

ARTIGO ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2019v5n1p59-73>

Qualidade de vida de gestantes acompanhadas na atenção primária à saúde

Quality of life of pregnant women followed up in primary health care

Karoliny Abreu

Residência em Saúde da Família e Comunidade
UESPI.

E-mail: ana_karolinyrodrigues@hotmail.com

Adriana Brandão

E-mail: adrianamenesesbrandao@hotmail.com

Michele Torres

E-mail: michellevicento@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: Analisar a Qualidade de Vida de gestantes acompanhadas pela Unidade Básica de Saúde. Estudo observacional, realizado com 39 gestantes atendidas na UBS de um município de Teresina-Piauí. **Métodos:** Os dados foram coletados por meio de uma entrevista com roteiro semiestruturado e instrumento de QV. **Resultados:** As gestantes se consideraram insatisfeitas (53,8%) em relação à sua QV. As variáveis estatisticamente significativas foram: menor renda e domínio saúde/funcionamento, médio risco gestacional e domínios psicológico/espiritual e saúde/funcionamento, quantidade de abortos indistintos e escore total de QV. **Conclusão:** O estudo identificou a insatisfação das gestantes pesquisadas em relação a sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Gestante; Atenção Primária à Saúde; Qualidade de Vida.

Abstract

Objective: To analyze the QoL of pregnant women accompanied by the Basic Health Unit. Observational study, performed with 39 pregnant women attended at the UBS of a municipality of Teresina-Piauí. **Methods:** Data were collected through an interview with semi-structured script and QOL instrument. **Results:** The pregnant women were considered dissatisfied (53.8%) in relation to their QoL. The statistically significant variables were: lower income and health / functioning domain, average gestational risk and psychological / spiritual domains and health / functioning, number of indistinct abortions and total QOL score. **Conclusion:** The study identified

the dissatisfaction of pregnant women in relation to their quality of life.

Keywords: Pregnant; Primary health care; Quality of life.

Introdução

A gestação é uma fase social, física, individual e única na vida da mulher, nela ocorrem intensas mudanças psicológicas, fisiológicas, socioculturais e econômicas.¹ Nesse momento a mulher assume o compromisso e responsabilidade pela vida de um novo ser, gerando muitas expectativas, sensações e questionamentos, por isso ela necessita de vários cuidados. A atenção pré-natal, quando organizada de forma a acolher e apoiar a gestante, é uma importante estratégia de promoção da saúde e qualidade de vida da mulher.

O acompanhamento pré-natal prioriza o acolhimento à mulher, apoio em relação aos medos, dúvidas, angústias, e deve ser realizado por profissionais de saúde capazes de reconhecer riscos e intervir no momento oportuno promovendo o bem-estar da mulher e do bebê.² Desde 1994, o Ministério da Saúde decidiu reorientar a atenção básica e o modelo assistencial brasileiro, criando o que atualmente é designado de Estratégia Saúde da Família (ESF), que busca viabilizar ações de promoção da saúde e de melhoria da qualidade de vida da população.

Para o Ministério da Saúde, o principal objetivo da atenção ao pré-natal é acolher a mulher

desde o início de sua gravidez e desenvolver com ela ações de saúde que assegurem o acompanhamento, a continuidade no atendimento e avaliação, com a prevenção, identificação e correção das intercorrências materno-fetais, instruindo a gestante no que diz respeito à gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido. Também é de fundamental importância oferecer apoio emocional e psicológico ao companheiro e à família, para que estes também estejam envolvidos em todo o processo.⁴

Em 2011, foi instituída a Rede Cegonha que objetiva formar uma rede de cuidados para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, demonstrando um maior compromisso governamental com o cuidado da mulher nesta fase da vida.⁵

A qualidade de vida (QV) é um importante instrumento de gestão do cuidado, pois a partir da avaliação desta é possível rever intervenções e reformulá-las para que as reais necessidades da população sejam atendidas. Existem muitos instrumentos que mensuram a qualidade de vida, estes incluem muitos indicadores subjetivos e objetivos relacionados a fenômenos físicos e psicológicos, instrumentos

como: World Health Organization to Access Quality of Life (WHOQOL), Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36) e Quality of Life Index - Ferrans and Powers, que foram traduzidos e adaptados para a cultura brasileira e têm sido utilizados para a avaliação da QV geral da população.⁶

Dessa forma, avaliar a qualidade de vida da gestante acompanhada na atenção primária à saúde é de fundamental importância para reconhecer se as intervenções realizadas estão contemplando as suas reais necessidades, além de fundamentar a criação de novas intervenções que contribuam para a melhoria da qualidade de vida na gestação.

Este estudo tem como objetivo analisar a qualidade de vida de gestantes acompanhadas por uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Métodos

Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal, com abordagem quantitativo-descritiva, realizado entre agosto e outubro de 2017, com 39 gestantes atendidas na UBS de um município de Teresina-Piauí. Esta unidade básica fica na zona urbana da cidade e foi reinaugurada no ano de 2016. Conta com 03 equipes de saúde da família (eSF).

Foram incluídas na pesquisa todas as gestantes que residiam na área de abrangência da UBS referida, no período acima citado, e excluíram-se as gestantes que, mesmo tendo aceitado,

inicialmente, participar da pesquisa, por algum motivo desistiram de ofertar os dados, não responderam por completo o questionário ou pararam antes de serem pesquisadas.

