

Qualidade de vida de mulheres com gravidez de alto risco durante o cuidado pré-natal

Quality of life of high risk pregnant women during prenatal care

Calidad de vida de las mujeres embarazadas de alto riesgo durante la atención prenatal

Ivyna Pires Gadelha¹

ORCID: 0000-0003-0019-6528

Priscila de Souza Aquino¹

ORCID: 0000-0001-6403-4769

Marianne Maia Dutra Balsells¹

ORCID: 0000-0002-9822-4242

Flaviane Fabrício Diniz¹

ORCID: 0000-0002-6023-5667

Ana Karina Bezerra Pinheiro¹

ORCID: 0000-0003-3837-4131

Samila Gomes Ribeiro¹

ORCID: 0000-0002-4775-5852

Régia Christina Moura Barbosa Castro¹

ORCID: 0000-0002-0673-9442

¹Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Como citar esse artigo:

Gadelha IP, Aquino PS, Balsells MMD, Diniz FF, Pinheiro AKB, Ribeiro SG, et al. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 5):e20190595. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0595>

Autor Correspondente:

Ivyna Pires Gadelha
ivynapires@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 09-08-2019 **Aprovação:** 10-01-2020

RESUMO

Objetivo: analisar a qualidade de vida de gestantes de alto risco. **Métodos:** estudo observacional e transversal, realizado em uma maternidade terciária localizada em Fortaleza, com 276 gestantes de alto risco. Aplicou-se questionário contendo dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos e o *The Mother-Generated Index*. Realizaram-se análises descritivas no programa estatístico Jamovi¹, versão 0.9. **Resultados:** a maioria das áreas foi influenciada negativamente pela gestação. "Satisfação com a gravidez", "relacionamento familiar" e "relacionamento com o parceiro" obtiveram as maiores médias de escore primário, enquanto que "condição física/disposição" e "financeiro" obtiveram as menores médias. Os maiores escores secundários foram em "satisfação com a gravidez", "relacionamento familiar" e "relacionamento com o parceiro", enquanto os menores foram em "financeiro" e "psicológico/emocional". **Conclusão:** a média do escore primário total foi 6,03, sugerindo uma boa da qualidade de vida. O *The Mother-Generated Index* possibilitou identificar aspectos da vida que vão além de avaliações pré-formuladas do construto.

Descritores: Qualidade de Vida; Cuidado Pré-Natal; Gravidez de Alto Risco; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze the quality of life of high-risk pregnant women. **Methods:** an observational and cross-sectional study, carried out in a tertiary maternity hospital located in Fortaleza, with 276 high-risk pregnant women. A questionnaire was applied containing sociodemographic, clinical and obstetric data and The Mother-Generated Index. Descriptive analyzes were performed using the Jamovi statistical program¹, version 0.9. **Results:** most areas were negatively influenced by pregnancy. "Satisfaction with pregnancy", "family relationship" and "relationship with the partner" obtained the highest means of primary score, while "physical condition/disposition" and "financing" obtained the lowest means. The highest secondary scores were in "satisfaction with pregnancy", "family relationship" and "relationship with the partner", while the lowest were in "financing" and "psychological/emotional". **Conclusion:** the total primary score mean was 6.03, suggesting a good quality of life. The Mother Generated Index made it possible to identify aspects of life that go beyond pre-formulated assessments of the construct.

Descriptors: Quality of Life; Prenatal Care; Pregnancy, High-Risk; Nursing Care; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar la calidad de vida de las embarazadas de alto riesgo. **Métodos:** estudio observacional y transversal realizado en maternidad terciaria de Fortaleza, con 276 mujeres embarazadas de alto riesgo. Se aplicó un cuestionario que contenía datos sociodemográficos, clínicos, obstétricos, también The Mother-Generated Index. Se utilizó el software Jamovi¹, versión 0.9. **Resultados:** la mayoría de las áreas fueron influenciadas negativamente. "Satisfacción con el embarazo", "relación familiar" y "relación con la pareja" obtuvieron los promedios de puntaje primario más altos, mientras que "condición física/disposición" y "financiero" obtuvieron los más bajos. Los puntajes secundarios más altos fueron "satisfacción con el embarazo", "relación familiar" y "relación con la pareja", mientras que los más bajos fueron "financieros" y "psicológicos/emocionales". **Conclusión:** la puntuación primaria total promedio fue de 6.03, lo que sugiere ser bueno. Fue posible identificar aspectos de la vida que van más allá de las evaluaciones de construcciones preformuladas.

