



CARACTERÍSTICAS DOS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA EM GESTANTES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

CHARACTERISTICS OF THE DOMAINS OF QUALITY OF LIFE IN PREGNANT WOMEN OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

CARACTERISTICAS DE LOS DOMINIOS DE LA CALIDAD DE VIDA EN GESTANTES DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Sílvia Ximenes Oliveira¹, Moisés Barbosa Oliveira², Richardson Augusto Rosendo da Silva³, Rejane Marie Barbosa Davim⁴

RESUMO

Objetivo: caracterizar os domínios da qualidade de vida de mulheres grávidas, segundo o questionário de qualidade de vida *WHQOL-bref*. **Método:** estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa. A população constou de 120 gestantes atendidas na atenção básica de saúde no município de Sousa-PB/Brasil. A coleta de dados ocorreu através de um formulário referente às características das gestantes e o instrumento *WHOQOL-bref*. Os resultados foram organizados em um banco de dados eletrônico, codificados, tabulados e apresentados em figuras. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo nº 633122010. **Resultados:** quanto à qualidade de vida, segundo o *WHOQOL-bref*, as insatisfações que predominaram nos domínios foram: domínio físico: dor, desconforto, sono, repouso, energia e fadiga. No psicológico: imagem corporal e aparência, memória, concentração e sentimentos negativos. Nas relações sociais: a atividade sexual e no meio ambiente as facetas com maior insatisfação foram: recursos financeiros, oportunidade de lazer e transporte. **Conclusão:** a qualidade de vida destas gestantes foi considerada insatisfatória para estas facetas. **Descritores:** Enfermagem; Qualidade de Vida; Gestantes; Pré-Natal.

ABSTRACT

Objective: to characterize domains of quality of life of pregnant women, according to the survey of quality of life *WHQOL-bref*. **Method:** descriptive, transversal study with quantitative approach. The population consisted of 120 pregnant women attended in the basic attention to health in the municipality of Sousa-PB/Brazil. Data collection occurred through a form relating to characteristics of pregnant women and the *WHOQOL-bref* instrument. The results were organized in an electronic database, coded, tabulated and presented in figures. The research project has been approved by the Research Ethics Committee, Protocol nº 633122010. **Results:** according to *WHOQOL-bref* of the quality of life, the dissatisfactions that predominated in the areas were: physical domain: pain, discomfort, sleep, rest, energy and fatigue. On the psychological: body image and appearance, memory, concentration and negative feelings. Social relations: sexual activity and in the environment more facets dissatisfaction were: financial resources, recreation and transportation opportunities. **Conclusion:** the quality of life of these pregnant women was considered unsatisfactory for these facets. **Descriptors:** Nursing; Quality of Life; Pregnant Women; Prenatal.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar los dominios de la calidad de vida de mujeres embarazadas, según el cuestionario de calidad de vida *WHQOL-bref*. **Método:** estudio descriptivo, transversal con abordaje cuantitativa. La población constó con 120 gestantes atendidas en la atención básica de salud en el municipio de Sousa-PB/Brasil. La recolección de datos fue a través de un formulario referente a las características de las gestantes y el instrumento *WHOQOL-bref*. Los resultados fueron organizados en un banco de datos electrónico, codificados, tabulados y presentados en figuras. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, Protocolo nº 633122010. **Resultados:** sobre la calidad de vida, según el *WHOQOL-bref*, las insatisfacciones que predominaron en los dominios fueron: dominio físico: dolor, incomodidad, sueño, reposo, energía e fatiga. En lo psicológico: imagen corporal y apariencia, memoria, concentración y sentimientos negativos. En las relaciones sociales: la actividad sexual y en el medio ambiente las facetas con mayor insatisfacción fueron: recursos financieros, oportunidad de recreación y transporte. **Conclusión:** la calidad de vida de estas gestantes fue considerada insatisfactoria para estas facetas. **Descriptores:** Enfermería; Calidad de Vida; Gestantes; Pre-Natal.

¹Enfermeira, Mestre, Diretora Geral da Maternidade Dr. Peregrino Filho. Professora da Faculdade Integrada de Patos/FIP. Patos (PB), Brasil. E-mail: silviaoliveira@hotmail.com; ²Teólogo, Graduando em Psicologia, Mestrando em Aconselhamento Familiar, SPN/Andrew Jumper. Natal (RN), Brasil. Email: moisesbarbosa@hotmail.com; ³Enfermeiro, Professor Doutor, Departamento/ Programa de Pós-Graduação Mestrado/Doutorado em Enfermagem/UFRN. Natal (RN), Brasil. Email: rirosendo@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira Obstetra, Professora Doutora Associado III/UFRN, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal (RN), Brasil. Email: rejanemb@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A gravidez não é considerada doença, mas acontece no corpo da mulher inserida no contexto da família que vê a maternidade como obrigação social feminina. Os fatores socioeconômicos e a condição subalterna das mulheres interferem no processo saúde-doença e configuram-se como exemplos de adoecimento e morte específicos. Com a finalidade de programar atividades de normatização no controle do pré-natal conduzido às gestantes, é necessário dispor de instrumentos que permitam identificar o contexto de vida dessas mulheres e mapear os riscos a que estão expostas, permitindo orientar e encaminhar adequadamente estas em cada fase da gravidez.¹

As condições sociodemográficas e características individuais da mulher grávida constituem fatores de risco que podem interferir no curso de uma gestação saudável, dentre outras causas como biológicas, obstétricas atuais e anteriores e doenças devem ser rastreadas durante as consultas de pré-natal.¹⁻²

