos foram: sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, renda familiar, início do pré-natal, problemas apresentados na gestação, número de filhos, data provável do parto e data da última menstruação.

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

Para análise estatística foram aplicados dois testes distintos, sendo justapostos para as variáveis categóricas em relação às dimensões do questionário adaptado de Ferrans & Powers: o teste *t-Student* e o teste de *análise de variância (ANOVA)*. Em relação às variáveis socio-demográficas contínuas, foi aplicado o teste de correlação linear de *Pearson*. O nível de significância foi de 5%, ou seja, todos aplicados com 95% de confiabilidade.

Resultados e discussão

A média de idade das 110 participantes da pesquisa foi de 28,2 anos, sendo 75% delas casadas; quanto à escolaridade, 43,64% possuíam nível fundamental e 82% trabalhavam fora de casa com renda média familiar de 1.251 reais. Constatou-se que a média da idade das mulheres deste estudo é semelhante à encontrada em outros estudos de qualidade de vida envolvendo gestantes. Estudo

realizado em uma cidade do interior de São Paulo acerca de qualidade de vida, com 198 gestantes, mostrou idade média de 25,7 anos (VIDO, 2006). A idade materna a partir dos 35 anos de idade está associada a aumento dos riscos gestacionais, tanto pela elevação do risco de problemas genéticos no feto como pela presença de doenças maternas prévias, como o diabetes e a hipertensão arterial (ZUGAIB, 2008). Na sociedade contemporânea, as mulheres tendem a buscar a realização profissional, adiando os planos pessoais, ou seja, o matrimônio e a maternidade. Sendo assim, elas buscam a estabilidade financeira, mas, assim que podem, não abrem mão de ter filhos. Há uma ou duas décadas, ser mãe após os 35 anos de idade era raridade; hoje, a nova realidade tem sido um desafio para a medicina e para os profissionais da saúde, uma vez que nessa idade pode ser necessário realizar tratamento para engravidar, resultando em gravidez múltipla, normalmente de gêmeos ou até trigêmeos.

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

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

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

Quanto à religião, 69,61% delas são católicas, 63,89% são brancas, sendo que 71,82% possuem algum hábito (beber café, tereré,

chimarrão, bebidas alcoólicas ou fumam). Um estudo envolvendo 206 gestantes atendidas em um centro de atendimento a gestantes do município de Juiz de Fora, MG, apontou que 60,8% delas eram praticantes de alguma religião, chegando à conclusão de que apresentavam menor frequência de sintomas depressivos e estresse. Percebe-se que a espiritualidade tem um aspecto positivo com efeitos psicológicos benéficos por meio da fé, contribuindo para melhorar a saúde mental pela alta autoestima, portanto, influenciando positivamente a qualidade de vida. A raça não branca é um fator de risco para as síndromes hipertensivas gestacionais, que são as causas principais de morte materna no País (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008).

Mato Grosso do Sul, sendo um estado onde convivem diversas culturas, é caracterizado pelo consumo de tereré e do chimarrão pela influência das culturas paraguaia e gaúcha. Há um número relevante de pessoas que possuem esses hábitos rotineiramente que, por vezes, não conhecem os malefícios que eles causam à saúde quando ingeridos em excesso. Parada, Possato e Tonete (2007) explicam que o hábito de fumar durante a gestação ocasiona baixo peso da criança ao nascer, restrição do crescimento intrauterino e maior risco de prematuridade e morte perinatal. O uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas pode ser prejudicial tanto para a mãe quanto para o feto.

Quanto à realização de atividades físicas, 70% responderam que não as realizam. O hábito de praticar exercícios físicos durante a gravidez, quando consentido pelo médico e supervisionado por um educador físico ou fisioterapeuta, é benéfico, tanto durante quanto após a gestação, pois alivia os desconfortos musculares. Baseado nesse contexto, muitas vezes há privação de qualquer tipo de atividade física em decorrência da impossibilidade causada por alguma patologia associada à atual gestação, obrigando o médico a restringir as atividades físicas, uma vez que nem sempre há acompanhamento de um educador físico, podendo, nesse caso, complicar ainda mais o percurso gestacional.