Descriptorios: Calidad de Vida; Atención Prenatal; Embarazo de Alto Riesgo; Atención de Enfermería; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A gestação consiste em um período cercado de inúmeras modificações no organismo da mulher, as quais podem relacionar-se aos domínios físico e psicológico da saúde, com potencial para interferir na percepção da qualidade de vida (QV) dessa população. Sabe-se que, independente do estado de saúde materna ou de complicações pré-existentes, a piora do humor e a diminuição da QV física ocorrem como resultado dessas alterações fisiológicas esperadas⁽¹⁾.

Uma vez que as modificações inerentes à gestação de risco habitual podem interferir na QV das mulheres, sobressalta-se a condição de alto risco gestacional, em que há maior probabilidade de alcançar resultados desfavoráveis, tanto para a mãe quanto para o feto⁽²⁾. Destaca-se que complicações prévias ou durante a gestação, assim como a obesidade e os sintomas relacionados à gravidez, são os principais fatores relacionados à piora da QV das gestantes⁽³⁾.

Sob a ótica da QV, enfatiza-se a “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde”, termo que se refere aos aspectos diretamente relacionados ao estado de saúde, envolvendo a sua influência sobre a percepção de bem-estar de um indivíduo. Ressalta-se o seu caráter multidimensional, o qual engloba condições físicas, psicológicas e sociais e reflete a experiência de cada indivíduo⁽⁴⁾.

Nesse cenário, considera-se que conhecer o perfil das mulheres inseridas no contexto da gestação de alto risco possibilita o reconhecimento inicial de possíveis fatores que influenciem o processo de adaptação ao período gravídico e, conseqüentemente, a QV.

Dessa forma, percebe-se a necessidade de valorização desses aspectos nas consultas de pré-natal realizadas, bem como a inserção de instrumentos que facilitem a identificação das áreas da vida que se encontram potencializadas e fragilizadas, a fim de estabelecer, em conjunto com a paciente, estratégias de promoção do bem-estar.

O presente estudo buscou avaliar a QV das gestantes mediante a identificação das áreas de vida que são mais afetadas pela gravidez de alto risco, assim como compreender como elas se sentem em relação a isso, no intuito de reconhecer a sua influência sobre a QV.

Nessa perspectiva, tem-se como pergunta norteadora: quais as principais áreas de vida das gestantes afetadas pela gestação de alto risco?

OBJETIVO

Avaliar a QV de gestantes de alto risco.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da maternidade, conforme recomenda a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁵⁾, que se refere a pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado.

Foi garantido às mulheres o cumprimento dos preceitos éticos da beneficência, da não maleficência e da justiça, bem como o

direito ao anonimato da participante e sua autonomia quanto a participar da pesquisa sem qualquer prejuízo.

Foram respeitados os valores culturais, morais e religiosos, não havendo qualquer tipo de influência por parte dos entrevistadores.

Foi fornecido o TCLE a todas as gestantes que concordaram em participar da pesquisa.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de um estudo de natureza observacional e do tipo transversal, norteador pela ferramenta STROBE, desenvolvido no período de agosto a novembro de 2018, em uma maternidade terciária, vinculada ao Sistema Único de Saúde, considerada uma das unidades de referência para o pré-natal de alto risco no estado do Ceará.

A assistência pré-natal de alto risco acontece no ambulatório materno-fetal e conta com um aparato multiprofissional à mulher. A equipe é composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogo, assistente social e nutricionista, além das diversas especialidades médicas, a saber: obstetrícia, genética, psiquiatria, endocrinologia e cardiologia.

População ou amostra

Utilizou-se a amostra não probabilística por conveniência. A amostra final foi constituída por 276 gestantes de alto risco.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas gestantes acompanhadas no pré-natal de alto risco na referida maternidade, com diagnóstico confirmado de alto risco gestacional.

Foram excluídas gestantes em surto psicótico ou portadoras de deficiências que a impedissem de responder a pesquisa, visto que poderia prejudicar o desenvolvimento da entrevista.

Protocolo do estudo

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora e por duas colaboradoras, as quais foram treinadas acerca dos procedimentos de coleta, e deu-se por meio de entrevista e consulta ao prontuário e ao cartão de pré-natal. As entrevistas ocorreram individualmente, em sala reservada e em momento oportuno – antes ou após as consultas. Realizou-se a aplicação de um instrumento estruturado, produzido pela própria autora, o qual continha informações acerca dos dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos das gestantes e do *The Mother-Generated Index* (MGI), relacionado à QV.

Destacam-se como variáveis sociodemográficas: idade, escolaridade, raça, estado civil, renda familiar, atividade laboral e município de residência. Ademais, as variáveis clínico-obstétricas avaliadas foram índice de massa corporal, uso de medicamentos, início do pré-natal, trimestre gestacional, número de filhos vivos, planejamento da gravidez, internação na gestação e motivo de acompanhamento no pré-natal de alto risco.