Tem-se observado que, há carência de estudos pautados à qualidade de vida (QV) em mulheres grávidas no contexto internacional e raros no Brasil, com real necessidade em avaliar as modificações ocorridas durante a gestação por não haver dados que mostrem os padrões de modificações esperados na qualidade de vida relacionados à saúde (QVRS) das gestantes ou que neguem sua existência. Dessa forma, faltam dados normativos de gravidez de baixo risco relacionados à QV para estabelecer comparações com grupos de gestantes de alto risco.³

Ao se usar um instrumento geral de QVRS, tenta-se encontrar e entender o que é importante às gestantes, visto que estas informações serão indicadores de qualidade do cuidado e que durante a gravidez e puerpério não se têm informações precisas sobre QV e dados psicossociais. Determinadas pesquisas abordam o termo com fatores patológicos como HIV, mulheres acometidas pelo câncer de mama, mas pouco se tem a respeito da QV e seus efeitos na gravidez normal ou relacionada ao estado psicológico.⁴

Estudo realizado sobre percepção de bem-estar e estado funcional em grávidas de baixo risco pertencentes a minorias multiétnicas de baixa renda e relação com depressão e suporte social concluiu que há elevados níveis de sintomas depressivos relacionados com o baixo grau de percepção das funções pautadas à saúde e bem estar. As alterações no estado funcional podem prejudicar a utilização dos

serviços de saúde como aderência às recomendações do tratamento, consultas das mães e seus filhos. Foram observados da mesma forma, aumento dos sintomas depressivos e queda em diversos estados funcionais, sugerindo que mulheres de minorias raciais de baixa renda podem experimentar níveis de estresse maiores do que outras durante a gestação.⁵

Estudo coorte com amostra de 125 mulheres gestantes utilizando instrumentos mensuráveis da QV com finalidade de avaliar mudanças percebidas na QVRS e outro para avaliar quaisquer complicações na gravidez concluíram que o estado funcional durante a gestação mudou apenas na dimensão física de saúde e os fatores sociodemográficos detectaram reduzida influência relacionada à saúde durante a gravidez.⁶

Tendo como experiência ser mãe, como também por meio da assistência à saúde voltada às gestantes, percebe-se que, apesar da gestação não configurar uma doença, as alterações fisiológicas, psicológicas e sexuais que permeiam a vida da mulher neste período podem alterar sua QV. Com base nessas premissas, surgiu a necessidade em desenvolver este estudo entre gestantes atendidas na atenção básica levando-se em consideração seu contexto social, partindo das hipóteses para verificar a possível associação entre a gestação e mudança na QV destas mulheres.

Nesta perspectiva, os resultados deste trabalho podem trazer benefícios às gestantes, uma vez que, a avaliação da QV e identificação da correlação com os fatores sociodemográficos na vida destas poderão subsidiar na elaboração de um protocolo que venha atender não somente às necessidades da qualidade da assistência mas também da QV destas usuárias. Tem sua relevância social à medida que traz discussões inerentes ao universo feminino, precisamente no período gravídico com fins de favorecer a assistência pré-natal integral.

Relacionado à gestão dos serviços de saúde, este trabalho poderá apresentar resultados que despertem a discussão de políticas voltadas à atenção à saúde das gestantes atendidas na rede básica, de forma que possibilite o planejamento de ações voltadas a esta população. No que diz respeito ao serviço de saúde, pode-se oportunizar ao profissional da área uma assistência que enfoque os problemas relacionados à QV, com subsídios para mudanças na prática de atenção à saúde das gestantes na Estratégia Saúde da Família (ESF), permitindo deslocar o foco do atendimento centrado apenas na

clínica para uma abordagem geral, superando a visão simplista e limitada da assistência.

Para a ciência é relevante, uma vez que estudos relacionados à QV em gestantes são escassos, principalmente no Brasil, apesar de existir literatura sobre QV em mulheres grávidas em nível internacional. Assim, este estudo vem contribuir para acrescer e qualificar a literatura nacional voltada a esta temática.

Apesar de a gravidez constituir evento comum na vida das mulheres, pouca atenção tem sido dada às transformações ocorridas nos domínios psicológicos e físicos, bem como percepção em relação à QV. É sob esta ótica que deve ocorrer uma reflexão sobre a saúde da mulher grávida, na qual a QV deve ser o eixo central, desde sua concepção até os últimos dias de vida.

Estudos sobre essa temática são importantes, visto que a partir do conhecimento sobre QV das pessoas no cotidiano, poderão surgir ações voltadas às intervenções nos riscos e na vulnerabilidade das doenças para o enfrentamento das causas por meio de critérios técnicos e específicos da cultura e equilíbrio da personalidade do indivíduo.⁷

A partir do momento em que há o conhecimento sobre QV da população, ocorre mudança no paradigma da prática assistencial do processo saúde-doença superando o modelo biomédico, que, na maioria das vezes, não valoriza os aspectos socioeconômicos e culturais importantes fatores nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde.⁸

Desta forma, pode-se perceber o quanto a assistência voltada à gestante necessita melhorar sua qualidade de forma integral e qualificada. Ao realizar-se um atendimento integral, deve-se englobar aspectos relevantes como questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais. Isso implica em melhorar a qualidade dos serviços de saúde bem como promover a QV das gestantes.

Diante destas considerações, este estudo tem como objetivo caracterizar os domínios da qualidade de vida de mulheres grávidas, segundo o questionário de qualidade de vida WHQOL-bref.