A coleta de dados foi realizada nos dias de consulta pré-natal das equipes de Saúde da Família, que acontecem uma vez por semana nos turnos da manhã e tarde. Algumas entrevistas foram agendadas previamente com as gestantes e realizadas no local de preferência delas. As gestantes que estavam na sala de espera foram abordadas diretamente para a pesquisa. Utilizaram-se dois instrumentos: o primeiro refere-se a um roteiro semiestruturado contendo questões abertas e fechadas relativas aos dados sócio demográficos, antecedentes gestacionais e obstétricos das gestantes; o segundo instrumento avalia o Índice de Qualidade de Vida (IQV) e foi construído por Ferrans e Powers,⁷ validado para a realidade brasileira pela pesquisadora Miako Kimura, e adaptado pelos pesquisadores Fernandes, Narchi e Cianciarullo, de modo que possibilitasse medir a qualidade de vida de gestantes.

O instrumento que classifica IQV é composto por 36 itens em cada parte do questionário, que abrangem quatro domínios distintos: **saúde/funcionamento** – 17 itens; **socioeconômico** – 9 itens; **psicológico/espiritual** – 6 itens; e **família** – 4 itens. O primeiro domínio está relacionado à assistência à saúde, dor, independência física, vida sexual, atividades de lazer; o segundo

relaciona-se à paz de espírito, fé em Deus, aparência pessoal, satisfação com a vida; o terceiro, suporte das pessoas, amigos, vizinhos, trabalho, escolaridade, necessidades financeiras; e o último relaciona saúde da família, filhos, felicidade familiar, cônjuge e suporte familiar.⁷

O instrumento consiste em duas partes, no qual o sujeito atribui valores em uma escala crescente de satisfação e de importância, que varia de 1 a 6. Na primeira parte, a escala de satisfação varia de muito insatisfeito (1) a muito satisfeito (6), e na segunda parte a variação é de sem muita importância (1) a muito importante (6).

Para a avaliação e cálculo dos escores, os itens de satisfação foram ponderados com seu item correspondente de importância, resultando em valores combinados, sendo os mais altos escores níveis altos de satisfação e importância e os mais baixos, baixa satisfação e baixa importância. Os valores dos escores podem variar de 36 a 216, sendo que valores mais próximos de 216 indicam uma melhor QV e considera-se a ponderação do nível de satisfação com o nível de importância.

Para a realização da análise estatística foi utilizado o programa estatístico IBM SPSS® Statistics for Windows versão 21.0. Foi realizada análise descritiva dos dados com os valores apresentados em frequências absolutas, porcentagens, média e desvio padrão. Realizou-se o Teste Exato de Fisher e análise bivariada não ajustada para os valores

de $p < 0,05$. Os dados foram apresentados na forma de razão de prevalência não ajustada (RP não ajustada) com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%).

O presente estudo foi realizado de acordo com a Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pela Comissão de Ética da Fundação Municipal de Saúde e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí sob o número de protocolo: 2.059.362. Todas as gestantes participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE).

Resultados

A população total era composta por 44 gestantes que estavam em atendimento no período pesquisado. Dessas, a pesquisa incluiu 39 gestantes, porque 02 não aceitaram participar da pesquisa e 03 pariram antes de serem pesquisadas. Das 39, 53,8% tinham menos de 28 anos e 12,8% estavam na faixa etária entre 15 e 17 anos. Quanto à situação conjugal, 59% gestantes viviam em união estável, 51% dos companheiros (maridos) tinham menos de 28 anos e 28,2% eram provedores da família, sendo que, no caso das gestantes menores de idade, 80% dos provedores do lar eram os pais ou avós delas. Mais de 43% das entrevistadas eram primigestas e, quanto às características econômicas, 46,2% eram donas de casa e 66,7% viviam com menos de 2 salários mínimos. Quanto à escolaridade, 48,7% cursaram o ensino médio (Tabela 1).

A Tabela 2 contém os dados referentes ao histórico gestacional e condições de estudo das grávidas entrevistadas. Observou-se que 66,7% das grávidas afirmaram não ter planejado a gestação. Apesar disso, a maioria (76,9%) teve uma reação positiva frente à descoberta da gravidez, seguida de reação positiva da família (79,5%) e do cônjuge (82,1%). Do total da amostra, 77% não estavam estudando quando engravidou e, das 23% que estavam estudando, 77,7% continuaram os estudos.

Na Tabela 3 pode ser observado que 38,5% das grávidas já tiveram pelo menos uma gestação, 28,2% das gestantes já tiveram pelo menos um parto normal, 10,3% pelo menos um parto cesáreo, e 12,8% já sofreram pelo menos um aborto indistinto. A grande maioria das gestantes (71,8%) possui baixo risco gestacional, e 66,7% relatam não ter vontade de engravidar novamente.

De acordo com o instrumento de Ferrans e Powers, no questionário de satisfação sobre a qualidade de vida, no domínio família, que está associado a perguntas sobre saúde da família, filhos, felicidade da família, relacionamento com o companheiro e suporte familiar, 100% das gestantes manifestaram insatisfação. Sendo que a maior porcentagem de satisfação (48,7%) esteve relacionada ao domínio saúde/funcionamento, que corresponde à assistência à saúde, pré-natal, dor, independência física, vida sexual e atividades de lazer. Na avaliação geral da satisfação sobre a qualidade de vida, 53,8% das gestantes consideraram-se insatisfeitas (Tabela 4).

Os resultados da tabela 4 apontaram ainda que a menor renda esteve associada com a prevalência de insatisfação (65,4%) no domínio saúde/funcionamento ($p=0,013$), o baixo risco gestacional esteve associado à maior prevalência de satisfação no escore total (57,1%), o médio risco gestacional foi associado a maior prevalência de insatisfação (81,8%) no domínio psicológico/espiritual ($p=0,037$) e no domínio saúde/funcionamento (0,031).