O MGI foi, originalmente, desenvolvido com puérperas no Reino Unido⁽⁶⁾, e teve a sua tradução, adaptação e validação para uso no Brasil em 2013⁽⁷⁾. Destaca-se, ainda, sua aplicabilidade em mulheres

no período gestacional⁽⁸⁾. O inquérito se sobressai por permitir a compreensão dos aspectos que envolvem a QV de acordo com a percepção da mulher⁽⁷⁾, subsidiando a melhoria da assistência prestada.

Ademais, consiste em um instrumento de três etapas. A primeira etapa envolve o apontamento de áreas da vida que são importantes para si e que foram influenciadas pela gestação, além da indicação de como essas áreas foram afetadas (de modo positivo, negativo ou ambos/nenhum). A segunda etapa versa sobre a pontuação de cada área, no intuito de referir como se sentem em relação a elas, podendo variar de zero a 10. Quanto mais próximo de zero, pior a mulher se sentia, enquanto que quanto mais próximo de 10, melhor a mulher se sentia. A terceira etapa trata-se da distribuição de 20 pontos, conforme a importância que cada área exerce sobre a QV da mulher. Quanto maior a pontuação, mais importante a área é para a sua QV. O índice gera dois escores. O escore primário é definido como a média das pontuações do passo 2. O escore secundário consiste na média ponderada dos escores do passo 2 com os pesos dados no passo 3⁽⁹⁾.

Análises dos resultados e estatística

Os dados foram dispostos em banco de dados do programa EXCEL e as análises descritivas foram feitas através do programa estatístico Jamovi[®], versão 0.9. Foram verificadas medianas, intervalo interquartil, frequências absolutas e taxas de prevalência. Optou-se por utilizar a mediana, uma vez que $p < 0,05$, conforme o teste de Komolgorov-Smirnov, evidenciando desvio de normalidade. Os resultados foram categorizados e apresentados em tabelas. Posteriormente, foram discutidos conforme literatura pertinente.

RESULTADOS

Quanto aos dados sociodemográficos, observou-se que a amostra foi composta, principalmente, por gestantes adultas jovens, com idade mediana de 30 anos; que possuíam ensino médio, 175 (63,4%) e renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, 148 (53,6%); não exerciam atividade remunerada, 172 (62,3%); viviam com o companheiro, 232 (84,1%); residiam na capital, 222 (80,4%); eram de raça parda, 223 (80,8%), e de religião católica, 131 (47,5%).

Acerca dos dados clínicos e obstétricos, a maioria das mulheres iniciou o pré-natal com até 12 semanas de gravidez, 169 (61,2%),

estava no terceiro trimestre gestacional, 160 (58%); possuía até dois filhos vivos, 253 (91,7%); não planejou a gravidez, 167 (60,5%); estava com índice de massa corporal inadequado, 207 (75%) e fazia uso de medicamentos, 199 (72,1%). Das entrevistadas, 61 (22,1%) vivenciaram internação na gestação. Verificou-se um total de 612 indicações ao alto risco, ressaltando a possibilidade de uma gestante apresentar mais de um motivo de acompanhamento no serviço, com média de 2,2 condições por mulher. A maioria das indicações ao pré-natal de alto risco relacionou-se a problemas na gestação atual, 276 (45,1%). O diagnóstico mais prevalente foi Diabetes Mellitus gestacional, 81 (13,3%).

Mediante a aplicação do MGI (versão brasileira), foi possível observar que 45 áreas na vida das gestantes foram afetadas pela gestação, sendo verificado o total de 1.306 respostas, equivalente a uma média de 4,73 aspectos citados por mulher. Nessa pesquisa, destacaram-se as 10 áreas mais citadas, a saber: alimentação, sono, relacionamento familiar, psicológico/emocional, relacionamento com o parceiro, disposição/condição física, trabalho, satisfação com a gravidez, financeiro e saúde.

A Tabela 1 descreve as dez áreas mais afetadas na QV das gestantes de alto risco, conforme a aplicação do MGI (versão brasileira).

De acordo com o passo 1 do instrumento, as áreas foram categorizadas como positivas, negativas ou ambos/nenhum. Dentre os principais aspectos apontados, 42,9% (389) foram positivos, 48% (436) foram negativos e 9,1% (83) foram ambos/nenhum.

A área "satisfação com a gravidez" foi, predominantemente, apontada como uma mudança positiva, 57 (95%), assim como "relacionamento familiar", 93 (80,2%), "relacionamento com o parceiro", 60 (65,2%), e "alimentação", 97 (58,8%). Adversamente, "disposição/condição física" foi relatada, principalmente, como uma área negativa, 67 (85,9%), assim como "financeiro", 44 (75,9%), "saúde", 32 (72,7%), "sono", 86 (69,9%), "trabalho", 52 (69,3%), e "psicológico/emocional", 62 (63,9%).