MÉTODO

Artigo elaborado a partir da dissertação <<Qualidade de vida em gestantes no contexto da Estratégia Saúde da Família>>, do Programa de Pós-Graduação

Mestrado/Doutorado em Enfermagem/UFRN, defendida em maio de 2011.

Estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa, caracterizado por pesquisa com procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação dos fenômenos prosseguidos pelo método científico que consiste em delimitar um problema, realizar observações e interpretá-las com base em relações encontradas, fundamentando-se, se possível, nas teorias existentes.⁹

O estudo foi realizado no município de Sousa/PB/Brasil, localizado na região Nordeste do Brasil, na região do semiárido no interior do estado da Paraíba, a 450 km da capital do Estado. A região administrativa sanitária tem 26 Unidades de ESF, destas, 19 estão na zona urbana e as demais na rural. Em cada unidade existe uma equipe composta por aproximadamente 14 profissionais que assistem uma área adstrita que vai de 800 até 3.120 indivíduos. Sua primeira equipe foi implantada em 2002 e em todas atuam: um enfermeiro, um médico, um dentista, um auxiliar de consultório dentário (ACD), um técnico de enfermagem, um atendente e seis agentes comunitários de saúde (ACS) variando conforme sua área, podendo aumentar esse valor. Diante desse contexto, a pesquisa foi realizada em todas as unidades básicas de saúde do referido município. A opção pelo município de Sousa ocorreu principalmente porque foi levado em consideração o local de residência e trabalho enquanto mestranda inserida na equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde de Sousa/PB. (SMS).

A população foi constituída por gestantes que estavam em acompanhamento pré-natal nas ESF durante a coleta de dados. Para seleção das grávidas, foi constituída uma amostragem estratificada aleatória simples por meio de sorteio, conforme agendamento e aprazamento das gestantes na busca da consulta à unidade de saúde. Este tipo de amostragem pode ser de dois tipos: sem reposição e com reposição. Para este estudo, foi adotado o tipo com reposição, no qual os elementos da população podem entrar mais de uma vez para a amostra, caso o número sorteado seja da gestante que não esteja na unidade de saúde no dia da coleta dos dados.

Os estratos são formados pelo pesquisador segundo as necessidades de seu estudo, desta forma, foram representados pelas UBSF. De cada estrato, por meio de técnicas aleatórias, foram retiradas amostras proporcionais à população total contida em cada um. Para isso, é necessário conhecer de antemão a proporção da população pertencente a cada um. O processo de amostragem aleatória

simples lança mão da tabela de números aleatórios, assim, todos os componentes da população receberam um número. A seguir, foi determinado o total de componentes da amostra e por meio da tabela de números aleatórios, selecionados os indivíduos a serem pesquisados.¹⁰

Para o cálculo da amostra, realizou-se um levantamento junto à Secretaria de Saúde do referido município acerca do número de gestantes cadastradas no SISPRENATAL, distribuídas nas 19 UBSF da zona urbana, obtendo-se um total de 394 (N) gestantes cadastradas. Após este levantamento, foi realizado um cálculo amostral de 30% (n) de acordo com a população de cada unidade de saúde, totalizando 120 mulheres grávidas. Conforme a amostragem aleatória simples com reposição por meio de sorteio e levando-se em consideração a flutuação devido à entrada e saída das gestantes no programa, teve-se uma previsão de 119 gestantes a serem pesquisadas.

Como critérios de inclusão: gestantes cadastradas no Programa de Pré-Natal nas Unidades com idade igual ou maior que 20 anos, alfabetizadas, que não apresentassem problemas mentais e que aceitassem participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os de exclusão: mulheres não cadastradas no Programa de pré-natal, menores de 20 anos, não alfabetizadas e apresentar problemas mentais que inviabilizariam a participação no estudo.

Dois instrumentos foram utilizados para a coleta de dados, sendo o *WHOQOL-bref* para avaliar a QV da gestante e um formulário para a coleta dos dados sociodemográficos, hábitos pessoais e obstétricos atuais e antecedentes das gestantes. Na perspectiva de viabilizar a avaliação da QV, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou o *WHOQOL-100*. Trata-se de um instrumento com 100 questões, sendo composto de seis domínios e 24 facetas. No Brasil, a versão em português foi desenvolvida no Centro *WHOQOL* no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coordenado pelo Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck.¹¹⁻¹²

Visto a necessidade de instrumentos curtos e de rápida aplicação, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu uma versão abreviada do *WHOQOL-100*, o *WHOQOL-bref*, constituído por 26 questões. Nesta versão reduzida, cada faceta é representada pelo subitem que mais se correlacionou com o escore global do *WHOQOL-100*. Assim, os domínios reduzidos são: físico, psicológico,

relações sociais e meio-ambiente. O referido instrumento pode ser utilizado para avaliar a QV tanto de populações saudáveis como de pessoas acometidas por agravos e doença crônicas.¹³

Neste estudo, utilizou-se o *WHOQOL-bref*, por conter domínios e facetas contidos nas 26 questões aplicáveis às gestantes de baixo risco, ou seja, àquelas que não apresentam doenças que comprometam a saúde física das mesmas. As duas primeiras perguntas avaliam a QV geral, e que, calculadas em conjunto geram um escore independente dos domínios. A primeira refere-se à QV de um modo geral e a segunda à satisfação com a própria saúde. As questões restantes são distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente.¹²

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria/PB e aprovada com o Protocolo de nº 633122010, respeitando a Resolução 196/96 no que se refere aos aspectos éticos observados quando da realização de pesquisa envolvendo seres humanos.¹⁴ A pesquisa só foi desenvolvida após o consentimento prévio do Secretário de Saúde do Município de Sousa-PB, por meio de uma carta de permissão e assinatura do TCLE pela respondente.