Já na segunda parte do instrumento, relacionada à importância sobre a qualidade de vida, 100% das gestantes consideraram pouco importante os domínios: família e psicológico/espiritual. Além disso, o domínio de maior importância para elas foi o socioeconômico (46,2%). Em relação à associação entre o escore total de QV e os domínios relacionados à importância de determinado fator para a qualidade de vida da gestante, observou-se que a quantidade de abortos indistintos foi o fator que apresentou associação estatisticamente significativa ($p=0,012$). Neste sentido, 100% das mães que tiveram um aborto indistinto deram muita importância à saúde (Tabela 5).

Discussão

O grupo abordado na presente pesquisa é composto, em sua maioria, por adultas jovens em união estável e que possuem baixa renda familiar, corroborando com o que foi encontrado em outro estudo realizado no município de Gurupi, Tocantins, onde 76,2%

das 1049 gestantes viviam com o companheiro e 74,5% delas tinham uma renda familiar de até 2 salários mínimos.⁸

Considerando que as gestantes não continuaram os estudos, isto pode indicar um possível impacto na saúde destas e de seus filhos, como mostra um estudo feito em São Paulo que correlaciona a escolaridade materna com indicadores obstétricos e conclui que a baixa escolaridade materna é um fator importante que predispõe ao aparecimento de situações potencialmente de risco para mãe e bebê, como baixa frequência nas consultas pré-natais, baixo peso ao nascer e aumento da mortalidade infantil.⁹

Além disso, a evasão escolar associada à gestação traz graves consequências para a gestante e para a sociedade em geral, pois uma das principais opções de inserção social e ascensão econômica se dá por meio do sistema educacional.¹⁰ A menor escolaridade materna está associada também ao risco da ocorrência de prejuízos na relação mãe-filho, devido a menor envolvimento, menos suporte emocional e menor reconhecimento as necessidades do filho.¹¹ Isso mostra que o abandono dos estudos por um período razoável de tempo ainda é uma das principais consequências da gestação, impactando possivelmente de forma negativa na qualidade de vida.

No que diz respeito aos achados na tabela 1, a literatura aponta um estudo com resultado semelhante realizado também em Teresina-

Piauí, onde 64,1% das 400 puérperas pesquisadas não tinham ocupação remunerada.¹² Isso está diretamente relacionado à baixa escolaridade das mulheres entrevistadas, que acabam sem muitas opções de emprego, já que o mundo globalizado requer profissionais cada vez mais qualificados.

A estabilidade da situação conjugal da gestante é considerada pelo Ministério da Saúde como um fator que minimiza as possibilidades do aparecimento de complicações obstétricas, indicando que a presença do pai deve ser encorajada durante as consultas e atividades em grupo.¹³ Nesse estudo, constatou-se que 59% das participantes vivem em união estável, o que pode resultar em melhor prognóstico para o feto e maior apoio emocional, psicológico e financeiro para a gestante. Este dado difere do encontrado em outro estudo realizado com 400 puérperas de uma maternidade pública do estado do Piauí, 28,8% delas vivia em união estável.¹² Percebe-se, assim, que as mulheres ainda buscam relações conjugais estáveis.

Além disso, pesquisas mostram que o envolvimento do pai no desenvolvimento da gestação e do puerpério funciona como uma estratégia para diminuir os agravos relacionados à saúde física e mental da mulher durante a gravidez, reduzindo inclusive a frequência de depressão materna,¹⁴ e também o envolvimento do homem na rotina de cuidados da gestante é uma possibilidade para este estabelecer vínculo com o filho, construindo

uma relação de intimidade e proximidade familiar.¹⁵ Demonstrando assim, a importância do apoio do companheiro neste ciclo da vida da mulher e o quanto isso tem consequências diretas para o homem e na forma como esta mulher avalia a sua qualidade de vida.

Em relação aos primeiros achados de significância na tabela 04, aponta-se na literatura um estudo realizado em Florianópolis sobre percepções de cinco gestantes primíparas do serviço básico de saúde, que mostra que a chegada de um novo membro na família gera o sentimento de medo por não ter condições financeiras de criar aquela criança, além de gerar muitas preocupações, sentimentos negativos de insegurança e dúvida em relação ao futuro. As principais queixas estão relacionadas ao aumento das despesas ainda na gravidez por conta das mudanças de hábitos alimentares, preocupações quanto ao aumento dos gastos com a chegada do bebê e dúvidas de como sustentar o filho. Sendo esses, fatores potencialmente estressores que interferem negativamente no modo como a gestante vive.¹⁶⁻¹⁷ Infere-se que muitas gestantes se preocupam com suas condições socioeconômicas e com as consequências que a baixa renda acarreta para ela e o bebê.

Já outro estudo utilizando o IQV que mensurou a qualidade de vida de 96 adolescentes de Minas Gerais, obteve resultados diferentes, já que apontou um conformismo social quanto ao poder aquisitivo das gestantes, uma vez que a comparação dos escores de QV geral e por

domínios com a renda familiar não obteve significância estatística.¹⁸ Possivelmente isso tenha ocorrido devido as diferenças sócio econômicas do sudeste do país que difere da região nordeste, onde o presente estudo foi realizado.