Conforme evidenciado no passo 2, a média das pontuações das áreas positivas foi 9,06 ($\pm 1,72$), das negativas foi 3,63 ($\pm 2,70$) e das áreas ambos/nenhum foi 6,40 ($\pm 2,52$). O aspecto "satisfação com a gravidez", relacionado ao âmbito positivo, foi o que obteve a maior média de pontuações, 9,82 ($\pm 0,50$). Também obtiveram pontuações próximas a 10, no âmbito positivo, as seguintes áreas: "relacionamento familiar", 9,72 ($\pm 0,63$), "relacionamento com o parceiro", 9,56 ($\pm 0,67$), e "saúde", 9,28 ($\pm 0,95$).

Tabela 1 - Distribuição da pontuação dos passos 1, 2 e 3 do *The Mother-Generated Index* (MGI), segundo as dez áreas da Qualidade de Vida mais apontadas pelas gestantes de alto risco, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018

Áreas da qualidade de vida	Total / %	Positivo			Negativo			Ambos / nenhum		
		Passo 1 n(%)	Passo 2 Média (DP)	Passo 3 Média (DP)	Passo 1 n(%)	Passo 2 Média (DP)	Passo 3 Média (DP)	Passo 1 n(%)	Passo 2 Média (DP)	Passo 3 Média (DP)
Alimentação	165 (59,7)	97 (58,8)	8,82 (*1,63)	4,90 (*4,04)	53 (32,1)	4,07 (*2,89)	3,55 (*3,36)	15 (9,1)	6 (*2,36)	5,8 (*5,57)
Sono	123 (44,5)	30 (24,4)	7,53 (*2,88)	2,56 (*2,16)	86 (69,9)	4,18 (*2,47)	3,56 (*3,86)	7 (5,7)	7,71 (*2,13)	5,71 (*7,18)
Relacionamento familiar	116 (42,0)	93 (80,2)	9,72 (*0,63)	6,38 (*3,85)	14 (12,1)	2,78 (*1,84)	4,5 (*4,89)	9 (7,7)	6,66 (*2,82)	5,11 (*6,48)
Psicológico/emocional	97 (35,1)	16 (16,5)	7,75 (*2,20)	3,81 (*2,13)	62 (63,9)	3,58 (*2,82)	2,37 (*2,51)	19 (19,6)	4,89 (*2,55)	3,57 (*3,37)
Relacionamento com o parceiro	92 (33,3)	60 (65,2)	9,56 (*0,67)	6,02 (*4,37)	24 (26,1)	2,95 (*3,38)	2,45 (*3,28)	8 (8,7)	8 (*2,77)	5,12 (*3,56)
Disposição/condição física	78 (28,2)	5 (6,4)	5,8 (*2,77)	5,4 (*4,44)	67 (85,9)	3,46 (*2,51)	3,70 (*3,90)	6 (7,7)	7 (*2,44)	3,66 (*3,72)
Trabalho	75 (27,1)	14 (18,7)	7,64 (*3,02)	3,71 (*4,00)	52 (69,3)	3,40 (*2,70)	2,69 (*2,76)	9 (12)	6,22 (*2,16)	3,88 (*2,97)
Satisfação com a gravidez	60 (21,7)	57 (95)	9,82 (*0,5)	8,42 (*6,01)	2 (3,3)	2,5 (*3,53)	10 (*14,14)	1 (1,7)	6	0
Financeiro	58 (21,0)	10 (17,2)	8 (*2,53)	1,3 (*1,94)	44 (75,9)	3,52 (*2,75)	3,56 (*3,61)	4 (6,9)	6,5 (*1,29)	5,5 (*3)
Saúde	44 (15,9)	7 (15,9)	9,28 (*0,95)	3,14 (*2,26)	32 (72,7)	3,37 (*2,79)	5,56 (*6,20)	5 (11,4)	8,2 (*1,78)	1,8 (*2,48)
Total / Média (DP)	908	389 (42,9)	9,06 (*1,72)	5,56 (*4,48)	436 (48,0)	3,63 (*2,70)	3,45 (*3,87)	83 (9,1)	6,40 (*2,52)	4,45 (*4,54)

Em contrapartida, em âmbito negativo, a menor média encontrada no passo 2 também foi no aspecto "satisfação com a gravidez", 2,50 (\pm 3,53) pontos. As demais pontuações mais próximas de zero, no âmbito negativo, foram "relacionamento familiar", 2,78 (\pm 1,84), e "relacionamento com o parceiro", 2,95 (\pm 3,38).