Previamente a coleta dos dados, os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo, modo de aplicação e destino dos dados. Também foram informados da voluntariedade de participação, podendo desistir e participar deste estudo quando desejar, e os resultados tratados com confidencialidade, garantindo-se o anonimato das informações.

Para a coleta de dados, as gestantes foram selecionadas por meio de sorteio nas UBS, conforme agendamento para a consulta de pré-natal com o médico ou enfermeiro, quando na ocasião foram abordadas e orientadas sobre a pesquisa. Os dados foram coletados no período de fevereiro a março de 2011 pela própria mestrandia e por colaboradores voluntários devidamente treinados e orientados para a aplicação do instrumento, o qual é auto-aplicável, entretanto, a mestrandia e os colaboradores estiveram disponíveis para qualquer esclarecimento durante seu preenchimento.

Os dados coletados foram organizados em um banco de dados eletrônico do aplicativo Microsoft Excel sendo codificados, tabulados e apresentados em forma de tabelas e gráficos com suas respectivas distribuições percentuais. A discussão foi realizada com base na revisão bibliográfica realizada

anteriormente, como forma de subsídio para discutir os resultados deste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

● Caracterizando a amostra

O grupo estudado foi distribuído com maior concentração na faixa etária entre 20 a 25 anos completos; o estado civil predominou mulheres com parceiro fixo (85%), entre as casadas ou àquelas em união estável e 15% não tinham parceiros fixos. Quanto à ocupação, 66% exerciam atividades do lar, 19% estudantes e 15% tinham um trabalho remunerado. Quanto à renda familiar, a maioria (48,33%) das famílias das gestantes recebia um salário mínimo, 30% menos de um salário mínimo, 17,5% possuíam renda de dois

salários e apenas 4,17% tinham rendimentos de três a cinco salários mínimos. A maioria das mulheres apresentou mais de uma gestação (58,33%), 50% eram primigestas. Do total de gestantes, 21,66% já haviam abortado. O número máximo de gestações foi de seis e o máximo de filhos de cinco. A idade gestacional variou de cinco a 39 semanas.

Os dados apresentados a seguir são referentes à QV das gestantes medidos por meio do instrumento *WHOQOL-bref*. As respostas das usuárias foram analisadas a partir de uma escala do tipo *Likert* de 1 a 5, em que 1 e 2 correspondem insatisfação, 3 posição intermediária ou neutra, 4 e 5 satisfação, compreendendo uma avaliação positiva.

Insatisfação		Posição Neutra		Satisfação
1	2	3	4	5

A QV por ser considerada um constructo objetivo e subjetivo, pode variar de pessoa para pessoa de acordo com a ótica de cada um, assim sendo, a maioria das gestantes (81,67%) considerou sua QV como boa, 16,67% não apresentaram nem satisfação nem insatisfação e apenas 1,67% não estavam satisfeitas com sua QV. Ao serem indagadas sobre a satisfação com sua saúde, 85,83% estão satisfeitas, 10,83% tem posição neutra e 3,33% sentem-se insatisfeitas.

Um estudo semelhante realizado com profissionais de enfermagem de um hospital universitário obteve 69,64% de satisfação para a questão 01 do *WHOQOL-bref*.¹⁵

Uma pesquisa com agentes comunitários de saúde (ACS) sobre avaliação da QV, 16,6%

mantém posição neutra de satisfação e 5,3% referiram estar insatisfeitos.¹⁶

Dentre os domínios analisados, o físico obteve a terceira maior média percentual de satisfação (64,40%) de QV pelas gestantes pesquisadas. Com relação à insatisfação, este domínio também obteve a terceira maior média (11,90%). O domínio físico mostra a percepção da gestante sobre sua condição de saúde, este contém as seguintes facetas: dor e desconforto, dependência de medicação, energia e fadiga, mobilidade, sono e repouso, atividades da vida cotidiana e capacidade de trabalho.

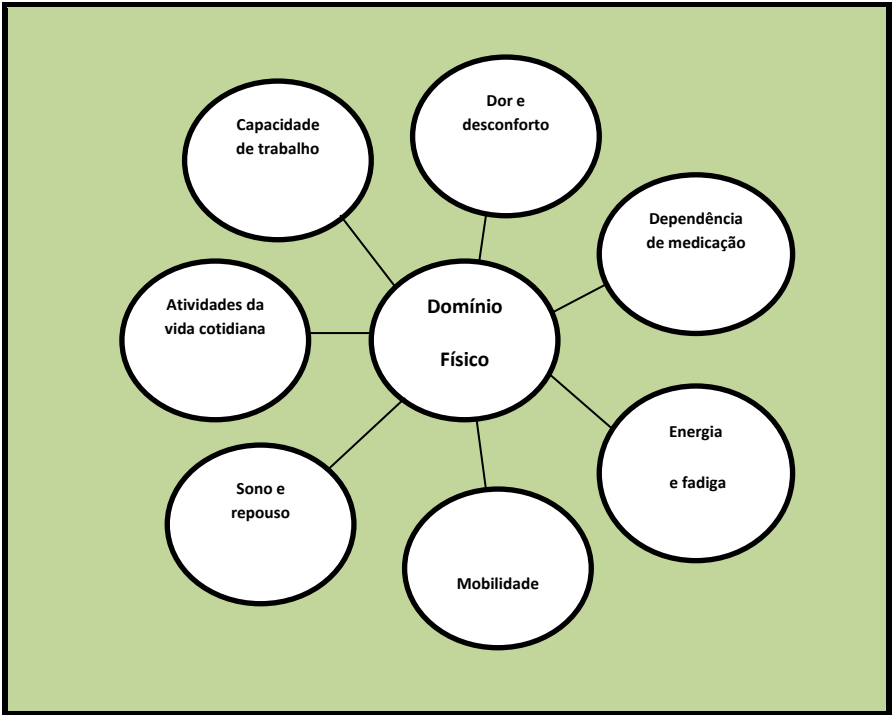


Figura 1. Facetas do domínio físico do *WHOQOL-bref*. Sousa/PB - 2012.