A relação familiar e conjugal desde a gestação impacta diretamente no ciclo gravídico-puerperal e na qualidade de vida da gestante, a ausência de cuidado e atenção gera sentimentos de insegurança, solidão e depressão, levando até a intensificação dos desconfortos advindos da gravidez.¹⁹⁻²⁰

A classificação de risco gestacional é constituída por fatores de risco que podem levar a uma evolução desfavorável da gestação, portanto o risco gestacional deve ser avaliado a cada consulta pré-natal com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso à saúde com qualidade⁽¹³⁾. Os achados da tabela 4 relacionados ao risco gestacional corroboram com um estudo realizado no município de Niterói -RJ sobre a percepção de 10 gestantes de alto risco, que aponta que estas, além de passarem por modificações biológicas, psicológicas, psíquicas e sociais, ainda sofrem com a fragilidade e instabilidade emocional que a associação com o risco gestacional traz; isso interfere na qualidade da saúde materna, levando a mulher ao sentimento de culpabilização por não conduzir uma gravidez de forma fisiológica, situações de estresse devido aos riscos, e medo da morte.²¹ Percebe-se que a gestante que possui maior

risco gestacional necessita de mais atenção à saúde e cuidado.

Os achados da tabela 05 divergem do encontrado no estudo sobre qualidade de vida de 110 gestantes no Mato Grosso do Sul com o IQV⁷ onde 31,19% delas sofreram pelo menos um aborto indistinto, mas isso não influenciou em sua qualidade de vida.²² Possivelmente isso tenha acontecido devido à amostra reduzida do presente estudo e às diferenças sócio econômicas entre as regiões centro-oeste e nordeste do país.

Outra pesquisa realizada com mulheres com histórico de aborto indistinto, sendo 166 de São Paulo e 150 de Natal, corrobora com os achados da tabela 05, pois mostra que o aborto, provocado ou não, gera várias mudanças e transtornos emocionais, deixando as mulheres mais propensas a desenvolver depressão e transtorno do estresse pós-traumático.²³ Entende-se, assim, que a gestante que aborta uma criança tem medo que isso aconteça novamente e passa a valorizar mais ainda sua saúde, devendo o profissional que a acompanha oferecer subsídios para que esta gestante se sinta segura e confiante na gestação atual.

Não houve comparações com a QV de gestantes no nordeste, pois na literatura estas pesquisas são escassas e, quando existem, são de décadas passadas. Assim, optou-se por comparar com resultados de outras regiões do país. Outra limitação foi o número escasso de

estudos utilizando o IQV⁷ adaptado para gestantes.

O tamanho da amostra também foi um grande desafio. Isso se deve ao fato de que grande parte da população adscrita desta UBS é formada por pessoas de classe média que têm plano de saúde privado e optam por realizar o pré-natal em maternidades particulares.

Os dados resultantes desta pesquisa serão apresentados às equipes de saúde da família da UBS pesquisada e à Fundação Municipal de Saúde, a fim de ser útil para o planejamento de ações futuras, já que a pesquisa apontou alguns fatores (menor renda, médio risco gestacional e abortos indistintos) que devem ser tratados com maior atenção no pré-natal por influenciarem diretamente na satisfação da gestante em relação à sua qualidade de vida. Assim, a assistência pré-natal prestada pode ter maior efetividade e qualidade se, além de orientações e prescrições, o profissional oferecer uma escuta qualificada.

Considerações finais

Com relação a qualidade de vida das gestantes, o estudo chamou atenção pela insatisfação entre as pesquisadas, e que as variáveis como menor renda, médio risco gestacional e quantidade de abortos indistintos impactaram negativamente este resultado. Estes aspectos sinalizam a importância de uma visão integral das mulheres, para que a assistência em saúde no período gestacional seja contínua e mais efetiva.

É fundamental que os profissionais de saúde conheçam a realidade das gestantes para que posteriormente planejem e ofereçam cuidados que supram cada uma de suas peculiaridades, além de reavaliarem se as intervenções realizadas estão contemplando as reais necessidades delas.

Enfim, poucos estudos enfocam a qualidade de vida de gestantes, havendo a necessidade de abordar mais essa temática e com amostras maiores, já que as políticas públicas da saúde estão sempre apontando para a busca de melhoria do pré-natal, parto e puerpério.

Referências

- ¹Costa CSC, Vila VSC, Rodrigues FM, Martins CA, Pinho LMO. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. *Rev Eletr Enf [Internet]* 2013; 15(2):516-522. [citado 15 set 2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>.
- ²Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2011; 13(2):199-210. [citado 15 set 2017]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a06.htm>.
- ³Sousa VPS, Eufrásio LS, Viana ESR. Análise da relação entre idade gestacional e qualidade de vida em gestantes atendidas em unidades básicas de saúde da cidade do Natal/RN. *Suplemento Fisioterapia Brasil*, 2012; 13(6): 185-189. [citado 20 set 2017]. Disponível em: https://www.academia.edu/4553641/Fisioterapia_Brasil_v13n6_Supl_Saude_da_Mulher_fim.
- ⁴Neto FRGX, Leite JL, Fully PSC, Cunha ICKO, Clemente AS, Dias MSA et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. *Rev Bras Enferm [Internet]* 2008; 61(5):595-602. [citado 28 out 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500011.
- ⁵Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha [Internet]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2011 [citado 20 set 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
- ⁶Scattolin FAA. Qualidade de vida a evolução do conceito e instrumentos de medida. *Rev Fac Ciências Médicas Sorocaba*, 2006; 8(4):1-5. [citado 25 nov 2017]. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/175>.
- ⁷Kimura M, Silva JV. Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers. *Rev Esc Enferm USP [Internet]* 2009; 43:1098-1104. [citado 02 out 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a14v43ns.pdf>.
- ⁸Silva MG, Gontijo EEL, Ferreira DS, Castro AM. O perfil epidemiológico de gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde de Gurupi, Tocantins. *Universitas Cien Saúde [Internet]* 2015; 13(2):93-102. [citado 18 dez 2017]. Disponível em: <https://www.publicacoes.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3305/2864>.
- ⁹Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2001; 17(4):1025-1029. [citado 10 nov 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2001000400037&script=sci_abstract&tlng=pt.
- ¹⁰Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública [Internet]* 2007; 23(1):177-186. [citado 10 nov 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0102-311X2007000100019>.
- ¹¹Cavalcante MCV, Filho FL, França AKTC, Lamy ZC. Relação mãe-filho e fatores associados: análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil-Estudo BRISA. *Ciênc Saúde Coletiva [Internet]*. 2017; 22(5). [citado 3 jan 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017002501683&script=sci_abstract&tlng=pt.
- ¹²Araújo KRS, Calácio IA, Ribeiro JF, Fontenele PM, Morais TV. Perfil sociodemográfico de puérperas em uma maternidade pública de referência do nordeste brasileiro. *Rev Eletrônica Gestão Saúde [Internet]*. 2015;6(3). [citado 3 nov 2017]. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22411>.
- ¹³Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. *Rev Brasília. [Internet]* 2013; 1(1):56-62. [citado 12 out 17]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab32>.