Do total, 89,09% residem com familiares, sendo que 61,76% possuem moradia própria. A noção de família, descoberta pela literatura, tem evidenciado forte representação na vida das mulheres, uma vez que permeia a construção social, cultural e histórica do ser humano e a perpetuação da espécie (MELLO, 2004; ZAMPIERE, 2001). Durante a gravidez, a gestante, torna-se sensível e emocio-

nalmente fragilizada em decorrência da elevação hormonal, principalmente nos casos de gravidez de risco, fazendo-se necessário, durante todo o processo gestacional, além da presença familiar, o apoio e carinho dos familiares em sua rotina. Nesse caso, a moradia própria colabora para o aprimoramento da qualidade de vida familiar. Papaléo Netto, Carvalho Filho e Salles (2002) relatam que a expressão “qualidade de vida” é baseada na Declaração Universal dos Direitos do Homem, aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1948. No artigo 25, inciso I, a Declaração da Organização das Nações Unidas estabelece que:

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

No que se refere ao número de filhos que cada gestante possui, 41,82% responderam ter um filho, 30,91% têm dois filhos, 18,18% não ainda possuem filhos e 9,09% têm quatro filhos ou mais. Desse modo, os dados estão em harmonia com os demonstrados pelo Ministério da Saúde acerca dos índices de fecundidade no Brasil, que chegaram a 2,2 filhos por mulher, indicando reposição populacional. A redução da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida têm instigado mudanças na pirâmide etária brasileira, e isso em decorrência de fatores como a adoção de contraceptivos eficazes, diminuindo a incidência de gravidez, e a entrada da mulher no mercado de trabalho. Enquanto nas décadas de 1950 e 1960 uma mulher possuía, em média, de 4 a 6 filhos, atualmente o casal possui uma média de 1 a 2 filhos, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, o acompanhamento do pré-natal deve ser o mais precoce possível (primeiro trimestre de gestação) para que, ante qualquer alteração, seja tomada a conduta adequada, garantindo a saúde e o bem-estar do binômio mãe e filho. O número de grávidas que principiam o pré-natal no primeiro trimestre de gestação é um dos parâmetros utilizados para avaliar

a qualidade de assistência materno-fetal (ZUGAIB, 2008). Nos Estados Unidos, em 2004, 84% das grávidas iniciaram seu pré-natal no primeiro trimestre, 3,6% não receberam nenhuma assistência, ou receberam após o segundo trimestre (MARTIN et al., 2005), o que demonstrou a falta de cuidados e/ou desconhecimento sobre a importância da assistência pré-natal para o binômio mãe e filho.

Quanto aos problemas apresentados nessa gestação, 29% das participantes revelaram hipertensão arterial, 17,2% exibiram diabetes gestacional e 4,2%, problemas relacionados à placenta. Das 110 gestantes, 6,3% não apresentaram patologias, apenas estavam grávidas de gêmeos, e 5,4% não responderam à questão. Os níveis de mortalidade materna revelam uma significativa disparidade ao se compararem diferentes patamares de desenvolvimento entre países ou regiões. O balanço dos índices de mortalidade materna em 141 países, representando 78,1% dos nascimentos no mundo, comprovou, nos países desenvolvidos, uma média de sete mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos. Na Ásia, África e América Latina, as médias foram de 37, 71 e 498, respectivamente. Segundo Soares et al. (2010), a análise realizada pela Organização Mundial de Saúde sobre as causas de mortes maternas evidenciou que na África e na Ásia a principal razão foi proveniente de quadros hemorrágicos; já na América Latina e Caribe, o principal motivo dos óbitos foi a hipertensão.

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

Para comparação da qualidade de vida (QV) das gestantes de alto risco em relação aos dados obtidos foram utilizados o teste *t-Student* e o teste de *análise de variância* (ANOVA) com a finalidade de detectar diferenças significativas entre a média dos escores em cada um dos domínios do questionário adaptado de *Ferrans e Powers* com um nível de 95% de confiabilidade.

No caso da escolaridade das gestantes, não houve diferença entre os escores do instrumento QSI em nenhum domínio, ou seja, a qualidade de vida das gestantes não é influenciada por seu grau de escolaridade. Esses dados são semelhantes aos encontrados em outra

pesquisa com 202 gestantes de um serviço de pré-natal filantrópico de São Paulo, em 2005, em que ficou evidente que a escolaridade não influenciou significativamente sua qualidade de vida (LIMA, 2006). Em relação à religião praticada pelas gestantes, não houve diferenças nos domínios em relação à qualidade de vida, portanto a religião da gestante não interfere em sua qualidade de vida. Um estudo com 198 gestantes, ocorrido em um município do interior de São Paulo, apontou com escore maior, portanto, com importante influência na vida das gestantes que participaram do estudo, a fé em Deus (VIDO, 2006).