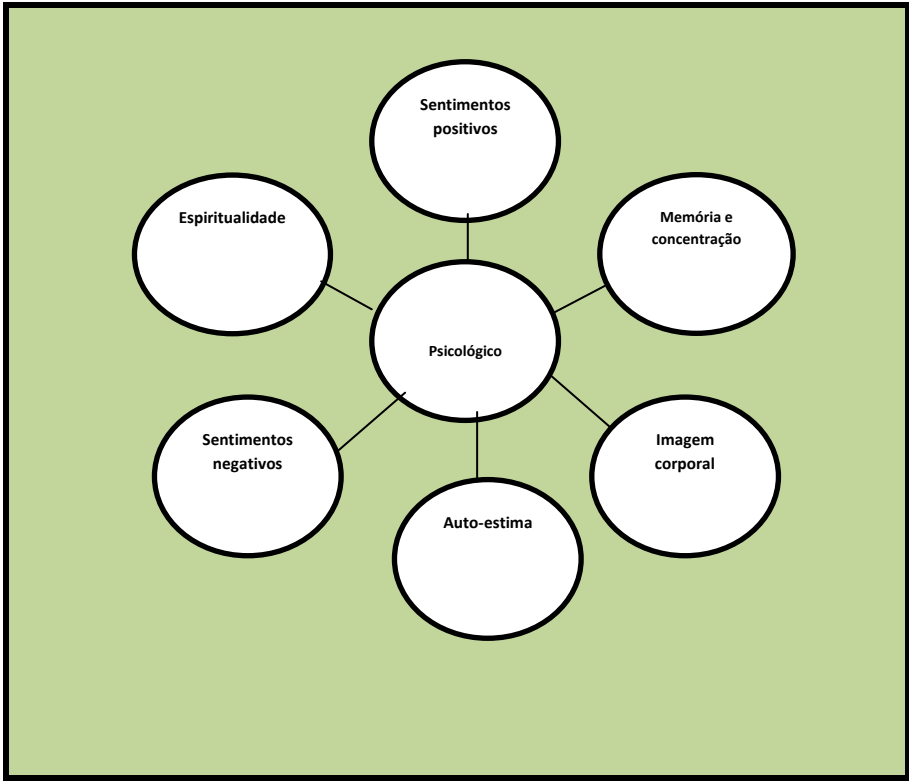
No que se refere ao domínio físico, a maioria das gestantes referiu mobilidade como a faceta que apresentou maior percentual de satisfação (77,5%), seguida das

atividades de vida cotidiana, (69,17%) e dependência de tratamento ou medicação (64,17%). As que tiveram menor percentual revelando insatisfação foram: dor,

desconforto (20%), sono, repouso (17,5%), energia e fadiga (12,5%). A maioria das gestantes considerou estar satisfeitas com sua capacidade de locomoção. Isto permite que as mesmas possam executar atividades cotidianas rotineiras consideradas do lar. Este resultado assemelha-se com estudo realizado com nutrízes, ao referirem que a locomoção foi considerada satisfatória.¹⁷

Acredita-se que as alterações físicas ocorridas na gestação como aumento do

volume abdominal e dificuldade em dormir, dificultando o sono, característica esta do terceiro trimestre da gestação, possam ser fatores que contribuem para a falta de energia.¹⁸ De acordo com o diagnóstico de enfermagem, a fadiga é uma sensação opressiva, sustentada de cansaço e incapacidade de realizar atividade física e mental habituais.¹⁹



O domínio psicológico obteve a segunda maior média percentual de satisfação das gestantes (70,41%). Neste domínio, são abordados os sentimentos positivos e negativos que permeiam a vida da gestante, espiritualidade, percepção sobre sua imagem corporal e autoestima. Quanto à espiritualidade, verifica-se que 85,83% estão satisfeitas. Para as mulheres no período gravídico, a prática da religiosidade e fé em Deus torna-se mais aguçada, visto que nesta fase de suas vidas surgem questionamentos e dúvidas existenciais e uma das formas para tratar seus problemas é a busca a Deus.