- ¹⁴Oliveira SC, Ferreira JG, Silva PMP, Ferreira JM, Seabra RA, Fernando VCN. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. *Cogitare Enferm* [Internet] 2009; 13(4). [citado 22 out 2017]. Disponível em: revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/14118/9489.
- ¹⁵Matos MG, Magalhães AS, Feres-Carneiro T, Machado RN. Construindo o Vínculo Pai-Bebê: a experiência dos pais. *Psico-USF* [Internet]. 2017;22(2):261-271. [citado 3 jan 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712017000200261&script=sci_abstract&tlng=pt.
- ¹⁶Sousa ZNR, Rosa MC, Bastiani JAN. Maternidade: percepções de gestantes primíparas usuárias do serviço básico de saúde. *J Health Sci Inst.* [Internet] 2011; 29(4):272-275. [citado 22 nov 2017]. Disponível em: https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/04_out-dez/V29_n4_2011_p272-275.pdf.
- ¹⁷Leite MG, Rodrigues DP, Sousa AAS, Melo LPT, Fialho AVM. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. *Psicol Estud.*[Internet] 2014; 19(1): 115-124. [citado 19 nov 2017]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/pe/v19n1/12.pdf.
- ¹⁸Ferreira FM, Haas VJ, Pedrosa LAK. Qualidade de vida de adolescentes após a maternidade. *Acta Paul Enferm.* [Internet] 2013; 26(3): 245-249. [citado 22 out 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000300007.
- ¹⁹Romagnolo AN, Costa AO, Souza NL, Somera VCO, Benincasa M. A família como fator de risco e de proteção na gestação, parto e pós-parto. *Semina: Ciências Sociais Humanas*, 2017;38(2):133-146. [citado 2 jan 2019]. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/viewFile/31412/23036>.
- ²⁰Martello NV, Wilhelm LA, Cremonese L, Alves CN, Prates LA, Ressel LB. Percepções de gestantes acerca da participação do companheiro na gestação. *Saúde (Santa Maria)*. 2017; 43(2):21-26. [citado 2 jan 2019]. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/19474>.
- ²¹Silva MRC, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, Vargas GS, Sá AMP. A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. *Rev Enferm UERJ* [Internet] 2013;21(2): 792-797. [citado 22 out 2017]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a16.pdf>.
- ²²Rezende CL, Souza JC. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. *Psicólogo em Informação* [Internet]. 2012; 16(1):45-69. [citado 3 nov 2017]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092012000200003.
- ²³Nomura RMY, Benute GRG, Azevedo GD, Dutra EMS, Borsari CG, Rebouças MSS et al. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais brasileiras. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2011; 57(6):644-650. [citado 3 nov 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000600010.

Tabelas

Tabela 1. Análise descritiva do perfil sociodemográfico das gestantes. UBS em estudo, zona sul de Teresina, PI, Brasil, 2017.

	N	%
Idade gestante		
≤ 28 anos	21	53,8
> 28 anos	18	46,0
Situação conjugal		
Casada	13	33,3
Solteira	3	7,7
União estável	23	59,0
Idade cônjuge		
≤ 28 anos	20	51,3
> 28 anos	16	41,0
Sem informação	3	7,7
Número de filhos		
0	17	43,6
1	14	35,9
2	6	15,4
3	2	5,1
Ocupação		
Estudante	7	17,9
Dona de casa	18	46,2
Trabalha fora	14	35,9
Provedor		
Pais	8	20,5
Avós	3	7,7
Marido	11	28,2
Casal	12	30,8
Outros	4	10,3
Todos	1	2,6
Renda familiar		
≤ 2 SM	26	66,7
2 SM	11	28,
Sem informação	2	5,1
Escolaridade		
Fundamental	8	20,5
Médio	19	48,7
Superior	12	30,8
Total		

Tabela 2. Análise descritiva do histórico gestacional. UBS em estudo, zona sul de Teresina, PI, Brasil, 2017.

	N	%
Gravidez planejada		
Sim	13	33,3
Não	26	66,7
Reação da gestante		
Positiva	30	76,9
Negativa	9	23,1
Reação da família		
Positiva	31	79,5
Negativa	8	20,5
Reação pai da criança		
Positiva	32	82,1
Negativa	7	17,9
Estava estudando		
Sim	9	23,0
Não	30	77,0
Continuou o estudo		
Sim	7	77,7
Não	2	22,2
Total		

Tabela 3. Análise descritiva dos dados obstétricos. UBS em estudo, zona sul de Teresina, PI, Brasil, 2017.