Em sua atividade profissional, a pesquisadora observa que a religião é um aspecto relevante no que diz respeito à qualidade de vida das gestantes, uma vez que a fé, associada às orações, traz esperanças de um resultado positivo diante dos problemas enfrentados durante a gravidez, aumentando significativamente a saúde mental e refletindo na melhora da saúde física e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida durante o ciclo gravídico-puerperal.

Se a gestante é, ou não, praticante de alguma religião, isto não interfere na qualidade de vida em nenhum domínio do instrumento QSI. O apelo religioso, referindo-se às gestantes de alto risco, possivelmente seja acentuado pela presença da doença prévia que pode afetar a integridade física do filho e da mulher. Nesse caso, a crença religiosa confere fator de encorajamento diante do risco gravídico (DOURADO; PELLOSO, 2007). Foi analisado se a cor interfere na qualidade de vida das gestantes, sendo que os resultados demonstraram que não há diferença entre cor e a qualidade de vida em nenhum domínio do QSI. Apesar de 63,89% das entrevistadas serem caucasianas, uma parte (23,15%) é de negras, o que evidencia que, nesse público, o racismo não interfere no construto da saúde (biopsicossocial), não influenciando na qualidade de vida delas. Embora pacientes de raça negra sejam mais suscetíveis a doenças como hipertensão arterial, doenças coronarianas, obesidade, acidentes vasculares cerebrais, miomas e câncer de pele, neste estudo, esses fatores não influenciaram a qualidade de vida dessas pacientes.

Tabela 1 - Perfil das gestantes de alto risco atendidas (ano 2011) no Centro de Atendimento à Mulher de um município do Mato Grosso do Sul

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

A tabela 1 mostra o perfil das gestantes de alto risco atendidas durante o ano de 2011 em um Centro de Atendimento à Mulher de um município de Mato Grosso do Sul (MS).

No caso do estado civil das gestantes em relação ao instrumento de qualidade de vida QSI, houve diferença significativa nos domínios socioeconômico ($p = 0,006$) e família ($p = 0,019$), mostrando que as gestantes solteiras têm pior qualidade de vida que as casadas. A ausência de parceiro fixo é um fator de risco para a gestação, mesmo a gravidez sendo desejada (BRASIL, 2006). Conforme Magalhães et al. (2006), evidências demonstram que a gestação evolui melhor quando o companheiro compartilha da gravidez. Essa constatação ocorreu como resultado das comparações encontradas em pesquisa realizada com 198 gestantes com o objetivo de analisar se sua qualidade de vida varia no primeiro, segundo e terceiro trimestres. No que se refere ao estado civil, a maioria das gestantes casadas está inserida na amostra de gestantes do primeiro trimestre, que, estatisticamente, apresentaram melhor índice de qualidade de vida (VIDO, 2006).

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

A situação conjugal instável é um fator de risco na gravidez e um agravante para as complicações obstétricas, como o parto pré-termo, o baixo peso da criança ao nascer e o aumento da mortalidade perinatal, pois a gestante não tem a oportunidade de assumir e dividir a responsabilidade pela vida do filho com seu parceiro (DOURADO; PELLOSO, 2007).

Se a gestante trabalha, ou não, não interfere em sua qualidade de vida em nenhum domínio do instrumento QSI. Apesar de as gestantes serem consideradas todas de alto risco, uma boa porcentagem delas trabalha sem que isso interfira na sua qualidade de vida. No entanto, as gestantes que não trabalham, ou estão impossibilitadas pela saúde, afetada em decorrência da gestação de risco, também o fato de estarem sem trabalhar por um tempo não interfere na sua qualidade de vida.