A religiosidade é determinada por algo que não se vê, por um ato de fé que modifica comportamentos e pensamentos, superando todas as dificuldades de forma inacreditável, tornando-se, em muitos casos, um suporte para a manutenção da vida.²⁰

Para a imagem corporal, foi encontrada uma satisfação pela maioria (66,67%). Relataram posição neutra 19,17% e 14,17% insatisfeitas com sua imagem corporal. Esse resultado é similar a um estudo de gestantes sobre a imagem corporal referida como boa em 39,78% e 60,22% estava insatisfeita. A gestação é uma fase da vida que ocorre fortes

mudanças no corpo feminino, embora estas sejam consideradas como parte natural da gravidez, pois as mulheres sentem dificuldades em aceitá-las, acarretando insatisfação, insegurança e até perda da identidade anterior à gestação.²¹

Níveis elevados de autoestima constituem importante preditor de competência materna. Segundo especialista, a autoestima diz respeito à avaliação positiva ou negativa que o indivíduo faz de si mesmo.²² Neste estudo, a maioria das gestantes (81,67%) mostra-se satisfeita com sua auto-estima. Um estudo realizado na cidade de Pelotas demonstrou associação da autoestima com o Transtorno Mental Comum, mostrando que mulheres com menor autoestima apresentam maior probabilidade de transtornos mentais.²³ Estes dados corroboram com os achados de um estudo realizado na região Nordeste do Brasil, revelando que, mães adolescentes, ao provocarem o aborto, apresentaram menor autoestima quando comparadas com aquelas que não interromperam a gestação.²⁴

O domínio relações sociais apresentou maior média (75,83%) de satisfação. Refere-se às relações pessoais, atividade sexual e ao

suporte social que as gestantes recebem no período gravídico.

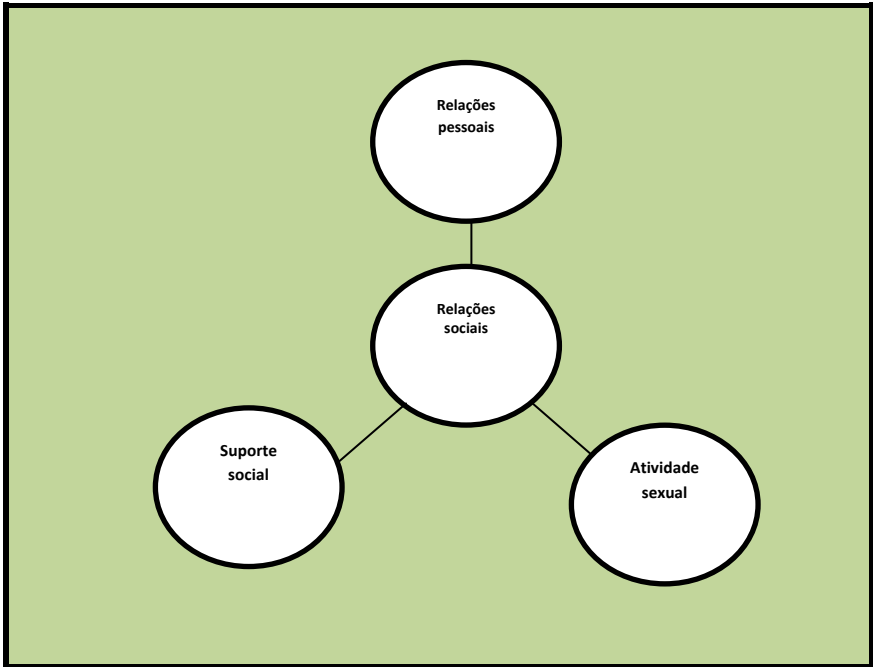


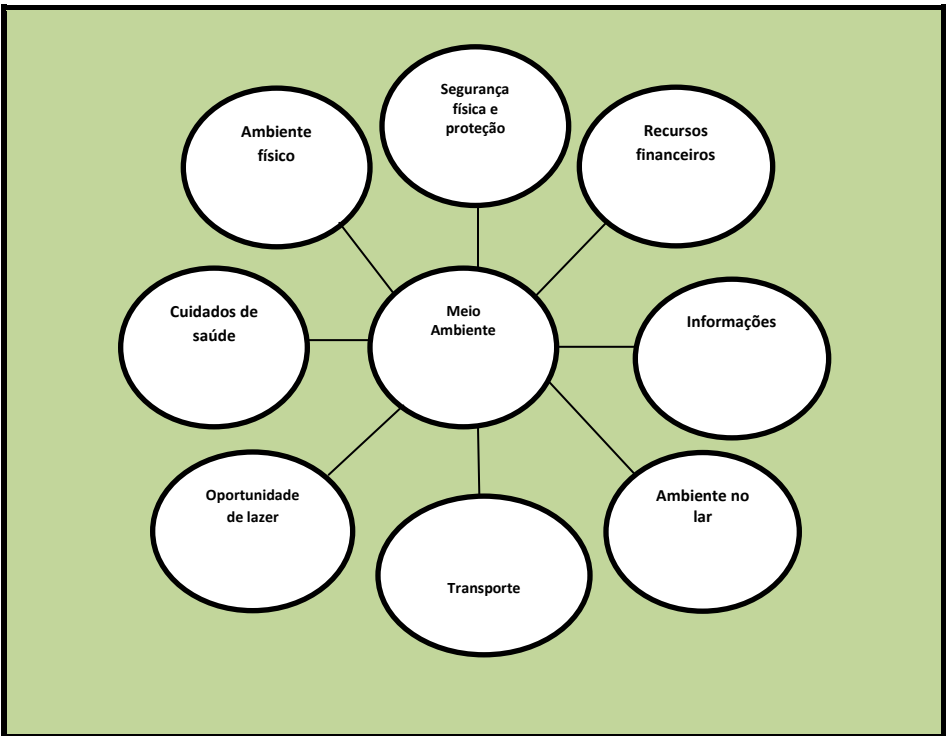
Figura 3. Facetas do domínio relações sociais do WHOQOL-bref. Sousa/PB - 2012.