	N	%
Quantidade de gestações		
1	15	38,5
2	11	28,2
3	8	20,5
4	2	5,1
5	3	7,7
Quantidade Parto normal		
0	25	64,1
1	11	28,2
2	2	5,1
3	1	2,6
Quantidade de partos cesáreos		
0	30	76,9
1	4	10,3
2	4	10,3
3	1	2,6
Quantidade de abortos indistintos		
0	31	79,5
1	5	12,8
2	2	5,1
3	1	2,6
Risco gestacional		
Baixo risco	28	71,8
Médio risco	11	28,2
Vontade de engravidar de novo		
Sim	13	33,3
Não	26	66,7
Total	39	100

Tabela 4. Associação entre o escore total de satisfação sobre a qualidade de vida geral e os domínios do instrumento Ferrans e Powers Quality of Life Index. UBS em estudo, zona sul de Teresina, PI, Brasil, 2017.

Satisfação sobre Qualidade de Vida															
Domínios Nível de Satisfação & Valor de p	Saúde/funcionamento			Psicológico/espiritual			Sócio/econômico			Família			Geral		
	insatisfeito n(%)	Satisfeito n(%)	Valor de p	insatisfeito n(%)	Satisfeito n(%)	Valor de p	insatisfeito n(%)	Satisfeito n(%)	Valor de p	insatisfeito n(%)	Satisfeito n(%)	Valor de p	insatisfeito n(%)	Satisfeito n(%)	Valor de p
Idade															
≤28 anos	11(52,4)	10(47,6)	1,000	12(57,1)	9(42,9)	0,752	14(66,7)	7(33,3)	0,206	21(100,0)	0(0,0)	-	12(57,1)	9(42,9)	0,752
> 28 anos	9(50,0)	9(50,0)		9(50,0)	9(50,0)		8(44,4)	10(55,6)		18(100,0)	0(0,0)		9(50,0)	9(50,0)	
Situação conjugal															
Casada	6(46,2)	7(53,8)	1,000	5(38,5)	8(61,5)	0,223	6(46,2)	7(53,8)	0,322	13(100,0)	0(0,0)	-	5(38,5)	8(61,5)	0,223
Solteira	2(66,7)	1(33,3)		3(100,0)	0(0,0)		3(100,0)	0(0,0)		3(100,0)	0(0,0)		3(100,0)	0(0,0)	
União estável	12(52,2)	11(47,8)		13(56,5)	10(43,5)		13(56,5)	10(43,5)		23(100,0)	0(0,0)		13(56,5)	10(43,5)	
Número de filhos															
0	7(41,2)	10(58,8)	0,278	7(41,2)	10(58,8)	0,395	9(52,9)	8(47,1)	0,801	17(100,0)	0(0,0)	-	7(41,2)	10(58,8)	0,138
1	9(64,3)	5(35,7)		10(71,4)	4(28,6)		8(57,1)	6(42,9)		14(100,0)	0(0,0)		10(71,4)	4(28,6)	
2	2(33,3)	4(66,7)		3(50,0)	3(50,0)		3(50,0)	3(50,0)		6(100,0)	0(0,0)		2(33,3)	4(66,7)	
3	2(100,0)	0(0,0)		1(50,0)	1(50,0)		2(100,0)	0(0,0)		2(100,0)	0(0,0)		2(100,0)	0(0,0)	
Ocupação															
Estudante	4(57,1)	3(42,9)	0,094	4(57,1)	3(42,9)	1,000	4(57,1)	3(42,9)	0,910	7(100,0)	0(0,0)	-	4(57,1)	3(42,9)	0,588
Dona de casa	12(66,7)	6(33,3)		10(55,6)	8(44,4)		11(61,1)	7(38,9)		18(100,0)	0(0,0)		11(61,1)	7(38,9)	
Trabalha fora	4(28,6)	10(71,4)		7(50,0)	7(50,0)		7(50,0)	7(50,0)		14(100,0)	0(0,0)		6(42,9)	8(57,1)	
Renda familiar															
≤2 SM	17(65,4)	9(34,6)	0,013	16(61,5)	10(38,5)	0,279	17(65,4)	9(34,6)	0,131	26(100,0)	0(0,0)	-	17(65,4)	9(34,6)	0,069