Em relação à média de pontos atribuídos no passo 3, observou-se que para os comentários positivos foi 5,56 (\pm 4,48), para os negativos foi 3,45 (\pm 3,87) e para os ambos/nenhum foi 4,45 (\pm 4,54). Observou-se que, no âmbito positivo, o menor peso foi atribuído à área "financeiro", 1,3 (\pm 1,94), enquanto o maior peso foi à área "satisfação com a gravidez". Em caráter negativo, foi possível verificar que o menor peso foi atribuído à área "psicológico/emocional", 2,37 (\pm 2,51), enquanto o maior peso foi à área "satisfação com a gravidez". Em relação ao âmbito ambos/nenhum, percebeu-se que o menor peso foi atribuído à área "satisfação com a gravidez", zero, enquanto o maior peso foi atribuído à área "alimentação", 5,8 (\pm 5,57).

Tal achado corrobora o fato da "satisfação com a gravidez" interferir extremamente na QV das gestantes de alto risco, uma vez que, tanto no âmbito positivo como no negativo, recebeu o maior peso, significando maior importância sobre a QV.

A Tabela 2 traz as pontuações dos escores primários e secundários, de acordo com as áreas do MGI (versão brasileira) mais citadas pelas gestantes.

Tabela 2 - Cálculo dos escores primário e secundário do *The Mother-Generated Index* (MGI) segundo as dez áreas da Qualidade de Vida mais citadas pelas gestantes, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018

Áreas afetadas	Escore primário do MGI Média (\pm DP)	Escore secundário do MGI Média
Alimentação	7,04 (\pm 3,08)	1,68
Sono	5,20 (\pm 2,98)	0,94
Relacionamento familiar	8,64 (\pm 2,58)	2,71
Psicológico/emocional	4,52 (\pm 3,06)	0,69
Relação com o parceiro	7,70 (\pm 3,46)	2,15
Condição física/disposição	3,88 (\pm 2,71)	0,77
Trabalho	4,53 (\pm 3,19)	0,81
Satisfação com a gravidez	9,51 (\pm 1,55)	3,96
Financeiro	4,50 (\pm 3,16)	0,66
Saúde	4,86 (\pm 3,48)	1,14
Total	6,03 (\pm 2)	1,49

Nota: MGI - *The Mother-Generated Index*.

No tocante ao escore primário, alcançado por meio da média geral de pontuações obtidas em todos os âmbitos (positivos, negativos e ambos/nenhum), o aspecto "satisfação com a gravidez" também foi o que obteve a maior média (9,51 \pm 1,55), seguido de "relacionamento familiar", 8,64 (\pm 2,58) e "relacionamento com o parceiro", 7,70 (\pm 3,46). Em contrapartida, o aspecto "condição física/disposição" foi o que obteve a menor média de escore primário, 3,88 (\pm 2,71), seguido do "financeiro", 4,50 (\pm 3,16) e do "psicológico/emocional", 4,52 (\pm 3,06).

A média total dos escores primários (médias de todas as pontuações, de zero a dez, atribuídas no passo 2) foi de 6,03, demonstrando uma avaliação relativamente positiva da QV, uma vez que as mulheres atribuíram pontuação superior a cinco.

Quanto ao escore secundário, a área que obteve a maior pontuação foi "satisfação com a gravidez", 3,96, seguida de

"relacionamento familiar", 2,71, e "relacionamento com o parceiro", 2,15. Destaca-se que essas áreas foram consideradas pela maioria das mulheres como positivas, sendo mais importantes para as gestantes. Já o "financeiro", foi a área que obteve a menor pontuação, 0,66, seguida de "psicológico/emocional", 0,69 e "condição física/disposição", 0,77, significando áreas menos relevantes para as gestantes e consideradas pela maioria como negativas. As áreas categorizadas no âmbito ambos/nenhum foram menos prevalentes.

DISCUSSÃO

Sabe-se que as condições sociodemográficas, tais como idade, escolaridade, raça, renda e estado civil, e as características clínicas e obstétricas das pacientes, como o número de filhos, a idade gestacional e o histórico obstétrico interferem significativamente nos seus aspectos psicossociais, tais como a sintomatologia depressiva, o estado de ansiedade e a percepção de suporte social⁽¹⁰⁾, podendo refletir na sua QV.

A religião também se destaca nesse contexto, pela sua influência positiva sobre a QV ao favorecer o enfrentamento de condições adversas através da fé⁽¹¹⁾. Ademais, considerando a possibilidade de hospitalização atrelada à condição de alto risco, ressalta-se a sua influência negativa sobre esse construto, uma vez que se relaciona a sentimentos, como raiva, frustração e solidão⁽¹²⁾.

Respeitando o caráter multidimensional da QV, a aplicação do MGI possibilitou o reconhecimento das áreas de vida afetadas pela gestação conforme a percepção das próprias mulheres, o que difere dos demais instrumentos de medida, sobressaltando-o.