A faceta atividade sexual apresentou percentual de 64,17% de satisfação, 10,0% de posição neutra e 25,83% de insatisfação com sua atividade sexual. Estes dados mostram que nem todas as gestantes estão satisfeitas com sua vida sexual, corroborando com a literatura ao descrever que o desejo sexual e a libido feminina podem diminuir com o decorrer da gestação, principalmente no 1º e 3º trimestres.²⁵

O apoio social é fundamental para o desenvolvimento do ser humano, principalmente nos períodos de transição e de mudanças em que são necessárias adaptações, como ocorre com a gestação. Como pode ser visto, o apoio social é uma forma de oferecer

ajuda, tanto de informações como prática afetiva. O suporte social pode ser avaliado pela interação do indivíduo em seu meio. Um adequado suporte social proporciona apoio às gestantes, favorecendo maior controle do ambiente e da autonomia, fornecendo esperança, apoio e proteção.²⁶

O domínio meio ambiente apresentou menor percentual (43,33%) de satisfação, resultado também encontrado na literatura^{17,27}. Este domínio diz respeito à forma como a gestante percebe os aspectos relacionados ao meio ambiente em que vive.



O domínio meio ambiente retrata aspectos estruturais da vida. As facetas que obtiveram mais insatisfação foram: recursos financeiros (47,5%), oportunidades de lazer (40%), transporte (26,57%) e ambiente físico (22,5%).

No que se refere ao recurso financeiro, um baixo número de gestantes relatou estar satisfeita (7,5%). Segundo os dados sociodemográficos sobre a renda familiar ser

suficiente ou não, a maioria referiu como insuficiente ou pouco suficiente (56,66%).

A insatisfação com o meio de transporte foi evidente em 26,67% das gestantes. O município de Sousa não possui transporte coletivo, sendo o meio de transporte utilizado o moto-boy ou moto-táxi, ou quando a família possui algum tipo de veículo motorizado. Este resultado assemelha-se com outro estudo realizado com nutrízes em que 24,8% apresentou insatisfação em relação ao meio de transporte.¹⁷

Quanto à satisfação do ambiente físico (poluição, clima, ruído), 29,17% mostram-se satisfeitas, 48,33% mantém uma posição neutra e 22,5% estão insatisfeitas. Suas respostas refletem as condições do local de moradia percebidas pelas gestantes como precárias, por necessitar de saneamento básico e pavimentação das ruas.

Na avaliação do domínio meio ambiente, a faceta ambiente no lar obteve a segunda maior média de satisfação (66,67%), semelhante à literatura, que obteve 60,3% de satisfação dos ACS em relação ao ambiente no lar. Concorde-se ao inferir que o ambiente no lar é importante, visto que é o local onde a pessoa compartilha sentimentos de conquista, dificuldades, alegrias e problemas com os familiares, descanso e considera como lugar de refúgio das tensões do dia-a-dia.¹⁶

No que se refere aos serviços de saúde disponíveis, a maioria (71,67%) demonstrou estar satisfeita. Para as participantes, a assistência pré-natal é importante bem como a disponibilidade dos serviços de saúde dispensados, mas nem todas demonstraram estar satisfeitas com a qualidade dos serviços oferecidos (11,67%). Estudo com gestantes mostra que quanto maior a satisfação com a assistência pré-natal maior os escores de QV para os domínios saúde, funcionamento, psicológico e espiritual.²⁸

Ao mostrarem satisfação com os serviços de saúde, a mulher analisa o modo como está sendo tratada e valoriza a assistência humanizada que recebe no serviço de saúde.¹⁷ Quando a mulher avalia negativamente este serviço, reflete a falta de atenção e descaso dos profissionais que atuam nestes serviços.²⁹

Em um estudo³⁰ o instrumento utilizado para mensurar a QV foi o *WHOQOL-bref*. Como resultado, os pontos fortes da pesquisa se referem à utilização de um instrumento mundialmente conhecido e recomendado pela OMS para medir a QV das pessoas; inclusão de profissionais da saúde de três categorias distintas e, por fim, à seriedade dos

pesquisadores durante a elaboração e execução da desta.³⁰

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou a oportunidade de descrever a QV das gestantes por meio das facetas que tiveram maiores índices de insatisfação, bem como conhecer os aspectos sociodemográficos, obstétricos e assistenciais que permeiam a vida das mesmas. Quanto às características da QV medidas pelo *WHOQOL-bref*, duas questões gerais do instrumento foram consideradas como satisfeitas, tanto para a QV como para a saúde.

No domínio físico, as que tiveram maior insatisfação foram: dor, desconforto, sono, repouso, energia e fadiga. As que obtiveram maior satisfação: mobilidade, atividades de vida cotidiana e dependência de tratamento ou medicação.

No domínio psicológico, as facetas que se destacaram como insatisfação: memória e concentração, sentimentos negativos, imagem corporal e aparência. As referidas como satisfação foram predominantes: espiritualidade e religião, sentimentos negativos e autoestima.

No domínio relação social, houve predominância de insatisfação na atividade sexual, enquanto as relações pessoais obtiveram maior satisfação.

No domínio meio ambiente, as facetas: recursos financeiros, participação e oportunidade de lazer e transporte foram citados como as mais insatisfeitas. As que obtiveram maior satisfação foram: cuidados de saúde, ambiente no lar, segurança física e transporte.

Percebeu-se que, para cada domínio, tiveram várias facetas com índices de insatisfação. Estes resultados revelaram que a assistência do enfermeiro ainda está muito insipiente no que diz respeito às orientações que contemplem os aspectos relacionados à QV. É fundamental que o enfermeiro trabalhe de forma humanizada, numa perspectiva holística e de qualidade que contemple a família nesse processo, incentivando a participação ativa do companheiro, promovendo melhor preparo destas mulheres para uma gestação saudável.