O fato de a gestante possuir algum hábito (beber, fumar, tomar café, tereré, chimarrão e outros) não interfere na sua qualidade de vida. Vale ressaltar que a maior prevalência de hábitos das gestantes foi em relação à ingestão de café, tereré e chimarrão, sendo que apenas duas gestantes disseram ter o hábito de ingerir bebida alcoólica e quatro fumavam. Apesar de uma minoria da nossa amostra de mulheres não fumar, e os hábitos citados não influenciarem sua qualidade de vida, quatro mulheres fumavam durante a gestação, podendo acarretar danos posteriores a seus bebês e a elas mesmas, possivelmente influenciando, mais tarde, a qualidade de vida e a saúde física do binômio mãe/filho.

Não houve diferença na qualidade de vida entre as gestantes que praticam ou não atividades físicas. A maioria das gestantes estudadas (70%) não pratica atividades físicas, o que provavelmente nos leva a suspeitar que, pelo fato de a amostra ser composta de gestantes de risco, elas ficam impossibilitadas de fazê-lo em virtude da patologia associada à gestação. Um estudo efetuado em Porto Velho (RO), constituído por 60 gestantes que frequentavam o pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde, comprovou, em 2010, que a estimulação de exercícios físicos na promoção à saúde das mulheres gestantes é fundamental para sua saúde e alívio dos desconfortos gerados pela gestação, contribuindo, também, para o equilíbrio emocional (FERREIRA; EVANGELISTA, 2010).

O fato de a gestante residir, ou não, com a família não interfere na sua qualidade de vida. Vale ressaltar que a maioria das gestantes do estudo reside com a família, o que faz pressupor que estão satisfeitas com a companhia de familiares residindo em um mesmo ambiente, influenciando de maneira positiva sua qualidade de vida.

Um estudo realizado em São Paulo com 100 gestantes de alto risco, internadas em uma maternidade pública em 2010, com o objetivo de investigar as representações sociais de mulheres com diagnóstico de alto risco, verificou que o impacto da gestação de alto risco influenciou não só a gestante, mas também seus familiares e companheiro, ou seja, o medo e a angústia eram vivenciados por todos (QUEVEDO, 2010). Fica claro, portanto, que, mais uma vez, a família contribui positivamente para amparar essas mulheres que passam por momentos difíceis durante o ciclo gravídico-puerperal, necessitando do apoio familiar, dividindo assim os anseios e sofrimentos vivenciados por elas.

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

Tabela 2 - Escolaridade (ensino) das gestantes em relação ao índice de qualidade de vida de Ferrans & Powers adaptado

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

*ANOVA.

A Tabela 2 apresenta a escolaridade (em anos de ensino) das gestantes em relação ao IQV, medido pelo instrumento de Ferrans & Powers adaptado para português.

Já em relação ao número de filhos das entrevistadas, houve diferença significativa no domínio saúde/funcionamento ($p = 0,037$), sendo que, quanto maior o número de filhos, pior a qualidade de vida no domínio significativo. Um estudo realizado em uma cidade do interior do Paraná com relação à taxa de fecundidade no estado apontou que a probabilidade de ter um ou mais filhos cresce quando aumenta a idade da mulher. Entretanto, quanto maior o nível de escolaridade, menor a probabilidade de se ter um número maior de filhos. Todavia, essas duas variáveis estão correlacionadas, uma vez que a dedicação intensa aos estudos e a preocupação com o ingresso no mercado de trabalho fazem com que a mulher adie os planos relacionados à formação de uma família (LOPES; PONTILI, 2007). Com isso, parte-se do pressuposto de que quando a mulher possui um número menor de filhos, ela pode programar-se em relação à qualidade do seu trabalho, seja dentro ou fora de casa, não se preocupando tanto em trabalhar para sustentar uma família grande, aumentando, muitas vezes, sua carga horária. Mesmo quando a mulher não trabalha fora de casa para ajudar na renda familiar, o próprio desgaste é encontrado dentro de casa nos afazeres domésticos e no cuidado com os filhos, alterando significativamente sua qualidade de vida.

O fato de a gestante ter ou não sofrido aborto anterior não interfere na qualidade de vida, segundo o instrumento QSI. Parte das mulheres entrevistadas havia sofrido aborto em gestações anteriores, porém isso não influenciou em sua qualidade de vida. Pesquisas sobre a questão emocional e o aborto demonstram que o aborto, sendo ou não provocado, gera mudanças e transtornos emocionais na vida psíquica das mulheres, conseqüentemente atingindo negativamente sua qualidade de vida emocional.