Foi possível perceber que "alimentação", "relacionamento familiar", "relacionamento com o parceiro" e "satisfação com a gravidez" foram áreas citadas principalmente como positivas, enquanto que "sono", "psicológico/emocional", "disposição/condição física", "trabalho", "financeiro" e "saúde" foram áreas citadas principalmente como negativas.

Apesar de a maioria dos aspectos terem sido relacionados ao caráter negativo, verificou-se que o escore primário total da escala foi relativamente bom, 6,03, por estar mais próximo de 10, indicando que as mulheres se sentiam bem em relação às áreas de vida. O escore primário encontrado nessa investigação foi superior ao encontrado entre gestantes de baixo risco, ratificando que, além das condições clínicas das pacientes, outros fatores influenciam a QV, tais como idade, ocupação, estado civil, apoio do parceiro, pessoas com quem as mulheres vivem e hábitos de vida⁽⁸⁾.

Destaca-se que as áreas "satisfação com a gravidez", "relacionamento familiar" e "relacionamento com o parceiro" foram as que obtiveram as maiores e as menores médias de pontuação no passo 2, considerando o âmbito positivo e negativo, respectivamente. É essencial enfatizar que estas também demonstraram possuir alto peso sobre a QV, sugerindo que representam um extremo de sentimentos para a gestante, tanto no âmbito positivo quanto no negativo, uma vez que as pontuações atribuídas indicam que elas sentem-se extremamente felizes ou extremamente infelizes em relação a tais aspectos.

Semelhante ao presente estudo, em que a maior pontuação do passo 2 concentrou-se na "satisfação com a gravidez", a área com maior pontuação entre as gestantes de baixo risco foi "feliz

por ser mãe”, ratificando a importância desse momento na vida de uma mulher⁽⁸⁾. Porém, é essencial conhecer os demais fatores que envolvem o processo gravídico e a aceitação da gravidez, uma vez que a insatisfação com a gestação interfere muito negativamente na QV da gestante.

Embora satisfeitas com o fato de ser mãe, observou-se importante influência do relacionamento com a família e com o parceiro sobre a QV da mulher. Sob essa ótica, revela-se a importância do apoio à gestante, que contribui positivamente com a QV e com a aceitação da gravidez. Observa-se a relação positiva entre suporte social e QV relacionada à saúde⁽¹³⁾.

No tocante à “alimentação”, observou-se que esta consistiu na área mais citada entre as gestantes, o que pode estar relacionado ao perfil de gestantes obesas ou com complicações como diabetes, fator que condiz com maior necessidade de mudança nos hábitos alimentares. No que concerne à sua importância sobre a QV, percebeu-se que quem a avaliou no caráter positivo, referiu-a como mais importante frente àquelas que a avaliaram no negativo. Gestantes que relataram “alimentação” em caráter ambos/nenhum, deram ainda mais importância.

Sabe-se que manter uma alimentação balanceada no período gestacional é necessário e as gestantes de hoje em dia são mais conscientes da necessidade de manter um hábito alimentar saudável⁽¹⁴⁾, o que pode justificar o fato de essa mudança ter sido apontada principalmente como um aspecto positivo. É válido ressaltar que as gestantes envolvidas no presente estudo usufruíam de acompanhamento nutricional, o que pode ter favorecido a avaliação mais positiva desse aspecto.

Em relação ao “sono”, verificou-se que foi a segunda área mais citada, com predominância de apontamentos negativos, o que pode ser justificado pela alta prevalência de distúrbios no período gestacional⁽¹⁵⁾. Corroborando, evidenciou-se uma baixa qualidade no sono de gestantes de alto risco no Irã, além de sua relação estatisticamente significativa com a sua QV⁽¹⁶⁾.

Embora reconhecida a alta prevalência de alterações no sono no período gestacional, no tocante à influência desse aspecto sobre a QV, evidenciou-se peso relativamente baixo nos âmbitos positivo e negativo, sendo a maior importância referida entre os apontamentos neutros. Vista a alta prevalência de distúrbios do sono entre as gestantes, é essencial que a assistência de enfermagem valorize este aspecto mediante tecnologia educativa, no intuito de promover um maior bem-estar.

As áreas “trabalho” e “financeiro” foram apontadas primordialmente de modo negativo. Acredita-se que o trabalho pode estar atrelado à questão financeira. A maioria da amostra encontrava-se desempregada, o que pode refletir em maior chance de fragilidade financeira, já que a chegada de um novo filho indica aumento de gastos.

Corroborando com os achados do presente estudo, evidenciou-se que o aspecto “trabalho” foi apontado como uma das áreas mais citadas e com maior influência negativa sobre a QV das gestantes de baixo risco⁽⁸⁾.