>2 SM	2(18,2)	9(81,8)		4(36,4)	7(63,6)		4(36,4)	7(63,6)		11(100,0)	0(0,0)		3(27,3)	8(72,7)	
Escolaridade															
Fundamental	5(62,5)	3(37,5)	0,377	4(50,0)	4(50,0)	1,000	5(62,5)	3(37,5)	0,537	8(100,0)	0(0,0)	-	5(62,5)	3(37,5)	0,839
Médio	11(57,9)	8(42,1)		10(52,6)	9(47,4)		12(53,2)	7(36,8)		19(100,0)	0(0,0)		10(52,6)	9(47,4)	
Superior	4(33,3)	8(66,7)		7(58,3)	5(41,7)		5(41,7)	7(58,3)		12(100,0)	0(0,0)		6(50,0)	6(50,0)	
Quantidade de gestações															
1	7(46,7)	8(53,3)	0,723	6(40,0)	9(60,0)	0,785	8(53,3)	7(46,7)	0,872	15(100,0)	0(0,0)	-	6(40,0)	9(60,0)	0,539
2	6(54,5)	5(45,5)		7(63,6)	4(36,4)		6(54,5)	5(45,5)		11(100,0)	0(0,0)		7(63,6)	4(36,4)	
3	3(37,5)	5(62,5)		5(62,5)	3(37,5)		4(50,0)	4(50,0)		8(100,0)	0(0,0)		4(50,0)	4(50,0)	
4	2(100,0)	0(0,0)		1(50,0)	1(50,0)		2(100,0)	0(0,0)		2(100,0)	0(0,0)		2(100,0)	0(0,0)	
5	2(66,7)	1(33,3)		2(66,7)	1(33,3)		2(66,7)	1(33,3)		3(100,0)	0(0,0)		2(66,7)	1(33,3)	
Quantidade Parto normal															
0	11(44,0)	14(56,0)	0,681	12(48,0)	13(52,0)	0,791	13(52,0)	12(48,0)	0,678	25(100,0)	0(0,0)	-	12(48,0)	13(52,0)	0,791
1	7(63,6)	4(36,4)		7(63,7)	4(36,4)		6(54,6)	5(45,5)		11(100,0)	0(0,0)		7(63,6)	4(36,4)	
2	1(50,0)	1(50,0)		1(50,0)	1(50,0)		2(100,0)	0(0,0)		2(100,0)	0(0,0)		1(50,0)	1(50,0)	
3	1(100,0)	0(0,0)		1(100,0)	0(0,0)		1(100,0)	0(0,0)		1(100,0)	0(0,0)		1(100,0)	0(0,0)	
Quantidade de partos cesáreos															
0	16(53,3)	14(46,7)	0,735	16(53,3)	14(46,7)	0,728	18(60,0)	12(40,0)	0,511	30(100,0)	0(0,0)	-	16(53,3)	14(46,7)	1,000
1	2(50,0)	2(50,0)		2(50,0)	2(50,0)		2(50,0)	2(50,0)		4(100,0)	0(0,0)		2(50,0)	2(50,0)	
2	1(25,0)	3(75,0)		3(75,0)	1(25,0)		1(25,0)	3(75,0)		4(100,0)	0(0,0)		2(50,0)	2(50,0)	
3	1(100,0)	0(0,0)		0(0,0)	1(100,0)		1(100,0)	0(0,0)		1(100,0)	0(0,0)		1(100,0)	0(0,0)	
Quantidade de abortos															
0	16(51,6)	15(48,4)	1,000	16(51,6)	15(48,4)	1,000	17(54,8)	14(45,2)	1,000	31(100,0)	0(0,0)	-	16(51,6)	15(48,4)	1,000
1	2(40,0)	3(60,0)		3(60,0)	2(40,0)		3(60,0)	2(40,0)		5(100,0)	0(0,0)		3(60,0)	2(40,0)	
2	1(50,0)	1(50,0)		1(50,0)	1(50,0)		1(50,0)	1(50,0)		2(100,0)	0(0,0)		1(50,0)	1(50,0)	
3	1(100,0)	0(0,0)		1(100,0)	0(0,0)		1(100,0)	0(0,0)		1(100,0)	0(0,0)		1(100,0)	0(0,0)	
Risco gestacional															
Baixo risco	11(39,3)	17(60,7)	0,031	12(42,9)	16(57,1)	0,037	13(46,6)	15(53,4)	0,073	28(100,0)	0(0,0)	-	12(42,9)	16(57,1)	0,037
Médio risco	9(81,8)	2(18,2)		9(81,8)	2(18,2)		8(81,8)	2(18,2)		11(100,0)	0(0,0)		9(81,8)	2(18,2)	