À luz deste estudo, procura-se colaborar com a melhoria da qualidade da assistência à gestante com informações que darão subsídios para os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, para atuarem nas áreas de maior fragilidade para estas gestantes.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de Saúde da Mulher. Manual técnico: Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Editora MS; 2005.
2. Neme B. Obstetrícia básica. 2 ed. São Paulo: Sarvier; 2000.
3. Lima MOP. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas com baixo nível socioeconômico. Dissertação [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.
4. Otchet F, Carey MS, Adam L. General health and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: what is normal? *Obstet Gynecol* 1999; 94 (6):935-41.
5. Mckee MD et al. Health-related functional status in pregnancy: relationship and social support in a multiethnic population. *Obstet Gynecol* 2001; 97 (6):988-93.
6. Hueston WJ, Kasik-Miller S. Changes in functional health status during normal pregnancy. *Journal Fam Pract* 1998; 47 (3):209-12.
7. Ramírez R. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Revista Colombiana de Cardiología* [Internet]. 2007 July/Aug [cited 2011 July 05];14(4):[about 14 p]. Available from: www.scielo.org.com/pdf/rcca/v14n4/v14n4a4.pdf
8. Vido MB, Fernandes RAQ. Qualidade de vida: considerações sobre conceito e instrumentos de medida. *Online brazilian journal of nursing*. [Internet]. 2007 [cited 2012 Apr 15]; 6(2):[about 5 p] Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.870>
9. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 5ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
10. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 7ed. São Paulo: Atlas; 2010.
11. The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization. *Social Science Medicine* [Internet]. 1995 [cited 2012 Apr 15] 41(10):103-9. Available from: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleListURL&_method=List&_ArticleList&_ArticleListID=1891752537&_sc
12. The Whoqol Group. Developmente of the World Health Organization WHOQOL- bref. *Quality of Life Assesment. Psychol Med*.1998; 28:551-8.
13. Berlim MT, Fleck MPA. "Quality of life": a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev. Bras. de Psiquiatria* [Internet]. 2003 [cited 2012 Apr 15];25(4):249-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25n4/a13v25n4.pdf>
14. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS196/96 e outras). Brasília: Editora MS; 2000.
15. Martins RF, Silva JLP. Prevalência de dores nas costas na gestação. *Rev. Assoc Med Bras*. [Internet]. 2005 [cited 2012 Apr 15];51(3):144-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n3/a14v51n3.pdf>
16. Kluthcovisky ACGC. Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná. [Dissertação] Mestrado em Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. São Paulo; 2005.
17. Aragaki IMM. Avaliação e percepção de nutrízes acerca de sua qualidade de vida. (tese) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.
18. Alves VM, Moura ZA, Palmeira ILT, Lopes MVO. Estudo do diagnóstico de enfermagem fadiga em gestantes atendidas numa unidade básica de atenção à saúde. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2006 [cited 2012 Apr 15];19(1):70-5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_suetoc&pid=0103-210020060001&lng=pt&nrm=iso
19. Nanda. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definição e classificação 2003-2004. Porto Alegre: Artmed; 2005.
20. Rocha MJP. Gênero e religião. *Portal Brasileiro da Filosofia* [Internet]. 2011 [cited 2012 Apr 15]. Available from: <http://portal.filosofia.pro.br>
21. Cairolli PB. Avaliação da imagem corporal e da (in) satisfação com o corpo grávido pela escala de medida em imagem corporal em gestantes inscritas no programa de pré-natal da rede básica de saúde de Vinhedo-SP [dissertação]. Campinas: SP; 2009.
22. Robinson JP, Shaver PR, Wrigtman LS. Measures of personality and social psychological attitudes. New Work: Academic Press; 1991.

23. Silva RA, Ores LC, Mondin TC, Rizzo RN, Moraes IGS, Jansen K, et al,. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 [cited 2012 Apr 15];26(9):1832-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/16.pdf>
24. Gonçalves DM, Kapclinski F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2012 Apr 15];24(7):1641-50. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/19.pdf>
25. Barros SMO, Marin HF, Abrão ACFV. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca; 2002.
26. Coutinho DS, Baptista MN, Moraes PR. Depressão pós-parto: prevalência e correlação com o suporte social. Rev. de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência [Internet]. 2002 [cited 2012 Apr 15];10(2):63-71. Available from: <http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/index2.html>
27. Vallim ALBA. Exercícios físicos aquáticos, qualidade de vida e experiência pré-natal em gestantes atendidas em serviço público de saúde. [dissertação] Campinas (SP), Universidade Estadual de Campinas; 2005.
28. 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. CD-Rom. São Pedro; 2004.
29. Almeida MS. Assistência de enfermagem no período puerperal: uma análise das necessidades como subsídios para a construção de indicadores de gênero. 2005. (tese). Programa Interunidades - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto; 2005.
30. Sales JC, Borges CM, Alves OVM, Paes LW, Campos ACV. Quality of life of three health care workers categories in a hospital in Minas Gerais - Brazil. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 [cited 2012 Apr 15];4(3):1365-70. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/952/pdf_135

Submissão: 05/07/2012

Aceito: 10/09/2013

Publicado: 15/12/2013

Correspondência

Rejane Marie Barbosa Davim

Av. Rui Barbosa, 1100 / Bloco C / Ap. 804

Bairro Lagoa Nova

CEP: 59056-300 – Natal (RN), Brasil