Em acréscimo, ressalta-se que o aspecto “financeiro” relaciona-se diretamente com questões psicológicas. Mulheres insatisfeitas com a qualidade financeira apresentam níveis inferiores de QV e maior risco de desenvolver depressão⁽¹⁷⁾. No presente estudo, observou-se que, entre aquelas que apontaram essa área no

caráter positivo, o peso exerceu influência consideravelmente baixa, porém, entre gestantes que o referiram como negativo, foi possível evidenciar mais importância, corroborando o achado de outro estudo⁽¹⁷⁾.

No tocante ao aspecto “psicológico/emocional”, também visto principalmente como uma mudança negativa, é possível fazer uma analogia com as condições clínicas de alto risco que as mulheres vivenciam, além do cenário social e econômico em que estão inseridas, que podem leva-las ao ápice do sofrimento psíquico. Sob essa ótica, considera-se que tanto os fatores intrínsecos quanto os extrínsecos à gestação podem desencadear medos e ansios nas gestantes, prejudicando a sua QV. Ressalta-se, ainda, a necessidade de acompanhamento psicológico a essas mulheres, uma vez que a resignificação de experiências difíceis favorece a melhoria da QV⁽¹⁸⁾. Apesar disso, percebeu-se que o peso dessa área sobre a QV é relativamente baixo, em todos os âmbitos, talvez isso seja decorrente do acompanhamento psicológico a que as mulheres do estudo estão sujeitas.

Frente ao perfil de gestantes investigadas, de alto risco, a predominância de apontamentos negativos relacionados à área “saúde” foi esperada. Alguns autores observaram que gestantes com complicações prévias ou na gestação atual, obesidade e presença de sintomas relacionados à gravidez estão entre os principais fatores associados à pior QV⁽³⁾. Observou-se que entre as gestantes que relacionaram a saúde ao âmbito positivo, referiram um peso relativamente baixo sobre a QV. Adversamente, constatou-se que aquelas que a apontaram no âmbito negativo deram maior importância, sugerindo uma associação entre piores condições clínicas e pior QV, conforme destacado pelos demais autores citados acima.

No tocante à área “disposição/condição física”, observou-se predominância de apontamentos negativos. Ressalta-se que as modificações que ocorrem no corpo materno durante a gravidez podem refletir em queda de energia e aumento da fadiga⁽¹⁹⁾, justificando tal achado entre a presente amostra. Gestantes que apontaram esse aspecto no caráter positivo deram uma importância relativamente alta sobre a QV, já para aquelas que relacionaram esse aspecto ao caráter negativo ou neutro, referiram um peso menor.

Limitações do estudo

Como limitações do estudo, destacam-se o delineamento transversal, o qual não possibilitou estimar a evolução temporal dos aspectos que influenciam a QV no decorrer da gestação, e a escassez de estudos que avaliam a QV em mulheres com gravidez de alto risco, inibindo comparações mais valiosas.

Contribuições para a enfermagem

O presente estudo possibilitou aos enfermeiros pré-natalistas o reconhecimento dos aspectos que influenciam a QV das gestantes de alto risco sob o olhar da própria mulher, contribuição esta que favorece o direcionamento de práticas educativas com abordagem holística e integral, envolvendo a mulher em todas as áreas de sua vida. Evidencia-se a importância de tornar rotineira a avaliação da QV das mulheres durante o período gestacional,

visando promover o bem-estar materno-fetal. O estudo vem preencher uma lacuna no conhecimento científico e embasar direcionamentos profissionais e de futuras pesquisas. Ademais, é essencial que novos estudos incluam gestantes do serviço privado de saúde, no intuito de comparar os grupos.

CONCLUSÃO

Foi possível ratificar que as modificações vivenciadas na gestação são capazes de influenciar na percepção da QV, tanto de modo positivo como negativo. Evidenciou-se que a maioria das áreas afetadas foi predominantemente apontada como mudança negativa, embora a média do escore primário total tenha sido acima da metade (6,03), sugerindo uma boa percepção de QV.

O uso do MGI foi essencial, pois, mediante sua abordagem qualitativa, respeitou o caráter multifatorial da QV, possibilitando a identificação de aspectos que vão além de avaliações pré-formuladas do construto.

Notadamente, as áreas que mais influenciaram a QV das gestantes de alto risco foram “satisfação com a gravidez”, “relacionamento familiar” e “relacionamento com o parceiro”. Em contrapartida, as que menos interferiram na QV foram “financeiro”, “psicológico/emocional” e “condição física/disposição”.

Conhecer as áreas de vida que mais sofrem mudanças com a gestação e mais interferem na QV subsidia uma assistência de forma holística. O reconhecimento de áreas afetadas positiva e negativamente sob a percepção das próprias mulheres pode direcionar a criação de estratégias no intuito de melhorar a sua QV.