Tabela 5. Associação entre o escore total de importância sobre a qualidade de vida geral e os domínios do instrumento Ferrans e Powers Quality of Life Index. UBS em estudo, zona sul de Teresina, PI, Brasil, 2017.

Domínios NÍVEL DE IMPORTÂNCIA E VALOR DE P	Importância sobre a qualidade de vida														
	Saúde/ funcionamento			Psicológico/ espiritual			Sócio/ econômico			Família			Geral		
	Pouco n (%)	Muito n (%)	Valor de p	Pouco n (%)	Muito n (%)	Valor de p	Pouco n (%)	Muito n (%)	Valor de p	Pouco n (%)	Muito n (%)	Valor de p	Pouco n (%)	Muito n (%)	Valor de p
Idade gestante															
≤28 anos	10(50,0)	10(50,0)	0,532	21(100,0)	0(0,0)	-	9(42,9)	12(57,1)	0,201	21(100,0)	0(0,0)	-	9(45,0)	11(55,0)	0,766
> 28 anos	11(61,1)	7(38,9)		18(100,0)	0(0,0)		12(66,7)	6(33,3)		18(100,0)	0(0,0)		10(55,6)	8(44,4)	
Situação conjugal															
Casada	5(41,7)	7(58,3)	0,466	13(100,0)	0(0,0)	-	6(46,2)	7(53,8)	0,888	13(100,0)	0(0,0)	-	4(33,3)	8(66,7)	0,167
Solteira	2(66,7)	1(33,3)		3(100,0)	0(0,0)		12(66,7)	1(33,3)		3(100,0)	0(0,0)		3(100,0)	0(0,0)	
União estável	14(60,9)	9(39,1)		23(100,0)	0(0,0)		13(56,5)	10(43,5)		23(100,0)	0(0,0)		12(52,2)	11(47,8)	
Número de filhos															
0	10(62,5)	6(37,5)	0,871	17(100,0)	0(0,0)	-	9(52,9)	8(47,1)	1,000	17(100,0)	0(0,0)	-	8(50,0)	8(50,0)	0,806
1	7(50,0)	7(50,0)		14(100,0)	0(0,0)		8(57,1)	6(42,9)		14(100,0)	0(0,0)		6(42,9)	8(57,1)	
2	3(50,0)	3(50,0)		6(100,0)	0(0,0)		3(50,0)	3(50,0)		6(100,0)	0(0,0)		4(66,7)	2(33,3)	
3	1(50,0)	1(50,0)		2(100,0)	0(0,0)		1(50,0)	1(50,0)		2(100,0)	0(0,0)		1(50,0)	1(50,0)	
Ocupação															
Estudante	4(57,1)	3(4,9)	0,296	7(100,0)	0(0,0)	-	3(42,9)	4(57,1)	0,834	7(100,0)	0(0,0)	-	2(28,6)	5(71,4)	0,330
Dona de casa	12(66,7)	6(33,3)		18(100,0)	0(0,0)		10(55,6)	8(44,4)		18(100,0)	0(0,0)		11(61,1)	7(38,9)	
Trabalha fora	5(38,5)	8(61,5)		14(100,0)	0(0,0)		8(57,1)	6(42,9)		14(100,0)	0(0,0)		6(46,2)	7(53,8)	
Renda familiar															
≤2 SM	16(61,5)	10(38,5)	0,285	26(100,0)	0(0,0)	-	14(53,8)	12(46,2)	1,000	26(100,0)	0(0,0)	-	13(50,0)	13(50,0)	1,000
>2 SM	4(40,0)	6(60,0)		11(100,0)	0(0,0)		6(54,5)	5(45,5)		11(100,0)	0(0,0)		5(50,0)	5(50,0)	
Escolaridade															
Fundamental	6(75,0)	2(25,0)	0,207	8(100,0)	0(0,0)	-	4(50,0)	4(50,0)	0,590	8(100,0)	0(0,0)	-	5(62,5)	3(37,5)	0,646
Médio	11(61,1)	7(38,9)		19(100,0)	0(0,0)		9(47,4)	10(52,6)		19(100,0)	0(0,0)		9(50,0)	9(50,0)	
Superior	4(33,3)	8(66,7)		12(100,0)	0(0,0)		8(66,7)	4(33,3)		12(100,0)	0(0,0)		5(41,7)	16(53,3)	
Quantidade de gestações															
1	10(71,4)	4(28,6)	0,319	15(100,0)	0(0,0)	-	8(53,3)	7(46,7)	0,824	15(100,0)	0(0,0)	-	7(50,0)	7(50,0)	0,801
2	5(45,5)	6(54,5)		11(100,0)	0(0,0)		6(54,5)	5(45,5)		11(100,0)	0(0,0)		5(45,5)	6(54,5)	
3	3(37,5)	5(62,5)		8(100,0)	0(0,0)		4(50,0)	4(50,0)		8(100,0)	0(0,0)		4(50,0)	4(50,0)	
4	2(100,0)	0(0,0)		2(100,0)	0(0,0)		2(100,0)	0(0,0)		2(100,0)	0(0,0)		2(100,0)	0(0,0)	
5	1(33,3)	2(66,7)		3(100,0)	0(0,0)		1(33,3)	2(66,7)		3(100,0)	0(0,0)		1(33,3)	2(66,7)	
Quantidade Parto normal															
0	15(62,5)	9(37,5)	0,631	25(100,0)	0(0,0)	-	15(60,0)	10(40,0)	0,681	25(100,0)	0(0,0)	-	14(58,3)	10(41,7)	0,635
1	5(45,5)	6(54,5)		11(100,0)	0(0,0)		5(45,5)	6(54,5)		11(100,0)	0(0,0)		4(36,4)	7(63,6)	
2	1(50,0)	1(50,0)		2(100,0)	0(0,0)		1(50,0)	1(50,0)		2(100,0)	0(0,0)		1(50,0)	1(50,0)	
3	0(0,0)	1(100,0)		1(100,0)	0(0,0)		0(0,0)	1(100,0)		1(100,0)	0(0,0)		0(0,0)	1(100,0)	
Quantidade de partos cesáreos															
0	16(55,2)	13(44,8)	1,000	30(100,0)	0(0,0)	-	15(50,0)	15(50,0)	0,847	30(100,0)	0(0,0)	-	13(44,8)	16(55,2)	0,631
1	2(50,0)	2(50,0)		4(100,0)	0(0,0)		2(50,0)	2(50,0)		4(100,0)	0(0,0)		2(50,0)	2(50,0)	
2	2(50,0)	2(50,0)		4(100,0)	0(0,0)		3(75,0)	1(25,0)		4(100,0)	0(0,0)		3(75,0)	1(25,0)	
3	1(100,0)	0(0,0)		1(100,0)	0(0,0)		1(100,0)	0(0,0)		1(100,0)	0(0,0)		1(100,0)	0(0,0)	
Quantidade de abortos															
0	19(63,3)	11(36,7)	0,012	31(100,0)	0(0,0)	-	18(58,1)	13(41,9)	0,371	31(100,0)	0(0,0)	-	16(53,3)	14(46,7)	0,572
1	0(0,0)	5(100,0)		5(100,0)	0(0,0)		1(20,0)	4(80,0)		5(100,0)	0(0,0)		1(20,0)	4(80,0)	
2	1(50,0)	1(50,0)		2(100,0)	0(0,0)		1(50,0)	1(50,0)		2(100,0)	0(0,0)		1(50,0)	1(50,0)	
3	1(100,0)	0(0,0)		1(100,0)	0(0,0)		1(100,0)	0(0,0)		1(100,0)	0(0,0)		1(100,0)	0(0,0)	
Risco gestacional															
Baixo risco	16(55,6)	12(44,4)	1,000	28(100,0)	0(0,0)	-	14(50,0)	14(50,0)	0,457	28(100,0)	0(0,0)	-	13(48,1)	14(51,9)	1,000
Médio risco	6(54,5)	5(45,5)		11(100,0)	0(0,0)		7(63,6)	4(36,4)		11(100,0)	0(0,0)		6(54,5)	5(45,5)	
Total	21(55,3)	17(44,7)		39(100,0)	0(0,0)		21(53,8)	18(46,2)		39(100,0)	0(0,0)		19(50,0)	19(50,0)	

Submissão: 30/03/2018
Aceite: 13/01/2019