O trimestre em que a gestante realizou o pré-natal não interfere em sua qualidade de vida, segundo o instrumento QSI. Fica evidenciado que a maioria iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, o que é de grande valia na saúde dessas mulheres. No Brasil, pesquisas demonstram que a qualidade da assistência pré-natal apresenta va-

riações nas diversas regiões do País (SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004). Essa variação ocorre, tanto pelos diferentes níveis de qualidade dos serviços quanto pela variedade dos indicadores utilizados na avaliação. Embora a cobertura dos serviços de saúde tenha melhorado nos últimos anos, muitas gestantes começam o pré-natal após o primeiro trimestre de gestação, tendo, assim, menos consultas pré-natais do que o recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e não têm garantidos os exames complementares de rotina (COUTINHO et al., 2003).

Cardoso, Santos e Mendes (2007), em um levantamento sobre informações coletadas no processo educacional do pré-natal no Brasil, verificaram que a troca de experiências permite a percepção das gestantes no coletivo, diminuindo a ansiedade em virtude dos discursos similares; além disso, a qualidade do pré-natal é assegurada a partir do fato de que as consultas são complementadas com ações educativas capazes de beneficiar as mulheres quanto ao conhecimento sobre seu corpo e compreensão sobre as modificações e alterações ocorridas durante o ciclo gravídico, atuando de maneira mais consciente e positiva na sua gestação. As ações educativas (individuais, em grupos e a união de ambas) são primordiais para o processo de saúde física e mental das gestantes de alto risco. Os profissionais de saúde que compõem a equipe multidisciplinar podem e devem adequar e ampliar sua assistência à realidade de cada serviço e intensificar a educação em saúde de maneira a contribuir positivamente na humanização do atendimento, refletindo em um aumento da qualidade de vida das gestantes de alto risco.

Para análise dos dados sociodemográficos contínuos foi aplicado o teste de correlação linear de *Pearson*. Inicialmente, foi correlacionada a idade com as dimensões do questionário aplicado (conforme Tabela 3).

No caso da correlação entre a idade, renda e semanas, não houve significância em nenhum domínio. Pressupõe-se que a idade média de 28,2 anos das gestantes está adequada para a maternidade, principalmente quando se trata de gestação de risco. Além de a gestação em geral provocar na mulher, em qualquer idade, uma expressiva alteração na representação da vida, do mundo e de si mesma, sendo isso, por si só, um desafio adaptativo à gestante, ela

é caracterizada como um episódio estressor, tanto no que se refere a seus aspectos físicos quanto psicológicos. Para a psiquiatria, o critério idade não deve ter seu valor absoluto, ou exclusivo, nas mulheres gestantes com idade superior a 35 anos, pois é preciso considerar os aspectos subjetivos, a história de vida e as condições sociais da grávida (BALLONE, 2011).

Tabela 3 - Religião em relação ao Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers adaptado

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

No que se refere à renda familiar, supõe-se que não houve correlação *linear de Pearson* pelo fato de a média ter sido de 1.251 reais, o que está em um patamar adequado em relação ao salário mínimo. Um estudo realizado no estado do Paraná com o intuito de verificar se o número de filhos nascidos vivos, em uma dada família, tem relação com a educação da mãe e a renda familiar concluiu que quanto maior o nível de renda familiar, menor a probabilidade de uma mulher ter muitos filhos e que há relação entre o nível de renda e a escolaridade, fato também demonstrado em outros estudos. Escolarizar a população não somente aumenta o padrão da renda, mas também diminui a natalidade, o que, conseqüentemente, melhora a qualidade de vida das famílias (LOPES; PONTILI, 2007).

Quanto às semanas de gestação, também não houve correlação, conforme mostra a Tabela 3. Essa pergunta só foi inserida no questionário sociodemográfico com o intuito de verificar se as gestantes tinham conhecimento sobre o andamento de sua gestação, o que ficou evidente durante a coleta de dados como um fator positivo.

Considerações finais

O estudo permitiu verificar que a qualidade de vida das gestantes de alto risco que participaram da amostra é relativamente boa. A partir dos objetivos gerais e específicos, da avaliação do IQV específico por meio dos domínios do instrumento utilizado, da caracterização do perfil sociodemográfico e, também, da comparação dos cinco domínios da adaptação do questionário de Ferrans & Powers com as variáveis sociodemográficas, conforme propostos inicialmente, conclui-se que todos foram atingidos.