REFERÊNCIAS

1. Altazan AD, Redman LM, Burton JH, Beyl RA, Cain LE, Sutton EF, et al. Mood and quality of life changes in pregnancy and postpartum and the effect of a behavioral intervention targeting excess gestational weight gain in women with overweight and obesity: a parallel-arm randomized controlled pilot trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19 (50). doi: 10.1186/s12884-019-2196-8.
2. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Nascer no Ceará: condutas assistenciais para a linha de cuidado materno-infantil do estado do Ceará [Internet]. Fortaleza: Littere; 2018 [cited 2019 Jul 03]. 160 p. Available from: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/10/condutas_assistenciais_projeto_nascer_no_ Cear%C3%A1_12_de_novembro_2018.pdf
3. Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, Magnier AM, Chastang J, Robert S, et al. Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18 (1):455. doi: 10.1186 / s12884-018-2087-4.
4. Bai G, Raat H, Jaddoe VWV, Mautner E, Korfage IJ. Trajectories and predictors of women's health-related quality of life during pregnancy: a large longitudinal cohort study. *PLoS ONE*. 2018;13 (4):e0194999. doi: 10.1371/journal.pone.0194999
5. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012 [cited 2018 Mar 20]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
6. Symon A, Macdonald A, Ruta D. Postnatal quality of life assessment: introducing the Mother-Generated Index. *BIRTH*. 2002;29(1):40-6. doi: 10.1046/j.1523-536X.2002.00154.x
7. Ribeiro SG, Lessa PRAS, Aquino PS, Pinheiro AKB, Symon A, Oliveira MF, et al. Translation and cultural adaptation of the Mother-Generated Index into Brazilian Portuguese: a postnatal quality of life study. *Midwifery*. 2015;31(7):735-41. doi: 10.1016/j.midw.2015.03.009
8. Calou CGP, Oliveira MF, Carvalho FHC, Soares RAL, Bezerra RA, Lima, SKM, et al. Maternal predictors related to quality of life in pregnant women in the Northeast of Brazil. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16 (109). doi: 10.1186/s12955-018-0917-8.
9. Ribeiro SG. Tradução, adaptação e validação do The Mother Generated Index para uso no Brasil. [Dissertation on the Internet]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2013 [cited 2019 May 20]. 121 p. Available from: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/5569/1/2013_dis_sgribeiro.pdf
10. Carvalho LL. Fatores psicossociais e gestação de alto risco: um estudo exploratório no município de Juiz de Fora/MG. [Dissertação] [Internet]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2018. [cited 2019 Jan 10]. 97 p. Available from: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/6609/1/laislagedecarvalho.pdf>
11. Aldrighi JD, Wall ML, Souza SRRK. Experience of pregnant women at an advanced age. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;39:e2017-0112. doi: 10.1590/1983-1447.2018.2017-0112
12. Kent RA, Yazbek M, Heyns T, Coetzee I. The support needs of high-risk antenatal patients in prolonged hospitalization. *Midwifery*. 2015;31(1):164-9. doi: 10.1016 / j.midw.2014.08.003
13. Gul B, Riaz MA, Batool N, Yasmin H, Riaz MN. Social support and health related quality of life among pregnant women. *JPMA [Internet]*. 2018 [cited 2019 Jun 15];68(6):872-5. Available from: https://jpma.org.pk/article-details/8720?article_id=8720
14. Moura AR, Azevedo FHC. Evidências científicas sobre a alimentação de gestantes. *Rev Saúde Foco*. 2018;5(1):78-90. doi: 10.12819/rsf.2018.5.1.5
15. Tsai SY, Lee PL, Lin JW, Lee CN. Cross-sectional and longitudinal associations between sleep and health related quality of life in pregnant women: a prospective observational study. *Int J Nurs Stud*. 2016;56:45-53. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.01.001
16. Saadati F, Shafaei FS, Mirghafourvand M. Sleep quality and its relationship with quality of life among high-risk pregnant women (gestational diabetes and hypertension). *J Maternal-Fetal Neonat Med*. 2018;31(2):150-7. doi: 10.1080 / 14767058.2016.1277704

17. Sharakorpi N, Koivusalo SB, Eriksson JG, Kautiainen H, Stach-Lempinen B, Roine RP. Perceived financial satisfaction, health related quality of life and depressive symptoms in early pregnancy. *Matern Child Health J.* 2017;21(7):1493-99. doi: 10.1007/s10995-017-2271-6
 18. Caldas DB, Silva ALR, Boing E, Crepaldi MA, Custódio ZAO. Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço. *Psicol Hosp [Internet].* 2013[cited 2019 Jun 4];11 (1):66-87. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100005
 19. Castro DFA, Fracolli LA. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. *Mundo Saúde [Internet].* 2013 [cited 2019 Jun 5];37(2):159-65. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/qualidade_vida_promocao_saude_gestantes.pdf
-