Vale ressaltar que o Índice de Qualidade de Vida utilizado neste estudo foi de fácil aplicação e compreensão por apresentar itens com características mais específicas referentes aos domínios, o que o torna um instrumento mais sensível às mudanças que os indivíduos possam apresentar. Durante sua aplicação observou-se uma boa adesão por parte das gestantes, especialmente por verem nele a possibilidade de ações de políticas públicas positivas em prol desse público, que merece, sem dúvida, um atendimento diferenciado.

No percurso da gestação, diversas modificações estão presentes na vida de cada mulher, sendo de suma importância que os profissionais de saúde percebam esses fatores desconfortantes de modo a amenizar os aspectos que possam influenciar negativamente na gestação e na qualidade de vida das mulheres. Desse modo, há necessidade de buscar outras populações para aplicação do mesmo questionário de pesquisa, de maneira a proporcionar comparações que permitam enriquecer o conhecimento sobre a temática.

A pesquisa revelou que, apesar do possível desgaste físico e mental diante de uma gestação de alto risco, as gestantes percebem de maneira positiva a sua qualidade de vida, exceto as que não possuem um companheiro e as que possuem mais de quatro filhos. Atrelando os resultados da pesquisa com a experiência prática da pesquisadora, pode-se concluir que, apesar de os resultados desta pesquisa não poderem ser generalizados e caracterizar a percepção de qualidade de vida de todas as gestantes consideradas de alto risco, eles podem contribuir para o entendimento de certas características individuais que por vezes não são inferidas como importantes pela equipe de saúde.

Os resultados deste estudo são de extrema relevância para ações educativas e práticas assistenciais, contemplando positivamente essas mulheres. Podemos sugerir a implantação de parcerias com universidades do município, com o intuito de se buscarem ações multidisciplinares com a colaboração de ações educativas e assistenciais por parte dos acadêmicos dos cursos de educação Física, Enfermagem, Assistência Social, Psicologia e Nutrição. Cada profissional daria um suporte dentro de sua área de atuação, contribuindo para melhoria e permanência da qualidade de vida dessas mulheres.

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

É essencial que os profissionais de saúde conheçam a realidade das gestantes de alto risco para que posteriormente possam planejar e oferecer cuidados com qualidade e de maneira holística, suprindo todos os fatores que possam contribuir para a qualidade de vida integral dessas mulheres. A equipe de saúde deve resgatar e viabilizar a comunicação, que é uma ferramenta valiosa no processo do cuidado. Saber ouvir, colher informações, oferecer um simples olhar ou toque são elementos fundamentais para a conquista e promoção de uma relação saudável entre os profissionais de saúde e a gestante, fazendo, assim, surgir sentimentos como o afeto, bem-estar e confiança, que são primordiais para um atendimento humanizado.

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

Referências

- ALVES, A. M. A.; SANTOS, I. M. M. Quando o bebê que chega não é o sonhado. In: FIGUEIREDO, N. M. A. (Org.). **Ensinado a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido**. São Caetano do Sul: Yendis, 2005. p. 225-239.
- ASSIS, T. R.; VIANA, F. P.; RASSI, S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 11-17, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n1/a02v91n1.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2011.
- AUMANN, G. M. E.; BAIRD, M. M. Avaliação do risco em gestantes. In: KNUPPEL, R. A.; DRUKKER, J. E. (Orgs.). **Alto risco em obstetria**: um enfoque multidisciplinar. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 13-36.
- BALLONE, G. J. **Gravidez depois dos 35 anos**. São Paulo: PsiqWeb, 2011. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=346>>. Acesso em: 27 ago. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**: informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Manual técnico. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outros/154_gestacao_de_risco.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Humaniza SUS: política nacional de humanização** – documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 2 set. 2011.
- CÁRDENAS, A. M. C.; CIANCIARULLO, T. I. Qualidade de vida da mulher dona de casa de uma comunidade de baixa renda. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 183-199, 1999.
- CARDOSO, A. M. R.; SANTOS, S. M.; MENDES, V. B. O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo? **Diálogos Possíveis**, Salvador, v. 10, n. 11, p. 141-159, 2007. Disponível em: <<http://www.faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/11.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

- COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora - MG. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 717-724, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n10/19009.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2012.
- DOURADO, V. G.; PELLOSO, S. M. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 69-74, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a12v20n1.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2011.
- EIZIRIK, C. L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. M. S. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. **Enfermagem e saúde da mulher**. Barueri: Manole, 2007.
- FERREIRA, I. P.; EVANGELISTA, L. A. Gestantes e conhecimentos sobre os benefícios da prática de exercícios físicos da UBS da família Ana Adeláide em Porto Velho-RO 2010. **Anais da Semana Educa**, Porto Velho, v. 1, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.unir.br/index.php/semanaeduca/article/viewFile/113/153>>. Acesso em: 12 jan. 2011.
- FERRANS C.E; POWERS M.J. Quality of life index: development and psychometric properties. **ANS Adv Nurs Sci**. v. 8, n.1, p.15-24, 1985.
- FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. (Org.). **Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19-28.
- GUZZELLI, C. A. F.; ABRAHÃO, A. R. Gravidez nos extremos reprodutivos. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J.; VALLE, J. R. (Orgs.). **Atualização terapêutica**. 23. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007. p. 1.177.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2012.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- LIMA, M. O. P. **Qualidade de vida relacionada a saúde da mulher grávida com baixo nível socioeconômico**. 2006. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7132/tde-02102006-142446/publico/Marlise_Oliveira_Pimentel.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2011.
- LOPES, J. L.; PONTILI, R. M. Renda familiar e educação como fatores condicionantes do aumento da taxa de fecundidade: uma análise para o Paraná. In: ENCONTRO DE ECONOMIA PARANAENSE, 5., 2007, Curitiba. **Artigos Aceitos...** Campo Mourão: Faculdade Estadual de Ciência e Letras de Campo Mourão, 2007. p. 1-16. Disponível em: <http://www.ecopar.ufpr.br/artigos/a5_008.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2011.

- LOUREIRO, R. P. Pesquisa quantitativa: conceitos gerais e método epidemiológico. In: AZEVEDO, D. R.; BARROS, M. C. M.; MÜLLER, M. C. (Orgs.). **Psico-oncologia e interdisciplinaridade: uma experiência na educação a distância**. Porto Alegre: EDPUCRS, 2004. p. 315-331.
- MAGALHÃES, D. R. B. et al. Assistências pré-concepcional e pré-natal. In: ALVES FILHO, N. et al. (Orgs.). **Perinatologia básica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 37-51.
- MARTIN, J. A. et al. Annual summary of vital statistics – 2003. **Pediatrics, Elk Grove Village**, v. 115, n. 3, p. 619-634, 2005. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/115/3/619.full.pdf+html>>. Acesso em: 13 ago. 2011.
- MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2.473-2.479, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/22.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2010.
- MELLO, L. G. **Antropologia cultural: iniciação teoria e temas**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2011.
- NAKAMURA, M. U.; AMED, A. M. Assistência pré-natal. In: CAMANO, L. et al. (Orgs.). **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: obstetrícia**. Barueri: Manole, 2003. p. 3-5.
- OLIVEIRA, E. M. **A mulher, a sexualidade e o trabalho**. São Paulo: Hucitec, 1999.
- ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos: adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948**. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2011.
- PAPALÉO NETTO, M.; CARVALHO FILHO, E. T.; SALLES, R. F. N. Fisiologia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. (Orgs.). **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 94-117.
- PARADA, C. M. G. L.; POSSATO, M.; TONETE, V. L. P. Representação de gestantes tabagistas sobre o uso do cigarro: estudo realizado em hospital do interior paulista. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 434-440, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/13.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2011.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar**. 3. ed. São Paulo: Santos, 2002.
- QUEVEDO, M. P. **Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco**. 2010. 210fs. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-14052010-082745/publico/MicheleQuevedo.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2011.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.281-1.289, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/22.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2011.

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

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

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

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

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

Contato dos Autores

José Carlos Rosa Pires de Sousa - josecarlossouza@uol.com.br

Ceny Longhi Rezende - cenilonghi@yahoo.com.br.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
Mestrado e Doutorado em Psicologia
Av. tamandaré, 6000 jd. seminário
Cep 79117-900 Campo Grande-MS
Brasil

Recebido em 05- 08- 2012

Aceito em 21-10-2012